

1-21
7-21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LABIO LEPORINO
Y
PALADAR HENDIDO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
LAURA MARIA DEL CARMEN ARIAS VERA**

14459

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.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ANTECEDENTES HISTORICOS.	2
CAPITULO II LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO	4
CAPITULO III ETIOLOGIA.	7
CAPITULO IV CLASIFICACION DE LAS HENDIDURAS EN PALADAR PRIMARIO Y SECUNDARIO.	11
CAPITULO V EMBRIOLOGIA.	12
CAPITULO VI TRATAMIENTO DENTAL	21
CAPITULO VII TRASTORNO CONCOMITANTE: FONACION	25
CAPITULO VIII ANESTESIA.	28
CAPITULO IX TRATAMIENTO	31
CAPITULO X TRATAMIENTO QUIRURGICO	35

	Página
CAPITULO XI TECNICAS QUIRURGICAS	39
CAPITULO XII HISTORIA CLINICA	54
CAPITULO XIII CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCION

El interés que me indujo a compenetrar en esta anomalía congénita, fue la de conocer la real etiología que la desencadena en los casos en que no necesariamente los padres son responsables directos, como es bien conocido y aceptado en otro tipo de malformaciones o anomalías cuando los progenitores tienen adicción a ciertas drogas o bebidas alcohólicas provocando deficiencias físicas o sistémicas en su descendencia, para que en el momento de su nacimiento se manifiesten una serie de sentimientos depresivos y de culpabilidad; problema que no debería estar alojado en ninguno de los padres de un menor que presente labio o paladar hendido. Además, teniendo la certeza de que es un problema con posibilidad de solución, siendo ésta, la corrección quirúrgica sin que persistan cicatrices notorias que recuerden esta alteración cuando ha sido intervenido en forma adecuada.

Hago constar que este trabajo está basado fundamentalmente en investigación bibliográfica, de la cual tuve oportunidad de conseguir material que reporta investigaciones de este tema de mucho tiempo atrás, así como material actualizado para tratar de valorar los cambios en cuanto a técnicas que se han venido practicando.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS

Como antecedentes históricos encontramos que desde siglos antes de nuestra era cristiana, aparece Galeno (siglo II a. C.), dándonos conocimiento de la existencia de labio leporino, describiéndolo con el nombre de legocheilos.

En la literatura mesoamericana nos informan que los mayas lo identificaban también, llamándolo tencua.

Más adelante se han sucedido, a través de la historia, varios cirujanos afamados que reportan modificaciones en cuanto al perfeccionamiento de las técnicas practicadas para la corrección de la palatosquisis y queilosquisis.

Con objeto de ejemplificar lo anterior, podemos mencionar al cirujano francés Lemonier, en el siglo XVIII, quien limpió los bordes de la fisura con cauterio y los unió por medio de sutura, realizando el procedimiento sobre estructuras blandas.

Asimismo, se tiene referencia del año 1879 cuando el cirujano dentista Warren realiza la primera intervención quirúrgica de este tipo en niños de 3 y 4 años de edad, empleando anestesia general. El indica que la fisura palatina podía ser obturada quirúrgicamente disecando los tejidos blandos situados a cada lado de la fisura y suturándose en la línea media.

En 1892, Hagedorn hace sutura de los colgajos en la parte lateral de la línea media.

Una modificación a esta técnica la efectuó Le Mesurier en 1949, aplicándola a casos de labio leporino unilateral.

Sookg empleó incisiones curvas, cóncavas desde el orificio nasal hasta el bermellón labial.

CAPITULO II

LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

Entre las deformaciones congénitas más comunes del hombre, encontramos el labio hendido y el paladar hendido. Estos pueden variar en complejidad, distinguiéndose desde una ligera huella en el labio o una pequeña hendidura en la úvula hasta la separación total del labio y la ausencia de la separación entre la cavidad bucal y nasal. Estas anomalías traerán aparejadas otros problemas como son: dientes deformados, maloclusiones, alteraciones del lenguaje, infecciones del oído medio y predisposición a infecciones respiratorias.

Aun cuando al hablar de estas anomalías se está tratando de un problema que afecta a un gran número de individuos, no se ha logrado la capacitación adecuada para su tratamiento.

Se han estudiado los grados de profundidad de dichas anomalías y realizado varias clasificaciones, sin embargo no existe una que sea aceptada universalmente.

Una clasificación sencilla y fácilmente asimilable es la que hicieron Kernahan y Stark en 1958, en la cual agruparon en 3, estos defectos.

Grupo I.- Habla de la hendidura en el paladar primario. Comprende a todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo o sea, todas las formas y grados del labio hendidado debido a la falta de una penetración mesodérmica suficiente.

Grupo II.- Hendidura posterior al agujero incisivo. Aquí entran todos los grados de incisión del paladar duro y blando debido a la falta de fusión de los 2 procesos palatinos.

Grupo III.- Comprende las combinaciones de hendiduras en paladares primario y secundario.

Estos defectos pueden ser unilaterales, bilaterales, completo o incompleto.

Una clasificación más simplificada y actual es la que preparó en 1960 la Asociación Americana para la Rehabilitación Palatina, dividiendo las anomalías en dos grupos:

Prepalatinas

- a) Labio
- b) Apofisis alveolar

Palatinas

- a) Paladar duro
- b) Paladar blando

CAPITULO III

ETIOLOGIA

Una causa específica y determinante no puede considerarse como válida en la formación de estos síndromes, es por eso que hay que tomar en cuenta la vasta serie de posibles agentes causales. A continuación menciono los que más han preocupado y han encaminado hacia lo que auténticamente podría ser el origen del labio leporino y paladar hendido.

Entre los factores exógenos que se han estudiado, el relativo a la edad de los progenitores ha tenido gran trascendencia, ya que se encontró una relación positiva entre ésta y la formación de hendiduras labiales o palatinas o de ambas.

Se ha llegado a la conclusión que a mayor edad de los padres, aumenta el riesgo de provocar esta malformación en el hijo cuando es mayor que la madre unos diez años o más, o en ambos casos, cuando los dos han rebasado los 30 años de edad.

Un factor que ha procurado la atención en estos estudios es la multiparidad, ya que es posible que exista la lesión labial y/o palatina independiente de la edad materna, para lo cual se considera el orden de nacimiento.

Este factor no puede actuar como una regla inflexible en la aparición de labio y paladar hendido, sin embargo se ha prestado a discusión. Knox afirma que no existe relación entre el orden de nacimiento para que surja este síndrome. Aún así, Ingalls observó una cierta inclinación hacia el aumento de casos de labio hendido con paladar igual conforme el nacimiento era más lejano que el primero. De la misma manera, el Dr. Fujino lo corroboró con su versión de que había un incremento considerable de esta alteración facial en los nacimientos de segundo orden o más.

En cuanto al tipo sanguíneo, aún no puede considerarse como determinante en la aparición de las hendiduras faciales.

Actualmente se considera que la herencia juega un papel importante en su etiología, aunque se han sugerido varios modos de transmisión, la más apoyada es la de la herencia poligénica, por la que se cree que la herencia

es determinada por los efectos de muchos genes. (Más adelante haré referencia al porcentaje de riesgos en la transmisión hereditaria).

La etiología por genes mutantes y factores cromosómicos están representados por la aparición de hendiduras labiales o palatinas que son característicos de algunos síndromes raros que han sido atribuidos a genes mutantes, tales como labio y paladar hendido con displasias ectodérmica y aberraciones cromosómicas como Trisomía D y E.

Los factores embriológicos que pueden actuar como probable etiología han hecho formular varias hipótesis sobre su intervención en la formación de estas lesiones.

Entre las teorías se pueden mencionar las siguientes:

- 1.- La falta de desplazamiento entre los procesos puede impedir el cierre, provocando la hendidura.
- 2.- Puede no haber fusión si los procesos son demasiado estrechos para lograr unirse en la línea media o por algún otro defecto estructural.
- 3.- Cuando los procesos palatinos son normales, pueden no unirse en la línea media porque existe una disparidad entre éstos y la anchura de la cabeza.

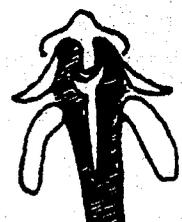
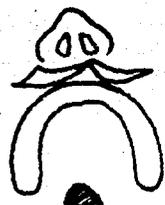
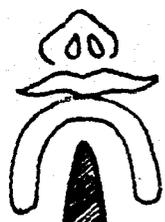
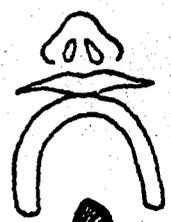
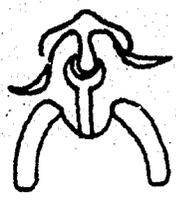
- 4.- La lengua actúa como impedimento en el cierre palatino durante el período de fusión de los procesos palatinos.

Una idea más convincente es la propuesta por Veau y es conocida como la Teoría de la Penetración Mesodérmica, que dice: "Existen una serie de surcos ectodérmicos que separan masas mesodérmicas. Las masas crecen diferencialmente y penetran, obliterando a los surcos ectodérmicos para formar el tabique nasal primario, prolabio y premaxila, o sea, el paladar primario. La formación del paladar primario, que se extiende hacia la papila incisivo, está normalmente terminada hacia la séptima semana de vida intrauterina. Su terminación completa depende de la penetración en esta región de tres masas mesodérmicas, una central y dos laterales. La ausencia o deficiencia de dichas masas o su falta de penetración da lugar a una separación del ectodermo con formación de hendiduras".

La fusión se efectúa por una especie de fuerza propia que tienen esas masas mesodérmicas. Los procesos palatinos se proyectan hacia abajo; después cada proceso se coloca en forma horizontal y se une con el contiguo, primero por la parte posterior y luego por la anterior, fusionándose también con el tabique nasal.

CAPITULO IV

**CLASIFICACION DE LAS HENDIDURAS
EN PALADAR PRIMARIO Y SECUNDARIO**



CAPITULO V

EMBRIOLOGIA

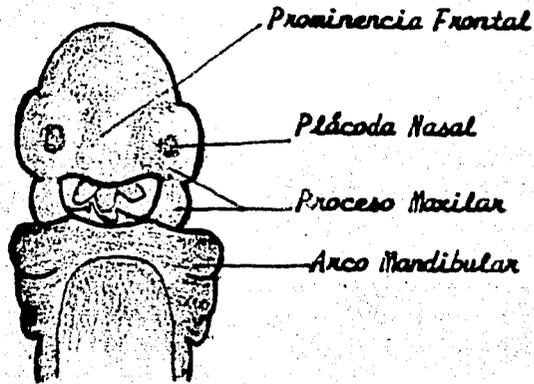
Para poder valorar la evolución embriológica de la displasia que nos ocupa, es necesario hacer una revisión panorámica de cómo es la formación normal de los procesos faciales.

Desarrollo normal

El centro del desarrollo de las estructuras faciales está formado por una depresión ectodérmica llamada ESTOMODEO, ésta, al final de la cuarta semana de vida intrauterina se encuentra rodeada por el primer par de arcos faríngeos.

En el embrión de cuatro semanas y media los procesos mandibulares aparecen en la parte inferior del Estomodeo, los procesos maxilares aparecen en posición lateral y la prominencia frontal (algo redondeada) en dirección craneal. A cada lado de la prominencia y por

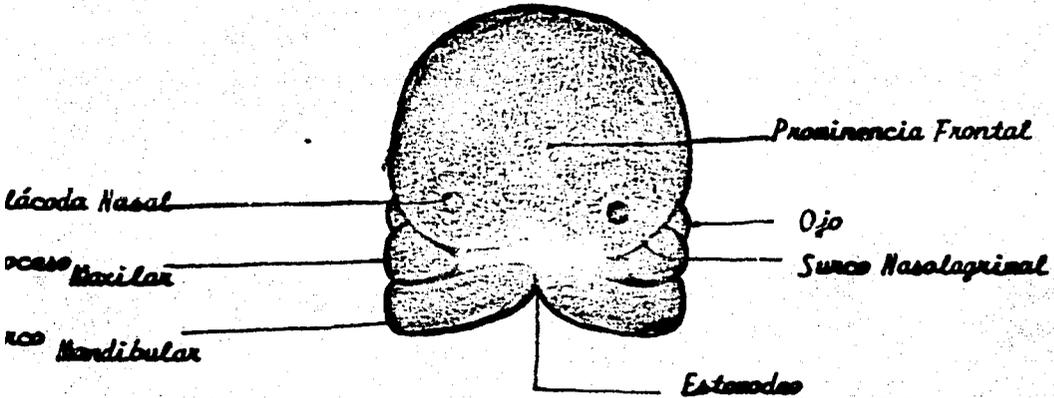
arriba del Estomodeo se localiza la plácoda nasal.



Vista frontal de un embrión de cuatro y media semanas de edad.

En la quinta semana, aparecen dos pliegues de rápido crecimiento, éstos son: los procesos nasolaterales y los procesos nasomedianos, que rodean a la plácoda nasal. - La plácoda nasal formará el suelo de lo que posteriormente serán las fosas nasales. Los procesos nasolaterales serán las alas de la nariz y los nasomedianos originarán las porciones medias de la nariz, labio superior y maxilar, en sí todo el Paladar Primario.

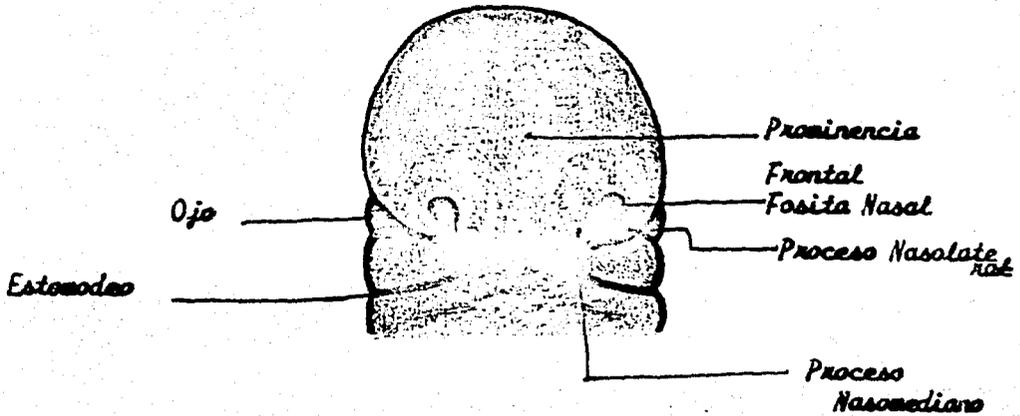
Mientras esto pasa, los procesos maxilares se acercan a los procesos nasolaterales y nasomedianos, separándolos unos surcos bien definidos.



Cará en una vista por el frente.

En las dos semanas siguientes se modifica mucho el aspecto de la cara.

En los procesos maxilares se observa que el crecimiento continúa en dirección interna comprimiendo los procesos nasomedianos hacia la línea media, después estos procesos se fusionan entre sí y también se unen con los procesos maxilares hacia los lados. De ahí que el labio superior tenga su formación por los dos procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares. Si la unión y la fusión son adecuados, el labio no presentará ninguna alteración.

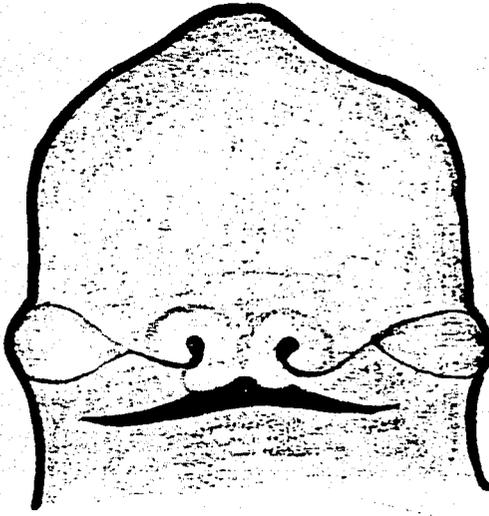


Embrión de seis semanas de edad.

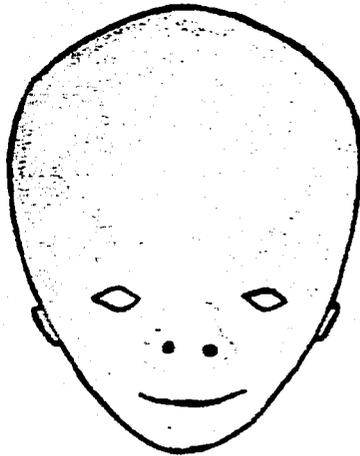
Entonces, tenemos que el Paladar Primario es derivado del segmento intermaxilar y que está constituido por:

- a) Componente Labial o Filtrum (que es el surco del labio superior).
- b) Componente Maxilo Superior (en donde se alojan los cuatro incisivos superiores).
- c) Componente Palatino.

Para la formación del Paladar Secundario, entran en acción las prolongaciones o crestas palatinas, que aparecen en el embrión de seis semanas y bajan oblicuamente

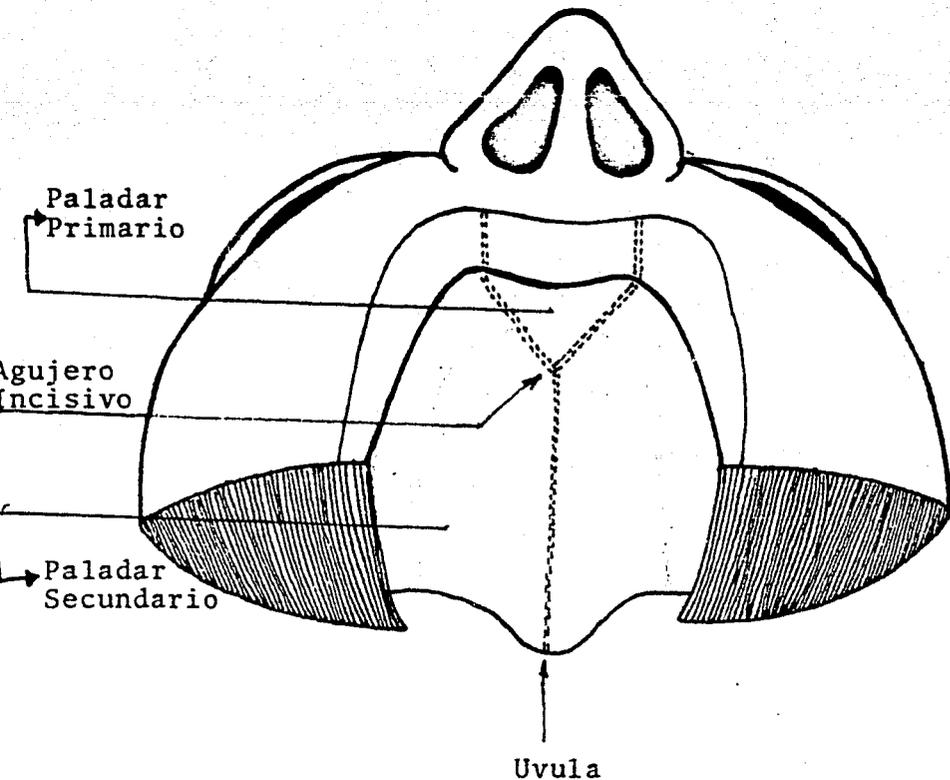


PROCESOS EVOLUTIVOS CONSECUENTES DE UN EMBRION



hacia ambos lados de la lengua; pero como en la séptima semana la lengua se desplaza hacia abajo, las crestas palatinas ascienden y se colocan en forma horizontal por arriba de la lengua y se fusionan una con otra dando así origen al Paladar Secundario.

Otro elemento a considerar, es el agujero incisivo, conocido como el detalle que existe entre los Paladares Primario y Secundario.



Peso al nacer

La relación que existe de la incidencia del labio leporino con paladar hendido o sin él, con el peso de los niños al nacer, fue estudiado en Pennsylvania por Ingalls, observando a 111 niños recién nacidos, concluyendo que el peso de éstos era igual al peso de cualquier otro niño normal.

Encontró que los recién nacidos con paladar hendido tenían un peso menor no significativo que los nacidos con labio leporino aislado. Estas investigaciones fueron comprobadas por los estudios similares que hicieron Fraser y Calnan.

En estudios subsecuentes se encontró que los niños con hendidura, tenían a pesar menor de lo normal y que el 14% de los recién nacidos con cualquier tipo de hendidura pesaban menos de los 2.500 Kg.

Cuando se tabularon las hendiduras (según su clasificación), se observó que el 8% lo constituían el labio leporino aislado, en tanto que el labio leporino con paladar hendido formaba un 15% y el paladar hendido aislado, un 18%.

Tabuladas según el período gestacional: el 10% de los niños con hendiduras nacieron dentro de las 37 semanas.

Concretando: la relación entre hendiduras palatinas y labiales o ambas, con el peso de las criaturas al nacer, es más grande que la que existe entre dichas hendiduras y el período de gestación.

Como nota aclaratoria cabe mencionar que en estos estudios no intervino el factor raza, por lo que estas investigaciones no son universalmente aceptadas.

Otro factor hipotético es el que trata de conectar un posible incremento de las hendiduras faciales con las estaciones del año o más específicamente con ciertos meses. A este respecto Edwards describió que hubo un aumento notorio en el mes de marzo, Ingalls por su parte encontró un ligero aumento que consideró sin importancia entre los meses de abril y junio. En Japón, Fujino y colaboradores estudiaron más de 2,000 casos de hendiduras y notaron que la frecuencia de labio hendido con paladar hendido o sin él, era significativamente más baja en personas nacidas entre diciembre y febrero, pero más elevados en personas nacidas entre marzo y mayo. Sin embargo, el paladar hendido aislado no tuvo preferencia de algún mes.

Otros tantos estudiosos no encontraron diferencias en los períodos estacionales.

FRECUCENCIA DE LABIO LEPORINO CON O SIN PALADAR HENDIDO

Grupo Etnico	Frecuencia de casos
Blancos Americanos	1 en 800 nacimientos
Negros Americanos	1 en 4,000 nacimientos
Indios Americanos	1 en 276 nacimientos
Japoneses	1 en 400 nacimientos
Guatemaltecos (Dr. Morales) . .	1 en 1,500 nacimientos

A manera de observación, añado que el Dr. Morales encontró que la baja frecuencia de labio y paladar hendido, en su estudio de 55,716 fichas de niños nacidos vivos en el Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala, se debe a deficiencias en el control del registro y señala también que esa población examinada, no es representativa de la República de Guatemala.

FRECUCENCIA DE PALADAR HENDIDO AISLADO

Grupo Etnico	Frecuencia de casos
Blancos	1.3 en 1,000 nacimientos
Japoneses	2.34 en 1,000 nacimientos
Negros64 en 1,000 nacimientos

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DENTAL

En la práctica diaria, cualquiera de nosotros podemos enterarnos con gran pena que son muchos los cirujanos dentistas que se rehusan a atender a personas que presentan labio o paladar hendido, no habiendo causa justificada para ello, ya que si está al alcance de nuestra mano lograr la rehabilitación física y mental de las personas que acuden a nosotros en busca de confianza y salud, no debemos hacer oídos sordos y recordar la ética profesional, brindando ese apoyo que generalmente será gratamente recompensado con la gratitud de estos pacientes.

Las preparaciones de cavidades en pacientes con este problema no varían de los tratamientos para pacientes normales.

Se usará anestesia tópica y local cuando el caso lo requiera. Quizá lo que pueda ocurrir es que se provoque cierta incomodidad entre el paciente y el operador, por

la tendencia de este último a la respiración bucal que presenta al estar impedido para hacerlo por vía nasal (por supuesto, esto es el caso de paladar hendido, por la desviación que hay en su tabique nasal).

En pacientes así lesionados, estas citas le pueden provocar estado de angustia y ansiedad al estarlos inveniendo, ya que se interfiere en su función respiratoria. Este problema se puede superar dando confianza y una sensación de seguridad al paciente.

Sólo cuando el dentista reconozca el límite de sus capacidades, es preferible remitirlo a un especialista.

Hay veces en que el odontólogo entra en contacto con su paciente desde días después de nacido y más adelante podrá confeccionarle una prótesis como base de dentadura superior, que servirá para facilitar la alimentación del lactante, y para evitar la caída del maxilar.

La construcción de dicho aparato se hace con resina acrílica sobre un molde del paladar del niño. Se hacen portaimpresiones con una cera de placa base reblandecida con agua caliente y adaptada al paladar y los músculos del niño. Posteriormente se pule el portaimpresiones para tomar luego una impresión empleando una

capa delgada de alginato. Se elabora un patrón de cera sobre molde de yeso obtenido de la impresión, más adelante se procesa el patrón de cera en resina acrílica transparente, se recorta y se pule.

En los pacientes con labio hendido, paladar hendido o ambos, se observan piezas supernumerarias en ambas denticiones o se puede notar la ausencia congénita de piezas dentales en aproximadamente el 50% de estos pacientes.

Cuando hay piezas supernumerarias en la primera dentición, se les permite la exfoliación de manera natural o pueden extraerse cuando se hacen las exodoncias de las piezas adyacentes. Si se encuentran en la segunda dentición, se extraen lo antes posible.

En el caso de las piezas ausentes congénitamente en que el espacio no está ocupado, es necesario poner una prótesis que lo cubra, ya sea por estética o por funcionalidad de la cavidad bucal. Los dientes artificiales se unen a una placa acrílica, que es fácilmente retenida en su cavidad oral, sin problema.

Puede presentarse el caso de hipoplasias adamantinas en los incisivos permanentes que están junto a la

hendidura. Hay que cuidarlas especialmente poniéndoles coronas, porque probablemente nos sirvan como dientes pilares de una prótesis.

Los aparatos nos van a mejorar el lenguaje del paciente, la deglución y su aspecto. Los aparatos para procurar una mejor fonación están formados por un armazón de dentadura parcial con extensión del armazón de metal al área hendida, esta extensión está cubierta de acrílico que cerrará el espacio velofaríngeo. Cuando el maxilar superior es menor desarrollado que el inferior se hará una dentadura superpuesta para lograr mejor oclusión.

NOTA:

Es necesario mencionar que los pacientes con paladar hendido están expuestos a tener una pérdida en la audición, ya que el oído medio (Trompa de Eustaquio) está expuesto a un medio fácilmente contaminante por bacterias y esto podría dificultar la interrelación del odontólogo con el paciente.

CAPITULO VII

TRASTORNO CONCOMITANTE: FONACION

Existen trastornos que vienen aparejados al problema que es en sí la comunicación bucal y nasal y varios estudiosos los prefirieron separar en directos e indirectos. Contándose entre éstos: la dificultad para ingerir sus alimentos, predisponencia a infecciones en las amígdalas y uno que merece atención especial es la deficiente capacidad para la fonación y locución, porque no se puede realizar bien el cierre de las cavidades nasal y busal necesarias para que la misma locución se realice normalmente. Esto provocará que el paciente presente un tipo de voz nasal típica, esta voz es provocada básicamente por sonidos guturales, que actuarán como auxiliares cuando las condiciones normales están deficientes. En otras ocasiones la voz semeja un graznido, no parecido al sonido nasal. Los defectos de la lengua, los labios y dientes, estorban la emisión de consonantes. Las deformaciones de la nariz, paladar, úvula y laringe dificultan la formación de vocales.

Es de lo más comprensible entonces que estas dificultades en la locución provoquen huellas tan profundas en la psique del paciente en formas variadas que son inhibiciones que podrían eliminarse, hasta la nulificación del individuo como tal cuando éste no logra superar las burlas de sus compañeros de clases cuando comienza el período escolar, aunado a la época de pubertad y cuando se interesa por el sexo contrario.

Las deficiencias en la alimentación y defectos en el lenguaje determinados por la hendidura palatina, pueden tratarse por dos procedimientos a saber, que son el protético y el quirúrgico.

La locución normal se obtiene después de una técnica intensa del lenguaje, aunque se haya atendido quirúrgicamente o por aparatos protésicos, por lo cual es indispensable asociar al tratamiento una enseñanza apropiada de la fonación.

Concluyendo: La oclusión palatina ya sea protética o quirúrgica más perfecta (por supuesto en el caso de hendidura), no modifica en nada el defecto del lenguaje si el paciente no domina la técnica del mismo. En cambio, un paciente que ha perdido la facultad del lenguaje

normal a consecuencia de una pérdida de sustancia por un accidente, será más fácil que recobre esa función - después de que se le haya colocado una prótesis obturadora o una plastia, ya que domina lo que es en sí la técnica de lenguaje.

CAPITULO VIII

ANESTESIA

En este capítulo es necesario valorar el criterio de un especialista que tendrá gran importancia en esta intervención: el anesthesiólogo. El será quien señalará la anestesia y la técnica anestésica ideal para cada paciente.

Al paciente se le administra una mezcla de ketamina-dehidro-benzeperidol y escopolamina, con el objeto de tener una paciente completamente tranquilo, inconsciente sin obstrucción respiratoria al que le podremos aplicar un cateter plástico intravenoso para iniciar la venoclisis con suero dextrosado. Enseguida se utiliza un relajante y una sonda endotraqueal de calibre apropiado que sea de superficie lisa y tersa, pero de consistencia firme para que no se vaya a obstruir. Está perfectamente indicado el empleo de mezclas de óxido nitrosos, fluothane y oxígeno cuidadosamente dosificado para que al terminar, el paciente haya recobrado sus reflejos vitales.

Durante el transoperatorio vigilamos la permeabilidad del tubo endotraqueal aspirando las secreciones si es preciso y ayudando la ventilación para mantener un oxígeno y un bióxido de carbono óptimo.

Debemos estar pendientes también durante la operación, en la pérdida de sangre que hay, generalmente no son mayores de 15 o 20% del volumen sanguíneo, si es así, se repone esta pérdida sanguínea con suero de Hartman. En dado caso de que exista hemorragia que extralimite ese porcentaje, se recurrirá entonces a transfusiones de sangre fresca.

Se deberá vigilar constantemente el pulso, la temperatura, la presión arterial, oxigenación y en algunos hospitales acostumbran electrocardiografía continua.

Al terminar la intervención, después de una aspiración cuidadosa de tráquea y faringe, extubamos al paciente en un plano superficial de la anestesia, tratando de evitar el uso de cánula sanguínea.

Cuando nos vemos precisados a usarla, hacemos uso de cánulas especiales muy blandas, de tal modo que no mortifiquen ni traumatice los tejidos recién reparados,

además de ello un punto de seda que transfije la lengua nos sirve para retraer la misma y en una posición lateral, nos permite mantener una vía aérea permeable hasta que los reflejos retornen.

El paciente pasa a la sala de recuperación, ahí se mantendrá con cantidades moderadas de suero para sostener una hidratación aproximada a la normal; se prescribe antibióticos si existe infección respiratoria concomitante y analgésicos por vía rectal.

Se sujetará al niño de los brazos para que no se vaya a lastimar la zona intervenida en algún movimiento de acmodo; la alimentación se hará con cuchara o gotero.

Es preciso mencionar que este tipo de anestesia ha constituido un problema mayor en anestesia pediátrica, pero que la experiencia ha permitido hacerla simple y segura y que el entendimiento mutuo entre el cirujano y anestesiólogo ha permitido la obtención de resultados de gran calidad.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

Para poder tratar a aquellas personas que por mala fortuna nacieron con cualquiera de las malformaciones a que hemos hecho referencia, es necesario que se tenga conciencia de que se requerirán especialistas de varias entidades científicas que procurarán un buen diagnóstico y mejor plan de tratamiento para que la rehabilitación que se busca sea lo más favorable fisiológica, estética y psicológicamente.

Entre estos especialistas debemos mencionar que tienen importancia relevante, los pediatras, los cirujanos, plásticos, las trabajadoras sociales, los ortodoncistas, los pavidoncistas, entre otros.

En lo que al tratamiento quirúrgico se refiere, se ha visto que en las 2 o 3 últimas décadas, ha habido enormes mejoras en los resultados estéticos y funcionales de labio y paladar hendido.

Los principios fundamentales de procedimientos quirúrgicos consisten en volver a colocar y suturar las secciones hendidas.

Existen varias técnicas para realizar este tipo de cirugía, dependiendo de la complejidad de la lesión estructural y también de la habilidad del operador. Es lógico pensar que una lesión unilateral será mucho más sencilla de tratar que la que involucra la hendidura labial bilateral completa con deformidad nasal y desplazamiento del premaxilar.

La mayoría de los cirujanos están de acuerdo que la mejor edad para intervenir a lo que será el paciente ideal es de los 18 a los 24 meses de edad.

La meta que se persigue en la cirugía de paladar hendido es la de proporcionar una separación adecuada entre la cavidad bucal y la cavidad nasal para que no haya interferencia en el crecimiento de huesos faciales o en el desarrollo del lenguaje, audición y oclusión dental normal.

La técnica quirúrgica para cerar un paladar hendido, consiste fundamentalmente en el empleo de colgajos muco

perióísticos que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto con la línea media. Con frecuencia el cirujano combina este cierre de la línea media con el empuje hacia atrás del colgajo, (este empuje logra proporcionar longitud apropiada al paladar blando que permitirá el cierre velofaríngeo durante las funciones de lenguaje y deglución).

Si este método no es eficaz para lograr el cierre velofaríngeo, se puede crear un puente de tejido entre la faringe y el paladar blando, disecando un colgajo de la pared posterior de la faringe, extendiéndolo hacia adelante y suturándolo al borde posterior del paladar blando.

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS DEL LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.

El labio leporino simple o completo, uni o bilateral, aún operado en buenas condiciones, deja secuelas muy marcadas al nivel de los maxilares, del labio superior, de la nariz y del paladar.

Secuelas Oseas a nivel de los maxilares superiores

Los maxilares superiores muestran aspecto normal o subnormal después de las operaciones iniciales, pero ya la dentadura temporal presenta graves malformaciones. La aparición de la dentadura definitiva presenta anomalías dentarias, en número, en forma y en posición, mientras que una hipogénesis de los maxilares superiores se produce a nivel incisivo y de la fosa canina en particular. Los trastornos son graves, sobre todo cuando el mamelón incisivo está destruido.

Los maxilares se aproximan de tal manera que los caninos se ponen en contacto, esto provocará en el adolescente una retrognasia con masiogresión, dando el aspecto típico de maxilar de serpiente y se puede decir que la articulación queda reducida a cero.

CAPITULO X

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Preoperatorio

El cuidado íntegro del paciente, estará confiado al pediatra, ya que éste hará un reconocimiento completo del estado de salud que presente, indicando al cirujano dental el momento más propicio y adecuado para lograr una intervención quirúrgica sin complicaciones postoperatorias. En niños menores de un año con fisura labial y/o palatina que no hayan padecido difteria y la escarlatina, se recomienda la vacuna escarlatino diftérica como vía profiláctica. La operación no se deberá realizar hasta que el frotis faríngeo sea negativo respecto a difteria tres veces seguidas, los portadores de bacilos diftéricos se dejarán para operar posteriormente. Sólo en casos urgentes se deberá proteger con antibióticos para poder realizar la operación. La varicela, el sarampión y en especial la escarlatina, complican el post operatorio de la fisura por entorpecer la cicatrización.

Concluyendo, los niños deberán presentar óptimas condiciones de salud, mostrarse estables en su peso, en cifras normales también su hemoglobina y hematocrito. La temperatura corporal normal y la ausencia de cualquier infección son básicos. Su alimentación se realizará 6 horas antes de que se le administre la anestesia, se les puede dar agua tres horas antes.

Entre paréntesis, podemos decir que para la alimentación del niño se usará un biberón de hoyo grande, para facilitar el paso del alimento y así se evitará la filtración de aire, ya que se ha visto que es una de las molestias del infante cuando se alimenta, porque cuando succiona, los líquidos que desea ingerir se resisten, dando el paso a grandes bocanadas de aire que penetran por no haber un sellado efectivo de sus labios con el biberón.

Después, teniendo en cuenta que el objetivo principal al terminar el período post operatorio es que el paciente tenga el labio simétricamente estético y funcional, se seleccionará la mejor técnica para intervenirlo y procurando que sea lo menos traumática posible con la intención de que la inflamación provocada por la operación no sea tanta para que no tengamos una distorsión en la cicatriz resultante.

Cuando el tratamiento se limita únicamente a queilorrafia, es menos complejo, por lo tanto menos tiempo durará su post operatorio; en cambio cuando se involucra el paladar, se tratará de corregir el problema fonético del paciente y se le reeducará también para que su alimentación la realice sin molestias, además debemos recordar como se menciona en un principio, que esta anomalía lesiona al oído medio, ya que los músculos elevadores y tensores (en condiciones normales) del paladar blando, abren la Trompa de Eustaquio equilibrando presiones, cuando esta función no existe deriva en posibles afecciones al oído medio.

En la palatorrafia, nuestro ideal para obtener es la continuidad palatina para lograr una fonación adecuada y una degución igual. Se podrá aplicar anestesia por intubación traqueal que da confianza y seguridad en el acto operatorio.

Algunos autores dicen que la operación en un niño menor de 9 meses, es mejor, ya que su desarrollo muscular será más benéfico a su función fonética, deglutiva y de protección al oído medio; en cambio hay otros autores que difieren de esta opinión al sostener sus teorías de que es mejor esperar a que el niño tenga más de 5 años,

ya que el mayor grosor de sus músculos permitirá trabajar en ellos con mayor precisión, además que ellos ven como desventaja que si se les opera cuando son bebés se pueden lastimar los tejidos de desarrollo de los maxilares.

Hablar de técnicas quirúrgicas para la corrección de las malformaciones que nos ocupan, es remontarnos a muchos años atrás, con infinidad de variedades y distintos diseños de incisiones que a medida que va pasando el tiempo han tratado de simplificarla y adecuarla para obtener óptimos resultados, pero concretando podemos decir que básicamente tienen un mismo punto común, siendo éste el hecho de unir o lograr el cierre palatino medio, haciendo incisiones laterales.

CAPITULO XI

TECNICAS QUIRURGICAS

Teniendo en consideración que la fisura del labio superior implica gran pérdida del importante músculo orbicular (que como se sabes es un músculo esfinteriano por su acción), las partes en desarrollo del maxilar hendidado se desvían acentuando visiblemente la fisura. Además, cuando en el labio leporino hay un defecto de la ventana nasal que puede ser desde una ligera asimetría hasta la falla del piso de la nariz, provoca una notoria deformación del ala nasal. La intermaxila y el prolabio se encuentran desviados lejos de la fisura en casos unilaterales y se proyectan hacia adelante en las hendiduras bilaterales labiales y palatinas.

Antes de entrar de lleno en cuanto a técnicas se refiere, he de hacer mención en que los márgenes de la fisura están constituidos de tejidos atróficos, debiendo prepararse éstos para proporcionar capas musculares adecuadas y de un mismo grosor. Más aún porque como se sabe, toda cicatriz tiende a contraerse y para evitar

lo más que se pueda esta inevitable contracción, se procurará que el trauma y las causas de inflamación disminuyan en el procedimiento.

Se ha llegado a la conclusión de que operar el labio fisurado en varios planos, es lo ideal, ya que se evitará la contractura lineal de una cicatriz recta que nos provocaría una escotadura en la porción coloreada del labio. En la hendidura unilateral, la otra mitad sana servirá de referencia para guiar una restauración lo más simétrica posible y una longitud adecuada.

Técnica de Mirault

Esta técnica es de las primeras que se idearon para la restauración de labio fisurado, ha sufrido una serie de modificaciones como casi todas las otras técnicas. Esta idea es aún practicada en algunos casos.

Será necesario marcar unos puntos que servirán de guía para hacer la incisión, para esto se puede ocupar como tinción el azul de metileno. Serán seis puntos que estarán dispuestos en forma perpendicular a los tegumentos.

Los puntos estarán sobre la línea mucocutánea, dirigidos en el lado mesial en el punto de cruce de esta línea con la proyección de la parte más baja de la base de la columna. Ahí se marcará el punto 'A'. Un segundo punto se marcará también sobre la línea mucocutánea en el lugar donde la elevación que limita el filtrum, siendo éste el punto 'B'. El tercer punto será equidistante al punto 'A' y al punto 'B', marcándose también sobre la línea mucocutánea.

En el lado lateral de la fisura se marcarán otros tres puntos homólogos a los tres anteriores. El punto 'A' se marcará debajo de la inserción del ala de la nariz, el punto 'C' se marcará debajo de la 'A' un poco dentro de la perpendicular de este punto, nunca fuera de ésta.

La distancia existente entre 'A' y 'C' se debe transportar mediante un compás, para marcar el punto 'B' que deberá quedar sobre la línea mucocutánea, esto se logra apoyando una punta del compás en 'C' y llevar la otra hasta encontrar la línea mucocutánea.

Los trazos de incisión se realizan por transfixión. El corte del lado mesial se empieza insertando el bisturí

en el punto 'A' siguiendo la línea mucocutánea, llegando al punto 'C' y de aquí al 'B', dando una forma piramidal al colgajo. El lado opuesto también se empezará por el punto 'A' que se unirá al punto 'C' haciendo el corte un poco curvo convexo hacia afuera con el objeto de alargar un poco dicho corte y facilitar el afrontamiento. El punto 'C' se unirá igualmente a dicho borde del punto 'B', continuando el corte por la línea mucocutánea hasta el borde libre, produciendo así dos colgajos, uno en forma piramidal y el otro en cuboidal, con una superficie cutánea casi cuadrangular. Este último colgajo servirá para reconstruir el piso de las fosas nasales, sustituyendo el proceso de fusión, éste se debió haber llevado al cabo entre la yema nasal externa y el proceso globular, y a la vez rellenar en parte el espacio intermaxilar, con lo cual se logra dar forma a la ala de la nariz y contonear la narina. Este pequeño colgajo actúa como un injerto por deslizamiento que quizá sea el más importante. De no realizarse la reconstrucción sería el hundimiento del ala de la nariz y la retracción del labio con hundimiento en su borde de inserción.

La reconstrucción está basada en el deslizamiento de los colgajos tallados hacia la línea media, siendo indispensable practicar dos incisiones liberatrices en -

el fondo del repliegue gingivobucal a uno y otro lados de la fisura, lo suficientemente amplia para dejar a los colgajos libres de sus inserciones óseas y permitir su libre afrontamiento sin tensión. Las incisiones liberatrices se hacen perpendiculares al plano óseo para no desinsertar los músculos de la fosa canina. La hemostasis de estos cortes se hará por taponamiento empaquetando gasa en el surco o un poco de Gelfoam.

Al realizar la reconstrucción del piso de las fosas nasales se hace una especie de siembra del extremo libre del colgajo comprendido entre los puntos 'A', 'C' y 'B' en la base de la columnela, teniendo cuidado de no desinsertar su cartilago de la espina nasal anterior. El extremo del citado colgajo se desnuda de piel y mucosa en una extensión igual a la profundidad del túnel con catgut 100 y a la vez se pasa el mismo cabo con otro puntada por el extremo del colgajo, de tal manera que al cerrar la puntada pueda sembrarse el colgajo dentro del túnel por medio de unas pinzas finas de disección, restituyendo así la forma del ala de la nariz y el contorno de la narina, así como la amplitud semejándose lo más posible a la opuesta.

Es recomendable hacer un afrontamiento como prueba: - los colgajos que van a formar la porción del labio comprendida entre la base de la columela y la línea muco cutánea, para ello se pasa en cada punto de relación - una puntada para unirlos con su homólogo. Dichas puntadas se dejan referidas, con el objeto de ver si las longitudes entre tales puntos son correctas y si la - reconstrucción tiene el resultado deseado, de lo contrario se puede proceder a hacer las modificaciones - necesarias. La reconstrucción se hace por planos, - como ya se había mencionado.

El plano muscular es el más importante, porque de este depende el buen final estético de nuestro tratamiento que representaría el éxito. Ya que este plano es el esqueleto del labio, si la reconstrucción es imperfecta, nos resultará un labio fisiológicamente defectuoso y desde el punto de vista morfológico provocará retracciones y hundimientos.

En la sutura del músculo orbicular se emplea catgut de tres o cuatro ceros. Se confrontará la zona próxima a la mucosa usando puntos en 'u', continuando posteriormente con un plano más superficial para terminar en la zona más próxima a la piel; es conveniente no -

poner un exceso de puntos de sutura para no tener consecuentemente exceso de material de sutura, ya que sería más molesto y más aparatosa la cicatrización.

Al hacer la sutura de la piel se deberá empezar por los tres puntos de que tanto se ha hablado, continuando la sutura del piso de las fosas nasales hasta la línea mucocutánea, intercalando puntos entre los tres puntos primitivos, que ayudan a practicar con facilidad una buena sutura. Tales puntos de sutura no deberán ser apretados fuertemente para no provocar isquemia de la piel, en cambio deberán de ser pequeños y abarcar solamente la piel, quedando los nudos fuera del trazo de sutura, reconstruyendo la continuidad de la línea mucocutánea.

Se deberá considerar de gran importancia a la hemostasia, ya que se procurará lograrla sin dejar demasiado material de ligadura. Se evitará el traumatismo excesivo que pueda originar edema, ya que éste podría provocar la ruptura de los puntos de sutura.

Los colgajos de forma piramidal, resultan de los cortes marcados por los puntos de relación, sirviendo para reconstruir la zona mucocutánea. Tales colgajos se encuentran opuestos por un lado de sus bases e invertidas hacia abajo.

La reparación de la zona mucocutánea es un paso de suma importancia en la cirugía por el objetivo que tiene y que es el de devolver dimensiones y volumen de la zona que carece de ellos en condiciones normales, y lograr su continuidad para que pueda apreciarse el "arco de cupido" con todas sus proporciones más o menos normales para lograr el éxito estético.

Técnica de Tennison

Esta técnica está indicada en los casos de fisura labial unilateral.

Se procederá a marcar sobre la piel los puntos guías, para lo cual nos habremos basado en los trazos que nos ilustra la figura que aparece al final de este capítulo. Posteriormente se hará la incisión de los puntos y así se realizará el despegamiento de los tejidos constitutivos del labio en una forma amplia, ya que en esta forma tendremos facilidad de manipular dichos tejidos, redundando en una buena reparación, además porque al no existir tensión, habrá una mejor cicatrización y será poco visible.

Iniciaremos el despegamiento en el surco gingivobucal y casi pegado a hueso maxilar para minorar el sangrado. El ala de la nariz deberá aproximarse hacia la columela, para esto se deberá despegar la base de la ala nasal para así formar la narina. De otra forma el despegamiento se hace hasta la espina nasal del maxilar inmediato; al despegamiento se introduce una gasa detrás del labio que servirá de comprensión para hacer hemostasia y de protección a la encía cuando se efectúa el corte de los colgajos.

El corte de éstos deberá ser nítido, de todo el espesor del labio y con la hoja del bisturí en forma perpendicular a la superficie de corte. El labio será mantenido fijo durante esta maniobra.

La reconstrucción será por planos y de la profundidad hacia la superficie (de la implantación del labio al borde libre, mucosa y músculo y piel), iniciándose en el plano mucoso si los tejidos lo permiten, se hará con puntos aislados y para evertir la mucosa se usarán puntos en 'u' con material reabsorbible de cuatro cerros atraumático.

El siguiente plano a tratar será el muscular, que se suturará con catgut de tres o cuatro ceros; cuando ya esté suturado, se hace el despegamiento de los bordes de la piel para obtener una mayor aproximación y una línea fija de sutura. Cuando la piel es más dura o gruesa como en el caso de los adultos, se podrá suturar unos puntos en la zona intradérmica para disminuir la tensión, debiendo ser únicamente en la línea vertical y nunca a nivel de los colgajos, por poder comprometer a su circulación. Al suturar la piel, primero se fijan los colgajos, formándose el de Blocker en la incisión hecha en la columnela con un punto de transficción; al ser terminada la reconstrucción del prolabio se procederá al manejo del borde del bermellón del lado afectado y en un ángulo en el borde contrario con vértice hacia la línea media; también se podrá hacer con una incisión oblicua de ambos bordes sin seguir una continuidad de la línea de triángulo o cuando se nota que la línea de cupido es muy poco marcada, se talla un triángulo muscular a expensas del borde del bermellón del lado afectado y se introduce un lecho que se elabora en el espesor del borde bermellón del lado sano, se sutura por planos con material absorbible.

Cuando se ha terminado la intervención se coloca sobre

la línea de sutura un material graso estéril para evitar que las costras de sangre se adhieran a la herida quirúrgica y modifiquen la cicatrización.

Técnica de Wassmund

Indicada para el cierre de la fisura maxilopalatina completa y bilateral.

Esta técnica se realiza en tres tiempos, siendo la segunda parte de la intervención a los tres meses después de la primera y la tercera será después de cuatro meses. Según parece, esta técnica proporciona varias ventajas como son: que produce una menor cicatriz porque la operación sólo involucra el pedículo labial, además que parece unir tres partes del labio en una sola intervención, en una forma más uniforme que en dos operaciones por separado.

En el primer tiempo se ocluye en la parte de la fisura abierta, el método de la operación para fisuras palatinas unilaterales convirtiendo la forma labiomaxilar completa. A los tres meses se opera el otro lado

en la misma forma, quedando una fisura labial incompleta bilateral. El músculo orbicular de los labios se une por el trayecto de las fibras superiores, cuatro meses después se cierran las dos fisuras restantes del labio.

Existe variedad de esta técnica, haciendo combinación con otros pasos de otras técnicas, como es el caso de restaurar el piso de las fosas nasales según Roshental, el vestibulo nasal como Veau, se sutura el músculo labial como Axhausen y se incide y sutura como Wassmund.

Técnica de Schuchardt

Técnica para la operación de fisuras labiomaxilares completas unilaterales.

El método de Schuchardt se aplica a los seis y nueve meses de edad, ya que el labio se cierra a tiempo, haciendo peligro de deformación del maxilar por cierre prematuro.

De una forma parecida a la anterior, Schuchardt procede para ocluir en dos capas el suelo de la fosa

nasal en la operación típica, según Veau forma dos colgajos pediculados, que proceden de los colgajos de la mucosa palatina, la sutura por encima de la mucosa nasal; de esta forma se evita el posible inconveniente de la sutura cerrada en un solo plano de la mucosa nasal, consiguiendo así una sutura de la fisura labio maxilar.

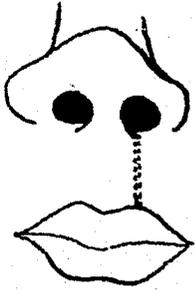
Técnica para paladar fisurado

"Los tejidos se encuentran en posición adecuada, pero presentan una anomalía de orientación durante el desarrollo". Es por esto que el acto operatorio va a tender a establecer las relaciones normales, pero al mismo tiempo va a provocar un traumatismo capaz de realizar cambios en la evolución ulterior del maxilar. Siendo necesario dar una gran importancia a la edad en que se opera y la técnica operatoria a emplear para reducir al mínimo los cambios provocados por la intervención. En operaciones a pacientes de temprana edad, que presenten cambios en el desarrollo maxilar, no se sabe a ciencia cierta si la retracción de los maxilares es producida por la operación o si es causa directa de la retracción de los gérmenes de la primera dentición.

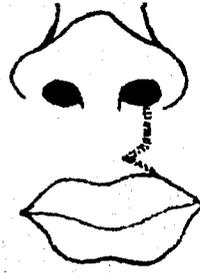
Técnica de Veau

Se hace una incisión a lo largo del punto de unión - entre mucosa y la fibromucosa palatina; se separa - la mucosa del séptum nasal con el periosteo, llevándo lo en un punto sobre la parte dividida. Se separa el hueso de la mucosa de la cara nasal y el lado palatino, se aviva a nivel de la fisura. Los colgajos obtenidos del colgajo de la mucosa septal son suturados - en el periostio, se vuelve a suturar y en el borde - avivado de la fibromucosa palatina que no está separada de la hoja palatina. No sufriendo cambios de nutrición el proceso alveolar y la hoja palatina y el proceso alveolar en su desarrollo está menos influenciado por la intervención. La superficie señalada, orientada a la cavidad oral se epitaliza por medio de la - aplicación de un colgajo libre de la piel, siendo mantenido en su sitio por medio de un tapón de teflón - yodofórmico. Según Veau todo este procedimiento se - hace con la finalidad de aprovechar la acción muscular.

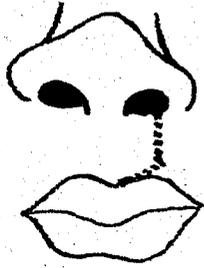
VARIOS MODELOS DE INCISION PARA REPARAR EL LABIO HENDIDO



ROSE



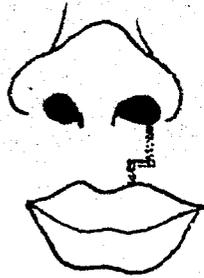
TENNYSON



MIRAULT



WINN



HAGEDORN
LE MESURIER



MILLARD



TENNYSON
CRONNIN



SKOOG

CAPITULO XII

HISTORIA CLINICA

Como es consabido, un paso insustituible y fundamental en cualquier tratamiento en paciente, es el llenado de la historia clínica.

En este caso en particular, como la mayoría de los pacientes son menores de edad, obviamente el cuestionario se dirigirá a sus padres o persona responsable.

Una sugerencia para la elaboración de este cuestionario, sería que se formularan las siguientes preguntas:

Datos básicos

Nombre del paciente _____ Edad _____

Fecha y lugar de nacimiento _____

Dirección _____

Antecedentes hereditarios familiares

Nombre del padre _____ Edad _____

Fecha y lugar de nacimiento _____

Dirección _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Alcoholismo, tabaquismo _____

Antecedentes patológicos _____

Nombre de la madre _____ Edad _____

Fecha y lugar de nacimiento _____

Dirección _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Alcoholismo, tabaquismo _____

Antecedentes patológicos _____

Número de hijos _____ Edades _____

Antecedentes patológicos _____

Abuelos paternos (si han muerto, cual fue la causa)

Abuelos maternos (idem)

Datos personales no patológicos

Prenatales (Hubo o no control prenatal, que número de -
embarazo fue, indicar si es sietemesino o no,
mencionar si hubo complicaciones y de que ti-
po, como fue el parto, investigar si respiró
y lloró en el momento de nacer, con alteracio-
nes).

Habitat

Habitación (¿Cómo es su casa, cuántas habitaciones tiene?
¿Está ventilada? ¿En que zona?, etc.).

Alimentación

(Si recibió leche materna, thés, leche entera,
¿con que frecuencia?)

Desarrollo Psicomotor

Si puede ejercer succión y deglución al nacimiento.

Higiene

Cuando lo bañan, dónde duerme, etc.

Datos personales patológicos

Por sistemas: Digestivo, respiratorio, genito-urinario, endocrino, vascular, nervioso.

Padecimiento actual.... Queilo/palatosquisis y caracterís
ticas.

Sintomatología general...

Exámenes previos...

Terapéutica empleada...

Diagnóstico previo...

Peso actual...

Peso ideal...

Estatura...

Pulso...

Tensión Arterial...

Temp...

Resp....

Inspección General

Cabeza: dolicocefalo braquicefalo, normocéfalo, si presenta exostosis, hundimientos; pupilas, conjuntivas; oídos, nariz, orofaringe.

Cuello: corto, largo, alteraciones.

Tórax: forma, volumen.

Abdomen

Genitales externos:

Extremidades:

Columna vertebral:

Características neurogénicas:

CAPITULO XIII

CONCLUSIONES

Después de haber terminado la recapitulación de las diversas características de técnicas correctivas de la deformación multicitada, enfocaré esta última parte para subrayar los principales puntos del tema.

Se sabe que la queilosquisis y la palatosquisis son deformaciones congénitas que se forman por la no fusión de las estructuras que normalmente forman el labio y el paladar, el cual ocurre en períodos tempranos de la vida fetal; tienen una etiología aún imprecisa, aunque existe una gran variedad de posibles causas a las que se le ha adjudicado el origen, pero esto es puramente hipotético. Quizás sí existe el factor predisposición, pero hasta ahora no hay certeza en la etiología, por lo que no se cuenta con medidas preventivas para evitar estas malformaciones.

La frecuencia con que aparece es de un caso presente por 1,000 nacimientos. Además, es más frecuente la presencia de las dos anomalías juntas, que aisladas.

Es una anomalía que causa cierta incapacidad en el aspecto fonética, en la deglución y en la actitud psicológica del paciente que lo presenta.

Las zonas que abarcan las fisuras bucales son: labio superior reborde alveolar, paladar duro y paladar blando.

Por estadística vemos que la combinación del paladar hendido y labio leporino aparecen en un poco más del 50%, en tanto que las variedades de fisuras en forma aislada constituyen el resto.

Se vio que en hombres es más frecuente el labio leporino aislado y que en mujeres hay más casos de paladar hendido aislado. También que el lado izquierdo es más afectado que el derecho.

Se recuerda también las posibilidades de tratamiento que puede ser fundamental por cirugía o también por medio de aparatos protésicos que minimizan la función incorrecta del paladar y estructuras asociadas.

Todo esto ha repercutido en nuevos logros basados en -

los esfuerzos para corregir estas anormalidades, tales logros han evolucionado a través de los siglos con la satisfacción de un creciente éxito por parte de los cirujanos, investigadores, así como de lo más importante, que son los propios pacientes.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON M.

Ortodoncia Práctica
1a. edición
Editorial Mundi

BURKET Lester W., Dr.

Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento
6a. edición
Editorial Interamericana

CACHO DE LA FUENTE Felipe

Malformaciones congénitas de labio y paladar
y su tratamiento
Ediciones Médicas del Hospital Infantil

ESCUELA ODONTOLOGICA ALEMANA

Tomo Primero
Editorial Labor

FINN Sidney S.

Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana

GRAVER T. M.

Ortodoncia teórica y práctica
1a. edición
Editorial Interamericana

GINESTETT

Técnicas quirúrgicas

KRUGER Gustav O.

Tratado de Cirugía Bucal, capítulo 21
3a. edición
Editorial Interamericana

LOPEZ ACEVEDO César, Dr.

Manual de Patología Oral
Colección Aula, Vol. 16
Editorial Universitaria, Guatemala

MOYERS Roberto F., Dr.
Tratado de Ortodoncia
1a. edición en español
Editorial Interamericana

NIELS Bjorn J.
Anestesia Odontológica, capítulos 4o. y 6o.
Editorial Interamericana

OPERACIONES DE CIRUGIA GENERAL, capítulo XIX
Editorial Hispano Americana

ORBAN
Histología y Embriología Bucales
Editor Henry Sicher
La Prensa Médica Mexicana

ODONTOPEDEIATRIA, Curso de
Dr. Carlos Torres Larios, Vol. VI
Revista "El odontólogo moderno"

RICHSER Hans y Trauner Richard, Drs.
Cirugía Bucal y de los Maxilares
Tomo II
Editorial Labor

RIES CENTENO
Cirugía Bucal
Editorial Ateneo

ROBBINS Stanley L. Dr.
Patología Estructural y Funcional
1a. edición
Editorial Interamericana

THOMA Kurt H.
Patología Bucal
Traducción al español de la 4a. edición inglesa
Editorial Hispano Americana