



ENTREVISTA ENTRE EXPERTOS

El Dr. Ruperto González Giralda entrevista al Dr. Jesús Fernández Sánchez sobre fisuras labiopalatinas en Ortodoncia.



**DR. RUPERTO
GONZÁLEZ GIRALDA**

Doctor en Medicina y Cirugía (s.c.l),
Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Doctor en Estomatología (s.c.l), UCM.

Especialista en Ortodoncia, Royal Dental
Hospital, Universidad Londres.

Académico Numerario Real Academia
Medicina de Distrito Canarias.

Presidente de Honor del Colegio de
Odontólogos y Estomatólogos de Canarias
(XV Región).

Expresidente de la Sociedad Española de
Ortodoncia, de la Sociedad Europea de
Ortodoncia, del Comité Consultivo de
Odontología de la C.E.E., de la Federación
Dental Internacional (FDI) y de la
Organización Mundial de la Odontología.



**DR. JESÚS
FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

Doctor en Medicina y Cirugía (1999),
Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Doctor en Odontología (1995), UCM.

Postgrado en Ortodoncia Correctiva.
Universidad de São Paulo (1989-92).

Especialista en el área de tratamiento de
pacientes con Malformaciones
Craneofaciales (USP).

Catedrático de Ortodoncia. Universidad
Europea de Madrid.

Presidente de la Asociación de Anomalías y
Malformaciones Dentofaciales (AAMADE).

Profesor visitante en Rush Craniofacial
Center Chicago, Great Ormond Street
Hospital, Hospital de Anomalías
Craneofaciales de Bauru y Royal Manchester
Children's Hospital.

Tuve el placer de conocer al Dr. Jesús Fernández Sánchez, en 1994, hace ahora veinte años, cuando ambos coincidimos en Oporto en la Reunión Anual de la Sociedad Portuguesa de Ortodoncia como únicos españoles oficialmente invitados; él para impartir un Curso intracongreso y quién ahora le entrevista, para moderar una Mesa Redonda sobre la Ortodoncia como especialidad de la Odontología, de acuerdo con las Directivas Dentales de la C.E.E. Tuvimos tiempo libre suficiente como para departir con amplitud sobre diversos temas, e iniciar lo que luego se transformaría en amistad perdurable. Comprobando su entusiasmo académico, lo primero que le aconsejé fue que obtuviera los Doctorados en Odontología, y también en Medicina y Cirugía, para así completar su plataforma curricular universitaria.

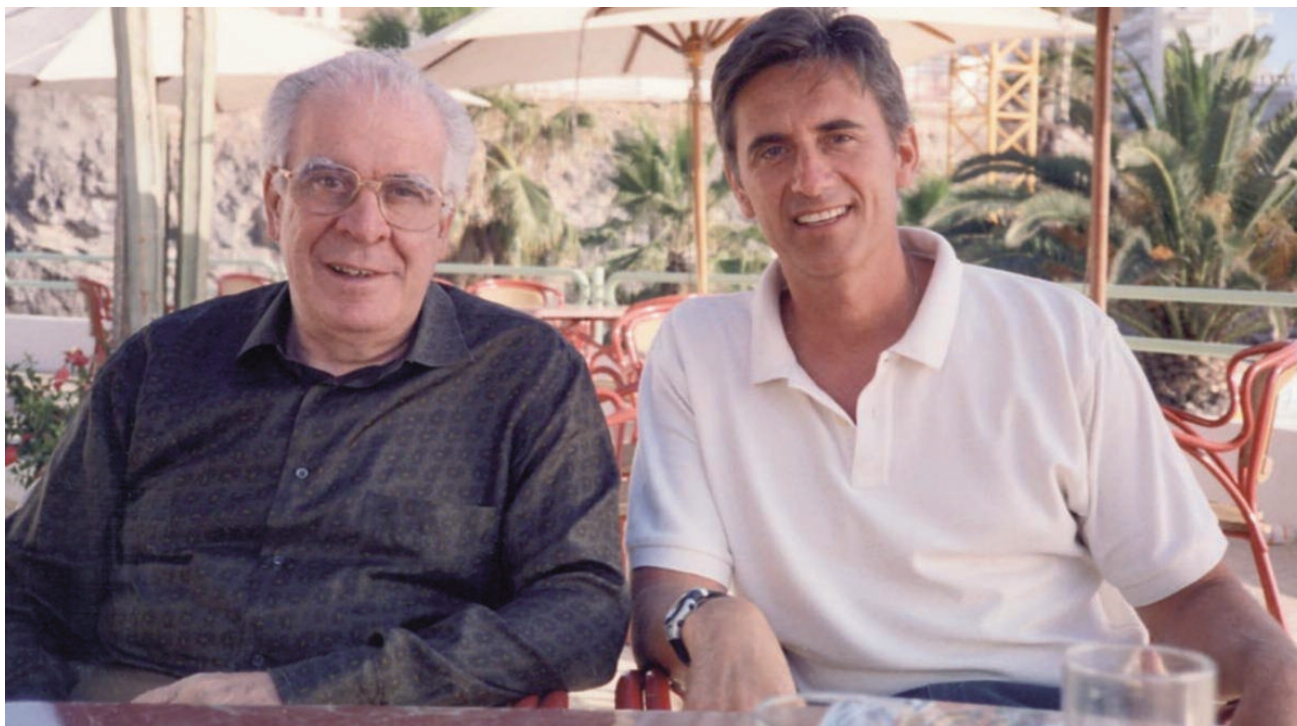
Fui designado Vocal Titular de los Tribunales encargados de juzgar sus Tesis Doctorales: en Odontología, en 1996, sobre "labio leporino y paladar hendido" y en Medicina y Cirugía, en 1999, sobre "Correlación entre permeabilidad de las vías aéreas superiores y morfología facial", esta última dirigida por el Profesor Joaquín Poch, por entonces catedrático de Otorrinolaringología de la UCM.

Desde un principio me sorprendió su genuino interés por la ortopedia y la ortodoncia en casos de fisurados labio-palatinos, para mí la subespecialidad más compleja y más difícil de esta última. Dialogamos ampliamente sobre cómo es imprescindible informar a los padres, con el mayor detalle posible, y desde el primer momento, sobre lo que se puede conseguir - ¡y lo que no! -, en estos casos. Esta sesión informativa pensamos ambos es de la mayor importancia, pues debe establecerse desde un principio que, en la mayoría de ellos, los tratamientos consiguen oclusiones "de acomodo" y no ideales.

Charlamos sobre cómo la fisura condiciona el crecimiento del labio y el paladar y, dependiendo de su severidad, de cómo tendría repercusiones en la alimentación, el habla y la erupción dentaria y en el desarrollo del maxilar. Es por ello que estábamos de acuerdo en que, en el tratamiento del fisurado, tenían que participar desde el primer momento, el pediatra, el rehabilitador y el cirujano maxilofacial; y, más adelante, el otorrinolaringólogo, el logopeda, el psicólogo, el dentista y el ortodoncista, cada uno de ellos con su función específica, pero, - ¡eso sí! -, todos ellos debidamente coordinados por el ortodoncista.

Entiendo que la sistemática de tratamiento con tanto éxito desarrollada por nuestro entrevistado es una más dentro de las posibles, y que puede haber pequeñas variables entre distintos centros sanitarios respecto a edades en que se realizan las distintas intervenciones y técnicas concretas a emplear, pero, a la larga, lo más importante es seguir una línea coherente de tratamiento que conduzca al mejor resultado posible para cada caso en concreto.

Como personalmente me constan las ventajas de la secuencia terapéutica establecida por el Profesor Jesús Fernández Sánchez he creído oportuno hacerle unas preguntas, pues estoy seguro de que sus actualizadas respuestas nos ayudarán a centrar el complejo problema terapéutico.



¿Qué te hizo dedicarte casi en exclusiva a los pacientes con síndromes craneofaciales y fisurados?

Releía estos días el discurso que leí en mi toma de posesión, En realidad el primer contacto con estos pacientes fue más una necesidad que una vocación. Mi formación en ortodoncia

tuvo lugar en el Hospital de Rehabilitación de Anomalías Craneofaciales (HRAC-USP), situado en la ciudad de Bauru, a 350 km en el interior de Sao Paulo. Este centro, está considerado por la OMS como una unidad de referencia mundial en el tratamiento de pacientes con malfomaciones craneofaciales, así que la mayoría de los pacientes que traté en mi formación

ortodóncica eran fisurados con o sin anomalías sindrómicas asociadas. A lo largo de tres años tuve la suerte de convivir con un tipo de paciente diferente al que acostumbramos a ver en nuestras consultas y con el que siempre me he sentido cómodo y, al mismo tiempo, orgulloso de tratarlos ortodóncicamente.

¿Cuál es la frecuencia de las fisuras labiopalatinas en nuestro país y por qué aparecen?

En la actualidad se admite que la fisura de labio y paladar puede presentarse de dos formas: como malformación aislada o aquella otra asociada que forma parte de un síndrome. Diversos estudios sugieren que el 60% al 70% de casos suelen ser de fisuras aisladas, esto es, no asociadas a síndromes malformativos. La frecuencia en España de las fisuras aisladas, o no sindrómicas, se establece en uno de cada 700 nacidos vivos, constituyendo las malformaciones congénitas más frecuentes en el ser humano.

En relación a su etiología conocemos múltiples factores involucrados; algunos físicos, otros químicos o biológicos. Estos agentes actúan en la diferenciación y proliferación de las células de la cresta neural. Pero tenemos que reconocer que la etiología de las fisuras no sindrómicas es aún muy desconocida, varias mutaciones en genes candidatos han sido identificados en una proporción muy pequeña. El mecanismo etiopatogénico se considera multifactorial lo que requiere de la interacción de factores genéticos y factores medioambientales como podría ser fumar durante el embarazo o la ingestión de alcohol, sin olvidar la toma de algunos fármacos como los antiepilépticos.

¿Qué implicaciones y consecuencias futuras tienen en el paciente haber nacido con una fisura?

Los problemas causados por una fisura son complejos incluyendo casi siempre implicaciones psicológicas ya que la alteración morfológica determina una deficiencia estética y funcional, que toman relevancia para la vida de la persona con esta malformación.

Dependiendo del tipo de fisura la involucración estética será la mayor preocupación para el paciente. Así, una fisura que solo abarque el labio y el reborde alveolar su compromiso estético será la principal. Pero en la mayoría de los casos, también el paladar es alcanzado (fisura completa labiopalatina) y la segmentación del maxilar implica otras alteraciones que modifican el crecimiento facial en los tres sentidos del espacio, sin olvidar el habla, la asimetría nasal presente en las fisuras unilaterales y, por supuesto, los problemas oclusales que impone la falta de hueso en la zona de la fisura.

Otro grupo lo constituyen las fisuras donde exclusivamente está afectado el paladar. Estas malformaciones implican una mayor carga funcional en los primeros años de vida, principalmente por la dificultad de establecer una adecuada succión. Más tarde, problemas en el habla derivadas de la incompetencia velofaríngea y en muchos casos asociadas a problemas auditivos por las frecuentes comunicaciones entre cavidad nasal y oral que predispone a otitis repetitivas con el gran riesgo de perder audición de forma permanente.

¿Cuál es la secuencia de actuación de los diferentes especialistas en el tratamiento de estos pacientes?

El primer paso consiste en el cierre quirúrgico de la fisura; este paso es, sin duda, el de mayor preocupación para los padres. La queiloplastia, o reparación del labio, es normalmente realizada a los tres meses de edad. La palatoplastia es la reconstrucción quirúrgica del paladar, que suele realizarse a los doce meses de edad. En esta segunda cirugía durante el pre y postoperatorio y hasta la edad de tres años, el paciente debe ser evaluado por el logopeda, que estudiará las necesidades de terapia en el leguaje sin olvidar la evaluación audiométrica. El otorrinolaringólogo suele también acompañar estas exploraciones audiométricas.

Los seis años de edad sirven como línea de referencia para reevaluar los resultados de las cirugías primarias y analizar la necesidad de retoques en labio o paladar. La mejora del habla con faringoplastias, o el cierre de alguna fistula también son evaluados en esta época.

En relación a la actuación odontológica, el odontopediatra es esencial en los primeros años del paciente fisurado y ya desde los primeros meses de vida el control del crecimiento facial y el desarrollo de la dentición deberían ser monitorizados por este especialista.

Sabemos que en aquellas fisuras completas de labio y paladar además del retraso de aproximadamente seis meses en la formación de los dientes permanentes existe una alta prevalencia de anomalías dentarias en forma, estructura, número y posición y estas suelen estar cercanas a la zona de la fisura. Es también frecuente la erupción ectópica de los primeros molares permanentes superiores.

Y hablando de nuestra especialidad, ¿cuáles son los principales desafíos que estos pacientes implican al ortodoncista?

El paciente fisurado presenta unas peculiaridades en su maloclusión que lo convierten en complejo a dos niveles, el dentario y esquelético, pero también el particular aspecto psicológico exige que su tratamiento sea altamente individualizado.

Respecto a las anomalías dentarias que afectan al reborde alveolar caracterizado por la presencia de dientes rotados y contra-angulados. Estas malposiciones, donde el giro coronario intenta llenar parte de la fisura y los ápices desplazados hacia mesial evitar el defecto óseo, constituyen unas limitaciones en la mecánica ortodóncica, que tienen que ser tomadas en cuenta en las fases de tratamiento donde utilizemos aparatología fija.

Además, la relación sagital de Clase II del segmento maxilar menor, la frecuente agenesia del lateral en la fisura con los consecuentes desvíos de línea media y la asimetría que este defecto impone, unidas a las alteraciones dentarios antes comentadas, de forma, posición y número de la zona fisurada complican el tratamiento de estos pacientes.

Por otro lado a esas alteraciones tienen que unirse las esqueléticas donde la deficiencia sagital del maxilar (Modelo III de crecimiento facial) y la disminución de las dimensiones trans-

versales, secundarias a la palatoplastia, reflejan en estos pacientes simultáneamente una mordida cruzada anterior y posterior.

Todos estos factores tienen que manejarse conjuntamente, teniendo en mente dos premisas: el peculiar ambiente familiar que rodea al paciente afectado y la posibilidad de caer en el sobretratamiento ortodóncico por nuestro intento en conseguir rehabilitaciones perfectas que pueden ser intentadas pero raramente obtenidas en pacientes afectados por este tipo de malformaciones.

¿Existe alguna etapa en estos pacientes donde el ortodoncista y otros especialistas del área de la salud necesiten trabajar conjuntamente para que los resultados sean óptimos?

Aunque el concepto de paciente multidisciplinar se plasma de forma ejemplar en el paciente afectado de fisura labiopalatina, naturalmente existen especialidades donde el contacto es más estrecho y que necesitamos trabajar con mucha más coordinación como ortodoncistas. El injerto óseo secundario es la piedra angular en el tratamiento contemporáneo del paciente fisurado; aquí, cirujano y ortodoncista tienen que programar de forma exacta el momento de la intervención para que los resultados perduren y sean estables.

¿Podrías brevemente comentarnos en qué consiste el procedimiento y cuál es nuestra labor como ortodoncistas?

El principal objetivo del injerto óseo alveolar es llenar de hueso la zona alveolar de la fisura, esta cirugía proporciona tejido óseo en la zona fisurada permitiendo la erupción de los dientes cercanos a la fisura y posibilita los futuros movimientos ortodóncicos de dientes en la zona. Pero este es solo uno de los beneficios ya que el injerto también da soporte a la base y ala de la nariz, elimina fistulas oronasales, aumenta la estabi-



lidad del maxilar, además de mejorar la estética en las asimetrías nasales.

Nosotros, con la ortodoncia previa al injerto y con una mecánica básicamente de tipo expansionista, ampliamos el espacio que el cirujano necesita aumentando la anchura de la fisura y permitiendo colocar hueso en la zona fisurada. Además, en esta fase se aprovecha para alinear los segmentos óseos y corregir la frecuente mordida cruzada posterior que normalmente acompaña al defecto óseo.

Eres miembro del programa europeo para la identificación de protocolos en pacientes con anomalías craneofaciales representando a España, ¿qué recomendaciones fueron las aportadas por nuestro país en este estudio?

Bueno, en realidad los protocolos seguidos en España son muy similares a los de otros países de la UE aunque en todos hay diferencias al escoger una u otra técnica quirúrgica, así como el momento de abordaje de las cirugías primarias. Estas mismas diferencias las podemos encontrar en el momento que iniciamos la mecánica ortodóncica. Así, cada ortodoncista utilizará diferentes aparatos de expansión para obtener un resultado semejante y dependerá de la pericia o experiencia que el profesional tenga o haya adquirido a través del tiempo con esa forma de actuación.

Quizás la recomendación más consensuada se centra en el cuidado que el profesional, de cualquier especialidad, tiene que tener para no incurrir en un sobretratamiento. Padres, paciente y nosotros mismos queremos obtener lo mejor en un tipo de paciente que lo es de mayor complejidad. En estos niños, más que en otros pacientes, hay que conocer los límites valorando muy bien que es posible conseguir, lo que es razonable intentar y lo que nunca podremos obtener con nuestra mecánica ortodóncica.

¿Qué avance necesitarías o qué línea de investigación piensas que es la más prometedora en el futuro de tratamiento de los pacientes con grandes deformidades?

Es posible que aquellos pacientes fisurados que necesitan cirugía ortognática como última etapa a su rehabilitación sean los más beneficiados por las nuevas tecnologías. Así la planificación tridimensional en estos pacientes se impone por su mayor dificultad a la hora de predecir la finalización y los resultados post-cirugía. Un nuevo horizonte se abre para los cirujanos maxilofaciales, la planificación tridimensional con guías quirúrgicas de posicionamiento de los maxilares en estos pacientes sindrómicos y que ayudan en el mismo momento de la cirugía a posicionar con precisión milimétrica y predecir el resultado final en las tres dimensiones del espacio. Un concepto que estoy seguro revolucionará nuestra forma de planificar ortodóncicamente la cirugía.

Esta experiencia la hemos vivido en mayo pasado al ser operados dos pacientes con el sistema de "guías quirúrgicas" en dos diferentes centros madrileños, y por primera vez en Europa, obteniendo unos resultados muy esperanzadores, por lo que estoy seguro que éste es el camino a seguir.

**Orthognathic Positioning System: Intraoperative System to Transfer Virtual Surgical Plan to Operating Field During Orthognathic Surgery, J Oral Maxillofac Surg - 2013; 71(5): 911-920.*