



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA**

TESIS

**CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LABIO
FISURADO, PALADAR HENDIDO Y TRATAMIENTO
PRE-POSTQUIRÚRGICO.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

GABRIEL ENRIQUE ARCHILA ACERO

ASESORES:

**C.M.F. RODOLFO RUIZ SAM
MTRA. LIZBETH VENTURINA DURÁN TORRES
MTRO. LUIS ANTONIO LÓPEZ GUTU**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

ABRIL 2022.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 28 de Abril de 2022

C. GABRIEL ENRIQUE ARCHILA ACERO

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Características Fundamentales de Labio Fisurado, Paladar Hendido y Tratamiento Pre-Postquirúrgico.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

C.M.F. Rodolfo Ruíz Sam

Mtra. Lizbeth Venturina Duran Torres

Mtro. Luis Antonio López Gutu

Cop. Expediente





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Constancia de Entrega de Ejemplares

Anexo

Unidad Académica	Ing. Eva María Morales Gordillo		1 Electrónico
Biblioteca			1 Electrónico
Presidente	C.M.F. Rodolfo Ruíz Sam		1 Impreso
Secretario	Mtra. Lizbeth Venturina Duran Torres		1 Impreso
Vocal	Mtro. Luis Antonio López Gutu		1 Impreso

ATENTAMENTE

C. GABRIEL ENRIQUE ARCHILA ACERO

Nombre y firma del (a) sustentante

Matricula 61115198

C.c.p. Expediente



INDICE.

Prólogo -----	3
Introducción -----	6
Planteamiento del Problema-----	9
Objetivos -----	12
Justificación -----	14
Marco teórico -----	16
Hipótesis -----	38
Conclusiones -----	41
Recomendaciones -----	45
Fuentes de consulta -----	47
Anexos -----	49

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme dado la vida y esperanza.

A MIS PADRES

Por su cariño, amor y fuerza para salir adelante.

AL DR.

Por su enseñanza tanto profesional como humana y el estímulo en esta etapa.

AL DR.

Por su dedicación y guía profesional

PRÓLOGO.

PRÓLOGO

El labio fisurado y paladar hendido es un defecto de desarrollo embrionario, caracterizado, por una afectación en el labio, defecto en forma de cuña que es consecuencia ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura. Y por una fisura palatina, que es un defecto caracterizado por la ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal. Dado que el labio fisurado y paladar hendido suelen presentarse juntos están sumamente relacionados, el 80% de los pacientes que nacen con esta anomalía presentan estas dos afectaciones, y el 20% nace solo con alguno de los dos defectos.

Dentro de la etiología del labio fisurado y paladar hendido implica diferentes factores, mencionando los más importantes que son, factores hereditarios, ambientales, farmacológicos, agentes químicos.

Diferentes autores mencionan que cada individuo es portador de algún riesgo genético para la formación de fisuras y solo si los riesgos combinados de los progenitores superan un umbral mínimo, aparece en su descendencia la formación de la fisura.

En algunos síndromes las fisuras suelen aparecer, y de formación monogénica, (influida por un solo gen). Clínicamente las hendiduras del labio paladar hendido pueden agruparse en cuatro principales clases. 1-labio fisurado 2- fisura palatina 3- fisura labio palatina unilateral 4- fisura labio palatina unilateral.

Las deformaciones por fisura de las regiones orales son sumamente variables en complejidad, oscilan desde una deformidad mínima, como una úvula bífida o pequeña escotadura del labio superior, hasta graves fisuras bilaterales que afectan el labio, el alveolo, así como paladar duro y blando.

La fisura palatina suele conducir a una comunicación directa entre las cavidades oral y nasal, lo que lleva a un deterioro funcional importante.

Cabe hacer mención que el tratamiento del labio fisurado y paladar hendido suele tratarse multidisciplinariamente es decir que el tratamiento quirúrgico de ambos se puede realizar durante el 1er. mes de vida del paciente y en su mayoría de los casos los actos quirúrgicos de esta, nos puede dar excelentes resultados tanto en lo estético como en lo funcional.

Dentro de la fisura palatina esta puede causar problemas importantes al paciente para ingerir alimentos sólidos y líquidos ya que estos provocan una problemática de regurgitación a través de la nariz del alimento y la bebida.

Dentro del tratamiento quirúrgico de esta deformación (fisura palatina) esta se puede realizar hasta los 18 meses de nacido, ya que a esta edad el crecimiento palatino es significativo, cabe hacer mención que los hábitos del lenguaje no están establecidos. El cierre quirúrgico de la fisura palatina suele lograrse en la mayoría de los casos, sin embargo, en mayor o menor medida se necesita reeducar el lenguaje para superar toda la deficiencia funcional. Puede requerir un apoyo psicoterapéutico para superar el trauma psicológico que el paciente haya experimentado antes del tratamiento.

INTRODUCCIÓN.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas son una causa principal a nivel mundial, estas se definen como anomalías estructurales o funcionales presentes al nacimiento que producen una discapacidad física y/o mental y en algunos casos hasta la muerte.

Para entender el tema relacionado a estos factores es necesario tener en cuenta un panorama, aspectos importantes que están involucrados. Dentro de estas alteraciones es importante conocer dentro del ámbito de nuestra competencia como profesionales de la salud bucal que el labio y el paladar hendido tienen un lugar importante.

Uno de los puntos más importantes de esta investigación es la embriología, ya que es el comienzo de abordaje del tema que permite observar, cómo surgió y de que manera se ha desarrollado en la vida humana. Cabe hacer mención que las estructuras anatómicas e histológicas serán analizadas con el fin de tener un mejor valor y diagnóstico adecuado. En este tema se trata de abarcar las posibles etiologías más relacionadas con esta afectación. Ya que es de suma importancia considerar diversos factores tales como: hereditarios ambientales, nutricionales, químicos, farmacológicos, patologías infecciones y el hecho que es probable un indicio del problema (labio fisurado y paladar hendido).

Dentro de este tema se toma en cuenta estos factores con el fin de llevar una relación con esta afectación, puede derivar diversos factores, ya que hasta la fecha no se pueden comprobar acertadamente, y los estudios que han orientado a muchos interesados en el tema son los estudios en ratas que han generado que las ratas estudiadas con diferentes factores como farmacológicos, nutricionales y ambientales tengan una incidencia de labio fisurado y paladar hendido. De esta forma, ha sido el motivo de la inquietud para contar los conocimientos teóricos y las técnicas propias para tratar adecuadamente a los pacientes con este tipo de problema. El labio fisurado y paladar hendido representa un problema de mucha trascendencia desde el punto de vista individual del niño afectado, ya que por su ubicación exige una atención rápida para facilitar al paciente la alimentación,

fonación y en una forma sostenida la oclusión dentaria. Esta alteración también involucra el desarrollo psico-social del grupo familiar del paciente que la padece.

Dentro de las especialidades en el ámbito odontológico la ortopedia maxilar y la ortodoncia juegan un papel muy importante ya que estas 2 en conjunto nos sirven para elaborar modelos en yeso del maxilar superior para su estudio y análisis ya que permiten la fabricación de placas obturadoras palatinas, las cuales van a permitir la deglución y el desarrollo de las apófisis palatinas del maxilar superior y la oclusión dentaria. El procedimiento quirúrgico del cierre del paladar hendido o palatorrafia, tiene como objetivos devolver su estructura o conformación anatómica y funciones como deglución, fonación y masticación. El labio fisurado y paladar hendido es un problema complejo que debe ser abordado por un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales como el cirujano maxilofacial, cirujano plástico, odontopediatría, ortodoncista, terapeuta de lenguaje, psicólogo, pediatra, genetista y por su frecuencia es un problema de salud pública, por lo cual se requieren los trabajadores sociales.

**PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del planteamiento del problema del labio fisurado como el paladar hendido son entidades congénitas de alta complejidad ya que estas involucran diferentes aspectos tales como: embriológico, anatómico, patológico, fisiológico y estético.

Por tal motivo, es de suma importancia estudiarla en toda su integridad para ofrecer una clara concepción general y detallada del problema.

El labio fisurado acompañado o no de paladar hendido es un problema de interés creciente en el contexto del crecimiento y desarrollo pediátrico. Tanto a nivel nacional e internacional, cabe hacer mención que en nuestro estado de Chiapas esta patología es muy alta sobre todo en la mayoría en la zona indígena el cual varios investigadores han demostrado una asociación entre este defecto y la prevalencia significativa de morbilidades como: otitis media a repetición, pérdida de la audición, neumonías infecciosas, fallo del medro, alteraciones del lenguaje, además problemas de aceptación personal como de grupo, por lo que requiere una prevención primaria como secundaria y en algunos casos terciaria por las secuelas físicas y psicológicas que pueden dejar este defecto.

En nuestro país se desconoce cuáles son los factores de riesgo involucrados en la génesis de este problema, la frecuencia con la que presenta este defecto en nuestra población, como su morbilidad asociada, con lo que se evidencia una falta de datos epidemiológicos sobre esta patología.

Dentro de las delimitaciones de este problema y considerando lo anterior y su relevancia la presente investigación bibliográfica estará orientada a indagar acerca de los posibles factores de riesgo relacionados con labio fisurado y/o paladar hendido, (medicamentos, edad materna) y su morbilidad asociada (infecciosa, crecimiento y desarrollo), dado que los estudios para involucrar la etiología del labio fisurado y paladar hendido son limitados algunos expertos en el tema solo los toman como teorías de la etiología.

Cabe hacer mención y tomando en cuenta estos enunciados la presencia de malformaciones congénitas son anecdóticamente frecuentes en nuestra población y en vista que en el país todavía se debe enfocar el presupuesto de salud en tratar una gran cantidad de patología infecciosas, parece relevante plantearse las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo que frecuentemente presentan los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido? ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en pacientes con labio leporino y/o paladar hendido?

OBJETIVOS.

OBJETIVOS.

OBEJTIVO GENERAL

- 1- Determinar la presencia de factores de riesgo comúnmente asociados con el apareamiento de labio fisurado y/o paladar hendido.
- 2- Determinar las patologías frecuentemente presentadas en los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de labio y/o paladar hendido por sexo.
2. Conocer la distribución de los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido según anomalía anatómica presentada.
3. Determinar la distribución por sexo según la anomalía anatómica presentada en los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido
4. Determinar los factores predisponentes maternos y paternos (edad, gravidez, control prenatal, etc.) frecuentemente relacionados con el defecto
5. Determinar el uso de medicamentos previo a la concepción y durante el embarazo
6. Determinar el uso drogas lícitas e ilícitas antes y durante el embarazo
7. Establecer la presencia de antecedentes familiares en los pacientes del labio leporino y/o paladar hendido
8. Determinar la distribución de la morbilidad asociada en los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido por grupos etarios
9. Determinar las frecuencias de neumonías el los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido
10. Determinar la frecuencia de otitis media aguda en los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido
11. Determinar la presencia y el grado de desnutrición en los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido
12. Determinar la distribución de la desnutrición por sexo
13. Establecer la presencia de fallo de medro en los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido.

JUSTIFICACIÓN.

JUSTIFICACION.

Considerando el labio fisurado y/o paladar hendido es un defecto anatómico visto desde la antigüedad, tanto en países desarrollados como en los países subdesarrollados, es un problema que adquiere relevancia, ya que a pesar del paso del tiempo todavía lo tenemos presente en nuestra sociedad y construyen una causa importante de consultas hospitalarias y por sus morbilidades asociadas.

Dicha problemática son de una suma importancia ya que son defectos anatómicos congénitos visto muy comúnmente en niños segunda tos de OMS y asistencia social, las malformaciones congénitas se ubican entre las primeras 10 causas de egresos hospitalarios en niños menores de un año (ambos sexos), el labio fisurado y la fisura palatina representan alrededor del 15% de estas afecciones.

Este defecto puede presentarse como entidad única (labio fisurado o paladar hendido) o combinada, de causa multifactoriales no del todo comprendidas y establecidas tales como uso y abuso de medicamentos, antecedentes familiares, causas genéticas, uso y abuso de drogas, edad materna y paterna, etc. Así mismo se conoce que predispone a afectaciones nutricionales (específicamente desnutrición, por las dificultades en la alimentación), de adaptación, del lenguaje, enfermedades infecciosas, etc. Con este estudio se pretende lograr una mejor descripción del problema, y así obtendrá una base de referencia para estudios posteriores con el cual se estarán beneficiando tanto niños y familiares afectados.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Labio fisurado y paladar hendido son una de las malformaciones congénitas, relativamente frecuente al 15% de todas las malformaciones. Suleiman y Hamzah 22, realizaron un estudio acerca de la prevalencia en Sudan entre 1997- 2000 demostrando una prevalencia de 0.9 por 1000 habitantes, además reportan mayor número de casos en el sexo femenino con 10:3 con respecto al sexo masculino.

El 54% tenía labio leporino y paladar hendido; el 30%, solo paladar hendido, el 16%, solo labio leporino. Antoszewski, B. and Kruk- Jeromin, J. (1998) analizaron la prevalencia del labio leporino entre 1981- 1985 estudiando 321, 723 nacido vivos y encontrando 267 niños, con una prevalencia de 2 por 1000 nacidos vivos, además se observó que el paladar hendido es más frecuente y que el labio leporino es menos frecuente.

Siendo el paladar hendido más frecuente en niñas que en niños y el labio leporino completo con paladar hendido más frecuente en niños que en niñas 66:38. Gregg, T. Boyd, D., and Richardson²⁹, A. (1994), en *British Journal of Orthodontics* realizaron un estudio en el norte de Irlanda en enero de 1980 a diciembre de 1990 en el cual nacieron 398 bebés con labio leporino y paladar hendido, reportando una prevalencia de 1.28 por 1000 nacidos vivos. Con una distribución del 56% en el sexo masculino y 44% en el sexo femenino.

Los doctores Michael Melnick, Haiming Chen, y Tina Jasko 1125 en the Laboratory for Developmental Genetics, University of Southmen California, no solo identificaron un gene si no un corto circuito genético que causa labio leporino son IGF-IIR (hyperactive gene), factor de crecimiento TGF-B2, y Cdk4, las cuales son proteínas que maneja la división celular son moléculas que están presentes en los seres humanos y son los responsables en el labio leporino estudio publicado por plastic amtd Reconstricitiire Suráerti; en febrero del año 2000 compraron a 2207 niños nacidos vivos con labio fisurado y paladar hendido con 4414 niños control sin anomalías congénitas concluyeron que el riesgo se incrementaba en un 50% en las mujeres que fumaron entre 1 a 10 cigarrillos al día, y en un 56% en las

mujeres que fumaban entre 11 a 20 cigarrillos al día y las que fumaban más de 21 cigarrillos al día su incremento fue de un 78%. L. Park-Wyllier, de la facultad de farmacología de la universidad de Toronto Canadá, encontraron que en 184 embarazadas expuestas a prednisona no presenta riesgo de teratogénesis a pesar que esta situación se a comprobado en animales quienes tienen un riesgo 3.4 veces mayor para labio leporino Rooij, Ocké²⁴, y realizaron un estudio en Holanda entre 1998-2000 con 174 madres con hijos con labio leporino con o sin paladar hendido y 203 madres con hijos sin anormalidad, concluyeron que el uso de ácido fólico antes de las primeras 4 semanas y 8 semanas después de la concepción hay una disminución de riesgo en un 47% comparadas con las madres que no utilizaron el ácido fólico. 8 Bulle, Skytt²⁴, y col. Realizaron un estudio en Dinamarca entre los años 1973-1996 concluyeron que a mayor edad materna y paterna hay un aumento de riesgo de presentar labio leporino y paladar hendido, el cambio el riesgo para paladar hendido aislado aumenta con la edad paterna. N. Natsume, T. Kawa¹²⁴, y col realizaron un estudio de casos y controles con 306 mujeres que tuvieron bebe con labio leporino y 306 mujeres que tuvieron bebe sano en la misma área y en el mismo periodo y encontraron que 48 bebes con labio leporino tenían antecedentes familiares y en el grupo de bebes sin anormalidad tuvo 7 casos con antecedentes familiares. Lorente C, Cordier S y co¹³².

Llevaron a cabo un estudio examinando la relación del tabaco y el alcohol durante el primer trimestre de embarazo y el labio leporino en 161 infantes y 1134 infantes control, hay incremento de riesgo de labio leporino con o sin paladar hendido con un odds ratio del 1.79 IC 95% (1.07-3. Q4). Jousimes, Greenman y co¹³¹. Realizaron un estudio con 89 niños entre los dos meses y los quince años con labio leporino y otitis media aguda, reportando un 68% con cultivos positivos encontrando entre las más comunes de la bacteria *S. pneumoniae*, *B. catarrhalis* *H. influenzae*

DESARROLLO EMBRIONARIO DE LA CARA

Como parte de la formación fetal, alrededor de la cuarta semana de gestación, comienza el proceso de la formación de la cara, consistiendo en la aparición de los procesos faciales, consistentes en su mayor parte de mesénquima derivado de la

cresta neural formados principalmente por el primer par de arcos faríngeos. Estos procesos corresponden los procesos mandibulares, los procesos maxilares así como los procesos nasales.

Los procesos maxilares se ubican lateralmente al estomodeo. Durante la quinta semana de gestación las placas nasales se invaginan para formar las fositas nasales, con la cual aparecen rebordes de tejido que rodean a cada fosita y forman los procesos nasales y laterales y medialmente los procesos nasales mediales. En una etapa ulterior queda cubierta la hendidura que se encuentra entre el proceso medial y el proceso maxilar y ambos procesos se fusionan formando así el labio superior.

El labio inferior y la mandíbula se forman a partir de los procesos mandibulares que se fusionan en la línea media. Como resultado del crecimiento medial de los maxilares los dos procesos nasales mediales se fusionan tanto en la superficie así como en lo más profundo, formando una estructura llamada segmento intermaxilar, comprendiendo lo siguiente; un componente labial, que forma el surco subnasal en la línea media del labio superior, un componente maxilar superior y un componente palatino que forma el paladar primario. Alrededor de la sexta semana de gestación aparecen dos invaginaciones de los procesos maxilares [crestas palatinas] las que se fusionan y forman el paladar secundario definitivo.

Hacia adelante las crestas se fusionan con el paladar primario y 12 el agujero incisivo se puede considerar la división entre los paladares primarios y secundarios.

GENESIS DEL LABIO FISURADO

El labio fisurado y la fisura de paladar son defectos comunes que pueden presentarse ya sea como entidades únicas y combinadas, que producen un aspecto facial anormal y dificultades del habla.

El agujero incisivo se considera la línea divisora entre las deformidades anteriores y posteriores. Suelen apoyarse dos teorías sobre la embriogénesis del labio hendido.

La clásica afirma que resulta de la falta de fusión de los procesos naso medial y naso lateral del embrión a-s-lo.

La teoría de penetración mesodérmica indica que el embrión es una capa epitelial doble en la región de la cara hasta que migra mesodermo entre ambas y se forman los procesos faciales, le falta de esta migración mesodérmica origina las hendiduras.

Joshua Kaplan y Richard Stark en 1973 estudiaron que tanto en el lado del labio superiores patológico, como en el piso nasal, no se detecta suficiente cantidad de mesodermo, en cambio en esas mismas áreas se encontró suficiente cantidad de ectodermo, incluso hubo ectodermo en similar cantidad, tanto en el lado sano como en el patológico, concluyeron entonces, que el ectodermo no juega ningún papel en la patología, en cambio sí falta mesodermo, la lesión se hace presente 2-4. Veau y luego hochstetter, afirman más tarde, que el labio superior está constituido por una membrana bilaminar de ectodermo, que adquiere el nombre de pared epitelial que podría considerarse como una membrana braquial muy elemental, similar al himen o a la membrana del tímpano, que, por supuesto estas membranas por razones obvias nunca serán invadidas de mesodermo, para seguir siendo epiteliales hasta su madurez.

En definitiva, el labio será una membrana epitelial temporal, similar a tantas otras del organismo que en su evolución embrionaria recibirá un refuerzo a partir del mesodermo, constituyéndose así los órganos formados de varios planos de tejidos de diferentes naturaleza y origen y que esta evolución acontece entre las cinco primeras semanas de vida el embrión.

La fisura del paladar depende de la falta de fusión de las crestas palatinas, cuando la fusión de los dos procesos palatinos es incompleta se presentan las hendiduras.

ANATOMIA EN LABIO FISURADO

Labio fisurado unilateral: la premaxila se rota hacia arriba y se proyecta, el septum nasal se desvía hacia el lado no fisurado, quedando la narina del lado fisurado

ensanchada y la otra comprimida. El labio contiene en el lado no fisurado musculatura normal que arrastra y contribuye a la distorsión labial.

En el lado fisurado se inserta en el borde de la fisura y a lo largo de ella. La columbeta se encuentra acortada y acompaña a la desviación septal. El filtrum está acortado. El ala nasal del lado fisurado esta aplanada e hipertrofiada y su porción externa está implantada más baja, debido a la distorsión de la musculatura. Las dos narinas están obstruidas: la de lado no fisurado en su porción anterior y la del lado fisurado en la porción posterior.

La punta nasal es ancha y presenta en su centro una muesca por separación de los cartílagos alares.

El suelo nasal esta ensanchados. Labio leporino bilateral: en esencia se encuentran alteraciones similares.

La premaxila se encuentra protruida destruyendo el área de la columela, de forma que el labio arranca directamente de la 14 punta nasal. El hueso alveolar contiene los incisivos y se articula con el septum nasal y el vómer. El labio en su porción central se llama probalio. Se encuentra revertido y muestra una gran hipoplasia regional. La porción central no contiene musculo, salvo pequeños haces.

La columela está muy acortada labial contiene dos porciones: profunda: actividad esfínter que funciona coordinadamente con la orofaringe. Superficial: moviliza los labios durante el habla y tiene función en la expresión facial. Se ha estudiado el desarrollo de ambas porciones en el labio fisurado, encontrándose un retraso en el desarrollo, una distribución asimétrica e inserción anormal.

Las fibras de la porción profunda no se anclan en el bermellón, sino que, simplemente se interrumpen de forma que la piel y el bermellón se van adelgazando a cada lado de la fisura.

En los labios fisurado completos la porción superficial se desvía como una banda hacia el ala nasal por su lado lateral, contribuyendo a la deformidad nasal.

DESARROLLO FACIAL EN EL LABIO FISURADO

Se encuentran marcadas diferencias si se compara con la población normal, afectándose tanto las áreas oro faciales implicadas en la fisura como el resto. Solo se encuentran implicados, en principio, las orbitas y la mandíbula. A veces, se aprecia hipertelorismo en los niños figurados.

El desarrollo intrauterino está determinado por las inserciones musculares anomaxiales que existen en los figurados g. En el desarrollo normal de las facies: la maxila se desarrolla por oposición ósea. Un factor determinante en el desarrollo es la oclusión. En la fisura completa unilateral: las medidas faciales antero posteriores son prácticamente normales, mientras que el maxilar del lado sano que se encuentra desplazado por varias causas: tracción lateral de los músculos de labio mejilla.

Presión lingual anormal. Presión del septo nasal que se desvía al lado no fisurado. La nariz se desvía hacia el lado fisurado, excepto la base alar (labio fisurado) que esta ensanchada por la fisura g. en la fisura completa bilateral: la premaxila esta soportada por el septum nasal: la protrusión lingual hace asimétrica la fisura desplazando la premaxila lateral y la porción posterior de los maxilares también puede desplazarse lateralmente de forma similar a las fisuras unilateral s. otras fisuras: se aplican los mismo principios de ensanchamiento maxilar deformidad nasal, alar y septal según el lugar de la fisura.

El desarrollo general de los niños con fisura se ve marcado por un retraso de la edad ósea, hay un retraso estatura y un retraso en la pubertad.

Se piensa que ellos son debido a la dificultad de alimentación y a la cirugía

Al final se produce un perfil más o menos convexo con apariencia de prognatismo mandibular, debido a la retracción maxilar, dando lugar a mal oclusión.

CLASIFICACION

Se puede clasificar según Millard o Byrd en:

Labio leporino cicatricial o forma larvada.

- Labio fisurado unilateral, labio fisurado bilateral, labio fisurado central (forma inusual, agenesia total del prolabio)
- Las formas unilateral o bilateral pueden ser: o completo. O completo. Según Kernahan y Starck, 1958; Tesier, 1976; Watson, 1980, las fisuras palatinas se dividen en: pre palatinas o paladar primario (por delante del agujero incisivo), con afectación de: a un terciario dos terciarios tres terciarios o completo. Palatina o paladar secundario, con afectaciones de: un tercio, dos tercios, tres tercios o completo.

FACTORES DE RIESGO

En innumerables estudios clínicos, los factores etiológicos en el labio leporino, con paladar hendido o sin él, no se pueden determinar con exactitud, por lo que se limitan a clasificarlos como de tipo “hereditario multifactorial” dependiente de múltiples genes menores con tendencia familiar establecida, sin seguir ningún patrón mendeliano en el 90% de los casos.

Estos representan el resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes menores y factores ambientales, por lo general desconocidos. Dichos genes predisponentes, cuya acción y número son difícilmente identificables, actúan según la teoría de las predisposiciones genéticas los criterios para interpretar este tipo de herencias son:

La frecuencia de la malformación genética varía en las diferentes poblaciones de acuerdo con su carga genética propia. La malformación es más frecuente en los parientes de los sujetos afectados, cuanto más rara es la población general. Existe una gran gama clínica de variedad de estas malformaciones.

El riesgo de presentar una malformación familiar es mayor cuanto más grave es la malformación y aumenta a medida que lo hace el número de sujetos afectados de la familia. Las madres que hayan tenido un hijo afectado tienen 2 o 3 veces mayor riesgo de tener otro hijo con malformaciones. El coeficiente de consanguinidad media de la familia de los individuos afectados es superior al de la población general.

Existen predisposición, en cuanto al sexo; es más frecuente hallarse afectados los varones en el labio y paladar hendido, mientras corresponde a la mujer el presentar con más frecuencia el paladar hendido.

Entre otros factores podemos mencionar el uso de medicamentos en el embarazo tales como corticoesteroides²³, definilhidantoina, fenobarbital¹⁸, edad materna 23-24, antecedentes familiares, nivel socio económico bajos, etc. En su estudio en ratas Hamilton baxterlo produjo lesiones similares a las fisuras que nos ocupan, inyectando en los animales de gestación, dosis de cortisona, que probablemente actuaron evitándola fusión de los procesos embrionarios para la formación de la boca del embrión animal. Atendiendo estas experiencias, la cortisona en las madres gestantes esta contraindicada. Trigoso, señala como teratogénicos algunos medicamentos entre los cuales figuran: analgésicos, antibacterianos, anticonvulsivantes, antituberculosos, hormonas, hipoglucemiantes, antieméticos, sedantes, quinina, etc.

Este se debe según algunos investigadores a la inmadurez del sistema enzimático hepático implicado en los mecanismos de desintoxicación del embrión.

El alcohol es un agente que determina daño en la madre gestante y puede alterar la morfogénesis del embrión, desde hirsutismo hasta retraso mental y eventualmente retraso en el desarrollo físico.

El incremento del consumo de alcohol puede ser causa del aumento de casos de fisuras.

Se ha comprobado que las mujeres que fuman 1432-33 durante el embarazo tienen hasta un 70% más de probabilidades de tener un bebé con uno de estos dos defectos en comparación con las mujeres que no fuman. Y el riesgo de ambas malformaciones aumenta si se eleva el número de cigarrillos que fuma la madre, llegando hasta el 70% cuando el consumo es de 21 cigarrillos al día, pero incluso cuando la madre fuma entre uno y 10 cigarrillos diarios el riesgo de labio leporino y paladar fisurado en el recién nacido es de más de 30%. 19 IV g.

CO-MORBILIDAD

Se sabe que ambas entidades pueden estar acompañadas de diferentes complicaciones tales como son: trastornos del lenguaje, procesos infecciosos (otitis, neumonías), sordera, falla en el medro, problemas nutricionales (desnutrición) problemas odontológicos

- 1- DEL LENGUAJE: RETARDO DEL HABLA: es común que los niños que nacen con una hendidura del paladar tengan problemas del habla una parte de su vida.

Casi todos estos niños requerirán la terapia del habla durante la infancia. Sin embargo, muchos niños que nacen con un paladar hendido desarrollan su habla normal durante los cinco primeros años de edad. La función muscular¹³ puede verse reducida a causa de la abertura del paladar y del labio. No es raro para un niño que nace con un paladar hendido tome tiempo en aprender a hablar y desarrollar los sonidos del habla durante los primeros 9 a 24 meses de edad. Por lo tanto, es importante hablarle al niño y motivarlo una vez que el paladar se haya corregido, el niño puede aprender a pronunciar más sonidos constantes y más palabras. Sin embargo, el habla se puede retrasar un poco durante los primeros años.

Los problemas de articulación pueden continuar en algunos niños durante la primera infancia por muchas razones. Si los dientes del niño no están en sus "posiciones correctas", el habla puede ser normal, pero algunos sonidos (como la s o la sh) pueden ser "anormales". También es importante recordar que algunos niños con o sin paladar hendido, pueden desarrollar el habla un poco más lentamente que otros

niños, cuando el habla se produce correctamente, el paladar blanco se dirige hacia la parte de atrás de la garganta, separando la cavidad nasal de la boca para que el aire y sonido sean dirigidos hacia afuera de la boca los niños que tienen deficiencia velo faríngea pueden sonar, como si “estuvieran hablando por las narices”.

Debido a que el paladar blando no puede separar la nariz de la boca y el aire y sonido salen por la nariz durante el habla; este problema probablemente resultara en la hipemasalidad y la emisión nasal del aire. (es normal que el aire y sonido salgan por la nariz cuando se pronuncia la “m”, “n” o “ing”). Aproximadamente el 25% de los niños con hendiduras arregladas del paladar todavía tienen deficiencia velo faríngea por lo general, los niños con labio leporino hablan de modo normal o casi normal. Algunos niños con fisura palatina (sola o acompañada del labio leporino) pueden tardar un poco más que otros niños en desarrollar el habla sus palabras pueden sonar nasales y pueden experimentar dificultad en producir algunos sonidos consonantes. Sin embargo, la mayoría de estos niños casi siempre desarrollan un habla normal después de la reparación del paladar, si bien algunos necesitaran recibir terapia para el habla alérgica.

La obstrucción extrínseca, habitualmente de causa mecánica, es producida por una hipertrofia adenoidea

Los gérmenes que se detectan con mas frecuencia en la otitis media aguda, son el estreptococo pneumoniae, haemophylus influenzae, con menor frecuencia la moraxela catarralis, el estreptococos del grupo A y el staphylococcus aureus. Además de las bacterias, los virus juegan un papel muy importante en la patogenia de la otitis media aguda, siendo lo más frecuentemente implicados el virus sincitial respiratorio, el virus de la influenza, el virus para influenzae, adenovirus, rinovirus y enteroviruss. Síntomas en la forma aguda de la enfermedad existen: dolor de odio, fiebre, tinnitus e irritabilidad.

Con menos frecuencia se puede presentar otorrea (supuración), vértigo y más raramente parálisis facial. En la otitis media crónica con efusion, la pérdida de audición puede ser los únicos síntomas. La historia clínica cuidadosa y el examen y

la exploración otoscopia habitualmente son suficientes para el diagnóstico de la otitis media en la mayoría de los casos. Es preciso realizar una exploración completa de cabeza y cuello para identificar factores que predispongan a padecer ese tipo de problema, tal como trastornos cráneo-faciales, obstrucción nasal, defectos de paladar o hipertrofia adenoidea.

En pacientes con otitis media unilateral, es preciso examinar la rinofaringe. La exploración otoscopia es la más importante para el diagnóstico de la otitis media. La otitis media aguda generalmente se presenta como una membrana timpánica enrojecida, abombada, con escasa o nula movilidad, cuando la membrana timpánica se perfora conlleva habitualmente la aparición de otorrea.

En ocasiones se realizará ante una otitis media aguda, una timpanocentesis (incisión en la membrana timpánica) para confirmar el diagnóstico y obtener material para cultivo y permitir además el drenaje del contenido purulento a presión en el oído medios. El examen audio métrico (audiometría) puede ser útil para confirmar y establecer el nivel de pérdida auditiva que conlleva sobre todo a la otitis media crónica con efusión.

TRATAMIENTO

El tratamiento habitual de otitis media aguda se realiza con antibióticos durante diez o catorce días, teniendo como referencia los gérmenes que habitualmente son los responsables de dichos procesos

Habitualmente, con el tratamiento antibiótico la sintomatología mejora significativamente en 48 horas. Sin embargo, si existe efusión en el oído medio esta puede persistir durante varias semanas. Al tratamiento antibiótico en ocasiones se asocian descongestionantes nasales y mucolíticos. E. tipos de otitis e. 1 otitis media aguda: su causa más frecuente es el germen streptococcus pneumoniae. Haemophilus influenza, moraxella catarrhalis. Se precede normalmente de una infección de vías aéreas altas durante varios días. Aparece súbitamente otalgia con fiebre, malestar general y pérdida de audición⁵. En lactantes los síntomas se pueden ver limitados a irritabilidad, diarrea, vómitos o malestar general. E. 2 otitis media supurada: la supuración o la salida de contenido líquido por el conducto auditivo externo nos indica que existe una perforación timpánica.

El tímpano se rompe de manera espontánea normalmente durante un episodio de otitis media aguda. Además, muchas perforaciones temporales se realizan como tratamiento quirúrgico de las otitis medias agudas recidivantes o con derrames. Alrededor de dos tercios de los niños presentan otorrea en una o varias ocasiones mientras los tubos continúan funcionando.

Los microorganismos que se identifican con más frecuencias en los cultivos de las secreciones del oído, y que se identifican como causa de la infección, son: s.pneumoniae, H.influenzae y M. Catarrhalis.

La presencia de s. pyogenes, sin aplicar un tratamiento al respecto, se ha asociado con perforaciones agudas espontáneas de los tímpanos. La cicatrización tiene lugar una vez cesa la supuración, pero la perforación puede mantenerse abierta después de un episodio de otitis media aguda. r 1 n 25 la perforación sin cicatrización y sin signos de otitis media durante meses nos hace sospechar una perforación crónica y posiblemente permanente.

En este caso, el tratamiento es complicado y polémico ya que por un lado la perforación ofrece una buena ventilación del odio medio, pero por otro, hace desaparecer la capa protectora del odio medio, pudiendo dar paso a secreciones desde nasofaringe u oído externo y con ellos dar lugar a nuevas infecciones neumonía. Se denomina neumonía, a la inflamación del tejido pulmonar, específicamente a las inflamaciones que comprometen grandes áreas del pulmón, segmentos o lóbulos, por lo común, de manera más o menos homogénea. Puede desarrollarse predominante en los alveolos (neumonía alveolar o genuina), o en el intersticio (neumonía intersticial o neumonitis) o en ambos (neumonía mixta o daño alveolar difuso).

Las neumonías alveolares son inflamaciones predominante exudativas, mientras que las intersticiales suelen ser proliferativas o productivas las neumonías mixtas no están actualmente muy caracterizadas, pero en ellas es posible reconocer ambos componentes inflamatorios simultáneamente 543. Según sus causas las neumonías pueden ser: 1. Bacterianas 2. Virales 3. Por micoplasma. Neumonía bacteriana los agentes más frecuentes involucrados en las neumonías bacterianas en los niños son: el neumococo, el Haemophilus Influenzae y en otras ocasiones el Estafilococo y Klebsiella⁵ a. NEUMONIA NEUMOCOCICA esta neumonía corresponde morfológicamente a una neumonía fibrinosa, que afecta en forma homogénea a grandes áreas del pulmón, como segmentos, lóbulos o pulmón completo.

Compromete mas frecuentemente lóbulos inferiores y en la forma clásica cursa en cuatro fases: congestión, hepatización roja, hepatización gris y resolución. Se habla de hepatización porque el tejido pulmonar afectado adquiere una consistencia similar a la del hígado, se hace firme y quebradizo. Esto se debe principalmente al abundante exudado fibrinoso, que a la superficie de corte da un aspecto finamente granular.

Al parecer, la coloración rojiza o grisácea de las fases de hepatización depende más del grado de repleción sanguínea de los capilares que el carácter de exudados; a 1 fase de congestión en está, el lóbulo afectado es hiperémico, rojo oscuro y pesado. De la superficie de corte fluye un líquido turbio, espumoso, gris rojizo. La

consistencia aumentada microscópicamente el exudado alveolar es al principio seroso, con escasos eritrocitos, neutrófilos y macrófagos alveolares (edema inflamatorio).

En el exudado pueden demostrarse neumococos libres. Los capilares están dilatados, repletos de sangre. Este estadio dura de 24 a 48 hrs. Al final de esta fase se inicia el depósito de finas hebras fibrina en los alveolos 13 27 a 2Hepaticización roja 6 En esta fase, de 2 a 4 días de duración, la superficie de corte es rojo oscura y luego rojo azulada, granular y seca.

Los alveolos están ocupados por un exudado rico en fibrina, además, se encuentran escasos eritrocitos y abundantes macrófagos alveolares y leucocitos. Es un exudado fibrinoso, pero heterogéneo en cuanto a otros elementos figurados. Los capilares continúan ingurgitados de sangre13. a.3Hepaticización gris en esta fase, de 4 a 6 días de duración, la enfermedad alcanza el clímax.

El lóbulo empaticizado alcanza su máximo volumen y puede llegar a pesar 2 kg. Las otras partes del pulmón están comprimidas y atelectasias. La superficie de corte es gris, granular y seca los alveolos están ocupados por un exudado más uniforme, con mucha fibrina y abundantes leucocitos, muchos de estos con núcleos fragmentados. De regla se observan filamentos de fibrina que pasan de un alveolo a otro por los poros de Kohn. Los eritrocitos del exudado están hemolizados; el tejido comprometido está anémico. Al final de esta fase se normaliza la circulación, parcialmente interrumpida al comienzo13. a.4 Resolución en esta fase, de 6 a 12 días de duración, se producen reaparición de los macrófagos en el exudado como primer signo histológico de la resolución, fibrinólisis, fagocitosis de neumococos y ulterior destrucción de estos con degeneración grasa de los macrófagos. La superficie de corte, antes granular, ahora está húmeda, como lavada, algo amarillenta debido a la esteatosis leucocitaria (hepatización amarilla de algunos autores), fluye 28 material turbio, más tarde piriforme.

El exudado fluidificado es reabsorbido en su mayor parte por vía linfática y una pequeña porción se expulsa con la expectoración13. Tras la resolución y la

regeneración del epitelio alveolar, la zona afectada de pulmón vuelve a airearse en unos 14 días.

La mayoría de los casos curan con restitución ad integrum¹³. A.5 Complicaciones La neumonía va acompañada casi siempre de una pleuritis fibrinosa o serofibrinosa, asintomática. Si pasan neumococos a este exudado se constituye rápidamente un empiema pleural (2-6% de los casos). En un 4 a 20% de los casos se observa una pericarditis fibrinosa concomitante. Se pueden presentar en forma de metástasis hematógenas una meningitis en un 2%, endocarditis, úlcero-trombótica en 6%, y, menos frecuentemente, una artritis o una osteomielitis en menos de 1% de los casos¹³. En un 6% se produce un absceso pulmonar.

Este se origina como necrosis isquémica por trombosis fibrinosa secundaria a angéitis séptica en vasos pequeños¹³. a.6 cuadro clínico en niños la mayoría de pacientes son lactantes de menos de un año que suele tener una historia con signos y síntomas respiratorios desde unos días o semanas antes, bruscamente aparecen fiebre alta, tos, taquipnea, respiración áspera, retracciones esternales, subcostales, aleteo nasal, cianosis y ansiedades-¹³.

Los signos físicos de la fase que se encuentre, al principio suelen oírse ruidos disminuidos, estertores dispersos y roncus en el pulmón afectado, al aparecer el 2º derrame, el empiema, pió neumotórax se observa matidez a la percusión e intensa disminución en los ruidos costales.

Tratamiento Drenaje de la acumulación de pus y el empleo de antibióticos. NEUMONÍA POR ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO A manifestaciones clínicas puede comenzar de forma brusca y caracterizarse por fiebre alta, escalofríos, signos de dificultad respiratorios diagnósticos.

En datos radiográficos de tórax suele mostrar una bronconeumonía difusa, se pueden observar neumáticele y derrame pleural abundantes. Los datos de laboratorio con elevación del título de antiestreptolisina es una prueba de apoyo de este diagnóstico, pero el diagnóstico definitivo se basa en el aislamiento de microorganismos en el líquido pleural⁵. Tratamiento Fenoximetilpenicilina (50-100

mg/kg/24 cada 6-8 horas) si es leve Bencilpenicilina 200 000-250 000 U Kg/24 cada 4 a 6 horas IV 30 Cuando son resistentes a la penicilina el de elección es vancomicina 60 mg/kg/24 horas cada 6 horas c. NEUMONIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE. Haemophilus influenzae tipo b es aun agente casual frecuente de infecciones en los lactantes y los niños que no han sido vacunados.

Manifestaciones clínicas el comienzo es mas insidioso y su evolución se prolonga varias semanas, casi siempre hay tos pero puede ser no productiva, fiebre y frecuencia presenta taquipnea con aleteo nasal y retracciones. Puede haber matidez con la percusión, estertores⁵. Diagnóstico El diagnóstico se establece aislando el microorganismo en sangre, en líquido pleural Tratamiento: ceftriaxona, cefotaxima y Ampicilinas, d. MYCOPLASMA PNEUMONIAE.

Las infecciones por M, pneumoniae es endémica en las comunidades mayores, donde se producen brotes epidémicos cada 4-7 años. La aparición de una enfermedad depende en parte de la edad y del estado inmunitario del paciente. Es raro observar formas de la enfermedad franca antes de los 3-4 años 31 manifestaciones clínicas a la bronconeumonía es el cuadro clínico que aparece con mayor frecuencia después de una infección por M. pneumoniae, lo característico el comienzo es gradual seguido por cefalea, malestar, fiebre, rinorrea y dolor faríngeo seguido luego por síntomas respiratorios más bajos como ronquera y tos.

Al principio no hay expectoración, pero los niños mayores y los adultos pueden tener esputos blanquecinos y espumosos. Al examen físico los estertores suelen ser finos y crepitantes, la neumonía puede describirse como intersticial o de tipo bronco neumónico, afecta más los lóbulos inferiores y en un 75% de los casos se observa neumonía lobar.

En un 33% de pacientes se han descrito adenopatías hiliares. Son raros los derrames pleurales abundantes. Tratamiento Claritromicina 15 mg/kg/día cada 12 horas durante 10 días Azitromicina 10 mg/kg/día 1 y 5 mg/kg día de 2-5 días. 2 NEUMONIA DE ORIGEN VIRAL. Los virus que con mayor frecuencia producen neumonías son: Virus sincitial respiratorio. Virus de la para influenza, Virus de la

gripe 32 manifestaciones clínicas L La mayoría de neumonía víricas van presididas de varios días de síntomas de las vías respiratorias superiores como rinitis alérgica y tos. Son frecuentes las taquipneas, acompañado de retracciones intercostales, subcostales, y supraesternales, aleteo nasal y uso de músculos accesorios. Las infecciones graves pueden acompañarse de cianosis y fatigas musculares. La auscultación puede revelar estertores y sibilancias difusas⁵ Diagnostico.

La radiografía de tórax se caracteriza por infiltrados difusos. En algunos pacientes puede haber infiltraciones lobulares transitorias que incluso dominan el cuadro clínico, la hiperinsuflación es frecuente. El recuento de leucocitos en los niños con neumonía vírica tiende a ser normal o elevarse ligeramente (20 000/mm) con predominio de linfocitos, los reactantes de la fase aguda con velocidad de sedimentación o la proteína C suelen estar normales o algo elevadas⁵. El diagnóstico definitivo exige el aislamiento del virus en una muestra obtenida en el aparato respiratorio.

TRATAMIENTO solo se necesitan una medida mínima de soporte, aunque algunos pacientes deben ser hospitalizadas⁵. 33 4- FALLA DEL MEDRO Hacer referencia al lactante o niño cuyo crecimiento físico es significativamente menor que el que le corresponde para la edad y a menudo se asocia a trastorno del desarrollo y del funcionamiento socio emocional, suele referirse al niño cuyo crecimiento esta por debajo de los percentiles 3 ó 5 o aquel cuyo crecimiento se ha retardado hasta cruzar dos percentiles principales por encima del percentil 75 hasta por debajo del percentil 255. Se divide en fallo de medros orgánico cuando el niño tiene un trastorno médico subyacente y fallo de medro no orgánico psicosocial se aplica al niño de menos de 5 años sin una alteración médica conocida que origine el crecimiento inferior.

En el caso de los pacientes con labio y/o paladar hendido se incluyen en el fallo de medio orgánico ya que existe un problema médico de base que sería el defecto anatómico que a la vez se relaciona con la dificultad para la alimentación, llevando a una disminución del peso esperado para la edad del paciente. Manifestaciones clínicas: Imposibilidad de alcanzar la altura y el peso esperado según la edad

Alopecia pérdida de la grasa subcutánea Escasa masa muscular Infecciones recurrentes marasmo. 34 esquematizar dos formas clínicas sobresalientes: el marasmo y el kwashiorkor y una forma indiferente.

De acuerdo a datos estadísticos sobre la tasa de prevalencia de labio hendido con o sin paladar en recién nacidos vivos por sexo en la ciudad de México de el año 2008-2014 se obtuvieron bases de datos de 14,842,105 nacimientos ocurridos durante el periodo 2008-2014 aplicando los criterios de selección el universo de trabajo resultante 14,839,638 nacimientos. Es importante resaltar que el número de nacimientos con MC se incrementó un 56.9% en el periodo: 12,389 casos en 2008 y 19,437 en 2014. La proporción porcentual del LH + LPH en relación con el total de nacimientos vivos con MC fue 7.8% en 2008 y 6.7% en 2014, lo cual representa una disminución de 14.1%. C

De acuerdo a las estadísticas de la Dirección Epidemiológica de la Secretaría de Salud Federal cada año en el país nacen un promedio de 2 mil niños con labio y paladar hendido y Chiapas se encuentra dentro de los cinco estados con mayor incidencia de esta mal formación en los recién nacidos, es por eso que la secretaría o esta dependencia en el estado de Chiapas y dándole cumplimiento a la política pública se han realizado diferentes campañas de cirugía extramuros de labio y paladar hendido en nuestro estado de Chiapas.

De acuerdo a los trabajos de investigación realizadas en nuestro estado, la zona indígena es la que presenta mayor incidencia en estas dos patologías sin embargo en los últimos 10 años se ha expandido este padecimiento en la zona metropolitana en familias de un extracto social medio. Por tal motivo la Secretaría de Salud en coordinación con el grupo multidisciplinario dentro de la especialidad de Cirugía Maxilofacial se llevan a cabo diversas campañas quirúrgicas para el cierre del labio y paladar hendido cabe hacer mención que dentro de este grupo multidisciplinario se cuenta con la presencia de diferentes especialidades tales como: Ortodoncista(Ortodoncia y ortopedia), Cirujano Maxilofacial, Psicólogos, terapeutas de lenguaje y técnico protesista especializados para este tratamiento.

Por decreto el día 23 de Julio se conmemora el día Nacional de Labio y Paladar Hendido por lo que a nivel nacional se lleva a cabo campañas quirúrgicas para corregir dichas malformaciones en nuestro estado en el hospital de especialidades pediátricas se programan cirugías reconstructivas que ya están canalizadas como parte de dicha conmemoración.

TRATAMIENTO DE LABIO PALADAR HENDIDO

Para el manejo de estos pacientes se debe contar con un equipo multidisciplinario, el que debe estar compuesto por: Cirujano plástico/craneofacial. Cirujano Maxilofacial. Pediatra, Ortodontista, Odontopediatra, Terapista de lenguaje, Otorrinolaringólogo, Audiólogo, Asesor genético, Coordinador del equipo de enfermería especializado en manejo pediátrico, Trabajador social.

El tratamiento definitivo incluye la cirugía y el criterio del equipo multidisciplinario que decidirá el momento oportuno para las intervenciones. Hay diferencias de opinión considerables en cuanto a la edad óptima para la operación.

Aunque la reparación puede hacerse va al primer día de vida, la edad más temprana razonable es a los 10 a 14 días después del nacimiento, siempre que el bebé haya comenzado a ganar peso y tenga todos los demás signos normales, en especial el recuento sanguíneo; pero la intervención a edades muy temprana ha demostrado que no mejora el resultado, además, el manejo de las estructuras tan pequeñas dificulta la cirugía.

La “regla de los más de 10” es una buena guía; según esta regla, la reparación labial se lleva a cabo cuando el niño llega a un peso de 10 libras, tienen como 10 semanas de vida, y su hemoglobina es mayor de 10 mg/ml, más de 10,000 leucocitos mm³.

Otros consideran mas apropiado iniciar el tratamiento a los tres meses de edad. El tratamiento definitivo lo decidirá el pediatra del paciente teniendo en cuenta distintos parámetros dentro de los cuales tenemos, la edad del paciente, su estado general de salud y su historia médica. Las cualidades específicas de la anomalía, la tolerancia del paciente a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.

La implicación de otras partes o sistemas del cuerpo. Las técnicas más empleadas actualmente son: I. Técnica de los colgajos cuadrangulares de Le Mesurier. II. Técnica de colgajos triangulares: Técnica de Tennison-Randall, técnica de Mirault-Blair-Brown y técnica de Skoog. III. Técnica de los colgajos triangulares equiláteros de Malek. IV. Técnica de rotación avance de Millard. Los procedimientos de I al III dejan cicatrices inferiores (Z-plásticas) más visibles, mientras que la técnica de Millard la Z-plastia es superior.

LABIO FISURADO BILATERAL

Todavía no se ha encontrado la solución perfecta para la fisura bilateral de labio, la mayor deficiencia de tejidos en el elemento central contribuye a hacer más difícil la reconstrucción.

En este tipo de fisura, además de la ausencia de restos del arco de cupido, muestra una disminución, en sentido vertical, de distinta intensidad desde la punta nasal al punto más inferior del prolabio, la columela o en ambos, incorporar el prolabio al labio tiene ciertas ventajas evidentes, pero hace descender la punta de la nariz. Una de las normas principales en el tratamiento de la fisura bilateral es que el prolabio ha de constituir totalidad de la altura del nuevo labio en su parte central. Cuando este sea muy hipoplásico, habrá de ser alargado mediante procedimiento plástico.

PALADAR HENDIDO

Hay cierta controversia sobre el momento en que debe repararse un paladar, la mayoría se operan entre los 6 y 18 meses de edad. La disección relacionada con el cierre del paladar hendido puede tener un efecto negativo en el crecimiento facial. Por esta razón muchos cirujanos prefieren cerrarlo antes. Sin embargo, los niños en que se ha cenado temprano tienden a desarrollar un habla normal.

El paladar hendido se cierra bajo anestesia general con intubación endotraqueal. Se hiperextiende la cabeza y se coloca un separador, con el abre bocas de Dingman, para conservar abierta la boca y retraer la lengua y la sonda endotraqueal. Se

inyecta en el paladar lidocaína al 0.25% con solución de adrenalina 1:400, 000. Suelen administrarse antibióticos profilácticos por vía intravenosa.

En la actualidad se siguen varias técnicas para cerrar un paladar hendido. La más antigua es la palatoplastia de von Langenbeck.

En esta operación se hacen en ambos lados incisiones para relajación mediales a los 38 rebordes alveolares y otras a lo largo del borde del paladar. A continuación, se levantan colgajos mucoperiosticos pediculados con base en los vasos palatinos mayores, que se cierran después en la línea media de los planos. También pueden hacerse colgajos mucosos del vómer para ayudar a cerrar la capa nasal.

HIPOTÉISIS

HIPÓTESIS

El aparecimiento de Labio Leporino y/o Paladar Hendido está asociado a la presencia de factores predisponentes. Los pacientes con Labio Leporino y/o Paladar Hendido suelen adolecer de alteraciones del crecimiento y desarrollo e infecciones respiratorias.

VARIABLES

Factores de riesgo del labio fisurado y paladar hendido

Variable independiente

Padres

Variable dependiente

Pacientes con factores genéticos, ambientales, farmacológicos, químicos tóxicos (drogas, alcohol, tabaco) y nutricionales.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio del tipo descriptivo retro-prospectivo bibliográfico para determinar la situación epidemiológica, los factores de riesgo y la co-morbilidad en los pacientes con labio fisurado y/o paladar hendido.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

De los 242 pacientes incluidos en nuestro estudio se encontró una prevalencia mayor del sexo masculino con un 57.85% (140) del total de los casos lo cual coincide con los datos encontrados en diferentes estudios y literatura internacional.

1. Con respecto a la distribución por defecto anatómico presentado se encontró una proporción del 74% (179) con labio y paladar hendido; el 16% (39) con paladar hendido y 10% (24) con Labio leporino aislado; observándose una distribución similar al estudio realizado por Suleiman y Hamzah en (1997-2000) que reportaron una proporción del 54%, 30% y 10% respectivamente.
2. Del total de los pacientes en el estudio hay una mayor proporción de pacientes del sexo masculino con Labio fisurado y Paladar hendido, al igual que en los pacientes con solo Labio Leporino. A diferencia de los datos anteriores en los pacientes con paladar Hendido se encontró una mayor proporción del sexo femenino, encontrándose una distribución similar a la descrita en estudios y literatura internacional.
3. Con respecto a la zona de procedencia mas de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio el 53.71% procedían de la zona central, el resto correspondió a un 35.12% zona occidental, y el 11.16% de la zona oriental.
- 93
4. De los 242 pacientes incluidos en nuestro estudio 46% correspondió a un nivel socioeconómico bajo, 41% nivel socioeconómico medio y el 13% en un nivel socioeconómico alto.
5. La edad materna al momento de la concepción, más de la mitad (67%) se concentraban en la edad entre los 18 a 35 años (edad en riesgo reproductivo), el resto correspondió al 23% menores de 18 años y el 10% mayores de 35 años. No evidenciando en este estudio un aumento de riesgo

de presentar este defecto con mayor edad materna, como estudios internacionales lo describen.

6. La edad paterna al momento de la concepción, tuvo una distribución del 51% entre los 15 a 30 años, 43% entre los 30 a 45 años y solo un 6% en los mayores de 45 años no evidenciando en este estudio un aumento de riesgo de presentar el defecto a mayor edad paterna como los describen Bille, Skyttthe y col. (Dinamarca entre los años 1973-1996). De las 242 madres incluidas en nuestro estudio el 57.78% eran multíparas, el 27.68% primigestas y solo un 16.54% gran multíparas.
7. De las 242 madres incluidas en el estudio más de la mitad 81.82% (198) refirieron haber asistido a control prenatal, solo el 18.18% (44) refirieron no haber asistido a control prenatal; del total de madres que recibieron control prenatal el 62% (123) refirieron haber asistido de forma temprana (en el primer 94 trimestre) y solo el 38% (75) refirieron haber asistido de forma tardía. Con respecto a este apartado es importante mencionar que las madres no recibieron control prenatal o que lo iniciaron de forma tardía posiblemente no recibieron ácido fólico antes y durante del momento de la organogénesis (etapa temprana del desarrollo embrionario) y como estudios y literaturas internacionales lo mencionan el uso de ácido fólico antes y durante las primeras etapas del embarazo se asocia con una disminución del riesgo de presentar este tipo de malformaciones congénitas.
8. En este estudio, de las 242 madres incluidas se encontró que solo el 31% habían padecido de alguna patología antes o durante el embarazo, el resto 69% no habían padecido ninguna patología antes o durante el embarazo. De las patologías encontradas el 79.22% era de tipo infecciosa, el resto el 20.78% era de tipo no infecciosa (dentro de las cuales 3.9% correspondían a Hipertensión Arterial, 2.59% correspondían a Diabetes Mellitus).
9. De las 242 madres incluidas en el estudio el 65.23% refirieron haber consumido analgésicos (Acetaminofén y/o Ibuprofeno), el 23% refirieron haber usado algún tipo de antibióticos y el 11.77% otro tipo de medicamentos (dentro de los cuales una madre consumió hipoglucemiantes y una consumió antifímicos, de los 2 últimos la literatura internacional y estudios

internacionales reportan que aumentan el riesgo de presentar dicha patología.

10. En este estudio de las 242 madres se encontró que solo el 3% (9) de ellas fumaron entre 1 a 10 cigarrillos al día, antes y durante el embarazo. Lo cual del 95% GSE u+ conoce según literatura internacional el fumado incrementa el riesgo de presentar labio leporino y/o paladar hendido en un 50%.
11. Aunque en los estudios internacionales se reporta que el consumo de bebidas alcohólicas se está relacionado con el incremento en el riesgo de padecer de Labio Leporino y/o Paladar Hendido, en nuestra población de estudio se encontró que solo el 2% de las mujeres habían consumido algún tipo de bebida alcohólica antes y durante el embarazo.
12. De las 242 madres en el estudio se encontró que una de ellas había consumido marihuana antes y durante el embarazo.
13. En nuestro estudio encontramos que el 18.2% de los pacientes presentaba antecedentes maternos de esta patología (5 madres presentaban labio fisurado y paladar hendido).
14. El 13.2% presentó antecedentes paternos, y así como es descrito en la literatura, el riesgo de presentar labio y/o Paladar hendido se aumenta en alrededor del 17%. Cuando hay antecedentes en alguno de los padres.
15. De los 63 pacientes que se encontraron que habían padecido algún cuadro de neumonía, el 7.9% presentaba Labio Fisurado, el 17.5% correspondía a los pacientes con Paladar Hendido y que el 74.6% presentaba labio fisurado y paladar hendido. A la vez se encontró que el predominio de esta afección fue entre las edades de un mes a dos años (lactante menor y lactante mayor). Esto concuerda con lo reportado en la literatura, que la presencia de solo Paladar Hendido aumenta la incidencia de otras malformaciones.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos que los pacientes que sufran con la afectación del lábio fisurado y paladar hendido acudan a hospitales capacitados que tengan un equipo multidisciplinario para una atención integral a los pacientes con Labio leporino y/o Paladar hendido, logrando así una continuidad del tratamiento y seguimiento del mismo.
2. Recomendamos que en estudios posteriores se pudiera profundizar más acerca de la relación directa que pueden guardar los diferentes factores de riesgo con la aparición de Labio Leporino y/o paladar hendido.
3. Sería oportuno seguir enfatizando sobre la educación y el riesgo de no asistir a controles prenatales ya que en este estudio encontramos un porcentaje significativo de madres que no llevan control prenatal o lo iniciaron de forma tardía.
4. Recomendamos que toda mujer en edad reproductiva reciba ácido fólico, y no solo durante el embarazo.
5. Debe investigarse en este país mucho más acerca de este tipo de anomalías congénitas con el consideramos oportuno continuar incentivando la realización de las jornadas de corrección y en lo posible aumentar la cobertura de las mismas, con el objeto de brindar un tratamiento oportuno a estos pacientes.
6. Consideramos conveniente brindar consejería genética a los padres de los pacientes con Labio Leporino y/o Paladar hendido, debido a que durante la realización del presente estudio muchas madres refirieron desconocer el 99 riesgo que existía para el próximo embarazo. Además ofrecer educación a los padres para tener un mejor conocimiento sobre esta patología.

Recomendamos brindar educación en salud a los pacientes con esta patología por que ellos se convirtieran en futuros padres y presentaran este factor de riesgo,

7. En vista de la alta frecuencia de enfermedades respiratorias, estos pacientes deberían contar además del esquema nacional de vacunación con otro tipo de vacunas como por ejemplo contra neumococo y la influenza.
8. Como en nuestro estudio se encontró un alto porcentaje de pacientes con algún grado de desnutrición, consideramos oportuno que los pacientes tengan una intervención quirúrgica temprana para disminuir el riesgo del padecimiento de desnutrición infantil, además de disminuir las secuelas psicológicas, sociales.

FUENTES DE CONSULTA

FUENTES DE CONSULTA

- Hendidura de labio superior (Labio leporino) y paladar hendido Texas pediatric surgical associates (en línea)
- Maternal alcohol use and risk of orofacial cleft birth defects cleft lip and palate association of Ireland (en línea) URL disponible en: <http://www.Clefa.ie/Alcohol2.com>
- Dental Care of a Child with Cleft lip and Palate Cleft Palate Foundation Publications (en línea) URL disponible en: <http://www.cleftline.org>
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 38 ed. México, D. F.: Mc Graw-Hill; 2003.
- Spencer F, Galloway A, Daly J. Principios de cirugía 78 ed. Vol. H. México: McGraw-Hill; 2000. 5. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. 168 ed. Vol. II México: McGraw -Hill; 2001. 6.
- Sadler T. Langman Embriología Médica. 78 ed. México: Editorial Medica panamericana; 1997. 3. Moore K anatomia con Orientación Clínica. 38 ed. Barcelona: Editorial Medica Panamericana, 1993 4. Schwartz S, shires G. Fischer J.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y estética. (en línea) URL disponible en: <http://www.seopre.org/Documentos/4,20maunual,2023.htm>
- Desarrollo del habla la fundación del paladar hendido (en línea)
- Efecto de tabaco en la boca (en línea) URL disponible. www.freehostmo.com/odontologia
- <https://expresochiapas.com/noticias/2016/07/chiapas-quinto-lugar-con-mayor-nacimiento-de-niños-con-labio-y-paladar-hendido/>

ANEXOS

ANEXOS

LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO PRE Y POSTQUIRÚRGICO



Revista Médica Clínica Las Condes. 2010;21:16-25

LABIO FISURADO



Antes



después

LABIO FISURADO



Antes



después

PALADAR HENDIDO

