

19/10/19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

LABIO Y PALADAR HENDIDO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

ROSA MARIA TORRES ANAYA

DEYANIRA TORRES ARGUELLES

15876

MEXICO, D. F.

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LABIO Y PALADAR HENDIDO.

TEMARIO.

- INTRODUCCION.
- I.- EMBRIOLOGIA
- II.- ANATOMIA Y FISILOGIA
- III.- FACTORES ETIOLOGICOS
- IV.- CLASIFICACION DE LABIO Y PALADAR
- V.- HISTORIA CLINICA
- VI.- PROFESIONISTAS QUE INTERVIENEN EN LA REHABILITACION DEL NIÑO CON LABIO Y PALADAR HENDIDO.
- VII.- ANOMALIAS DENTARIAS
- VIII.- PROBLEMAS PSICOLOGICOS
- IX.- REHABILITACION DEL LENGUAJE
- X.- REHABILITACION BUCAL
- CONCLUSIONES

I N T R O D U C C I O N .

I N T R O D U C C I O N

De las malformaciones congénitas que más frecuentemente afectan al ser humano encontramos las hendiduras de labio y paladar.

Este tipo de malformación ocasiona graves trastornos, dentro de estos encontramos, el mal funcionamiento de la deglución, la fonación y como consecuencia a esto estará afectado el lenguaje. Otro factor de suma importancia que vamos a encontrar afectado es la estética.

Los niños que presentan esta anomalía congénita tienen dificultad para adaptarse al medio en que viven.

Presentan problemas desde su nacimiento, desde el punto de vista psicológico y orgánico. Debido a las reacciones de rechazo de parte de sus padres y familiares. Posteriormente el niño será objeto de burlas de parte de sus compañeros, cuando llegue a la edad escolar.

Aún cuando el problema se acepte en parte y la reparación cosmética y quirúrgica se efectúe, generalmente al niño puede formarsele complejo de inferioridad ya que tendrá fuertes disturbios emocionales que dejarán huella en su vida adulta.

Para poder realizar el tratamiento adecuado de acuerdo al grado de afectación de cada paciente, es conveniente conocer las causas o factores que intervienen para que se presenten estas malformaciones congénitas.

Por lo expuesto anteriormente es conveniente que el --
Dentista tenga conocimientos con respecto a esta clase de mal--
formaciones. Para que él sepa hacer lo indicado cuando se le --
presente un caso de labio y paladar hendido para evaluar así el
caso y poder remitirlo ya sea, con el cirujano maxilofacial y --
demás especialistas que intervienen en su rehabilitación.

TEMA I

EMBRIOLOGIA

I. EMBRIOLOGÍA

EMBRIOLOGIA DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES Y BUCALES.

Desarrollo de la cara.- Aproximadamente un mes después de la fertilización, el centro de crecimiento que dirige el desarrollo de las diferentes partes de la cara, nariz y porciones del paladar y maxilares, muestra un aumento de su actividad, este centro está representado, por el estomodeo, formado por el ectodermo. El estomodeo está constituido por la cavidad bucal primitiva, los procesos maxilares y el arco mandibular.

Durante la cuarta semana (fig. 1) cuando el embrión mide 5 mm. de largo es fácil de ver la proliferación del ectodermo, a cada lado de la prominencia frontal. Estas placas nasales o engrosamientos formarán posteriormente la mucosa de las fosas nasales y el epitelio olfatorio.

En el embrión de cuatro semanas y media (fig. 2) el estomodeo está constituido por una serie de elevaciones formadas por proliferación del mesenquima.

Los procesos mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo; los procesos maxilares laterales y la prominencia frontal elevación algo redondeada, en dirección craneal. A cada lado de la prominencia frontal e inmediatamente por arriba del estomodeo se advierte un engrosamiento local del ectodermo superficial, la placa nasal.

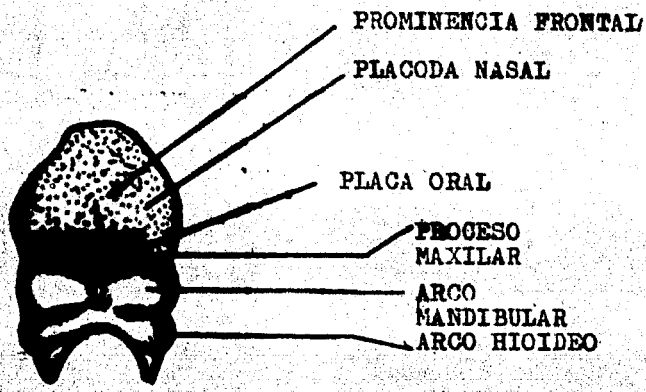


Fig. 1
Embrión de 4 semanas.

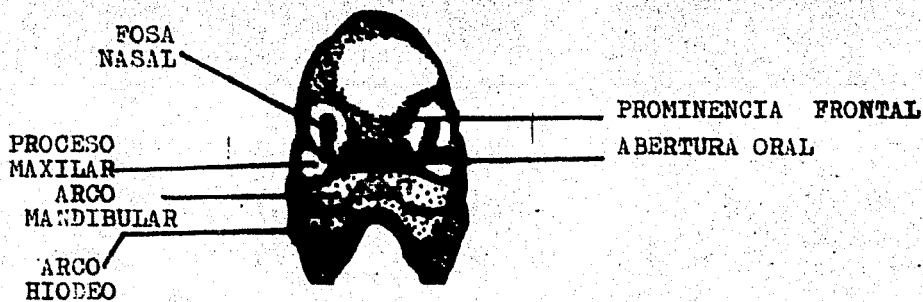


FIG. 2
Cinco semanas.

A la quinta semana aparecen pliegues de crecimiento-rápido (fig.3), los procesos nasales laterales y nasales medios que rodean la placa nasal, la cual forma el suelo de una depresión, la fosita nasal. Los procesos maxilares crecen hacia adelante y se unen con el proceso frontonasal para formar el maxilar superior. La depresión que se forma en la línea media del labio superior se llama *filtrum* e indica la línea de unión de los procesos nasales medios y maxilares.

Los procesos nasales laterales formarán las alas de la nariz y los nasales medios originarán la porción media de la nariz, labio superior, maxilar y todo el paladar primario.

Como los procesos nasales medios crecen hacia abajo más rápidamente que los procesos nasales anteriores, los segundos no contribuyen a las estructuras que posteriormente forman el labio superior. También a la quinta semana el tejido primordially que formará la cara se observa claramente, se distingue el arco del maxilar inferior rodeando el caudal de la cavidad bucal.

Mientras tanto; los procesos maxilares se acercan a los procesos nasales medios y nasales laterales, que se encuentran separados, por surcos definidos. Los procesos maxilares crecen hacia la línea media para formar las partes laterales del maxilar superior.

En las dos semanas siguientes, se modifica mucho el aspecto de la cara; los procesos maxilares siguen creciendo en

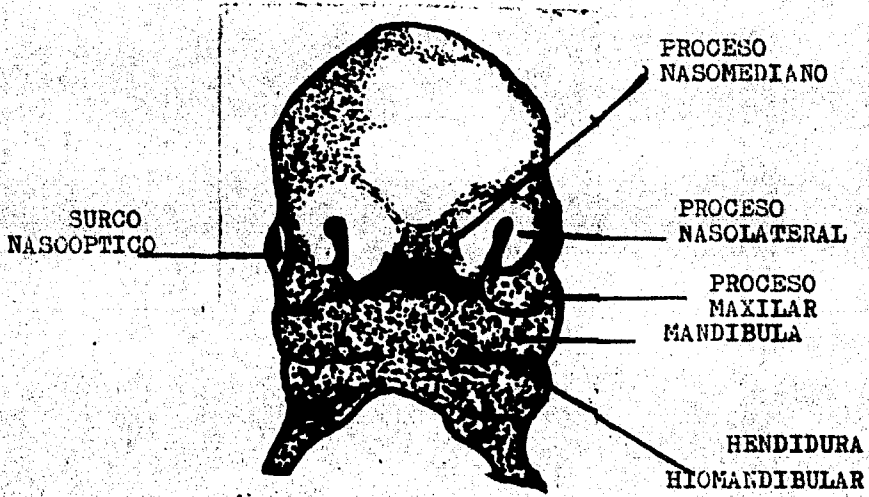


FIG. 3
EMBRION DE CINCO SEMANAS.

dirección interna y comprimen los procesos nasales medios hacia la línea media. En etapa ulterior, estos procesos se fusionan entre sí, esto es, el surco que los separa es borrado por la migración del mesodermo de los procesos adyacentes y también se unen con los procesos maxilares hacia los lados.

Se encuentran los cuatro sacos faríngeos y posiblemente un saco faríngeo transitorio, que forman los arcos y surcos branquiales. Las paredes laterales de la faringe están divididas por dentro y por fuera en arcos branquiales. Los dos primeros arcos reciben el nombre de: arco mandibular y arco hídreo, los arcos están divididos por surcos identificados por un número. Los arcos branquiales están inervados por núcleos viscerales.

El desarrollo embrionario comienza en realidad tarde, después de que el primordio de otras estructuras craneales se han desarrollado.

Cavidades Nasales.— Durante la sexta semana (fig. 4)— de desarrollo, las fositas nasales se profundizan bastante, por causa del crecimiento de los procesos nasales y en parte por que se introducen en el mesénquima subyacente.

En etapa inicial estas fosas están separadas de la cavidad bucal primitiva por la membrana buconasal, pero después de que se han roto las cavidades nasales primitivas desembocan en la cavidad bucal por virtud de los orificios neoformados, — las coanas primitivas. Las coanas están situadas a cada lado de

PROCESO
NASOMEDIANO

PROCESO
NASOLATERAL

SURCO
NASOPTICO

PROCESO
MAXILAR

MANDIBULA

HENDIDURA
HIOMANDIBULAR

FIG. 4
EMBRION DE SEIS SEMANAS.



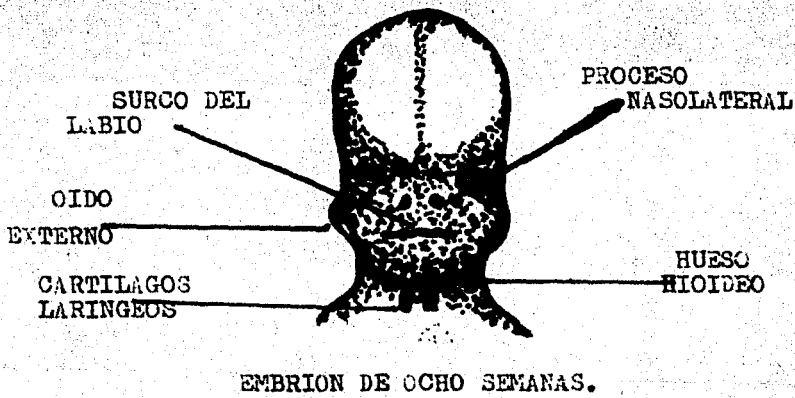
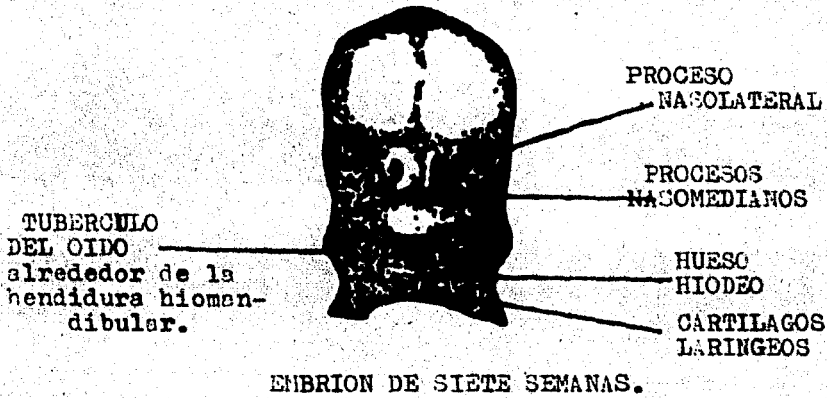
la línea media e inmediatamente por detrás del paladar primario. En etapa ulterior al formarse el paladar secundario y continuar el desarrollo de las cavidades nasales primitivas, las coanas definitivas se sitúan en la unión de la cavidad nasal con la faríngea.

Entre la sexta y séptima semana de vida embrionaria desaparecen poco a poco las escotaduras medias que marcan la unión del primotrdio de tal manera que en la octava semana existe poco para indicar la unión y fusión .

La fusión de los procesos maxilares sucede en el embrión de 14.5 mm durante la séptima semana. Además de participar en la formación del labio superior, los procesos maxilares también se fusionan en un breve trazo con los procesos del arco mandibular, lo cuál forma los carrillos y rige el tamaño definitivo de la boca. La forma en que se unen los procesos maxilares con los nasales laterales es algo más complicado. En etapa inicial estas estructuras están separadas por un surco profundo, el surco nasolagrimal. La fusión de los procesos sólo ocurre cuando este surco ha sido cerrado y forma parte del conducto nasal o nasolagrimal.

Los procesos nasales medios se fusionan en la superficie, también a nivel más profundo, las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben, en conjunto, el nombre de segmento intermaxilar. Consisten en los siguientes:

I.- Componente labial; que forma el surco del labio superior, tam



bién llamado *filtrum*.

II.- Componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos.

III.- Componente palatino, que forma el paladar primario triangular.

En dirección craneal, el segmento intermaxilar se continúa con la porción rostral del tabique nasal, el cual proviene de la prominencia frontal.

Al comienzo de la octava semana, el tabique nasal se ha reducido aún más, la nariz es más prominente y comienza a formarse el pabellón del oído.

Al final de la octava semana el embrión ha aumentado su longitud cuatro veces .

El paladar primario se ha formado ya y que se deriva del segmento intermaxilar. El paladar primario se desarrolla y forma la premaxila, el reborde alveolar subyacente y la parte inferior del labio superior. Sin embargo la porción principal del paladar definitivo es formada por las excrescencias laminares de la porción profunda de los procesos maxilares, llamadas prolongaciones o crestas palatinas (fig. 5) , aparecen en el embrión de seis semanas y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. Pero en la séptima semana la lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden y se tornan horizontales (fig. 6) , durante la octava semana las prolongaciones palatinas se acercan entre sí a la línea media, se fusionan y forman el paladar secundario. Hacia adelante las crestas-



fig. 5
CORTE FRONTAL DE LA CABEZA
embrión de seis semanas.

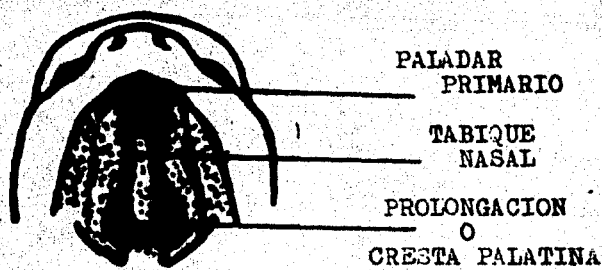


FIG. 6
VISTA VENTRAL DE LAS
CRESTAS PALATINAS.

(fig.7) experimentan fusión con el paladar primario triangular, el agujero incisivo puede considerarse el detalle de separación entre los paladares primario y secundario al tiempo que se fusionan las prolongaciones palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neo--formado. Aunque las mitades laterales del maxilar inferior se han unido, cuando el embrión tiene 18 mm. de longitud el maxilar superior es relativamente corto. Es reconocible por su forma al final de la octava semana de vida intrauterina.

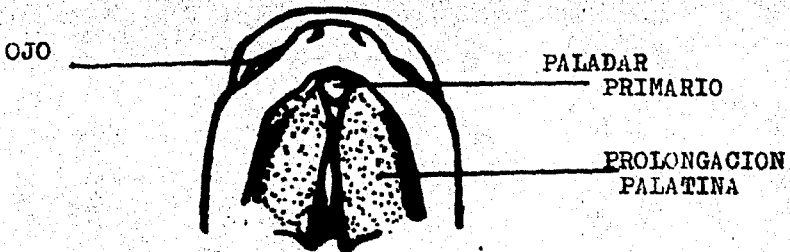
Como consecuencia del desarrollo anormal de las estructuras embrionarias se pueden presentar por ejemplo; algunas de estas malformaciones congénitas:

Labio hendido, paladar hendido, luxación congénita de la cadera, estenosis pilórica, macrodactilia, sindactilia, polidactilia, - defecto del tubo neural, pie equinovaro, etc.

FIGURAS No. 7



Corte frontal de la cabeza de un embrión de siete semanas y media. La lengua ha descendido y las prolongaciones palatinas tienen posición horizontal.



Vista ventral de las crestas o prolongaciones palatinas después de quitar maxilar inf. y lengua: están situadas horizontalmente.

T E M A II

ANATOMIA Y FISILOGIA.

II.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA .

En este capítulo hablaremos de las estructuras que — son afectadas por las deformaciones de labio y paladar hendido, la boca y sus componentes ; labios, paladar duro, paladar blando y también incluiremos por su importancia en este tipo de deformidad a la nariz .

La boca.- Esta situada en la parte inferior de la cao ra, por debajo de las fosas nasales y por arriba de la región su prahíodea, se divide en dos porciones; una anterior o vestibulo bucal situada entre los dientes y los arcos dentarios, los labi os y los carrillos y la otra porción posterior se conoce como — la boca propiamente dicha. Esta contenida entre las arcadas de los dientes y las encías, extendiéndose por detrás hasta los pi lares anteriores del velo del paladar. El techo de la boca esta formado por el paladar duro y la porción anterior del paladar o blando, el suelo esta constituido por la parte anterior de la — lengua.

Los labios.- Son dos repliegues musculomembranosos, — movibles cubiertos por fuera por la piel y por dentro por la mu cosa, los cuales contornean la hendidura bucal y contienen en — su espesor al músculo orbicular de los labios.

Por fuera se continúan con los carrillos y por abajo-

con la barba. La unión de los labios y carrillos esta marcada en la superficie por el surco nasolabial, ligera depresión que desde el contorno de la nariz se dirigen hacia el ángulo de la boca o comisura labial, el surco mentolabial separa el labio inferior de la barba.

En la línea media del labio superior hay un surco vertical profundo, el *filtrum*, limitado por dos bordes salientes que descienden desde el tabique nasal, este surco se ensancha por abajo y termina a nivel de una ligera prominencia del borde libre del labio llamada *túberculo labial*. El labio inferior es generalmente más largo y más movable que el superior.

La estructura del labio comprende la superficie externa e interna .

a) Piel completamente poblada de folículos pilosos que en el niño y en la mujer da lugar a pequeños y finos pelos (vello), que en el hombre son largos y fuertes .

b) Una capa de tejido conjuntivo adiposo, que se continúa con el de la cara.

c) Músculo orbicular de los labios, sus fibras atraviesan el tejido celular subcutáneo para insertarse en la piel.

d) Capa submucosa, que se encuentra ocupada en casi toda su extensión por las glándulas labiales .

e) Membrana mucosa bucal, cubierta por epitelio es-

camoso estratificado.

Los labios van a recibir su riego arterial de los ramos labiales de la arteria facial. El nervio sensitivo de los labios es el trigémino. El labio superior esta inervado por los nervios que salen de la rama infraorbitaria del nervio maxilar superior.

El labio inferior va a estar inervado de los ramos submentonianos del dentario inferior del maxilar inferior, la rama bucal de éste mismo nervio inerva la región de la comisura.

Los vasos linfáticos del labio superior siguen con la arteria facial hasta los ganglios submaxilares, mientras que los del labio inferior llegan en parte en los mismos ganglios y parte con los ganglios submentonianos.

Los labios intervienen en los movimientos de abrir y cerrar la boca que está generalmente asociado a la elevación y depresión de la mandíbula. Los movimientos más finos son efectuados por contracción del músculo orbicular en su totalidad o por una de sus partes, por la contracción de los músculos faciales que se insertan en los labios, superior e inferior.

La posibilidad de hacer finos movimientos con los labios en el hablar o en silbar constituye una prueba de integridad de la inervación de estos músculos.

Los músculos dan movilidad voluntaria, produciendo contracción o interrupción a la salida de aire. El orbicular es constrictor. Los elevadores del labio superior y del ala de la

nariz, elevan el labio y limitan la apertura de las narinas. -
 Los compresores de la nariz limitan la apertura de las narinas.

La nariz.- Es una prominencia de forma pirámidal que se encuentra en la parte central de la cara, por abajo y adentro de los orificios palpebrales, por arriba de la boca y por dentro de las mejillas.

La nariz en su parte externa se encuentra cubierta por la piel de la cara, teniendo un vértice superior donde está la raíz de la nariz formada por los huesos propios de ésta y el dorso en la parte media, las alas en su base por cartílagos propios de este órgano, en su parte interna esta tapizada por la mucosa nasal que se continúa con la mucosa de las fosas nasales, la cuál recubre las mencionadas cavidades y se extiende para tapizar también las cavidades anexas que son conjunto de senos paranasales, el tabique medio que se divide en dos; - fosa nasal derecha e izquierda .

Las fosas nasales en la parte superior presentan un engrosamiento de la mucosa, la cuál aparece muy vascularizada, - que tapiza la lámina cribosa del etmoides y se le da el nombre de pituitaria, ahí se originan los nervios olfatorios.

Se encuentra inervada por el nervio olfatorio y su inervación arterial es dada por la esfenopalatina y la arteria nasal.

La nariz es el órgano encargado de percibir los olo-

res al estar en contacto las partículas odoríferas con la mucosa pituitaria, localizada en la parte inferior de las fosas nasales, que aparte de ser la primera porción del aparato respiratorio es también donde se localiza este órgano .

La función de la nariz; al pasar el aire por la nariz las cavidades nasales realizan tres funciones distintas.

1) El aire es calentado por las superficies de los -- cornetes y el tabique medio .

2) El aire es unificado en grado considerable, incluso al pasar más allá de la nariz.

3) El aire es filtrado, los pelos existentes en las - ventanas nasales tienen importancia porque suprimen partículas voluminosas.

La nariz además de la función olfatoria, tiene otras - funciones importantes, las fosas nasales y los senos dan resonancia a la voz y regulan la humedad del aire y detienen partículas de polvo .

El paladar.- forma el techo de la boca, separa la boca de las fosas nasales y de la faringe nasal y se continúa hacia atrás con la cavidad de la faringe, constituyendo una separación parcial entre las porciones bucal y nasal de la faringe.

Consta de dos porciones; los dos tercios anteriores - de base ósea y el tercio posterior de esqueleto fibroso, se denomina respectivamente paladar duro, paladar blando o membranoso-

también llamado velo palatino. El paladar es cóncavo en sentido anteroposterior y en sentido transversal, esta última curva es más pronunciada en el paladar duro.

El paladar duro.- Es una lámina horizontal formada por las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales de los palatinos, cubiertas en su parte superior e inferior por una membrana mucoperióstica. Esta membrana es muy gruesa en la cara inferior del paladar y contiene en su parte posterior un gran número de glándulas arracimadas y los vasos y nervios más gruesos del paladar. El epitelio de esta mucosa es ampliamente ciliado en la cara superior del paladar óseo y forma el suelo de la fosa nasal, mientras que el de la cara inferior esta formado por el epitelio estratificado escamoso.

El paladar duro se encuentra innervado por arterias, venas, linfáticos, vasos y nervios.

Las arterias del paladar duro son: la palatina descendente y la eseno palatina interna. Las venas desaguan en el plexo ptérigomaxilar.

Los linfáticos, se vuelcan siempre en los ganglios de la cadena yugular interna.

Los nervios que animan las estructuras del paladar son: el palatino anterior, que tiene bajo su control la mayor parte del paladar y el nasopalatino, que solamente domina el sector retroincisivo.

Paladar blando.- recibe también el nombre de velo palatino, ésta insertado en el borde posterior del paladar óseo. Su borde posterior o inferior es libre y forma un arco que se extiende desde un lado de la faringe hasta el otro lado, este arco está interrumpido en la línea media por una eminencia cóncava llamada úvula, muy variable en longitud, pues en algunas personas es corta y obtusa y en otras es larga y delgada y su punta llega por abajo, hasta el dorso de la lengua. Cada lado del paladar blando se relaciona con dos repliegues de mucosa, pilares del velo separados por un espacio triangular ocupado por la amígdala. El repliegue anterior se llama pilar palatogloso y descende hasta la cara lateral de la lengua .

El repliegue posterior descende desde el borde posterior del paladar membranoso y va a perderse en la pared lateral de la faringe, se le denomina pilar palatofaríngeo.

La cara superior del paladar membranoso continúa el suelo de la fosa nasal hacia atrás y abajo, constituyendo la pared inferior de la nasofaringe. A lo largo de la línea media de la cara bucal del paladar hay un ligero relieve llamado rafe palatino. La estructura del paladar membranoso está formada por una hoja fibrosa, plana, delgada y fuerte denominada aponeurosis palatina que está limitada a la parte anterior del velo, en su constitución entran los tendones extendidos de los músculos tensores del velo. Su borde anterior se inserta en el borde posterior de la lámina horizontal de los huesos palatinos.

El músculo tensor del velo (periestafilino) se continúa con su borde externo, pero los demás músculos en general no llegan por delante a más de 8 ó 10 mm. del borde del paladar óseo.

La membrana mucosa de la cara inferior del paladar es tá cubierta de epitelio escamoso estratificado.

El paladar interviene y tiene un papel muy importante en la deglución. El trabajo del paladar blando, es el de servir de puerta entre el rino y la orofaringe en el momento de la deglución .

Fisiología de la deglución.- una vez descritas cada- una de las porciones anatómicas que se ven involucradas o afectadas en las deformaciones de labio y/e paladar hendido, es muy importante el explicar el acto fisiológico de la deglución, porque en este acto se encuentran también incluídas todas estas estructuras (labios, paladar duro, paladar blando, nariz, etc).

La deglución es acto vital, para el individuo, es la suma de fenómenos por los cuales el alimento pasa de la cavidad bucal al estómago através del esófago.

Al nacer la deglución es un acto instintivo y el estímulo adecuado es saludable para los tejidos que involucra .

Los alimentos al ser triturados son impregnados por la saliva, para formar el bolo alimenticio. El bolo alimenticio al ser empujado por la lengua contra el paladar cierra el acceso a las vías respiratorias, apoyándose contra la epiglotis.

El hueso hioides y la laringe a su vez se elevan por contracción de los músculos estilohioides y digástrico, el retorno de los alimentos a la boca no puede realizarse debido al cierre hermético de la laringe luego del paso del bolo alimenticio al esófago las cavidades bucal y faríngeas vuelven a su posición inicial.

La evolución del acto deglutivo: en el recién nacido es un reflejo innato, en esta etapa la succión y la deglución van a irse diferenciando, progresivamente de acuerdo con la maduración de las vías nerviosas. Las funciones alimentarias y de lenguaje van adquiriendo características más definidas hacia el adulto de tal manera, que un nuevo tipo de deglución empieza a instalarse.

La regulación del acto deglutivo, es condición indispensable para realizar el acto, el estímulo al aparato receptor del paladar blando. El estímulo de los receptores del paladar blando se transmiten por medio de las vías aferentes contenidas en la rama maxilar superior del trigémino, el glossofaríngeo y ramas faríngeas del laringeo superior. Llega a la región bulbotubercular y pasa a las neuronas eferentes.

El papel tectónico de la deglución; el papel de la deglución en la forma de los arcos alveolares o dentarios es decisivo.

Los arcos dentarios y rebordes alveolares represen--

tan una unidad y su crecimiento armonioso depende de entre otras cosas el equilibrio de las fuerzas que desarrollen los labios y los carrillos por fuera y la lengua por dentro.

La fisiología del acto deglutivo adulto asegura el equilibrio citado, pero además resulta un estímulo específico para el crecimiento de los maxilares .

T E M A I I I

FACTORES ETIOLOGICOS.

III.- FACTORES ETIOLOGICOS .

A.- HERENCIA.

La etiología del labio y paladar hendido, de acuerdo con los diferentes autores, es la herencia el factor más frecuente de este tipo de malformación.

La base genética de las fisuras es importante pero no puede predecirse la tendencia hereditaria, manifestada por afección en algún miembro de la familia, se ha observado en un 25 a 30 por ciento de casi todas las publicaciones.

Se aprecia una gran variación en las manifestaciones dominantes y recesivas de una tendencia genética que no se apega a las leyes genéticas.

El porcentaje que existe de la descendencia de padres afectados de labio y/o paladar hendido es del 10 al 40 por ciento, en padres normales y que han tenido un hijo con labio hendido, la probabilidad de que se le presente el siguiente es del 4 por ciento. Si hay dos hermanos con labio hendido el peligro aumenta al 9 por ciento, sin embargo, cuando uno de los padres presenta labio hendido y este defecto aparece en un hijo la probabilidad de que el siguiente niño tenga la anomalía se eleva a un 17 por ciento.

En lo que respecta al paladar hendido es menos frecuente que el labio hendido, existen uno o dos casos de cada 2500 nacimientos, es más frecuente en mujeres que en varones -

y no guarda relación con la edad materna.

Cuando los padres son normales y tienen un hijo con paladar hendido, la probabilidad de que el siguiente lo padezca es del 2 por ciento aproximadamente. Sin embargo, si un familiar presenta paladar hendido o si lo sufre un progenitor y un hijo, la probabilidad aumenta a un 7 y un 15 por ciento respectivamente.

En estudios realizados aquí en la Cd. de México, la incidencia que se ha encontrado de estos defectos es la siguiente:

Labio y paladar	50 %
Labio	25. %
Paladar	25 %

Se presenta con más frecuencia en el sexo masculino que en el femenino.

Es más frecuente del lado izquierdo (65 %) que del lado derecho (35 %).

Y es más frecuente el defecto unilateral que el bilateral.

B.- FACTORES INFECCIOSOS.

Durante algún tiempo se creyó que la etiología de las fisuras eran los factores de tipo infeccioso, pero con la ayuda de la experimentación estas teorías han ido desapareciendo.

Se han encontrado fundamentos que han demostrado que-

los agentes infecciosos de tipo viral si pueden causar éstas - malformaciones.

Dentro de las infecciones de tipo viral tenemos el - caso de la rubéola o sarampión alemán.

La rubéola.- Durante el embarazo es una de las más - severas enfermedades, sufrida por la mujer en etapa incipiente de la gestación puede producir malformaciones congénitas, el - grado de las malformaciones depende del tiempo que se padesca - la rubéola y de la etapa del embarazo en que se presente, ests - dos clínicos muestran que un ataque de rubéola durante el pri - mer trimestre del embarazo, resultan nacimientos con malforma - ciones que van de un 50 a un 75 % .

Se ha demostrado que el virus de la rubéola, puede - causar malformaciones como:

Oculares: cataratas, microftalmla, estrabismo, cole - boma o hendidura facial oblicua.

En el oído interno: sordera congénita por destrucci - ón del órgano de Corti.

Malformaciones cardíacas con persistencia del condug - to arteriales; defectos de los tabiques interauricular e inter - ventricular.

También puede causar alteraciones en el esmalte de - los dientes.

Es muy difícil precisar la frecuencia de malformacio - nes en los hijos de las mujeres infectadas, ya que la rubéola-

puede ser benigna y pasar inadvertida o acompañarse de caracteres clínicos poco usuales que impiden identificarle.

C.- FACTORES NUTRICIONALES

Es insuficiente la evidencia sobre los trastornos -- nutritivos como causa de hendiduras en los seres humanos.

En los animales de experimentación, se sometieron a las madres a un régimen dietético deficiente o excesivo de vitamina A, deficiente en vitamina B y otras vitaminas, ocasionando descendencia con elevada incidencia de fisuras de labio y paladar.

El estado nutricional de la madre, puede aumentar o -- disminuir los efectos teratógenos de agentes exógenos, además -- las diferencias caloricas en el consumo dietético, así, como un consumo impropio de algunos ingredientes esenciales en la alimentación, pueden tener una capacidad independiente de perturbar el desarrollo embrionario normal.

El consumo de alcohol, cigarro y una dieta no terapéutica puede tener un significado importante sobre el desarrollo normal del embrión.

D.- FACTORES FISICOS

Los diferentes tipos de radiación han demostrado ser factores determinantes en la problemática de las malformaciones congénitas pudiendo ocasionar en un momento dado la detención -- en el crecimiento y desarrollo en el período embrionario, gene-

ralmente se habla de la radiación que emiten los rayos roentgen, desde hace muchos años se conoce el efecto teratógeno de estos rayos, la administración de grandes dosis de éstos, en mujeres embarazadas puede ocasionar; microcefalia, defectos craneales, paladar hendido y algunas otras malformaciones.

Aunque se ha discutido la dosis máxima inocua para el ser humano, es necesario percatarse de que el carácter de la malformación depende de la dosis de Rx y de la étapa de desarrollo en que se administra.

E.- FACTORES QUIMICOS

Se han mencionado como factores etiológicos químicos -- a los fármacos teratógenos dentro de los cuales podemos mencionar:

Sedantes y tranquilizantes.- Estas drogas son comúnmente utilizadas, la talidomida en humanos tiene especial importancia ya que se ha observado que alrededor del 20 % de las mujeres que tomaron dosis sedativas de talidomida durante un período crítico de la gestación han tenido descendientes malformados.

El período crítico para que la talidomida produzca malformaciones es de la cuarta a la séptima semana de gestación y una dosis de 50 mg. eran suficientes para producir anomalías congénitas.

Dentro de las anomalías que la talidomida produce tenemos:

En las extremidades; focomelias.

En el tracto digestivo; atresia del esófago, duodeno, ano, aplasia de la vesícula biliar y apéndice.

Dentro de las anomalías dentarias tenemos; hipodoncia, desviación de la corona, hipoplasia del esmalte.

Anticonvulsivos.- Resientemente ha sido considerado como punto de atención el resultado de varias drogas anticonvulsivas, como posibles agentes teratogénicos. Se ha encontrado un alto índice de labio y paladar hendido y manifestaciones cardíacas en descendientes de mujeres que han tomado fenobarbital o algún otro anticonvulsivo.

Se ha encontrado que muchas mujeres embarazadas que han tomado salicilatos durante edad temprana del embarazo, ha dado como resultado malformaciones en sus descendientes.

Antibióticos.- Varios estudios retrospectivos han reportado una posible correlación entre antibióticos y malformaciones congénitas en humanos.

Otras drogas utilizadas durante el primer trimestre del embarazo, como han sido algunos antidepresivos o también -- hormonas esteroideas se ha observado, que han producido paladar-hendido en bajo índice.

F.- FACTORES CROMOSOMICOS

Anomalías autosómicas.- La trisomía 13-15, esta asociada a múltiples malformaciones congénitas, presentan defectos -

de cráneo, retardo mental, defectos cardíacos congénitos, sordura y frecuentemente labio y paladar hendido. Parece que hay relación con la edad de la madre, ya que más del 40 % de los nacimientos con malformaciones son en madres mayores de 35 años. La mayoría de los niños que presentan este síndrome mueren en término de tres meses.

TEMA IV

CLASIFICACION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.

IV.- CLASIFICACION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

El labio y el paladar hendido se clasifican de acuerdo a la extensión y localización de la hendidura en la boca .

Primeramente explicaremos la clasificación del labio-hendido en las diferentes formas que se presenta, posteriormente se mencionara la clasificación del paladar hendido.

LABIO HENDIDO:

Incompleto

Completo

Unilateral

Bilateral.

A.- LABIO HENDIDO INCOMPLETO

Se presenta simplemente una muesca pequeña del borde del bermellón o también la muesca puede ampliarse hacia arriba al vestíbulo nasal. El piso de la nariz se encuentra cubierto con piel y ella es baja y ancha. La piel es de textura pobre y el músculo que esta sirviendo de base es deficiente.

B.- LABIO HENDIDO COMPLETO

En este tipo de defecto el alvéolo esta implicado, -- puede ser una muesca o una hendidura completa del alvéolo y -- del paladar. La membrana del labio se extiende a la columna -- y a el ala sobre el lado afectado. El ala es desplazada late--



LABIO HENDIDO COMPLETO



LABIO HENDIDO INCOMPLETO

ralmente siendo adherida al maxilar. La premaxila es desplazada al lado opuesto de la hendidura.

El piso de la nariz es defectuoso, desde luego, en la región donde se encuentra la hendidura.

C.- LABIO HENDIDO UNILATERAL

Se presenta con más frecuencia en el lado izquierdo, en esta variedad se encuentran una muesca en la mucosa del labio con depresión cutánea vertical, el orificio nasal no suele estar afectado. También puede ser una hendidura localizada en la zona cutánea, que se propaga por un surco hasta la nariz más o menos deformada o aplastada.

D.- LABIO HENDIDO BILATERAL

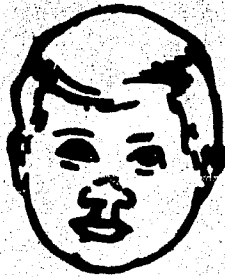
Esta forma de hendidura suele ser simétrica, puede ser completo o incompleto, o una combinación de los dos, bilateral completo-incompleto. Las características son las mismas - descritas para el labio hendido unilateral, con la excepción de la extensión del defecto. Las hendiduras bilaterales generalmente están asociadas a complicaciones palatinas. A continuación - explicaremos cada una de las posibles combinaciones que se presentan.

LABIO HENDIDO INCOMPLETO BILATERAL

Puede presentarse sólo una muesca pequeña en el borde del bermellón sobre uno y otro lado de la línea media del vesti



LABIO HENDIDO UNILATERAL



LABIO HENDIDO BILATERAL

bulo nasal, abarcando la parte del labio que queda entre las --
 hendiduras o muescas.

LABIO HENDIDO COMPLETO BILATERAL

Es el tipo de deformación más extrema del labio y paladar . Las hendiduras son completas y extendidas en el vestíbulo de la nariz, con una deficiencia en el piso, cuando una comunicación con la cavidad oral, la premaxila y el prolabio sobresalen hacia adelante como una parte de la nariz. La columna -- se pierde , las alas están extensamente hacia afuera y aplanadas. Los procesos maxilares se encuentran extensamente separados. El vómer es alargado y parece empajar la premaxila hacia adelante y arriba.

Los orificios nasales normales o ventanas de la nariz están hendidos, la hendidura se continúa en el paladar.

LABIO HENDIDO BILATERAL COMPLETO-INCOMPLETO

Es una combinación de todas las hendiduras descritas anteriormente. Es una hendidura completa sobre un lado y una -- hendidura incompleta en el otro lado. La premaxila es adherida y desplazada al lado de la hendidura incompleta.



LABIO HENDIDO COMPLETO BILATERAL



**LABIO HENDIDO BILATERAL
COMPLETO-INCOMPLETO**

CLASIFICACION DE PALADAR HENDIDO**PALADAR HENDIDO:**

Uvula bifida

Hendidura del paladar blando

Hendidura del paladar blando y duro

Paladar hendido completo

Paladar hendido completo unilateral

Paladar hendido completo bilateral.

Es la deformación más común de todas la hendiduras congénitas. Es también la más seria y la más complicada de corregir. Este problema es debido a la falta de unión de cualquiera de las partes, que entran en la formación del paladar .

La hendidura se presenta en la línea media longitudinalmente y existe comunicación con la cavidad nasal y la nasofaringea.

A.- UVULA BIFIDA

Es una hendidura en la línea media extendida desde la punta exterior de la úvula hasta el paladar duro, pudiendo variar esta condición.

No produce síntomas, sólo en el caso que el paladar sea corto, quirúrgicamente este tipo de malformación puede relajar y extender el paladar para una mejor función.

B.- HENDIDURA DEL PALADAR BLANDO

El paladar blando es una membrana musculosa que se proyecta desde el extremo anterior del paladar duro y los lados de la farínge, con una línea longitudinal media donde la unión de las dos mitades normalmente toma lugar.

Ello forma una completa división entre la boca y la farínge. El borde posterior libre es referido al velo del paladar. El paladar blando es adherido anterior y lateralmente con un borde posterior libre movable, el cual es importante en el lenguaje y en la **deglución**.

Las deficiencias en el paladar blando provocan defectos funcionales graves, pues el paladar blando tiene importantes funciones.

Las hendiduras en el paladar blando pueden ser cerradas lo más pronto posible y mejorar así sus funciones.

C.- HENIDURA DEL PALADAR BLANDO Y EL PALADAR DURO

Siempre que existe paladar duro hendido va a estar asociado con hendidura del paladar blando, siempre y cuando sea de origen congénito.

El paladar blando hendido puede extenderse hacia adelante sobre el paladar duro variando la distancia del foramen palatino anterior.

En la parte más amplia del **vómer** forma una protuberancia a lo largo del centro de la hendidura por el borde inferior libre .

En algunas ocasiones las hendiduras pueden ser muy grandes. Las hendiduras del paladar duro y blando a pesar del grado que tengan son consideradas hendiduras incompletas, a menos que el alvéolo y el labio estén incluidos .

D.- PALADAR HENDIDO COMPLETO .

Incluye el paladar duro y el blando, el alvéolo y el labio, puede ser unilateral o bilateral .

Paladar hendido completo unilateral:

La hendidura se extiende completamente através del paladar duro y blando, el proceso alveolar extendiéndose entre el maxilar y-premaxila, sobre un lado e incluye el labio hendido completo sobre ese lado .

Paladar hendido completo bilateral:

Existe una hendidura sobre ambos lados, entre los procesos maxilares y la premaxila. Este es el que causa más problemas de todos los tipos de paladar hendido .

Sobre el lado de la premaxila, la nariz está abierta ampliamente y es una parte de la cavidad bucal. El ala está presente pero es casi obliterada por la presión hacia adelante y -arriba, hay un pequeño contorno de la punta de la nariz.

La premaxila contiene hueso alveolar con los cuatro incisivos superiores protegidos con la piel y membrana mucosa.

En pacientes que presenten paladar hendido, encontramos dificultades en el habla, junto con esta, van a presentar -

una personalidad introvertida o un franco complejo de inferioridad.

Clinicamente el paladar hendido se observa como una deficiencia de longitud variable en la línea media del paladar, que expone la cavidad nasal al ambiente de la boca.

El aumento de susceptibilidad a las infecciones respiratorias altas se ha atribuido a ésta confluencia de las cavidades nasal y bucal. De un 30 % a un 40 % de los enfermos de paladar hendido tienen dificultades de audición y laberintitis.

El paladar hendido dificulta seriamente la alimentación normal de los recién nacidos debido a la regurgitación -- del alimento por la nariz, pudiendo repercutir de manera importante en la nutrición del niño .

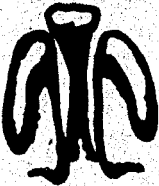
VARIEDADES DE PALADAR HENDIDO.



HENDIDURA DEL PALADAR
BLANDO Y DURO



HENDIDURA DEL PALADAR
BLANDO



PALADAR HENDIDO
COMPLETO



HENDIDURA DEL PALADAR
DURO Y BLANDO INVOLU-
CRANDO EL ALVEOLO

T E M A V

HISTORIA CLINICA.

V.- HISTORIA CLINICA .

La historia clínica servirá para conocer todos aquellos signos que giran alrededor del padecimiento actual, condiciones de salud anteriores a la enfermedad, los factores que intervinieron directa o indirectamente en la ruptura del equilibrio de la salud.

La narración de estos acontecimientos debe de seguir un orden cronológico estricto.

Es conveniente en pacientes con labio y / o paladar hendido realizar una historia clínica completa, la que reunirá el mayor número de signos clínicos que ayuden al médico a poder determinar la causa que dió origen a la malformación.

La metodología que se utiliza en los pacientes adultos no es conveniente que se realice en niños, porque la pediatría pediátrica reviste gran diferencia con relación a la de los pacientes adultos .

Los métodos de exploración física van a variar en relación con la etapa de crecimiento y desarrollo del paciente.

La inmensa mayoría de las veces, el interrogatorio será indirecto, la madre o persona que se encuentre encargada del niño contestará a las preguntas y aportará los datos clínicos relacionados con la enfermedad.

En los recién nacidos se buscarán deformaciones congénitas como; hidrocefalia, luxación de la cadera. labio hendido, paladar hendido, craneosinostosis u otro tipo de anomalía congénita.

La historia clínica, se iniciará con la ficha de identificación, para continuar con los antecedentes, el estado actual y se culminará con la exploración de cada uno de los segmentos del organismo .

H I S T O R I A C L I N I C A .

I.- FICHA DE IDENTIFICACION.

La ficha de identificación sirve para precisar la identidad del paciente y ésta constará de las siguientes partes ;

a) Nombre.- en los recién nacidos o en niños pequeños se pondrá en el expediente los apellidos de los padres. En los niños mayores se escribirá el nombre completo.

b) Sexo.- existen padecimientos que se presentan con más frecuencia en determinado sexo.

c) Lugar de origen y residencia.- ambos datos se encuentran encaminados a conocer los factores ambientales que puedan modificar el estado de salud mental, nutrición, padecimientos orgánicos. Se registrará el sitio de nacimiento, tiempo que ha permanecido en ese lugar y se anotarán los cambios de poblaciones o ciudades.

d) Escolaridad.- En los niños mayores de tres años se anotará el grado de escolaridad y los adelantos obtenidos. Los retrasos en la escuela indicarán deficiencia mental o enfermedades orgánicas incapacitantes para el aprendizaje.

f) Fecha de estudio.- se anotará fecha, día y hora de ingreso al hospital .

II.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Los antecedentes son el conjunto de datos clínicos - que sirven para conocer el tipo de alimentación, hábitos, toxicomanías, habitación y estados de salud , enfermedades de él y sus familiares .

a) Alimentación.- número de tomas de alimentos en las 24 horas, horario, hábitos, cantidad y calidad de los alimentos ingeridos.

b) Hábitos.- Alcoholismo y tabaquismo; edad de inicio, frecuencia, cantidad tomada en 24 horas, tipo de bebidas ingeridas. Esto se preguntará casi siempre cuando se trate de un paciente adulto.

c) Toxicomanías.- Al igual que el inciso anterior sólo en los adultos las encontraremos. El consumo de mariguana, morfina heroína, tranquilizantes, estimulantes, etc.

d) Habitación.- El tipo de construcción, ventilación servicios sanitarios, higiene personal, etc.

III.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

a) Enfermedades durante la infancia; enfermedades exantemáticas : viruela, sarampión, escarlatina, rubéola, etc.

b) Enfermedades congénitas.- se anotará si presenta alguna .

Este tipo de antecedentes se encuentran ligados íntimamente a-

las enfermedades que ha padecido desde el nacimiento hasta el momento de elaborar la historia clínica, sin olvidar la influencia que alguna enfermedad pueda ejercer sobre el padecimiento actual.

IV.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS.

Estos antecedentes servirán para explicar aquellos padecimientos que puedan aparecer en varios miembros de una familia o ser transmitida por el ambiente familiar en que se desenvuelven.

V.- ANTECEDENTES PERINATALES.

Son aquellos antecedentes que se relacionan íntimamente con el curso del embarazo y condiciones del producto al nacer, por lo que se tendrán que hacer las siguientes preguntas.

- a) Curso del embarazo.
- b) Complicaciones que se presentaron durante el embarazo.
- c) Lugar de atención del parto.
- d) Condiciones del producto al nacer.
- e) Número de embarazos al que correspondió.
- f) Si fue único o múltiple.
- g) Abortos previos.
- h) Complicaciones que se presentaron en algunos de

sus hermanos.

i) Edad gestacional en semanas o meses.

j) Peso al nacer.

Con estos últimos datos se determinará si el niño es normal, - prematuro o postmaduro.

VI.- ANTECEDENTES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO .

Desde el nacimiento se llevará el registro de las variaciones que ha sufrido el niño durante las diferentes etapas de desarrollo y crecimiento . Son tan diferentes las características que se presentan en cada una de estas etapas evolutivas, por las que el médico tendrá que conocerlas y diferenciarlas.

VII.- PADECIMIENTO ACTUAL.

En los recién nacidos y lactantes se hará un interrogatorio indirecto, la madre u otra persona encargada del niño- la cuál brindará los datos clínicos que sirvan para la elaboración e integración de un diagnóstico presuncional. A través de preguntas dirigidas se tratará de determinar el inicio, evolución, progresión de la enfermedad y condiciones en las cuales- ingreso el paciente.

VIII.- APARATOS Y SISTEMAS.

Las preguntas se harán por separado de cada uno de los aparatos; Digestivo, Respiratorio, Cardiovascular, Genito-urinario y sistemas ; Nervioso, Linfático, Hematopoyético.

En los recién nacidos y en los lactantes las altera-

ciones orgánicas (urinarias, respiratorias o nerviosas) se manifiestan al principio por trastornos digestivos y posteriormente por la sintomatología en cada paciente.

La mayoría de los padecimientos orgánicos y funcionales van a atacar gravemente el estado general. Para poder afirmar o negar la repercusión del padecimiento actual sobre el estado general se harán preguntas, si existe fiebre, astenia, pérdida de peso etc.

A menor edad será más grave la repercusión que tenga cualquier enfermedad sobre el estado general y a mayor edad aumentarán el número de defensas del organismo, por lo que las modificaciones serán escasas.

IX.- EXPLORACION FISICA.

Signos vitales:

- a) Tensión arterial.
- b) Pulso periférico.
- c) Frecuencia respiratoria.
- d) Frecuencia cardíaca.
- e) Temperatura bucal o rectal .
- f) Peso corporal.

Serán ordenados y anotados los exámenes de laboratorio y gabinete que se juzguen necesarios .

T E M A V I

**PROFESIONISTAS QUE INTERVIENEN EN LA REHABILITACION DEL NIÑO
CON LABIO Y / O PALADAR HENDIDO.**

PROFESIONISTAS QUE INTERVIENEN EN LA REHABILITACION DEL NIÑO
CON LABIO Y / O PALADAR HENDIDO.

Debido al gran número de problemas que causan las malformaciones congénitas del labio y / o paladar hendido, se ha reconocido el trabajo en equipo como el único método inteligente de tratamiento y rehabilitación para las desafortunadas personas que nacen con este tipo de anomalías.

Por consiguiente la responsabilidad de resolver los problemas de estas personas, caerá en manos de los miembros de las diferentes especialidades que intervienen en el caso.

Para que la rehabilitación del niño con labio y/o paladar hendido se lleve acabo de la mejor manera es necesario -- que cada uno de los especialistas que vayan a intervenir en la rehabilitación, tengan un buen concepto general de los problemas y procedimientos a que se enfrentan como miembros del "equipo de tratamiento".

La existencia de hendiduras en el labio y paladar de recién nacidos pueden surgir diversos problemas dentales.

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes pueden variar considerablemente y por lo regular está dictada por la gravedad de la deformación original.

Cuando el paciente sólo presenta, hendidura del paladar blando, puede necesitar solamente los cuidados dentales ordinarios prestados a los pacientes normales.

De acuerdo a la gravedad de la hendidura aumenta el número y la gravedad de los problemas dentales en esta clase de pacientes.

El dentista participa en la habilitación inmediatamente después del nacimiento del niño con problemas de labio y paladar hendido, teniendo conversaciones la madre y el Odontólogo, si es posible poco después del nacimiento y antes de la reparación quirúrgica.

Como el cuidado dental es extremadamente importante para estos niños, desde muy temprano en la vida, hay que llamar la atención sobre lo fundamental de una buena dieta en relación con la caries.

Debe estimularse el cepillado dentario, primero con un cepillo blando, tan pronto como erupcionan los primeros dientes. Es más fácil en este estadio, dando a la madre la oportunidad de desarrollar sus habilidades y al niño de aceptar los procedimientos dentales más rápidamente, a medida que aumentan los dientes erupcionados también aumentan las dificultades y el grado de "perturbación" para el niño, por lo tanto, es indudablemente deseable comenzar temprano, a veces. La madre tiene una profunda preocupación en el sentido que un trauma accidental se produzca mientras esta cepillando los dientes, especialmente con un niño lloroso que se resiste, puede crear un daño más permanente para el paladar. El odontólogo debe estar alerta a la posibilidad de este temor y listo para reasegurar que un trauma -

así es imposible que ocurra.

En presencia de un buen patrón dietético y un cepillado eficaz, muchos problemas gingivales serios y de caries que se ven en el período de dentición mixta pueden reducirse al mínimo y hasta evitarse.

El odontólogo general puede dar al paciente con paladar hendido y al Ortodoncista muy valiosa ayuda, primero entrenando al niño a aceptar la atención odontológica y conservando tanto los dientes primarios como los permanentes, en buen estado. Esto reducirá muchísimo los problemas que trae este impedimento y tiene gran valor psicológico al indicar al niño y a los padres que el aspecto desagradable de los dientes no es excusa para el descuido de la higiene bucal, que con demasiada frecuencia se produce.

El dentista también participa en la construcción de aparatos parecidos a una base de dentadura superior. Este aparato es necesario para facilitar la alimentación del lactante con paladar hendido y también sirve para evitar la caída del maxilar superior. El aparato está hecho de resina acrílica sobre un molde del paladar del niño, se hace un portaimpresiones con cera de placa base reblandecida con agua caliente y adaptada al paladar y a la musculatura del niño. Posteriormente de pulir y reforzar el portaimpresiones, se toma una impresión utilizando una película delgada de material de impresión de alginato. Se fabrica un patrón de cera sobre el molde de yeso obtenido en la

impresión. Se procesa entonces un patrón de cera en resina acrílica transparente, se recorta y se pule.

Generalmente se hace la visita inicial al Dentista -- cuando el paciente tiene de dos a tres años. La dentadura caduca está en desarrollo y se han completado ya los cierres quirúrgicos de las hendiduras .

A los cuatro años de edad se deben tomar radiografías para detectar caries y determinar si se encuentran dientes supernumerarios, ausentes congénitamente o dientes deformados.

Los pacientes con labio y paladar hendido, frecuentemente presentan piezas supernumerarias en la dentadura primaria y permanente. En la dentadura primaria se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera natural o pueden efectuarse extracciones después de la pérdida de dientes adyacentes. La mayoría de los dientes supernumerarios en las dentaduras permanentes se extraen lo antes posible.

Aproximadamente en el 50 % de los casos de hendiduras labiales o palatinas se observen piezas congénitamente ausentes. Las piezas ausentes en el área anterior deberán ser reemplazados, principalmente por estética. Las piezas artificiales pueden unirse a una placa acrílica que los niños generalmente retienen sin dificultad.

Con frecuencia se presenta hipoplasia del esmalte y - los dientes más afectados son los incisivos permanentes centrales y laterales, en posición inmediatamente adyacente al lugar-

de la hendidura. Cuando sea posible deberán restaurarse estas piezas incluso si esto requiere colocar coronas de acero inoxidable, es necesario conservar estas piezas para su empleo futuro como base para coronas individuales o puentes dentales.

El ortodoncista es muy útil porque desempeña un papel importante y valiosísimo en el niño con labio y/o paladar hendidado, y no sólo desde el punto de vista de llevar los dientes a una posición relativamente normal, sino en algunas ocasiones para prevenir o corregir el colapso maxilar, lo que ocurre frecuentemente en estos casos, sobre todo en hendiduras completas que complican el alvéolo.

Con el tratamiento ortodoncico 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 la boca.

El tratamiento ortodoncico, puede lograr mucho por medio de procedimientos bastante sencillos para mejorar la oclusión de estos niños, evitando el tratamiento ortodoncico completo prolongado.

En general, es aconsejable corregir la oclusión lingual de los incisivos permanentes superiores poco después de su erupción. La expansión de la zona premolar es mejor comenzarla cuando ha erupcionado aproximadamente de la mitad a tres cuartas partes de la cara palatina y la retención consecutiva ha esa expansión es esencial. Si falta el incisivo lateral o esta

muy rotado, puede requerirse una dentadura parcial. En estos casos si el incisivo central es de calidad pobre, o está muy inclinado hacia distal puede ser aconsejable extraerlo también y agregarlo a la dentadura parcial ya necesaria.

En casos bilaterales, en los que la unidad premaxilar está móvil, hay que hacer todos los esfuerzos por conservar los incisivos centrales, debido a la complicación que plantea esta "premaxila" flotante cuando se requiere una dentadura para reemplazar a los incisivos centrales.

Algunos pacientes con paladar hendido necesitan apertores protésicos para la reposición de dientes perdidos. Algunas veces la cirugía está contraindicada y no resulta el efecto deseado, en este caso se necesitan obturadores para el cierre velofaríngeo.

El protesista puede proveer artificialmente lo que el cirujano no ha podido lograr con el tejido vivo y la actuación de ambos especialistas es indispensable.

En algunos pacientes con paladar hendido en quienes el maxilar superior está subdesarrollado en relación al maxilar inferior puede ser que se necesite la confección de una dentadura superpuesta para lograr mejor oclusión y aspecto.

Por otro lado, los procedimientos complicados para elaborar aparatos para mejorar el lenguaje del paciente deberán ser elaborados por un prostodoncista especial.

Casi todos los aparatos para el lenguaje están forma

dos por una armazón de metal al área hendida. Esta extensión se encuentra cubierta con acrílico procesado, proporciona el cierre adecuado del espacio velofaríngeo durante las funciones del lenguaje y deglución.

La intervención del pediatra y del parodontista es la llave para la salud general y bucal del paciente.

El pediatra es siempre el "doctor del niño" y debe ser consultado por los otros especialistas y por la familia.

El parodontista toma las medidas necesarias para preservar los dientes y membranas que rodean a los dientes, como miembro útiles de una cavidad bucal sana.

Los niños con labio y paladar hendido se benefician con el enfoque en equipo de los requerimientos de tratamiento especial. Ese equipo conducido por el cirujano plástico debe incluir un foniatra y un ortodontista, con rápido acceso al servicio de pediatría y facilidades para tratamientos odontológicos.

Las medidas preventivas odontológicas deben considerarse a temprana edad, comenzando con el consejo a la madre, poco después del nacimiento del niño.

Puede requerirse tratamiento odontológico extenso, pero no debe hacerse más extenso o complejo de lo necesario para alcanzar un grado "razonable" de perfección dental.

T E M A V I I

ANOMALIAS DENTARIAS EN PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO

ANOMALIAS DENTARIAS EN PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.

Es importante tomar en cuenta la relación que existe entre los dientes y las hendiduras que se presentan en pacientes con labio y/ o paladar hendido.

La hendidura de un labio o de un paladar, puede -- obliterar un incisivo lateral superior de la dentadura. La hendidura alveolar puede encontrarse entre los incisivos centrales y laterales superiores o entre el incisivo lateral y el canino, incluso encontrarse más distalmente que el canino.

Las diferencias de relación de los dientes con la hendidura, son debidas a que el desarrollo de la lámina dentaria es independiente de la de los esbozos faciales, la lámina dentaria se desarrolla después de fusionarse los esbozos faciales. Por lo tanto los gérmenes dentarios pueden desarrollarse en diversas relaciones con respecto a la hendidura.

Frecuentemente se encuentran otras alteraciones ocasionadas por las hendiduras entre las cuales se encuentran las siguientes:

1) Anomalías de número.- en la premaxila podemos encontrar ausencia de los órganos dentarios. Aumento de órganos dentarios en este tipo de pacientes, dientes supernumerarios, que se pueden encontrar en la parte central o lejana a la fisura.

2) Anomalías de forma.- los centrales pueden presen-

tar; forma de pala (cara lingual), en forma de cucharón, ausencia de cíngulo, aumento de tamaño del cíngulo, hasta llegar en algunos casos a presentar medidas exageradas. Curvas labiales- que pueden ser leves, exageradas y pronunciadas.

Pueden presentar hendiduras en la porción incisal, - las raíces las podemos encontrar torcidas o curvas, o con otro tipo de deformaciones.

3) Anatomía anormal.- vamos a encontrar dientes fusionados con fisuras labiales y palatinas, como ya mencionamos anteriormente existe ausencia congénita de gérmenes dentarios.

La maloclusión es una alteración que se presenta con frecuencia, es de gran importancia corregirla porque ocasiona trastornos funcionales.

En estos pacientes se debe evitar las dos principales enfermedades de los dientes que son, la caries muy frecuente en estos casos y la afección parodontal.

Es responsabilidad del Dentista mantener o restaurar la oclusión para permitir la función normal de la cavidad bucal, para que se lleven a cabo correctamente las funciones de la masticación y del habla y cubrir las necesidades estéticas- también.

Al valorar la necesidad de la intervención ortodóncica, el médico debe determinar el grado de afectación de la normalidad y cerciorarse de que la anomalía no interfiere en el funcionamiento normal, hasta el grado de constituir un peligro

real para el bienestar del enfermo .

Es necesario recordar que la maloclusión es una deformidad o una alteración del desarrollo.

Empíricamente se ha visto que la oclusión considerada "ideal" llena casi totalmente estas necesidades (funcionamiento de la masticación, habla, estética), sin embargo se debe señalar que una buena oclusión "funcional" puede también satisfacer estas necesidades incluso que no sea "ideal". Una oclusión funcional es la que permite una función normal.

La maloclusión se define como; cualquier desviación o variación en la posición ideal de los dientes desde el punto de vista morfológico y funcional. Por este motivo no se le debe -- restar importancia al aspecto estético del paciente .

T E M A V I I I

PROBLEMAS PSICOLOGICOS.

VIII.- PROBLEMAS PSICOLÓGICOS .

A) ACTITUD DE LOS PADRES.

Es muy grave la situación a que se enfrentan los padres de un niño con labio y / o paladar hendido . En general - las madres se encuentran consternadas por la apariencia y salud del niño. Los padres relativamente más consternados por la reacción de la madre y ante la responsabilidad del nacimiento de un niño con una fisura .

Los padres frecuentemente se preguntan porque el niño tiene una fisura aún cuando en sus familias no existen antecedentes de este tipo . Los padres, más conmovidos desean que el caso se resuelva lo más rápidamente posible.

La responsabilidad de los padres con un niño con una fisura palatina sólo sugiere a los padres, en estos casos - son menos los disturbios que sufren los padres, la supervivencia sin duda es alta en estos pacientes, porque la deformación no es facial, como consecuencia no se presentan problemas de - tipo estético.

La reparación de este tipo de problema se lleva a cabo sin ninguna prisa de parte del cirujano y es llevada a cabo en las condiciones y en la época más apropiada para no ocasionar otro tipo de problema.

Durante el primer día después de entregar al infante-

con fisura, a sus padres, estos se encuentran en estado de shock. Este no es el momento de consolarlos, pero esto sin embargo es un momento crucial para establecer actitudes acerca del niño.

Desde el punto de vista psicológico, los padres van a tener actitudes negativas con respecto a su hijo, que serán — por ejemplo: de rechazo, indiferencia, ansiedad, temor, etc.

Todos los problemas que se les presentan a los padres son debidos algunas veces a la falta de información y conocimiento del problema que afecta a su hijo y que le podrán resolver sólo con la ayuda y orientación de una persona especializada que les brinde apoyo a ellos, al niño y a sus familiares .

B) REACCION DEL ENFERMO.

El niño con labio y/o paladar hendido tiene graves — problemas psicológicos, porque se sienten inseguros y hasta a veces no deseados por sus padres. También se sienten frustrados, como resultado de su pobre dicción y esto a su vez hace que tenga una personalidad introversa.

El psicólogo juega un papel muy importante en la rehabilitación de un paciente con labio y/o paladar hendido, puede — llevar algo de su comprensión y calor tanto al niño como a su familia, que deben cumplir su parte del tratamiento continuamente en el hogar y también que deben cumplir los miembros del equipo de especialistas encargados de la rehabilitación del niño.

Sólo de esta manera cooperativa puede estimularse al niño, quién se adaptará mejor a su ambiente y superará así ciertos problemas, que de otra manera resultarían cargas insoportables .

T E M A IX

REHABILITACION DEL LENGUAJE .

IX.- REHABILITACION DEL LENGUAJE .

Es muy importante tener en cuenta que debido a los defectos congénitos de labio y paladar hendido, el niño afectado tiene muchos problemas del lenguaje y para la rehabilitación -- efectiva de estos problemas es necesario conocer antes el aparato fonador.

APARATO FONADOR.-

Diversos órganos constituyen el aparato fonador o vocal que está formado por la Laringe, con las llamadas cuerdas vocales, las cuales son puestos de vibración por el aire proveniente de los pulmones .

Las cavidades situadas por encima de las cuerdas vocales, tales como la faringe bucal y nasal desempeñan el papel de resonadores que refuerzan algunas armónicas de los sonidos producidos.

La producción de la voz depende de tres factores principales:

- 1) La presión neumática.
- 2) La vibración de las cuerdas vocales y
- 3) La caja de resonancia.

Evolución de la función foniatrica.- la función foniatrica acompaña al hombre en todos los momentos de su vida. En su progresivo evolucionar la fonación, aumenta gradualmente y aún cuando el niño al nacer no habla, su nexo con el medio, está dado exclusivamente por expresiones sonoras. Estas expresio-

nes espontáneas de origen instintivo son condiciones indispensables para el desarrollo de la motricidad del aparato fonatorio.

La boca y los aparatos resonador y articulador: La boca en la fonación desempeña un importante papel en dos de los aparatos que intervienen para realizarse. Con la laringe, faringe, las fosas nasales y las cavidades de los huesos del macizo facial. La boca es parte integrante del llamado aparato suprarresonador. El aparato resonador según considerará Sánchez, está formado por dos partes, los órganos situados por arriba de la glotis que constituyen el aparato suprarresonador y los situados por debajo de aquélla forman el infraresonador, a este pertenecen; los pulmones, los bronquios y la parte inferior de la Laringe.

La boca además forma parte del aparato articulador, aquí por intermedio de sus mecanismos de apertura y cierre, tienen una función delicadamente diferenciada.

Los labios, los dientes y el complejo velolingual intervienen para la articulación de los fonemas vocales.

Pero también la boca como totalidad, con sus elementos secretores internos intervienen durante la fonación. Además la succión, la contención de la saliva dentro de la boca son otras tantas funciones complementarias fonativas que realiza la boca.

La gran movilidad de la lengua es esencial no sólo para la inapostación de la voz.

Lo dicho anteriormente muestra lo necesario que es la-

rehabilitación de un niño con el labio y/o paladar hendido, para que tenga una buena dicción.

Precisamente por esto para alcanzar una buena dicción - es indispensable la ayuda del Foniatra. Es importante asegurarse que el niño oye bien, antes de comenzar con el tratamiento foniatrico ya que debido a los defectos congénitos frecuentemente existen problemas en el oído.

La supervisión constante , durante un largo período es - fundamental para obtener los mejores resultados.

El programa de rehabilitación del paladar fisurado esta - condenado al fracaso sin la ayuda constante de un especialista. Se ha dicho que nunca es demasiado temprano para comenzar con la terapia foniatrica y hay mucha verdad en ello.

TEMA I

REHABILITACION BUCAL.

X.- REHABILITACION BUCAL.

En el paladar hendido la entrada de materiales extraños en la cavidad nasofaríngea es nociva y reduce las condiciones de salud de los tejidos. El equilibrio de la resonancia de la voz se destruye, como consecuencia la nasalidad predomina y se distorciona el lenguaje.

Un método inicial para el tratamiento de estos pacientes es el uso de una prótesis, pues esta no detiene el desarrollo normal del maxilar y además las funciones trastornadas por la enfermedad son temporariamente restablecidas y devueltas a su eficiencia previa, estó frecuentemente ocurre en el instante en que se coloca la prótesis.

El objetivo de una prótesis es ayudar en las funciones del lenguaje oral mediante la utilización de materiales artificiales para:

a) Lograr la separación de la cavidad bucal de la nasal y de la cavidad faríngea .

b) Establecer una oclusión dentaria funcional.

La función más importante suplementaria de la prótesis es la actividad fonatoria. Un lenguaje aceptable o la mejoría del mismo necesitan una separación adecuada de las dos cavidades.

Las áreas anatómicas y las funciones sustituidas por la prótesis son las siguientes:

1) El paladar duro.- compuesto por el reborde alveo--

lar, hueso premaxilar, maxilar, huesos palatinos. Separa la cavidad nasal de la bucal e impide el pasaje de los alimentos líquidos, aire y saliva hacia la nariz y secreciones mucosas hacia la boca.

El paladar duro permite que la lengua mantenga el alimento entre los dientes durante la masticación y que mueva el bolo alimenticio hacia atrás en la deglución.

La parte maxilar de la prótesis sustituye la deficiencia de esta zona y ayuda a cumplir la función mencionada, esta parte de la prótesis sirve también a la necesidad mecánica de obtener equilibrio y retención para la prótesis a fin de asegurar su permanencia durante las actividades bucales en la posición adecuada.

2) El paladar blando.- se compone de cinco pares de músculos y proporciona la separación posterior de la cavidad bucal y nasal. La sección palatina de la prótesis sustituye el paladar blando deficiente estableciendo la integridad lateral y anteroposterior, en contacto constante con los músculos del paladar durante el reposo y la actividad.

PROTESIS DE EXPANSION.-

La construcción y distorción del maxilar superior -- puede ser evitada durante la retroposición del hueso incisal -- si la brecha del maxilar es ampliada como para proporcionar el espacio suficiente para retener todo el proceso incisivo como segmento central anterior del arco maxilar.

El grado de expansión lateral podría estar determinado por el volumen, malposición y separación del hueso premaxilar.

El aumento de la dimensión lateral del maxilar está asegurado por la expansión de la prótesis diseñada y construida cuando el niño tiene dos o tres meses de edad y goza de buen estado físico con el fin de obtener el espacio deseado para retruir el proceso incisivo.

La prótesis de expansión ayuda además a la alimentación del niño proveyendo una superficie contra la cual puede realizar la succión con el mínimo esfuerzo.

Los pasos a seguir en el tratamiento mediante el uso de una prótesis de expansión son:

- 1) Toma de impresiones de estudio.
- 2) Construcción de la prótesis expansiva.
- 3) Resección de la porción del vómer que será determinada por el grado de movimiento anteroposterior que efectuará el hueso premaxilar.
- 4) Ubicación de la prótesis expansiva in situ, por dos o tres semanas.

Es necesario examinar al niño con frecuencia para determinar el grado de retrusión del proceso incisivo en relación con la brecha obtenida mediante la expansión, por lo cual los ajustes deberán ser efectuados rápidamente, si son necesarios para asegurar el resultado que se desea. La prótesis se retira cuando el hueso premaxilar haya retrocedido, para --

formar la parte central del arco superior.

5) Cierre quirúrgico del labio.

6) Cierre quirúrgico del proceso alveolar después de la retrusión del hueso alveolar .

7) Restauración protética o quirúrgica del paladar - en edad ulterior.

PROGRAMA DE REHABILITACION .

Para que el paciente con paladar hendido tenga una atención ideal se ha realizado un programa para poder resolver de la mejor manera posible los problemas existentes y las dificultades que se presentan.

El programa consiste en los siguientes pasos a seguir y se comienza a partir del nacimiento:

1) Comunicación con los padres, después de que el niño haya nacido con paladar hendido, para poder explicarles el problema y que acepten la deformidad de su hijo y que puedan cooperar para la rehabilitación del niño.

2) Para asegurar la salud del niño se debe tener especial cuidado en su alimentación desde el nacimiento, el contribuir al desarrollo de los músculos bucales mediante el uso de chupete.

3) Frecuentemente se debe realizar un examen físico, para mantener la salud del paciente, evitarle enfermedades, como resfriados, dolor de oídos e infecciones respiratorias, a las-

que son muy susceptibles esta clase de pacientes.

4) Cuando el niño tenga suficiente peso y salud, realizar la cirugía de las hendiduras, para obtener el cierre del labio y bordes alveolares para restaurar la apariencia facial del niño.

5) Para permitirle que se habitúe a masticar y deglutir sólidos, se debe realizar una prótesis al niño después de la erupción de los dientes primarios o sea a los dos años y medio o tres de edad.

La prótesis es más adecuada que la cirugía precoz, - para permitir el crecimiento natural y desarrollo de las estructuras palatinas sin interferencias quirúrgicas.

6) Guía en el lenguaje; se debe adiestrar a los padres sobre la forma de ayudar y estimular el desarrollo normal y natural del lenguaje, después de que se ha colocado la prótesis en el niño y pueda extraer todo el beneficio que se intenta.

7) Cuidado dental.- empezará a los dos o tres años, -- con el fin de mantener la salud de los dientes.

8) A los cinco o seis años el niño se le realizará un examen con ayuda del cirujano maxilofacial, el dentista y el protesista con objeto de determinar la conveniencia de la cirugía o que continúe con el uso de la prótesis.

También debe asegurarse el tratamiento ortodoncico en caso necesario.

Se deben realizar exámenes periódicos de los pacientes por todos los especialistas que intervienen en este programa.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Por lo visto en temas anteriores nos hemos dado cuenta, que es importante para el Odontólogo conocer esta clase de malformaciones de labio y paladar.

Debe conocer el problema desde el punto de vista embriológico, para conocer el desarrollo normal y así entienda el desarrollo anormal de esta anomalía.

Los factores etiológicos son de suma importancia porque de ello depende un buen diagnóstico y así también poder llegar al tratamiento adecuado para cada caso en particular. Dentro de estos factores encontramos a la herencia, infección, nutrición, factores físicos, químicos y cromosómicos.

Así mismo se debe conocer la clasificación de las distintas variedades que existen, para poder saber a cuál corresponde el paciente y así planear el tratamiento adecuado.

Esta clase de pacientes se ven afectados en funciones necesarias, para el buen funcionamiento del organismo como son; la deglución, fonación y un inadecuado desarrollo del lenguaje.

También estos pacientes se presentan problemas psicológicos muy graves, porque desde el nacimiento sus padres no los aceptan por el problema que presentan y esa actitud de los padres recae en la evolución psicológica del niño y cuando es mayor también va a ser rechazado por sus compañeros, cuando llegue a la edad escolar.

El aspecto estético que presentan estos pacientes, les causa problemas emocionales y no podrán adaptarse a la sociedad en que viven.

Pero ahora, en nuestra época, los estudios sobre esta clase de anomalías, ha tenido grandes adelantos y se puede rehabilitar a estos pacientes adecuadamente, esto se logrará con la ayuda interdisciplinaria de varios especialistas como son; - el Cirujano Plástico, Pediatra, Ortodoncista, Foniatra, Dentista, Protésista, Prostodoncista, Psicólogo, etc.

Los cuales enfocan el problema de manera integral para resolver el caso de la mejor manera posible para el paciente y así él podrá integrarse a la vida normal, tanto física como emocional.

Lo que motivo la elaboración de esta tesis, es la importancia que reviste este tipo de problemas y el conocer más acerca de ellos. Esperando que sea de utilidad para quien la lee y despertar el interés del Odontólogo de práctica general y trate de investigar más acerca de estas anomalías de tipo congénito.

B I B L I O G R A F I A .

Langman Jan

Embriología Médica

Editorial Interamericana 1976.

Patten M. Bradley

Embriología Humana

Editorial Ateneo.

Testut- Lafarget

Compendio de Anatomía Descriptiva

Editorial Salvat 16a. Edición.

Thoma

Patología Oral

Salvat 1975.

M. Michel Cohen

Odontología Pediátrica

Editorial Hundi.

Thoms KH. Robinson

Estomatología

Editorial Salvat 3a. edición.

Humberto April

Anatomía Odontológica 3a. edición.

Tratado de Fisiología Médica

Arthur C. Guyton

Editorial Interamericana.

T. M. Graber

Ortodoncia

Editorial Panamericana

3a ed. 1974.

Revista A.D.M.

Vol XXX No. 4

Junio- Agosto 1973.

Revista A.D.M.

Vol. XXX No. 3

Mayo- Julio 1973.

Revista Praxis Médica

Clínica y Terapéutica

Tomo IV Aparato Digestivo

Ediciones Latinoamericanas 1960.

Burket, Lester W.

Medicina Bucal

6a edición

Editorial Interamericana 1973.

Suchart Karl

Tratado de Odontostomatología

Hendiduras congénitas, labio, maxilares y paladar

Tomo III Vol. II

Editorial Alhambra.

Edward V. Zegarelli

Diagnóstico en patología oral

Editorial Salvat 1976.

Felipe Cacho de la Fuente

Malformaciones Congénitas de Labio y Paladar y su tratamiento.

Ediciones médicas del Hospital Infantil. 1954.