

Labio y paladar hendido y/o fisurado

Autoras:

Br. Alsina Ivette

Br. Alsina Roisamer

Valencia, Julio del 2001

INDICE

AGRADECIMIENTO	i
RESUMEN	ii
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	4
Objetivos	6
Justificación	7
CAPITULO I	
Antecedentes históricos	10
Origen de las diferentes manifestaciones	12
CAPITULO II	
Tipos de fisuras	21
CAPITULO III	
Métodos de rehabilitación	32
Definición de términos	38
CAPITULO IV	
Análisis comparativo	43
CONCLUSIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	57

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN
INTEGRAL DEL HOMBRE

RESUMEN

En el presente trabajo se identifican las diferentes manifestaciones que presentan los pacientes con fisuras a nivel labial, facial y palatino. Es una malformación que se sitúa entre el 3° y 4° defecto congénito más frecuente (aproximadamente 1 de cada 650 nacimientos para la raza blanca y 1 de cada 2000 en la raza negra). Es una investigación de tipo documental la cual reúne la información necesaria para aumentar todos los conocimientos referentes a la etiología, alteraciones y problemas que acarrea esta patología. La investigación esta estructurada por IV capítulos. El Capítulo I: La etiología o causa no son conocidas con certeza, sin embargo muchos autores coinciden con la teoría multifactorial, donde la raza y el sexo juegan una pequeña parte. La herencia es también importante, pudiendo presentarse en varios miembros de la familia. Ciertas sustancias en el ambiente, llamadas teratógenos, pueden tener una asociación con la enfermedad. En algunos casos se presentan con otras patologías. En el Capítulo II: Los tipos de fisuras, donde hay de labio, faciales y/o palatinas, se han clasificado de acuerdo a diferentes puntos de vista y por muchos médicos. La más utilizada, y que permite describir la variedad de estos trastornos es la de Veau citado por Regezi-Sciubba (1991), en que: las hendiduras de labio y las hendiduras de paladar son tipo I, II, III, IV. En el Capítulo III: Los métodos de rehabilitación del labio leporino y el paladar hendido se repara de manera quirúrgica, se hace siempre y cuando el niño tenga la edad, tamaño apropiado, buena salud para tolerar la cirugía, y el consentimiento de los padres. El equipo de médicos debe estar compuesto por especialistas. En el Capítulo IV: Se realizó un análisis comparativo con la información obtenida en Venezuela, y los últimos avances en países como Colombia, Cuba y México. Se puede concluir que esta alteración no pone en riesgo la vida del paciente, pero si afecta mucho su aspecto físico y psicológico. Para lograr su rehabilitación y alcanzar la meta deseada, de un mejor aspecto, dicción e integración del paciente a la sociedad se requiere de un equipo multidisciplinario, el cual realiza un esfuerzo combinado.

Es relativamente común que un padre con labio y paladar hendido o fisurado produzca un niño con defectos similares. Aun si ninguno de los padres esta afectado, suele haber en miembros más alejados de la familia una historia de deformidades congénitas similares.

En los últimos años, por el mayor interés y comprensión de los problemas asociados a los niños que sufren de estos defectos, se han realizado investigaciones

Para ampliar los conocimientos sobre su causa, signos síntomas y su tratamiento, los cuales han mejorado enormemente, alcanzando, en gran medida, la meta deseada de un mejor aspecto y dicción, con la mayor felicidad para estos individuos.

Este progreso ha ocurrido no como consecuencia de los esfuerzos de un grupo aislado, sino por el esfuerzo combinado de todos los grupos cuyos diversos campos de interés se superponen. Los papeles del cirujano maxilofacial, el logofoniátra, el genetista, el otorrinolaringólogo, el protesista, el ortopedista u ortodoncista, el pediatra, el estomatólogo general, el psiquiatra o psicólogo y los trabajadores sociales han sido igualmente importantes en el logro del concepto actual del tratamiento para los pacientes con labio y paladar hendido o fisurado.

Capitulo I: Se hace referencia a la etiología del labio y paladar hendido.

Capitulo II: Se presentan los diferentes tipos de fisuras

Capitulo III: Se describe los métodos de rehabilitación.

Se hace referencia a las conclusiones t a la bibliografía.

Introducción

Los labios y paladares hendidos y o fisurados son anomalías congénitas que aparecen aislados o juntos, se deben a un fracaso en la unión de las partes componentes que normalmente forman el labio y el paladar. Es una falla del desarrollo que se produce durante la sexta a octava semana de vida intrauterina.

La causa o causas no son conocidas con certeza. Sin embargo, varios autores han anotado muchos factores contribuyentes en su etiología. Entre ellos; La deficiencia de la unión epitelial entre los procesos nasales medial y lateral, donde no penetran las células mesodérmicas.

Por factores exógenos como trastornos nutricionales, fármacos, enfermedades, factores ambientales. Por factores endógenos como la herencia y otros factores mixtos, para mencionar sólo algunos. El único factor que puede demostrarse con cierta frecuencia es el hereditario. Los problemas de genética no pueden pasarse por alto.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro padre; quien nos dio enseñanza humanística, nos condujo por el camino de la superación y con su ejemplo de honradez y dedicación al trabajo nos mostró la vida.

A nuestra madre; mujer valerosa excelente madre y amiga, lechuza sabia.

A mi profesora; Ana Mercedes Mangle, quien me enseñó el campo de la odontopediatría y me guió por el camino de la prevención antes que la curación..

Alsina Ivette

PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las diversas alteraciones que se observan en pacientes con paladar y labio fisurado es objeto de estudio. Las malformaciones congénitas labio-palatinas se sitúan entre el 3° y 4° defecto congénito más frecuente. Aproximadamente 1 de cada 650 nacimientos para la raza blanca y curiosamente en la población negra sólo aparece en 1 de cada 2.000 aproximadamente. Que a menudo producen deficiencias importantes de lenguaje, masticación y deglución; con frecuencia, presentan mayor incidencia de malformaciones congénitas en asociación, así como alteraciones del lenguaje secundarias a trastornos auditivos.

Las deformaciones físicas a nivel bucal y facial, dificultan el desenvolvimiento normal para alcanzar un completo desarrollo como individuos normales, haciéndoles ver que pueden ser ayudados con técnicas y métodos adecuados (aunque muy costosas y traumáticas) más no rechazados como podría hacerlo la sociedad y ellos mismos.

Un paciente que presente estas afecciones tienen unos signos muy visibles debido a que se presenta a nivel facial y presenta muchísimos síntomas como problemas respiratorios, dificultad para comer, hablar, a veces puede presentar mucha o poca secreción salival, y todo esto es causado por la mala formación del embrión en desarrollo, debido a que no hay una correcta fusión de los tejidos a nivel labial, en paladar y reborde alveolar, o en todos al mismo tiempo. Hay evidencia de que dos

factores toman parte en estas anomalías; son los factores genéticos y los ambientales. Todo lleva a creer que una predisposición hereditaria junto a la conjugación de factores ambientales puede precipitar el apareamiento de esta anomalía. Mas o menos un 30% de los casos se debe a factores hereditarios.

A este tipo de problema se le debe atacar desde el paciente se encuentra en edad infantil, debido a que debe enfrentar los problemas que se pueden presentar, como seria el psicológico, el de regeneración y recuperación debido a que un niño cicatriza y supera las dificultades más rápido si son bien atendidos. Y todo esto se puede controlar de una manera preventiva para con los familiares del paciente que son los que tienen que saber cual es el problema y de que manera se debe afrontar.

Sin embargo, el paladar y el labio fisurado no es solo prerrogativa del cirujano plástico, ni de cualquier otro especialista individual, sino más bien abarca la necesaria ayuda de un equipo compuesto por un Cirujano plástico, Pediatra, ortodoncista, protesista, foniatra y psicólogo (equipo multidisciplinario) altamente capacitado para rehabilitar este tipo de malformaciones congénitas, ya que estas fisuras se presentan de maneras diferentes en el labio (puede ser superior o inferior), en el paladar (duro, blando o en ambos) y en el reborde alveolar. Y así con la ayuda de este equipo de salud, poder limitar el daño y evitar problemas mayores en estos pacientes, y resolver la problemática a la que se refiere específicamente como son las manifestaciones clínicas que se presentan en pacientes con fisuras a nivel labial, facial y palatino.

OBJETIVOS GENERALES

Identificar las diferentes manifestaciones que presentan los pacientes con fisuras a nivel labial, facial y palatino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Señalar el origen de las diferentes manifestaciones que presentan los pacientes con fisuras a nivel labial, facial y palatino.
2. Establecer los diferentes tipos de fisuras existentes.
3. Describir los diferentes métodos de rehabilitación.

JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones como tal son de gran utilidad para aumentar conocimientos y aunarlos al estudio científico, por eso la revelación funcional de investigar sobre temas como este, que sirven de orientación tanto en el campo odontológico como en la medicina y en la psicología, siendo esta ultima de orden prevalente. El área en que se orienta esta investigación es el área

“Bioclínico Patológica” porque abarca todo lo referente a organizar, orientar y profundizar en las causas, efectos y tratamientos de las enfermedades de la cavidad bucal.

Procurando la atención especializada de los pacientes con fisura labio-palatinas resulta de importancia medico social relevante, donde se realiza su integración a la comunidad, gracias a la acción de la cirugía, ortodoncia , prótesis, etc. por ultimo mediante ejercicios funcionales específicos.

La importancia del desarrollo de esta investigación sobre las fisuras a nivel labial, facial y palatino, es la de aportar un instrumento documental el cual recopile la información necesaria para aumentar todos los conocimientos referentes al tema; el conocimiento sobre la etiología, alteraciones y problemáticas que acarreen estas patologías de tipo congénitas.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La etiología del labio y/o paladar fisurado ha sido muy discutida a través de los tiempos y es indispensable conocer acerca de ella para que se pueda orientar a las familias que asisten a las consultas.

Y para poder enseñar el valor real en las anamnesis que debe aplicarse a todo paciente que presenta esta malformación puesto que esto irá también en beneficio del desarrollo de las investigaciones referidas en este campo.

El primero que planteo una teoría sobre la etiología de esta entidad fue Tandier en 1.907, y apoyado por Mekensie Franklin y Brent. Tandier penso que las fisuras se debían al papel

que desempeña la
vascularización de las
estructuras en formación.

También se presumió
originalmente que las
fisuras labio palatinas se
producían únicamente por la
actuación de los factores
exógenos, tales como Shack

psíquico durante el primer trimestre del embarazo.

Estas numerosas investigaciones en familias y de su incidencia surgieron la influencia de elementos hereditarios.

Entre los que inicialmente observaron las bases del factor hereditario se destacaron: Trew en 1.957 que lo identifico como agente causal y Fogh Anderson en 1.942 que lo había planteado en Dinamarca.

Luego de varios años se elabora la teoría del “Modo Multifactorial de la Herencia”. El primero en advertirla fue Frasemon en 1.963 en el estado norte Americano de Otah.

Cárter, 1.969 elaboro la teoría de que la distribución familiar de las fisuras responde a criterios de herencia pologénica.

Así, en los actuales momentos la hipótesis más aceptada es la de las fisuras faciales se heredan en forma multifactorial y esto abarca desde el origen genético de la malformación hasta la acción del medio circundante.

La teoría multifactorial es sumamente amplia y descriptiva e intenta incorporar el concepto de que varios factores están envueltos en el desarrollo de

esta malformación como
son:

1. Factores Exógenos.
2. Factores Endógenos.
3. Factores Mixtos.

**ORIGEN DE LAS DIFERENTES MANIFESTACIONES QUE
PRESENTAN LOS PACIENTES CON FISURAS A NIVEL LABIAL, FACIAL
Y PALATINO.**

La vida de la mayor parte de la gente suele transcurrir con una buena salud y ocasionales trastornos temporales, más molestos que peligrosos. Sin embargo, el cuerpo humano es susceptible a una gran variedad de enfermedades más serias.

Las causa de las enfermedades, suelen producirse por una serie de factores, por ejemplo la coincidencia de la infección y una resistencia natural baja. Desde luego no siempre es así; hay, por ejemplo enfermedades hereditarias y congénitas. Los trastornos congénitos afectan al desarrollo del embrión y puede ser la causa de anormalidades cromosómicas o de lesiones celulares.

Como hay algunos de los trastornos que son heredados de uno de los progenitores o de ambos que puedan afectar al niño directamente. (Hayward 1.986).

La etiología del labio y/o del paladar hendido ha sido discutido a través de los años y es imprescindible conocer acerca de ellos para poder orientar a la familia.

Las fisuras combinadas del labio y del paladar son más frecuentes que los compromisos aislados de ambas regiones. Ligeramente más del 50% son fisuras combinadas del labio y del paladar. Aproximadamente la cuarta parte de ellas es bilateral.

Las fisuras aisladas del labio y del paladar constituyen el resto de las variedades que se ven. Las fisuras del labio son más frecuentes en los varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres. El compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que del derecho. La falta de la unión de las partes que normalmente forman el labio y el paladar se producen en un momento temprano de la vida fetal. (Ob. Cit).

Embriológicamente se produce entre la sexta y la décima semana de vida embriofetal. Una combinación de la falla en la unión normal y desarrollo inadecuado,

puede afectar los tejidos blandos y los componentes óseos del labio superior, del reborde alveolar y los paladares duro y blando.

La cara del feto sufre rápidos y extensos cambios durante el segundo y el tercer mes de desarrollo. La formación embrionaria del labio, a partir de los procesos frontal y lateral del maxilar superior. Indican la íntima relación con las estructuras nasales.

Durante la sexta y séptima semanas los procesos maxilares del primer arco branquial crecen hacia delante para unirse con los procesos nasales laterales, y seguir para unirse con los procesos nasales medios, formando el labio superior, el piso de las fosas nasales y el paladar primario.

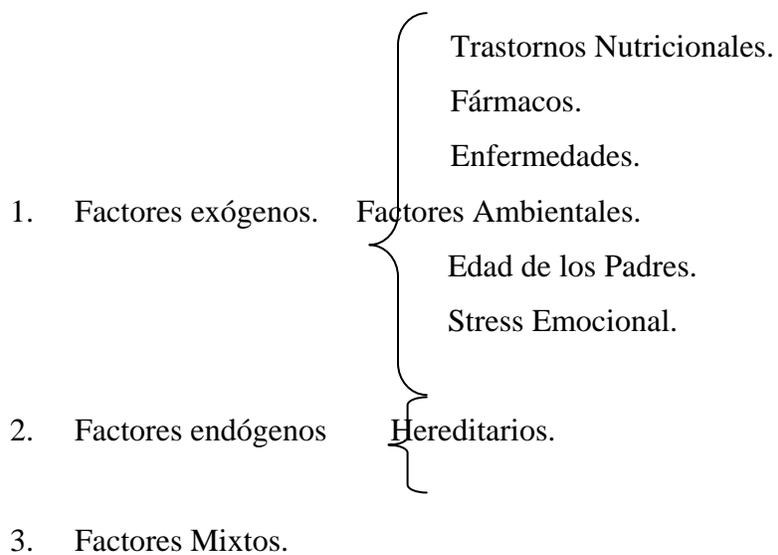
Todas las estructuras se desarrollan rápidamente, y la lengua esta adelante en el tamaño y diferenciación, creciendo verticalmente para rellenar la cavidad estomodeal primitiva. Los procesos palatinos se expanden hacia la línea media y, a medida que la cara se ensancha y se alarga, la lengua desciende.

Durante la octava y novena semana, los procesos palatinos se extienden aun más en sentido medial hasta contactar en la línea media y fundirse desde adelante hacia atrás, para crear la separación palatina entre las cavidades nasal y bucal. El punto de fusión del futuro paladar duro con el tabique es el sitio de osificación del futuro vómer. (Hayward 1.986)

Las fisuras faciales se originan a menudo por una deficiencia en el mesénquima de la región facial, ocasionando por una falla en la migración de las células de la cresta neural o en una falla de la proliferación del mesénquima facial. En cuanto a la etiología de la problemática del labio y/o paladar hendido o fisurado, hay una

hipótesis en los actuales momentos, que es más aceptada, en la que dice que las fisuras se heredan en la forma multifactorial y ésta abarca desde el origen genético de la malformación hasta la acción del medio circundante.

La teoría multifactorial es muy extensa por lo que se tiene que dividir en tres diferentes factores que están envueltos en el desarrollo de las malformaciones. (Puerta 1.984).



FACTORES EXÓGENOS

Trastornos Nutricionales: En estudios realizados con cepa de ratones y ratas, se ha demostrado que cuando la alimentación es deficiente sobre todo la falta de

hiperdosificación de las vitaminas A y B. Pueden conducir a un elevado crecimiento en el porcentaje de hendiduras en los descendientes, el cual no está demostrado en humanos. (Ob. Cit).

Fármacos: En el caso de las malformaciones congénitas de hendiduras, el empleo de los fármacos (esteroides, anticonceptivos o cualquier tipo de medicamentos) en fechas anteriores, cercanas o en pleno embarazo sus efectos en el desarrollo del feto son perjudiciales. (Puerta 1.984).

Enfermedades: Hay ciertas bacterias, virus y protozoarios que pueden traspasar la barrera placentaria y llegar al feto. (Pottez 1.957).

Cuando esto ocurre en el de las fusiones palatinas, labiales o faciales. Un ejemplo podría ser la rubéola (agente viral), que si da en la etapa de los tres primeros meses provoca las fisuras labiales en el hombre. Otros virus que se presentan en el desarrollo del embarazo, pueden causar las fisuras.

En Cuba, el Dr. Silvio Ruiz. Hizo estudios en pacientes de los que encontró que las madres habían sufrido durante el embarazo hepatitis, catarro, amigdalitis, asma y otras afecciones, Sabka señala que las fisuras labiales pueden ser producidas por casos de madres con toxoplasmosis. Las fisuras que se presentan en el paladar, son dadas por el mal desarrollo del feto en el crecimiento, cuando la lengua no baja por el patrón de crecimiento de la cabeza, está retrasada y la lengua no baja, lo que no permite que los procesos palatinos no se fusionen. (Puerta 1.984).

Factores Ambientales: Estudios recientes mostraron evidencia de que puede haber una relación entre las fisuras y los periodos estacionales los cuales pueden producir en las madres temperaturas excesivas y continuas. (Ob. Cit).

Edad de los Padres: La producción de la fisura describe un error en un cambio transicional del suministro sanguíneo embrionario. El aumento de la edad de la madre también parece contribuir a la vulnerabilidad embrionaria a la producción de la fisura. (Ob. Cit).

Stress Emocional: La acción del Stress del lóbulo anterior de la hipófisis estimula la corteza suprarrenal, resultando de este reflejo una mayor circulación de la hidrocortisona. (Ob. Cit).

FACTORES ENDOGÉENOS

Herencia: La base genética de las fisuras bucales es importante pero no predecible, la tendencia hereditaria, como lo evidencia la presencia de algún miembro de la familia afectado se ha encontrado en un 20 al 30% de la mayoría de las series publicadas en todo el mundo. Una gran variación se observa en manifestaciones dominantes y recesivas de una tendencia genética que no logra adaptarse a sus leyes comunes. (Puerta 1.984).

Factores Mixtos: El labio y/o paladar hendido o fisurado, la variable distribuida esta considerada como la labilidad, la cual influye varios focos congénitos interactuando entre ellos y activados por varios agentes ambientales. La teoría

multifactorial en general, es la que sigue ganando más terreno, debido a que son las teorías que más se han aceptado en todo el mundo. (Ob. Cit).

TIPOS DE FISURAS

Las fisuras labiales, faciales o palatinas, se han clasificado de una manera muy variable, y por muchas personas desde hace mucho tiempo.

El labio hendido varía desde depresiones o muescas pequeñas en el borde mucocutáneo hasta las hendiduras completas que se extienden al piso de la nariz.

En Inglaterra, Namies y Ritchie (1.922), ellos para su calificación, pusieron una línea media divisoria (el proceso alveolar) el cual dividía el labio del paladar.

Mientras transcurre el tiempo van apareciendo más investigaciones al respecto. Pero es en París (1.969), donde un grupo de investigadores llamados Fogh-Anderson, Sanvenero, Roselli, Schuchart, Matthews, los que propusieron una clasificación internacional bastante aceptable en lo que se refiere a criterios embriológicos, clínicos y patológicos, que son:

Grupo I: Fisuras de labios y alvéolos unilateral o bilateral. (fisura del paladar primario).

Grupo II: Fisuras del labio, alvéolos y paladar unilateral o bilateral. (fisura del paladar primario o secundario).

Grupo III: Fisura del paladar blando, o del blando y duro conjuntamente. (fisuras palatinas secundarias).

Grupo IV: Fisuras raras.

a) Fisuras medias del labio superior con o sin hiperaplasia de la premaxila.

b) Fisuras oblicuas (oro-orbitaria).

c) Fisura transversa (oro-auricular).

d) Fisuras del labio inferior y otras fisuras muy raras.

Pero se dijo si la clasificación era de fisuras de labio y paladar, no era necesaria la clasificación del grupo IV.

Otras clasificaciones propuestas por Bruzanski y colaboradores, (1.953) las clasifica en fisuras que afectan el paladar primario y fisuras que afectan a el paladar secundario, o ambos, y es de la siguiente manera:

Clase I: Fisura del paladar primario; es decir, que se encuentra ocupada la porción anterior al foramen incisivo y se debe a fallas en la penetración mesodérmica.

Clase II: Fisura del paladar secundario; que se encuentra en la parte posterior al foramen incisivo y se debe a fallas en la fusión de los procesos palatinos.

Clase III: Combinación de las clases I y II.

La Asociación Americana para la rehabilitación del paladar fisurado, ha propuesto la siguiente clasificación:

- I. Prepaladar: a) Labio
- b) Proceso alveolar

- II. Paladar: a) Paladar duro
- b) Paladar blando

Clasificación de las fisuras faciales según Eugenio D. Borello:

- I. Fisura mediana labial inferior.
- II. Fisura media labial superior.
- III. Fisura lateral labial superior unilateral o bilateral.
- IV. Fisura lateral transversa.
- V. Fisura labial oblicua o coloboma, o forma complicada con labio leporino.
- VI. Extensión orbitotemporoparietal del coloboma.

Para tener en cuenta y poder diferenciar los diferentes tipos de fisuras las describiremos, según criterio del departamento.

Fisura labial completa: Esta fisura es la que esta comprendida desde el suelo de la nariz abarcando la parte esquelética y las partes blandas.

Fisura labial medial: Divide la colamela en dos partes, y se puede confundir con la fisura unilateral.

Fisura labial completa unilateral: en este caso se denominaran en izquierda (que es la que predomina) y derecha con respecto a la línea media. Lateralmente el lado de unión de la fisura y el borde labial esta marcado por un ángulo de radio variable, en el borde mucocutaneo rojo, en la fisura, el bermellón se vuelve más delgado, sobre el margen rojo, el centro del arco de la cúspide puede ser identificado conjuntamente con su pico con el lado no fisurado, pero el pico del lado de la fisura está ausente.

Fisura labial completa bilateral: Hay una proyección hacia delante del segmento situado entre ambas hendiduras; se encuentra completamente enmarcado el tabique nasal inferior, la prominencia del prolabium se debe a la premaxila, la apariencia de encogimiento se debe en parte a la falta de masa muscular.

Fisuras labiales incompletas: Puede ser desde una fisura diminuta hasta un defecto amplio; es una depresión en el cual podemos ver piel delgada, puede llegar hasta faltar el músculo.

Fisura labial combinada: Esta se observa en fisuras labiales bilaterales, cuando existe un lado de labio fisurado completo, y el otro lado del labio con fisura incompleta.

Fisura palatina completa: Compuesta por el paladar primario (reborde alveolar) y el paladar secundario (paladar duro y blando), puede llegar hasta la úvula.

Fisura palatina incompleta: Esta abarca solo el paladar secundario (paladar duro y blando). Sin embargo en este grupo influyen algunos compromisos muy anchos y serios grados de deterioro de la fonación.

Fisura alveolar: Es una fisura que muy raras veces se consigue separada de la fisura palatina, o de una fisura labial.

Veau, citado por Regezi-Sciubba (1991), realizó un sistema para clasificar al labio y paladar hendidos, es la que más se utiliza y permite describir la variedad de estos trastornos.

Es un sistema que las clasifico por separado, las hendiduras de labio de las del paladar en cuatro categorías para cada una de ellas y enfatiza el grado de hendidura presente.

A. Hendiduras de labio

A.1 Hendidura tipo I: corresponde a una muesca unilateral del borde mucocutaneo que no se extiende al labio.

A.2 Hendidura tipo II. Cuando la muesca se extiende al labio, pero no afecta el piso de la nariz.

A.3 Hendidura tipo III. Son unilaterales y se extienden desde el borde mucocutaneo hasta el piso de la nariz.

A.4 Hendidura tipo IV: Es una hendidura bilateral completa del labio, desde la muesca incompleta hasta hendidura completa.

B. Hendiduras de paladar

B.1 Hendidura tipo I: Son aquellas que se limitan al paladar blando.

B.2 Hendidura tipo II: Son defectos del paladar blando y duro que no se extienden más allá del agujero incisivo, limitándose al paladar secundario, pueden ser completas o incompletas; las hendiduras completas incluyen el paladar blando y duro hasta el agujero incisivo; las incompletas afectan el velo del paladar y una parte del paladar duro, pero no se extiende hasta el agujero incisivo.

B.3 Hendidura tipo III: Son hendiduras unilaterales completas que se extienden de la úvula al agujero incisivo en la línea media y hasta el proceso alveolar unilateral.

B.4 Hendidura tipo IV: Son bilaterales y completas, afectan paladar duro, blando y el proceso alveolar de ambos lados de la premaxila, dejándola libre y, con frecuencia, móvil.

Otra clasificación propuesta por el Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. Disponible: (Metodología del trabajo logofoniátrico en el paciente fisurado labiopalatino. htm).

Clasificación de las fisuras

Labiales

Unilaterales	completas
	incompletas
Bilaterales	completa
	incompleta
	completa de un lado
	combinada
	incompleta del otro

Palatinas

Completas paladar
duro y blando. Pueden ser bilaterales o unilaterales

Incompletas paladar
blando, siempre en la
línea media

Labioalvéolopalatinas: Son las más complejas.

Submucosa: La fisura palatina está cubierta por mucosa y se percibe por el tacto digital.

METODOS DE REHABILITACION

Cuando se de una persona que presenta una fisura labial y/o palatina, se tiene que tomar en cuenta todos los recursos que tiene que ser necesarios para poder devolver a esta persona a una sociedad en la que pueda enfrentar los problemas. Para esto se necesitan abarcar muchos campos de la medicina, que seria un equipo multidisciplinario en un solo instituto, que se encarguen de reincorporar a esa persona a la sociedad, prestándole servicios de cirugía, psicología, ortopedia u ortodoncia, pediatría, rehabilitación protésica, logofoniátrico.

Es evidente que la cirugía es solo un eslabón en la cadena vitalmente necesaria para llevar al niño con labio y/o paladar fisurado, al lugar que corresponde dentro de la sociedad.(Puerta 1.984).

La reparación del labio (queilorrafia) se da por una operación que se emprende entre las tres semanas y los tres meses de edad. Para que se pueda realizar esta operación, la evaluación pediátrica general de hallar que el niño esté en óptimo estado físico, y haber alcanzado su peso original al nacer o que se aproxime a los 4,5 Kg. Este tiempo se da para que halla tiempo para ver si se presenta otra anomalía congénita.

La seguridad de esta cirugía ha sido notablemente aumentada por los refinamientos en la anestesia moderna, que emplea técnicas de intubación endotraqueal por vía bucal. La corrección quirúrgica trata de lograr un labio simétrico y bien contorneado, dado que los márgenes de las fisuras están compuestos por tejido atrofico, deben ser preparados para proveer capas musculares adecuadas y todo el espesor del labio.

Dado que todas las cicatrices se contraen, deben hacerse esfuerzo por minimizar el traumatismo y las fuentes de inflamación en el procedimiento para diseñar la preparación de los márgenes en varios planos.

La reparación del paladar (palatorrafia), el propósito es la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina para la fonación y la deglución normal y realizar esta restauración con una mínima perturbación del crecimiento del maxilar superior.

Las fisuras palatinas son siempre electivas, el niño debe presentar óptimo estado de salud. Debido a que el tejido cicatrizal se opone al objetivo de lograr un paladar blando y flexible, los procesos de la anestesia con la utilización de las técnicas de intubación nasoendotraqueal han aumentado más la seguridad. La mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños entre edades de 18 meses y 3 años.

Los cirujanos que enfatizan en que la cirugía sea antes de los 9 meses de edad, es por la ventaja del desarrollo muscular, la edad más aceptada es alrededor de los 2 años de edad, provee un mecanismo velofaríngeo antes de que se adquieran hábitos refinados de fonación, con la ventaja psicológica agregada de la pronta reparación.

En fisuras más anchas el paladar blanco puede cerrarse sin esfuerzo quirúrgico por hacer lo propio con el defecto del paladar duro, esta zona se obtura entonces con un aparato plástico.

En la palatorrafia no se logra una unión ósea de la zona del paladar duro. El cierre de las fisuras completas puede dividirse en dos estadios, separados aproximadamente por tres meses, en un esfuerzo por impedir la contracción de la cicatriz que tiende a desplazar el paladar blando hacia adelante.

Desde el trabajo de Passavant y otros a fines del siglo XIX, se ha sabido que la función velofaríngea depende de una longitud adecuada al paladar. Cuando las fisuras completas son anchas y la zona del paladar duro no se cierra con un colgajo vómer, se indica una secuencia de cierre modificada. Se cierra el paladar blando para establecer la válvula velo faríngea y el duro se deja abierto o se cubre con un obturador removible hasta que el niño tenga 5 ó 6 años de edad (Marcano 1978).

EQUIPO MULTIDICCIPLINARIO

El Psicólogo: El niño con paladar fisurado suele tener muchos problemas que el psicólogo, por su comprensión y experiencia, puede ser llamado a resolver. El niño se siente inseguro y hasta no deseado. Su frustración, como resultado de su pobre dicción ayuda a ésta carga. Puede llegarse a una personalidad introvertida.

El psicólogo puede llevar algo de comprensión y calor tanto al paciente como a su familia, que deben cumplir su parte del tratamiento continuamente en el hogar, y también a los otros miembros del equipo de especialistas. Solo de esta manera cooperativa puede estimularse al niño, quien se adaptará mejor a su ambiente y superará así ciertos problemas, que de otra manera resultarían cargas insoportables. (Tresserra 1977)

El Ortopedista u Ortodoncista: Desempeña un papel valiosísimo en el paciente con paladar fisurado, no sólo desde el punto de vista de llevar los dientes a una posición relativamente normal, si no frecuentemente para prevenir o corregir el colapso del maxilar, lo que suele ocurrir a menudo en estos casos, sobre todo en fisuras completas que complican el alvéolo. Por medio del tratamiento puede lograrse la expansión y rotación de los huesos maxilares. Esto ensancha la bóveda palatina y permite una postura más normal de la lengua dentro de boca. Con frecuencia es conveniente comenzar a los tres años de edad. (Ob. Cit)

El Pediatra: El papel que desempeña es indudablemente , la llave para la salud general del paciente fisurado. Salvo que se mantenga la

salud general y de la estructura bucales del niño, el trabajo de todos los otros miembros del equipo va al fracaso.

El pediatra es siempre “el doctor del niño” y debe ser consultado libremente y con frecuencia por los otros especialistas y por la familia. El pediatra es literalmente el eje alrededor del cual debe resolverse todo el tratamiento.(Ob. Cit)

El Protésista: Muchos pacientes con paladares fisurados requieren aparatos protéticos. Ocasionalmente, son necesarios para la reposición de dientes perdidos. No es infrecuente que la cirugía esté contraindicada y falle en el logro del efecto deseado. En ese caso, son necesarios obturadores para el cierre velofaríngeo. El protesista capacitado puede proveer artificialmente lo que el cirujano no ha podido lograr con el tejido vivo, y la actuación de ambos es indispensable. (Ob. Cit)

El Logofoniátra: La atención especializada en logofoniatría de los pacientes con fisura labio-palatina resulta de una importancia medicosocial relevante. Ella sigue la acción de la cirugía, ortopedia u ortodoncia, o prótesis resolviendo mediante ejercicios funcionales específicos la dislalia orgánica e hiperrinolalia remanentes de carácter funcional, responsabilizándose con la última etapa de rehabilitación del paciente.

Los factores favorables para el éxito son; la temprana edad de la actuación, los buenos resultados de la cirugía, ortopedia u ortodoncia o prótesis, la inteligencia y la habilidad para el habla y la colaboración efectiva del caso y su medio. (Sánchez 1999).

DEFINICIÓN DE TERMINOS

Asociación: Es la aparición, no debida al azar, en dos o mas individuos, de anomalías múltiples, se las que no se sabe que representan “un defecto politópico del campo” o una “secuencia simple”.

Bermellón: Es el borde mucocutáneo del labio con pigmentación roja.

Borde mucocutáneo: La parte de una superficie que forma su limite externo entre la mucosa y la piel.

Congénito: Que existe al nacer, se refiere a los ciertos rasgos mentales o físicos; peculiaridades, malformaciones, enfermedades, etc.; puede ser hereditario o debido a alguna influencia sufrida durante la gestación e incluso en el momento del nacimiento.

Coloboma: Parte mutilada, de Kolobo, mutilar cualquier defecto congénito patológico o artificial, especialmente del ojo.

Crecimiento: Conjunto de cambios continuos que lleva a un ser viviente desde el comienzo de su existencia hasta la madurez. El aumento de tamaño de los tejidos se debe tanto al aumento del número de células por división celular o “Hiperplasia”, como al aumento del tamaño celular o “Hipertrofia”.

Desarrollo o Maduración: Cambio de forma y/o función de un tejido como resultado de la diferenciación y de la migración celular. Debido a que estos dos aspectos no pueden ser diferenciados de modo tajante se emplea la expresión “crecimiento y desarrollo” en sentido unitario que abarca tanto la magnitud como la cantidad de los cambios de maduración.

Desnutrición: Déficit en el suministro de energía o nutrientes a los tejidos. Este déficit puede deberse a la ingesta, absorción, distribución y utilización inadecuada.

Ectomodeo: Boca primitiva.

Fisura: Hendidura profunda. En Odontología, ruptura o defecto del desarrollo.

Hendidura: Abertura estrecha y larga. Hueco profundo y prolongado en un cuerpo, puede llegar a dividirlo del todo.

Hereditaria : Transmitido de uno de los padres a la descendencia, derivado de los ancestros, obtenido por herencia. (Transmisión de los caracteres del padre a la descendencia).

Hiperplasia: Hipertrofia numérica o cuantitativa, aumento del número de células en un tejido u órgano, con exclusión de la formación tumoral, en donde la mayor parte del órgano, o todo, puede estar aumentado.

Labilidad: Propiedad de ser inestable o inconstante; no fijo, adaptabilidad a las alteraciones o modificaciones, es decir, que es fácilmente transformable.

Labio Leporino: Queilosquisis, quilosquisis; deformación facial congénita del labio (generalmente superior) debida a la deficiencia mesodérmica o a la falta de unión de unos o varios casos embriológicos que forman el labio superior, aunque no necesariamente, se asocia con fisuras de alvéolo y paladar.

Palatorrafia: Sutura de un paladar fisurado (reparación).

Premaxila: Parte ósea central aislada de un labio leporino bilateral total.

Prolabium: Borde carmesí o escarlata expuesto del labio, segmento central aislado de tejido blando del labio superior en estado embrionario y en el paladar fisurado bilateral no reparado.

Queilorrafia: Sutura de los labios (reparación).

Reborde Alveolar: Apófisis alveolar; Elevación lineal generalmente rugosa.

Síndrome: Es un patrón de anomalías múltiples con relación patológica entre si, y sin que representen una secuencia simple o un defecto politópico del campo.

El termino implica a menudo una causa única, y se utiliza solamente cuando se conocen los componentes del patrón de anomalías o se crea que tienen una relación patogénica entre si.

Tejidos Blandos: Conjunto de células similares y las sustancia intercelulares que lo rodean.

Velo Faríngeo: Perteneciente al paladar blando (velo del paladar y la pared nasofaríngea posterior).

ANÁLISIS COMPARATIVO

Las malformaciones congénitas desde épocas muy remotas han atraído la atención del hombre, quien dejó en las paredes de las cuevas sus representaciones en forma de pintura. Hoy día el hombre mantiene ese mismo interés.

El término congénito procede del latín *congenitus*, de *cum*, *com*, y *genitus*, engendrado, significa ligeramente “nacido con”. Hace referencia a las características, rasgos, etc. Con los que nace el individuo y que no depende solo de factores hereditarios, sino también de características que son adquiridas durante los períodos de embrión y feto, es decir, durante la gestación.

Entre los defectos de mayor interés se incluyen los de la cara, por la función que ésta desempeña por ser la parte más visible del cuerpo. Mediante los músculos faciales, la cara expresa emociones y sentimientos; los labios son parte imprescindible de ello. Las malformaciones de los labios ocasionan muchas veces los cambios de expresión del rostro, que pueden limitar funciones tan vitales como la comunicación verbal.

En nuestra investigación se plantean diferentes teorías sobre la etiología de esta entidad; se pensaba que se debía a la vascularización de las estructuras en formación o por factores exógenos, en numerosas investigaciones surgió la influencia de elementos hereditarios.

Así, en los actuales momentos la hipótesis más aceptada es la de las que se heredan en forma multifactorial, abarcando el origen genético de la malformación hasta la acción del medio circundante. (Las Autoras).

Los factores involucrados en la teoría multifactorial son:

- ✓ Factores exógenos tales como: trastornos nutricionales, fármacos, enfermedades, factores ambientales, edades de los padres, stress emocional

- ✓ factores endógenos: como los hereditarios

- ✓ Factores mixtos.

El labio leporino con fisura palatina o sin ésta es una malformación frecuente. Los países con mayor prevalencia al nacimiento son Japón y México con 14,90 y 12,38 por cada 10.000 nacimientos. En Cuba se han

realizado algunos estudios aislados que determinan una prevalencia entre el 5 y 5,57 por cada 10.000 nacimientos. Disponible: revista Cubana pediátrica 1998;70(1):43-47.

En Trelew llegaron pacientes desde Buenos Aires, Santa Cruz, Neuquen, Río Negro y Tierra del Fuego, además de muchos de Chubut, donde las estadísticas indican que el 3 % de la población sufre esa enfermedad. (Ob. Cit)

El predominio de este defecto para el sexo masculino con inclusión o no del paladar ha sido notado también en diferentes estudios. La presencia de la lateralidad izquierda en uno y otro también ha sido ampliamente notada en Cuba e internacionalmente. Se explica por un fenómeno vascular, pues la hemiarcada derecha recibe más flujo sanguíneo que la izquierda, por la disposición de los vasos que emergen del arco aórtico. En general se acepta como mecanismo patogénico la disrupción vascular, es decir, que la teoría vascular no era tan incierta como se decía.

La preponderancia de las cromosopatías en la clasificación etiológica de este defecto también ha sido detectada, sin embargo en trabajos previos no publicados realizados en Cuba la función de las cromosopatías no es llamativa. Vale destacar que la confirmación diagnóstica de ésta depende del desarrollo alcanzado por la citogenética en Cuba. Es evidente que es una malformación frecuente en Cuba. (Ob. Cit)

Con respecto a su clasificación, la más utilizada en Venezuela es la de Veau, donde separó las hendiduras de labio de las del paladar en cuatro categorías para cada una de ellas.

Otra clasificación propuesta por el Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. (Rev Cubana Ortod 1999; 14(1): 7-12)

Labiales

✓ Unilaterales { completas
incompletas

✓ Bilateral { completa
incompleta }

combinada completa de un lado
incompleta del otro

Palatinas

- ✓ Completas paladar duro y blando. Pueden ser bilaterales o unilaterales
- ✓ Incompletas paladar blando, siempre en la línea media

En el Centro Nacional de Genética Médica, Instituto Superior de Ciencias Médicas-Habana. Trabajan con otra clasificación basada en su localización anatómica que es:

Labio Leporino derecho.

- ✓ Labio Leporino izquierdo.
- ✓ Labio Leporino bilateral.
- ✓ Labio Leporino central.
- ✓ Labio Leporino derecho + fisura palatina.
- ✓ Labio Leporino izquierdo + fisura palatina.
- ✓ Labio Leporino bilateral + fisura palatina.
- ✓ Labio Leporino central + fisura palatina.
- ✓ Labio Leporino con fisura palatina o sin ésta.

Cuando se habla acerca de las rehabilitaciones o tratamiento de estas malformaciones se debe tomar en cuenta que debe ser realizado por personas especializada (En Venezuela le llaman equipo multidisciplinario y en Argentina equipo interdisciplinarios). Un bebé con labio hendido debe ser operado en los tres primeros meses, pues las estructuras ya están completamente desarrolladas y el niño se encuentra apto para tolerar la cirugía, si se encuentra bien de peso y de salud.

Esta cirugía debe ser lo más estética posible. Es importante que si el bebé tiene ambas malformaciones se opere el labio antes de los tres meses, pues entre más rápido se realice la cirugía menos cicatriz le quedará.

“Es tan importante que esta cirugía se realice pronto que incluso algunos cirujanos opinan que sería mejor operar dentro del útero de la madre, es decir que el niño sea intervenido quirúrgicamente antes de nacer pues esto evitaría la cicatriz (según: Lázaro Néstor Sánchez, docente de la Universidad del Valle).

En el caso del paladar los médicos recomiendan que la operación se realice más tarde, pues pueden aparecer problemas cuando la

intervención se hace antes de los antes de los nueve meses. “El derecho de pelar hueso y unir las estructuras blandas, para cerrar la fisura que se encuentra allí, provocaría la alteración del crecimiento del maxilar por el resentimiento de la estructura ósea y la disminución de la irrigación sanguínea”.

En Colombia el Dr. Lázaro Sánchez expresó que es posible detectar la anomalía en el labio del feto a través de una ecografía, pero es necesario que la máquina tenga muy buena resolución.

También depende de quien haga la ecografía, o ecografista, esté bien entrenado para detectarla presencia de ésta malformación, pues a esta edad es perfectamente identificable el rostro del bebé. El hecho de que pueda verse o no, también depende de la posición del feto, pero generalmente el niño se está moviendo en el líquido amniótico y en algún momento puede observarse el rostro.

La medicina de hoy debe ser ante todo preventiva y por lo tanto lo mejor es evitar riesgos y realizar los exámenes pertinentes antes de engendrar un hijo, recomienda Lázaro Sánchez, docente de la Universidad del Valle.

En Cuba enfocan el tratamiento de un diagnóstico preciso, la intervención precoz anterior al desarrollo de las lesiones tisulares (de tejido) irreversibles y el conocimiento de las alteraciones bioquímicas del funcionamiento metabólico.

El mejor cuidado frente a este tipo de procesos es su prevención para ello puede realizarse: Diagnóstico prenatal, que consiste en una serie de pruebas, tanto citológicas como bioquímicas, por medio de las cuales se pueden detectar ciertas anomalías, estos estudios se realizan tomando muestras de líquido amniótico y del cordón umbilical.

Se ha llegado a un punto donde solo queda decir que esta enfermedad sea como sea que la clasifiquen en Venezuela, Cuba, u otro país la alteración afecta física y psíquicamente al paciente, donde la etiología se desconoce a pesar que hay zonas características con un alto índice de la enfermedad, que nos lleva a pensar que hay causas específicas. Y de que la mejor manera de eliminar esta enfermedad es saber la causa precisa para prevenir o tratar a tiempo las alteraciones para que no dejen secuelas. (Las autoras)

CONCLUSIONES

Las fisuras labiopalatinas son anomalías congénitas frecuentes en la población infantil, su etiología es variada, se debe a causas genéticas ,

afecciones fetales, junto con la transmisión genética, se habla de la probabilidad de producción de fisura palatina por acción de factores ambientales tales como el tipo de dieta, determinados fármacos como la cortisona, fenitoina y carbamacepina; además de otros factores como el consumo de drogas alucinógenas y alcohol.

Tiene una gran incidencia en las alteraciones del lenguaje, influyen sobre todo en su calidad. El labio leporino, clínicamente podemos considerar distintas formas de diferentes intensidades de labio leporino, pero la forma más característica es la hendidura lateral que afecta los tejidos blandos y llega hasta el hueso alveolar. Esta forma simple puede ser bilateral, llegando a englobar la hendidura alveolar y toda la unidad del hueso intermaxilar, generalmente con una extensión hacia el ala de la nariz y la fosa nasal.

También puede presentarse la hendidura lateral en el labio inferior pero es menos frecuente. Generalmente la gran complicación del labio leporino es la estética y su solución quirúrgica, pero hay una entidad aun más complicada y muy frecuente también, la llamada fisura del paladar o paladar hendido, que puede presentarse como un proceso exclusivo, o más comúnmente asociado al labio leporino tanto simple como bilateral, los niños son afectados prácticamente el doble de veces que las niñas.

Clínicamente las fisuras palatinas se caracterizan por la aparición de una hendidura o separación en la línea media del paladar, que puede llegar a afectar la úvula, el paladar blando, el paladar duro, o bien todas las estructuras, la comunicación buco nasal es absoluta, llegando a verse el tabique a través de ella.

Con éste trabajo queremos significar la necesidad del tratamiento en pacientes con dichas malformaciones, antes y después de la intervención quirúrgica, así como reflejar los criterios clínicos en cuanto a su pronóstico.

Los niños que nacen con labios o paladares fisurados ya no son desechos sociales o económicos. Deben considerarse como personas enteramente normales y todos los esfuerzos deben dirigirse a asegurarles esa situación. El tratamiento de un niño con labio o paladar fisurado no es la sola prerrogativa del cirujano plástico o de cualquier otro especialista individual, ni se lo considera así en la mayoría de los centros médicos adelantados.

El tratamiento desde que el niño nace hasta que alcanza su completo desarrollo como miembro útil y feliz de la sociedad, significa una serie de esfuerzos en común realizadas por un equipo. Equipo compuesto por cirujano plástico, psicólogo, pediatra, ortopedista u ortodoncista, protesista y logofoniatra, cuyos incansables esfuerzos y estrecha cooperación continua incesantemente hasta que esos individuos que sin tener culpa han nacido con anomalías de éste tipo están completamente rehabilitados.

BIBLIOGRAFÍA

A. R. Ten, Cate. (1986). **Histología Oral**. Panamericana.

Diccionario Enciclopédico. (1976). Editorial Salvat

El Hombre una Especie a Proteger. (1985). Circulo de lectores.

Marcano de Bello, M y Mendoza, H. (1978). **Algunas consideraciones antropométricas y de tratamiento ortopédico funcional del niño con labio y/o paladar hendido**.

Puerta, N (1984). **Tratamiento del niño con el labio y/o paladar fisurado.**

Regezi y Sciubba. (1991). **Patología Bucal.** México. Mc Graw-Hill Interamericana.

Acosta, J. **Programa de Radio emitido por RCN en Duitama, Colombia; en Enero 24/95.** Correo: **\ Labio Leporino y Paladar Hendido.htm**

Contreras, H. **Solar Suriano (mexico).** Correo: **El tratamiento al labio y paladar hendido, 049chi.htm**

Guajardo, C. **en Clarín digital Sociedad enero-2000.** Correo: **en Clarín digital Sociedad- medicos EE UU operarán a 200 chicos argentinos.htm.**

Madrazo, M. **Repercusiones emocionales del labio-paladar-hendido.** Correo: **la-pa-hen.htm**

Roca, J. Cedán, I. Alonso, F. Ferrero, M. Lantigua, A. **Rev Cubana Pediatr 1998; 70 (1): 43-47.** Correo: **Caracterización clínica del labio leporino con fisura palatina o sin ésta en Cuba. htm**

Sánchez, L. **AUPEC 05-03-1998.** Correo: [aupec@mafalda
univalle.edu.co](mailto:aupec@mafalda.univalle.edu.co)

Sánchez, S. García, B. Regal, N. **Rev Cubana Ortod 1999; 14
(1): 7-12.** Correo: **Metodología del trabajo logofoniátrico en
el paciente fisurado labiopalatino. htm**

Verdecer, J. McCartney,J. DeSwart,J **Wildesmiles. Org.
Original en Ingles.** Correo: **\hlp.htm**

Vinageras, E **¿Qué es el labio y paladar hendido?.** Correo:
mipediatra.com.htm