

CAPÍTULO 8

Camuflaje Ortodóntico en una paciente adulta con fisura labio, alveolo palatino (FLAP). Reporte de un caso

María Estela González-Andrade
Cristian Hernán Campoverde-Torres
Nathaly Durán-Cañizares
María Fernanda Calderón-Monar



CAMUFLAJE ORTODÓNTICO EN UNA PACIENTE ADULTA CON FISURA LABIO, ALVEOLO PALATINO (FLAP). REPORTE DE UN CASO

ORTHODONTIC CAMOUFLAGE IN AN ADULT PATIENT WITH CLEFT LIP, ALVEOLAR PALATE (CLAP). CASE REPORT

María Estela González-Andrade
maria.gonzaleza@psg.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-2199-1491>

**Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
Unidad Académica de Posgrado**

Cristian Hernán Campoverde-Torres
ccampoverdet@ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-0908-1049>

**Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
Unidad Académica de Posgrado**

Nathaly Durán-Cañizares
nathaly.duran.16@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-3493-0471>

**Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
Unidad Académica de Posgrado**

María Fernanda Calderón-Monar
maria.calderon.16@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-0792-181X>

**Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay, Ecuador
Unidad Académica de Posgrado**

Cita del capítulo:

González-Andrade, M., Campoverde-Torres, C., Durán-Cañizares, N., & Calderón-Monar, M. (2024). Camuflaje Ortodóntico en una paciente adulta con fisura labio, alveolo palatino (FLAP). Reporte de un caso. En Erazo-Álvarez, J., & Narváez-Zurita, C. (Eds.). *Transitar desde los estudios de posgrado en la investigación multidisciplinar científica*. Fondo Editorial Perspectivas Globales.

RESUMEN

Paciente de sexo femenino de 16 años, con FLAP (fisura labio-alveolo-palatina) unilateral, diagnosticado como clase III esquelética y dental, dolicofacial, de perfil cóncavo, presenta: laterognasia mandibular, mordida cruzada anterior y posterior unilateral del lado derecho y compresión maxilar. A nivel dental presenta: incisivos superiores e inferiores retroinclinados, ausencia del órgano dental 1.2 y el órgano dental 1.3 incluido. Se plantean dos planes de tratamiento, el primero implica la realización de cirugía ortognática mediante avance maxilar y el segundo, un camuflaje ortodóntico. Dada la negativa por parte de la paciente a la opción quirúrgica se decide tratarla mediante ortodoncia de camuflaje y tipificación de los órganos dentales antero superiores. Al finalizar el tratamiento se obtiene una mejora del perfil facial y de las relaciones maxilomandibulares además de una buena función y estética.

Palabras clave: Odontología; salud; terapia; atención; servicio de salud.

ABSTRACT

Female patient, 16 years old, with unilateral cleft lip alveolar palate (CLAP), diagnosed as skeletal and dental class III, dolichofacial, concave profile, presenting: mandibular laterognasia, unilateral anterior and posterior crossbite on the right side and maxillary constriction. At the dental level she presents: retroinclined upper and lower incisors, absence of dental organ 1.2 and dental organ 1.3 included. Two treatment plans are proposed, the first involves orthognathic surgery by maxillary advancement and the second, orthodontic camouflage. Given the refusal of the surgical option, the patient was treated with orthodontic treatment of camouflage and typing of canines. At the end of the treatment an improvement of the facial profile and maxillomandibular relations was observed, as well as good function and esthetics.

Key words: Dentistry; health; therapy; attention; health services.

INTRODUCCIÓN

Durante la vida intrauterina en la etapa embrionaria se fusionan los procesos: frontal, nasomediales, maxilar y mandibular para dar origen a estructuras craneofaciales importantes. Es por ello que en pacientes que presentan FLAP existe una falta de fusión de dichas estructuras, mismas que darán origen al labio superior y paladar.

Esta anomalía craneofacial es una de las más frecuentes en Ecuador, afectando a 1 de cada 600 nacidos vivos (José et al., 2021; Madrid et al., 2017). Su origen es multifactorial, es decir que su aparición se debe a un extenso número de factores ambientales y genéticos. El tratamiento para esta alteración requiere de un trabajo multidisciplinario, el cual siempre estará basado en las necesidades del paciente (Gómez-Clemente et al., 2017).

Entre las características principales de esta anomalía, se encuentran: la hipoplasia maxilar, perfil cóncavo debido a un bajo potencial en el crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilofaciales, compresión maxilar severa, ausencia dental, enfermedad periodontal y alteraciones en su estética facial lo que conlleva a un desafío para los profesionales que tratan a pacientes con FLAP (Dume et al., 2014; Martínez-Mora et al., 2015; Vélez-Noriega et al., 2015).

En la actualidad los odontólogos y ortodoncistas forman parte del equipo multidisciplinario cuyo fin común es conseguir resultados estéticos pero sobre todo funcionales en estos pacientes, los cuales empiezan con cirugías desde los primeros meses de vida (3 a 6 meses) como la queiloplastia o corrección primaria del labio, al año de edad se realiza la palatoplastia, así como tratamientos ortopédicos en dentición primaria o mixta llegando a la ortodoncia en la adolescencia o edad adulta la cual dependiendo del caso puede ser llevada mediante una cirugía ortognática o como en el presente reporte de caso, mediante “la ortodoncia de camuflaje” (Casasa-Del Real et al., 2017; Farronato et al., 2014; García-Salinas et al., 2019; Gómez et al., 2017; Martínez-Mora et al., 2015; Rústico et al., 2022).

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

En la clínica de posgrado de Ortodoncia de la Universidad Católica de Cuenca campus Azogues se presenta una paciente de 16 años quien asistió para “*obtener una sonrisa agradable*” (Fig.1). En la anamnesis refiere que fue sometida a procedimientos quirúrgicos en sus primeros meses de vida como son la queiloplastia y palatoplastia, en su niñez hasta la adolescencia se le brindó atención odontológica integral entre ellas tratamiento ortopédico por parte del ortodoncista.

Al examen clínico presenta asimetría facial, patrón de crecimiento hiperdivergente, tercio inferior aumentado, relación esquelética clase III por una compresión maxilar. A nivel dental se observa: arcada superior triangular e inferior cuadrada, mordida cruzada posterior unilateral derecha, un overjet de -4 mm, overbite de -1.5 mm, relación molar clase III bilateral, relación canina clase III lado izquierdo y lado derecho no aplica, apiñamiento superior severo e inferior moderado,

línea media dental superior desviada 5 mm hacia la derecha en relación con la línea media facial, línea media dental inferior desviada 4 mm hacia la derecha. Los incisivos inferiores y superiores se encuentran retroinclinados.



Fig.1. Paciente femenina de 16 años, con clase III esquelética, mordida cruzada posterior lado derecho y mordida cruzada anterior, compresión transversal del maxilar, agenesia del órgano dental 12.

Por otro lado, en cuanto al análisis de tejidos blandos presenta un perfil cóncavo, ángulo nasolabial cerrado, retroquelia superior con cicatrices de la queiloplastia (Fig.1, Fig.3.B,C).



Fig.2 A y B Tomografía computarizada frontal. Órgano dental 1.3 impactada.

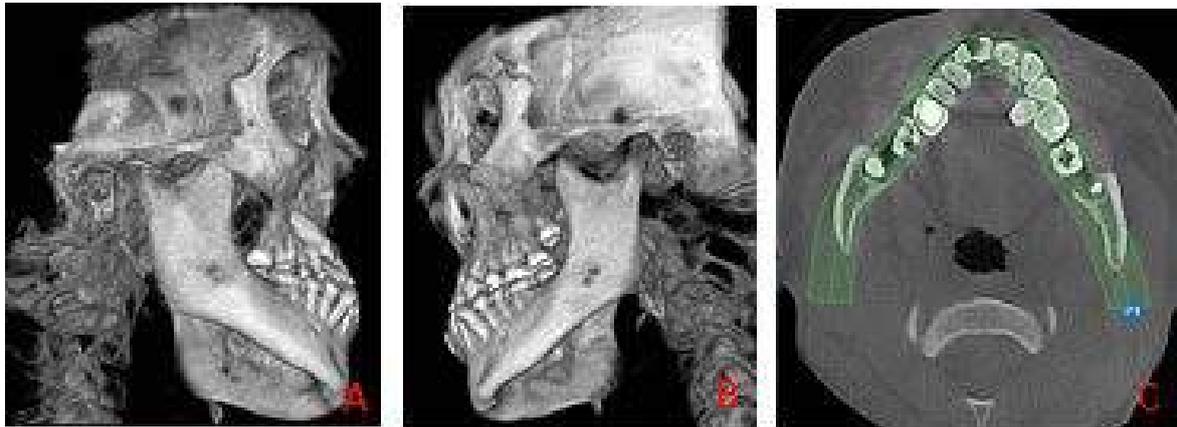


Fig.3 A,B. Imagen de ATM en TCCB y C. Corte axial de la arcada superior.



Fig.4 A. Cefalica lateral y B. panorámica se observa presencia OD 13 incluido, presencia de OD deciduo 52, asimetría condilar.

La radiografía panorámica y TCCB de inicio muestra 29 dientes entre ellos la persistencia del órgano dental (OD) 5.2, agenesia del OD 1.2, O.D 1.3 incluido, tratamiento de conducto del OD 1.6, cóndilos asimétricos y delgados (Fig.4. A,B).

En el análisis cefalométrico se encontró un patrón esquelético clase III, con un ANB de -3° por causa de una hipoplasia maxilar con retroinclinación de incisivos inferiores y superiores (tabla 1).

Tabla 1. Medidas Cefalométricas Pre-tratamiento.

Norma	Medidas Pre-tratamiento	
SNA	-	75°
SNB	80°	78°
ANB	2°	-3°
GO-GN/SN	32°	37°
1/SN	103°	97°
1/NA	22°	17°
1/NA	4mm	7mm
IMPA	90°	89
1/NB	4mm	3mm
1/NB	25°	17°
1/.1	131°	135°
GO-ME	71mm	65mm
S-N	71mm	59mm
OVERJET	2mm	-4mm
OVERBITE	2mm	-1.5mm
LS-SN-PG	3.5mm(+/-2)	3mm
LI-SN-PG	2.2mm(+/-2)	8mm
ANGULO	90° +/-5	77°
NASOLABIAL		

Objetivos del tratamiento

El plan de tratamiento consistió en varias fases; en primera instancia se realizó un saneamiento oral y acondicionamiento periodontal, posterior a ello se realizó la fase ortodóntica y finalmente se remitió a rehabilitación oral, cirugía y mantenimiento periodontal.

Dentro de los objetivos ortodónticos se encuentra la coordinación de arcos dentales en sentido transversal y sagital, tracción del canino superior derecho mediante la técnica conocida como "creeping attachment" para ocupar el lugar del OD 1.2, llevar los primeros premolares superiores hacia la posición de los caninos, obtener adecuadas guías de desoclusión dental (lateralidad y protrusiva), conseguir clase I molar bilateral, overjet y overbite adecuados, corrección de las mal posiciones dentarias y coordinación de líneas medias dentales superior e inferior.

En el área periodontal se sugiere gingivoplastia.

En el área de rehabilitación oral corregir la estética dental, debido a que la paciente presenta ausencia del OD 1.2; se realizó la exodoncia del OD 2.2 se opta por realizar la tipificación de caninos y premolares superiores con morfología de incisivos laterales y caninos respectivamente, para así conseguir una oclusión funcional y estable. Finalmente, exodoncias de los terceros molares por parte del cirujano.

Progreso del tratamiento



Fig.5 y A. colocación de Brackets de baja fricción Damon en el arco superior A,B. Para la tracción del canino (OD1.3) a nivel periodontal se utilizó la técnica de creeping attachment intentando de esta manera migrar el margen gingival hacia coronal acompañando al canino. C. Exodoncia de OD 2.2 D. Vista oclusal del arco superior.

Se emplea Sistema de baja fricción Damon, prescripción de torque bajo, la fase de alineación y nivelación se finaliza con arcos redondos CuNiTi 0.013"-0.018". Se realizó la exodoncia del órgano dental deciduo 5.2 y del incisivo lateral permanente 2.2, también se colocó resorte abierto entre los órganos dentales 2.4 y 2.6 para obtener el espacio necesario y poder integrar a la arcada al OD 2.5, lo anteriormente mencionado tomó aproximadamente seis meses (Fig.5 A,C,D).

En esta fase periodontal se emplea la técnica de creeping attachment o conocida también como la migración postoperatoria del margen gingival en una

dirección coronal sobre la raíz, en la cual se descubre la corona del OD 1.3; se cementa un botón y con la ayuda de una cadena elastomérica se tracciona al canino hacia distal (de ésta manera se evita que el canino se dirija hacia el espacio donde no hay tejido óseo) y para evitar la migración mesial del OD1.4 se coloca un stop en el arco por mesial de este órgano dental(Fig.5.A y Fig.6 A,C,D).

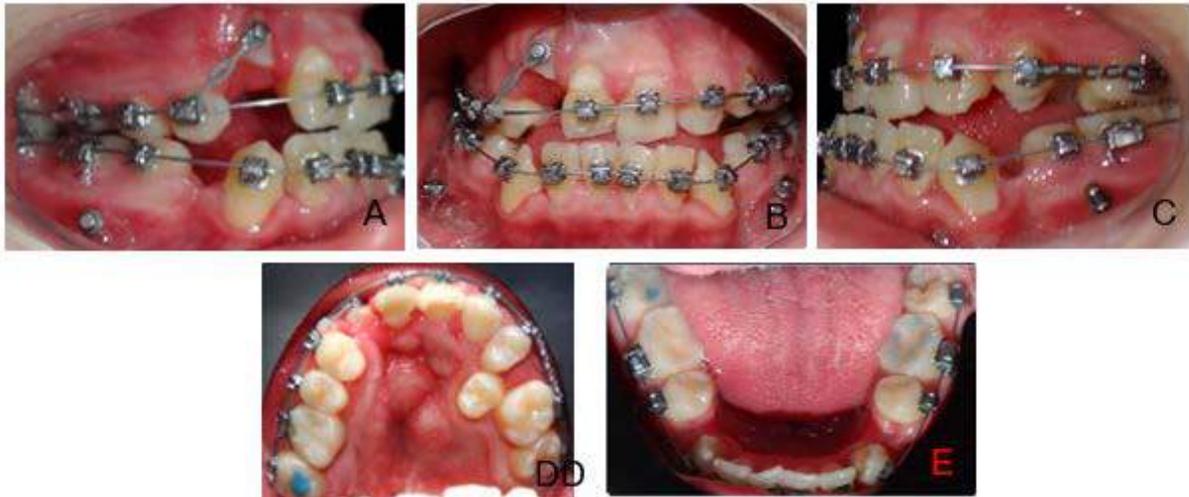


Fig. 6. A. Tracción del canino OD1.3 con cadeneta elastomérica, C. Resorte abierto entre OD 24 y 26 en la arcada superior por un tiempo aproximado de seis meses. E. En la arcada inferior se cementa los brackets, A,C,E.

Se realizan exodoncias de OD 3.4 y 4.4. A,C.

Se emplea microimplantes para distalización de caninos.

Después de seis meses se completa la alineación con una adecuada expansión de la arcada superior corrigiéndose la mordida cruzada posterior. Una vez corregida la compresión maxilar; en la arcada inferior se cementa la aparatología fija y se realizan exodoncias de los primeros premolares inferiores OD 3.4, 4.4, se coloca microimplantes interradiculares (entre 3.5 y 3.6 - 4.5 y 4.6) de 6 mm de longitud por 1.8 mm de diámetro para distalizar los caninos inferiores, se emplea de manera temprana elásticos clase III ligeros $\frac{1}{4}$ de 2 onzas desde canino inferior a primer molar superior bilateralmente para apoyar la corrección del camuflaje. (Fig.6 A,C E).



Fig.7. Doce meses de tratamiento.

Los doce meses se obtuvo una correcta alineación y descenso del OD 1.3; en la arcada inferior se consiguió el cierre de espacios en un tiempo aproximado de 4 meses. El tratamiento continúa con la secuencia de arcos 0.014" x 25 y 0.018" x 0.025" CuNiTi más empleo de elásticos clase III restringidos al uso nocturno. Los incisivos inferiores se mantienen retroinclinados para la compensación y los superiores con una proinclinación adecuada, la expresión de la prescripción de los brackets se observa en esta fase (Fig. 7).



Fig.8. Fase de detallado y asentamiento.

Para la fase de detallado y asentamiento se emplea arcos de acero 0.019" x 0.025" en la arcada superior con dobleces de primer y segundo orden, en la arcada inferior se coloca arco de acero 0.019" x 0.025" más cadeneta de eslabón largo para el cierre de espacios (Fig. 8).

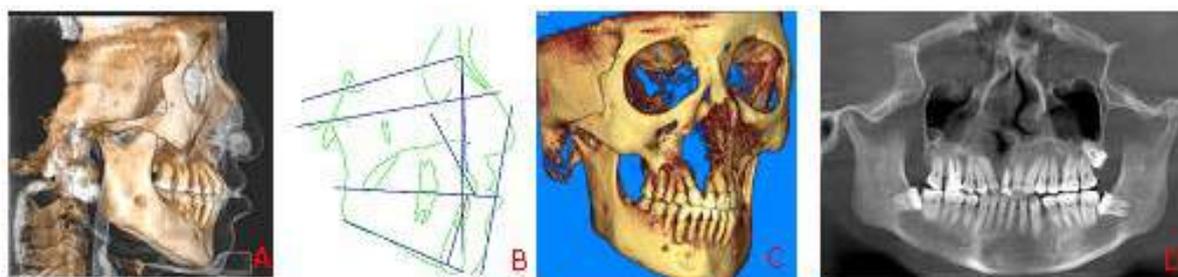


Fig. 9. Paciente luego de 18 meses de tratamiento, A, C. imagen TCCB, B.cefálica lateral con trazado cefalométrico Steiner y D. Radiografía panorámica.

La compresión transversal y la mordida cruzada posterior unilateral y mordida cruzada anterior se corrigió mediante expansión con la expresión de los arcos, se consigue un mejor resalte y sobremordida normal, una relación molar clase I, los caninos en posición de los incisivos laterales y primeros premolares en posición

de los caninos para la posterior tipificación en la fase de rehabilitación (Fig. 9). En el análisis cefalométrico posterior al tratamiento confirma una mejora en la corrección de 1° del ángulo SNB por consiguiente la corrección del ángulo ANB (tabla 2). Los incisivos superiores presentan una inclinación adecuada mientras que los inferiores se retroinclinaron más para el camuflaje (Fig. A,B).

Tabla 2. Medidas Cefalométricas Postratamiento.

	Norma	Medidas Pre-tratamiento	Medidas Pos-tratamiento
SNA	-	75°	75°
SNB	80°	78°	77°
ANB	2°	-3°	-2°
GO-GN/SN	32°	37°	38°
1/SN	103°	97°	103°
1/NA	22°	17°	26°
1/NA	4mm	7mm	4.5mm
IMPA	90°	89	84°
41/NB	4mm	3mm	2.5mm
1/NB	25°	17°	17°
1//1	131°	135°	133°
GO-ME	71mm	65mm	65mm
S-N	71mm	59mm	59mm
OVERJET	2mm	-4mm	2mm
OVERBITE	2mm	-1.5mm	2.5mm
LS-SN-PG	3.5mm(+/-2)	3mm	3mm
LI-SN-PG	2.2mm(+/-2)	8mm	5mm
ANGULO NASOLABIAL	90° +/-5	77°	78°



Fig.10. Paciente luego de haberse realizado gingivoplastía y restauración de las piezas dentales 11 y 21 con tipificación de caninos en incisivos laterales y de premolares en caninos.

Después de la fase periodontal y de rehabilitación se observa una mejor estética de la sonrisa gracias a la tipificación de los órganos dentales ya mencionados anteriormente, corredores bucales más amplios, líneas medias dentales centradas (Fig.10). La fase de contención se realizó con retenedor circunferencial superior y retención fijo inferior.



Fig.11. Fotografías de control a dos años de haber terminado el tratamiento las piezas dentales. se observa mesioangulación del OD 1.1. G muestra una palatoversión del OD 2.5

El control realizado a los 2 años de haber terminado el tratamiento muestra una ligera mesioangulación del OD 1.1, su estado periodontal es adecuado sin hallarse movilidad en las piezas dentales cercanas a la fisura. Se indica a la paciente acudir a control de rehabilitación oral para la limpieza y pulido de las carillas (Fig. 11).

DISCUSIÓN

Las fisuras labio-alveolo-palatinas (FLAP) pertenecen a un grupo de malformaciones congénitas complejas que necesitan de un trabajo multidisciplinario con profesionales capaces de devolver tanto la función, así como la estética facial y dental. Rosa García y colaboradores en el 2019 mencionaron que la pronta intervención de ciertas estructuras como es el cierre quirúrgico del paladar duro puede provocar una fibrosis en el tejido de cicatrización, impidiendo un desarrollo normal del maxilar superior, lo que conlleva al desarrollo de una maloclusión clase III de Angle, con un perfil cóncavo por pseudoprogнатismo estudio que concuerda con Gómez en el 2018 (García-Salinas et al., 2019).

Por otro lado, el tratamiento de pacientes que presentan una maloclusión clase III es sumamente complejo, ya que lo ideal sería una descompensación para posteriormente realizar la cirugía ortognática, sin embargo, la mayoría de veces es rechazada por los pacientes debido a su alto costo económico, por lo que en casos leves se puede realizar el conocido “camuflaje ortodóntico”, en el cual para la corrección de dicha maloclusión según el caso se puede optar por la extracción de primeros premolares inferiores, tal cual se realizó en el presente reporte de caso y concordando con lo realizado por Lorenzo Rustico y Ana Casasa (Casasa Del Real et al., 2017; Dominguez & Yudovich, 2012; Rustico et al., 2022).

También en los reportes de caso de pacientes con FLAP tratados con camuflaje ortodóntico publicados por Mora en el 2016 y Madrid en el 2019, mencionan que después del cese del crecimiento las opciones suelen limitarse a tratamientos quirúrgicos obteniendo resultados favorables (Madrid et al., 2017; Martínez-Mora et al., 2015).

La evidencia científica con autores como Rocha y Sharma muestra hasta el momento que un tratamiento ideal para las fisuras orales es aquel que combina la ortodoncia y la cirugía ortognática logrando alcanzar así los más altos estándares funcionales y estéticos, sin embargo, en algunos casos la discrepancia maxilo mandibular que se presenta es “compensable”, permitiendo así la realización de un camuflaje ortodóntico (Rocha et al., 2012; Roguzińska et al., 2020).

En pacientes con FLAP es común la ausencia de órganos dentales, así como también la presencia de OD retenidos (usualmente los caninos), es por ello que en algunos casos se opta por la tipificación de caninos como incisivos laterales y de premolares como caninos, dándole a estas piezas un torque y angulación adecuados sin perder soporte óseo y evitando que se ubiquen en el defecto óseo que se presenta debido a la fisura. Autores como Vélez y Madrid, han alcanzado

con éxito la angulación dental ideal para mantener un buen soporte óseo, y ambos reportan que la desarmonía estética y funcional deberá ser tratada con tipificación y ajustes oclusales que den una buena estética y adecuada funcionalidad (Madrid et al., 2017; Vélez-Noriega et al., 2015).

Otros métodos de tratamiento consisten en alcanzar una adecuada relación interarco manteniendo la posición legítima de los dientes, para posteriormente someter a una rehabilitación multidisciplinaria en donde los incisivos laterales serán añadidos de forma protésica, así mismo la rehabilitación que va desde una prótesis fija o removible hasta la colocación de un injerto óseo para inserción de implantes dentales (Adusumilli et al., 2013; De Souza-Freitas et al., s. f.; Alzain et al., 2017; Farronato et al., 2014).

Es importante mencionar que no se puede estandarizar un protocolo para la atención de pacientes con FLAP, ya que existe mucha controversia respecto a la edad ideal para realizar la cirugía de la fisura. Por ejemplo, el uso de ortopedia pre-quirúrgica es muy debatido, pues algunos autores concuerdan con el uso de la misma, mientras que otros se plantean la interrogante: “¿la ortopedia pre-quirúrgica realmente tiene efectos positivos a largo plazo? Como lo menciona Ibtesam Alzain y colaboradores en el año 2017 en cuyo artículo indican que el uso de la misma ayuda a la cirugía del paladar, ya que aproxima los segmentos maxilares disminuyendo su distancia y facilitando su cierre. Por otro lado, Giampietro Farronato y colaboradores en el año 2014 señalan que la reparación del paladar a edades tempranas afecta el desarrollo normal del maxilar en sentido anteroposterior, ya que se inhibe la actividad sutural lo que provoca el desarrollo de una clase III a largo plazo, concluyendo que es mejor el cierre tardío del paladar duro. (Alzain et al., 2017)

CONCLUSIONES

Todos los tratamientos tienen un resultado satisfactorio inmediato siendo la ortodoncia el método más conservador y aunque es bien conocido que un tratamiento ideal es aquel que agota todas las posibilidades quirúrgicas y ortodónticas, el camuflaje en casos de una clase III esquelética es una buena alternativa que satisface en gran medida las exigencias funcionales y estéticas de los pacientes quienes no desean ser intervenidos quirúrgicamente.

El camuflaje ortodóntico es una de las opciones de tratamiento que se tiene disponible para maloclusiones leves, cuyo objetivo principal es evitar la cirugía ortognática al paciente y lograr obtener una estética adecuada y sobre todo devolver la funcionalidad. En el caso presentado se lograron cumplir los objetivos planteados, obteniendo resultados satisfactorios para la paciente.

REFERENCIAS

- Absumilli, S. P., Sudhakar, P., Mummidi, B., Baburam Reddy, K. V., Rao, C. H., & Raju, B. H. V. R. K. (2013). Interdisciplinary treatment of an adolescent with unilateral cleft lip and palate. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 14(2), 332–338. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1323>
- Alberto de Souza Freitas, J., Gamba GARIB, D., Marchini Oliveira, T., de Cássia Moura Carvalho Lauris, R., Lúcia Pompéia Fraga de Almeida, A., Teixeira Neves, L., Kiemle Trindade-Suedam, I., Yassutaka Faria Yaedú, R., & Soares, S. (s. f.). Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies-USP (HRAC-USP)-Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. En *J Appl Oral Sci* (Vol. 268). www.scielo.br/jaos
- Alzain, I., Batwa, W., Cash, A., & Murshid, Z. A. (2017). Presurgical cleft lip and palate orthopedics: An overview. En *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* (Vol. 9, pp. 53–59). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S129598>
- Casasa Del Real, A. F., Gurrola Martínez, B., & Casasa Araujo, A. (2017). Camuflaje clase III en paciente con labio y paladar hendido, mordida abierta anterior. *Dentista y Paciente*, 116.
- Dominguez, M., & Yudovich, M. (2012). Lineamientos generales de atención ortodóncica para pacientes con labio y paladar hendidos. *Medigraphic*, 22(2), 67–74.
- Dume, L., Gurrola, B., & Casasa, A. (2014). Tratamiento de maloclusión clase III con presencia de labio y paladar hendido. Caso clínico. *Dentista y Paciente*.
- Farronato, G., Kairyte, L., Giannini, L., Galbiati, G., Maspero, C., Laima Kairyte, D. D. S., Lucia Giannini, -D D S, Guido Galbiati, -D D S, & Cinzia Maspero, -D D S. (2014). How various surgical protocols of the unilateral cleft lip and palate influence the facial growth and possible orthodontic problems? Which is the best timing of lip, palate and alveolus repair? Literature review. En *Baltic Dental and Maxillofacial Journal* (Vol. 16, Número 2).
- García Salinas, A. R., Guzmán Valdivia, I., López Noriega, J. C., Mosqueda Maza, P. S., Pérez Sánchez, C. F., Medina Madera, V., Marlene Solís Olvera, & Rodríguez Álvarez, M. (2019). Paciente con secuela de labio y paladar hendido. Tratamiento ortodóncico y quirúrgico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 7(4), 247–257. www.medigraphic.org.mx
- Gómez Clemente, V., López-garco Torres, J., Macías Gago, A., Nieto Sánchez, I., & Aneiros Fernández, L. (2017). Protocolo ortopédico-ortodóncico de actuación en pacientes con fisura labio-alveolar y palatina. *Odontología Pediátrica*, 25(3), 173–190.
- José, S., Quezada, R., Andreina, J., Romero, M., Lisseth, K., Arce, C., & Autor, *. (2021). Factores que afectan la autopercepción de los niños con labio y paladar fisurado. Artículo de revision autopercepción de niños con LPF. *Universidad Central del Ecuador - Facultad de Odontología- Revista Odontológica*, 23(1). <https://doi.org/10.29166/odontologia.vol23.n1.2021-e2670>

- Madrid, O., Jaramillo, I.-C., & Barhoum, H. (2017). Compensation orthodontic treatment of an adult patient with bilateral cleft lip and palate clip. Case Report. *Revista Estomatología*, 23(2). <https://doi.org/10.25100/re.v23i2.5786>
- Martínez Mora, A. M., Pesqueira Melgarejo, R., Hernández Espinosa, G., De Silva Dávila, J. L., & Rodríguez Chávez, J. A. (2015). Alteración dentofacial clase III tratado con camuflaje: Reporte de caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(1), 62–69. www.medigraphic.org.mxhttp://www.medigraphic.com/ortodoncia
- Rocha, R., Ritter, D. E., Locks, A., De Paula, L. K., & Santana, R. M. (2012). Ideal treatment protocol for cleft lip and palate patient from mixed to permanent dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 141(4 SUPPL). <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2011.03.024>
- Roguzińska, S., Pelc, A., & Mikulewicz, M. (2020). Orthodontic-care burden for patients with unilateral and bilateral cleft lip and palate. *Dental and Medical Problems*, 57(4), 411–416. <https://doi.org/10.17219/dmp/125874>
- Rustico, L., Ronsivalle, V., Iaculli, F., Spagnuolo, G., Isola, G., & Giudice, A. Lo. (2022). Class III Orthodontic Camouflage: Is the “Ideal” Treatment Always the Best Option? A Documented Case Report. *Case Reports in Dentistry*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/9200469>
- Vélez Noriega, E. S., Hernández Muñoz, N. E., Pérez Cortez, G., Rivera Luna, F., & Soto Castro, T. A. (2015). Atención de secuelas de labio paladar hendido bilateral con colapso maxilar. Caso Clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(2), 112–119.