

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

24. 910



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

*Clasificaciones de Labio
y Paladar Hendido*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis', written over a large, stylized flourish.

TESIS PROFESIONAL
HORTENSIA SANCHEZ AGUILAR

México, D. F. 1980.



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.

I N D I C E

PAG

INTRODUCCION

CAPITULO I.

ANTECEDENTES.

CAPITULO II.

FACTORES DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS.

- 2.1 Datos Generales
- 2.2 Síndromes Genéticos
- 2.3 Etiología del Medio Ambiente
- 2.4 Etiología Multifactorial.

CAPITULO III.

DIFERENTES TIPOS DE CLASIFICACIONES.

- 3.1 Como hacer una Clasificación.
 - a) Doilance (1946), clasificó seis grupos.
 - b) Clasificaciones Veua-Davis-Ritchie.
 - c) Fogh-Anderson (1942) (Genética.)
 - d) Stork (1954) Foramen Incisal
 - e) Ingolf Koblín (1973) Medias y Pseudo Medias.
 - f) William (1971) clasificación con Síndrome

- g) Clasificación de la Confederación de Cirugía Plástica y Reconstructiva. (1968) Kernahan y Stark
- h) Clasificación de la Asociación de Americana de Paladar Hendido. (A.C.P.A.)
- 3.2 Clasificación Estandarizada Empleada Actualmente.
- 3.3 Código Manual.

CAPITULO IV.

LA IMPORTANCIA DEL CIRUJANO DENTISTA EN PACIENTES CON LABIO/PALADAR HENDIDO.

- 4.1 Datos (Odontopediatricos)
 - a) Diagnóstico clínico (Cirujano Dentista)
- 4.2 Anomalías Dentarias Congénitas.
 - a) De número
 - b) De forma
 - c) De erupción
 - d) De tamaño
 - f) De posición
- 4.3 Relación entre los Dientes y Hendiduras.
- 4.4 Cuando el Cirujano Dentista Trabaja con Pacientes con Hendiduras.
- 4.5 Como manejar las Fistulas Nasogingivales, en relación a la Clasificación Hendidura.

CAPITULO V.

TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO.

5.1 Especialidades que Constituyen su Tratamiento.

- a) **Pediatría y Cirugía (Quirúrgico)**
- b) **Especialidades Médicas**
- c) **Especialidades Odontológicas**
- d) **Especialidades Paramédicas**

5.2 Aparatología

- a) **Ortopedia Maxilar**
- b) **Protesis**
- c) **Prostodoncia**

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I.

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

La Odontología ha evolucionado en las últimas décadas en forma considerable, debido a las múltiples especialidades que se han desarrollado.

Actualmente el Cirujano dentista, es uno de los especialistas más involucrados en el campo de las malformaciones congénitas craneofaciales.

De todas las malformaciones del tracto digestivo, el labio y el paladar hendido, representan la más alta incidencia - el 40% su incidencia en la población mexicana ha sido reportada de la siguiente manera: 1 en 700 niños nacidos vivos.

En especial esta formación involucra múltiples especialidades Odontológicas para su rehabilitación (Ortopedia -- Maxilar, Odontopediatra, Ortodoncia, Prostodoncia, Prótesis y Cirugía Bucal), y es esta la forma como el cirujano dentista está más directamente involucrado en la rehabilitación del paciente con labio y/o paladar hendido.

Las especialidades médicas y paramédicas involucradas en la rehabilitación del paciente son de igual importancia - que las odontológicas, ya que conjuntamente trabajando en equipo podremos lograr mejores resultados en nuestra tarea: habilitar al paciente.

Después de haber laborado y revisado la Literatura - en relación a labio y/o paladar hendido, es nuestra inquietud

el valorar los sistemas de clasificación descritos para las hendiduras labiales o palatinas, ya que consideramos al igual que no existe una clasificación definida y aceptada universalmente para ello.

El propósito de este trabajo es efectuar un estudio comparativo de las múltiples clasificaciones reportadas en la Literatura sobre hendiduras labiales o palatinas.

La necesidad de una clasificación sistemática se ha reconocido y aceptado muchas veces, las revisiones críticas de los sistemas existentes y esfuerzos para mejorarlos.

La justificación de una necesidad urgente de un sistema uniforme mejorado es regularmente reafirmado sin mucha -- mejoría obiamente.

Las hendiduras son el resultado de la interrupción -- en la fusión del paladar primario con el paladar secundario -- que se realiza entre la cuarta a la docava semana de la vida-intrauterina y que es causa la ausencia del Mesodermo.

La hendidura ocurre como entidad separada y esta ha-- sido clasificada como tales.

El paladar es definido como cualquier estructura que limita con el foramen incisivo que incluye ambos paladares, du-- ro y blando.

El desarrollo del labio y del pre-paladar se termina antes que el desarrollo del paladar secundario.

Las ocurrencias de las hendiduras han sido descri-- tas como multifactorial con componentes genéticos externos.

La asociación americana de paladar hendido ha clasificado a las hendiduras anteriores al foramen incisivo, hendiduras posteriores al foramen incisivo, esta clasificación será usada en este estudio.

Una clasificación aceptable es esencial para la comunicación internacional en las malformaciones congénitas de labio y/o paladar hendido. Como mencionamos anteriormente, existen diversas clasificaciones. Algunas basadas en la Morfología y otras embriológicas.

De las clasificaciones más completas que existen sobre labio y/o paladar se han mencionado a la KERNHAN y STARK - la cual está basada en embriología y la de la asociación americana de paladar hendido.

Existen clasificaciones basadas en estudios morfológicos con bases de localización, sexo, raza, y localización de mayor incidencia geográfica.

El objeto de esta Tesis es el de presentar un estudio de las diferentes clasificaciones sobre labio y/o paladar hendido y así mismo poder valorar las clasificaciones más completas y poder presentar una clasificación estandarizada, completa y simplificada que nos pueda ser útil en el estudio de las deformaciones o mal formaciones craneofaciales.

ANTECEDENTES DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS.

Las hendiduras labiales o palativas son tan antiguas como la humanidad misma, diversos descubrimientos en momias egipcias (SMITH Y DAWSON) y en ídolos precolombianos en América, así lo demuestran.

El médico griego galeno, cerca del fin 2' siglo alrededor del año 170 A. de C. menciona un labio hendido, aplicando el término " COLOBOMATO ".

Alberto Carrión Vergara un cirujano plástico promovió pinturas y esculturas de cerámica con fisuras labiales para el museo arqueológico de Lima y que datan aproximadamente de 200-400 años A. de C.

Una pequeña figura de color roja - café con una fisura labial y nariz deformada, pero que al mismo tiempo podría presentar las lesiones de la leishmaniasis o el castigo por el adulterio que bien podría ser, la multilación, la otra figura en la que brotaba un bordo negro pintado con remarcable exactitud un labio bilateral con un pequeño prolabio.

El tercer es también de color rojo - café, de una especie de vaso, describiendo perfectamente el labio unilateral con exposición del maxilar distorcionado y un diente en maloclusión, en el filtrum un hoyuelo y la típica deformación nasal.

Estos descubrimientos nos parece indicar que las primeras culturas peruanas podrían haberse equivocado ya que ellos habían capitulizado sobre la fisura labial de la línea me

diá y la nariz plana de sus bestias de carga. Esta anomalía - podría tener un término de labio de llama.

Por el año 390 A. de C., el labio hendido O, (fisura labial) en la antigua China había sido referida como labio de conejo por T' UCH' VEH y hasta 1968 fué dado a conocer por KHOO - BOO - CHAT.

ORTIZ - MONASTERIO con Serrano encontrarón esculturas en cerámica con una grieta en la Costa Occidental de México, las cuales datan aproximadamente del año 12 A. de C.

1000 años antes de que el imperio Inca en los Andes y la cultura Mexica florecieran, en la Costa Norte del Perú, -- casi 2000 años hace que esta gente pintó con realismo en su arte en la cerámica, en la cara humana esta expresión o deformación.

CAPITULO II

FACOTRES DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS.

- 1).- DATOS GENERALES.
- 2).- SINDROMES GENETICOS.
- 3).- ETIOLOGIA DEL MEDIO AMBIENTE.
- 4).- ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL.

CAPITULO II.

FACTORES DE PALADAR Y LABIO HENDIDOS.

1).- El paladar y el labio hendidos son los defectos individuales más frecuentes que afectan a las estructuras bucofaciales y como tales, han sido tema de considerable investigación, en términos de biología y como modelo para la comprensión de otros defectos morfológicos menos frecuentes. En general, el paladar y el labio hendidos desfiguran considerablemente sobre todo al niño. Consideraciones estéticas y funcionales nos han conducido no solamente a los extensos estudios sobre la etiología, sino también al desarrollo cuidadoso y a la observación de diversos métodos terapéuticos, quirúrgicos, protéticos y funcionales de la afección con formación concomitante de equipos multidisciplinarios encaminados a la corrección, rehabilitación y prevención. Los factores genéticos indudablemente desempeñan un papel en la etiología del labio y el paladar hendidos. El genetista puede valorar a partir de una buena historia familiar la posible extensión de los factores genéticos y su papel en la etiología del paladar y el labio hendidos en un probando dado y proporcionar a los padres mediante el consejo genético, un pronóstico con respecto a la recurrencia de la afección en hijos futuros así como del potencial para que nazcan hijos afectados de los niños afectados.

El papel del genetista en el equipo de labio y el paladar hendidos, es por lo tanto determinar no solamente el papel de los factores genéticos en la etiología de la afección, sino también como consejero para evitar que aparezca nuevamente. Este artículo tratará el posible papel de los factores genéticos en la etiología del labio y el paladar hendidos y esbo-

zará aquellos aspectos de la historia que deberán indicar el - alto riesgo de la familia en el que es posible o probable a la aparición del defecto.

La información ha sido tomada principalmente del trabajo realizado en Bethesda en el verano de 1969, concluido por el Dr. F.C. Fraser y el secundado por el Dr. M.S. Adams y colaboradores.

Ningún solo factor es causa de todos los casos observados clínicamente del labio o paladar hendidos. Aún en el caso individual la etiología es principalmente el resultado de - múltiples factores. Para simplificar esta discusión será dividida en tres áreas: 1).- Factores genéticos, 2).- Factores del medio ambiente, 3).- Etiología Multifactorial. Sin embargo, deberá ser comprendido que aún en los casos en que un sólo gen mutante está relacionado con la producción del labio o paladar hendidos, o ambos, como parte de otras manifestaciones generales, esto no significa necesariamente que la genética es el único agente casual. En realidad muchos observadores piensan -- que debido a que un síntoma posee diversas manifestaciones clínicas, esto implica múltiples factores etiológicos.

2).- Síndromes Genéticos.

Se ha descrito un gran número de síndromes en los que una de las características es el labio o paladar hendidos o ambos. De aproximadamente 100 de estos síndromes descritos por -- Gorlin y col. (6), casi 30 por 100 son el resultado de un sólo Gen mutante. La mayor parte de estos síndromes se presentan con paladar hendido aislado y no labio hendido, y se ha calculado que en menos de 3 por 100 de todos estos casos de paladar o labio hendidos caen dentro de esta categoría. El mejor ejemplo de un sólo patrón de herencia asociado con labio hendido es

el síndrome heredado en forma dominante de fisuras labiales -- descrito por Fogh-Andersen (4) y Cervenka y col. (3).

En esta afección, un grán porcentaje de los niños pre-- sentaron hoyos en el labio inferior, hendidura del labio supe-- rior o ambos. Los hoyos generalmente se expresan más que las -- fisuras. Algunos de los síndromes en que se describe el labio y el paladar hendidos se describen en el cuadro 1. En todos -- los casos estos síndromes son muy raros y los más frecuentes -- se presentan aproximadamente en uno de cada 20,000 nacimientos vivos.

3).- Etiología del Medio Ambiente.

Incluidos en esta categoría están aquéllos síndromes que surgen de factores del medio ambiente que afectan al desa-- rrollo intrauterino normal. Estos factores incluyen teratóge-- nos, que serán tratados en otra parte en este simposio por el Dr. Nanda, y que pueden dar lugar a síndromes con anomalías -- cromosómicas. Los síndromes en esta categoría carecen de ante-- cedentes familiares o patrones de herencia. Los mejores ejem-- plos de estos síndromes son las aberraciones cromosómicas ra-- ras tales como Trisomía D, Trisomía E y síndrome XXXXY, en los que existen paladar o labio hendido o ambos, con alta frecuen-- cia. Estas afecciones son resultado de duplicación cromosómica anormal y distribución anormal, o ambas, al principio de la di-- visión celular en el cigoto en desarrollo, y se presume que -- son resultado del afecto de agentes teratógenos. Es necesario comprender que toda la acción teratógena opera contra elemen-- tos de grán susceptibilidad genética no han descrito muy po-- cos casos del labio o paladar hendido en situaciones en que -- los factores del medio ambiente son la última causa.

ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL.

3).- Las dos categorías anteriores abarcan muy pocos de los casos observados del labio o paladar hendido. La mayor parte de los casos quizá presentan etiología múltiple que implica la interacción de varios genes y múltiples factores del medio ambiente, los llamados colectivamente etiología multifactorial.

La forma definitiva de la mayor parte de las estructuras bucofaciales, al igual que otras estructuras morfológicas del cuerpo, es regulada por múltiples genes y no por sólo un gen.

Las características de la herencia poligénica son las siguientes.

1).- La secreción genética se presenta en un número indefinidamente grande de loci genético. Esto significa que la forma o el tamaño de un carácter es determinado por muchos genes, por lo que la expresión de ese carácter se apega a la variación continua o métrica. Por ejemplo, la altura es controlada por la herencia poligénica y la variación en la estatura será de muy baja a muy alta con valores intermedios, así como una altura media, que ostentan la mayor parte de los individuos, en alguna parte media. Así, la altura exhibe "variación continua en una población".

2).- La mutación de uno o dos genes para un carácter controlado por medios poligénicos produce como efecto en la manifestación general de ese carácter. Por esto, cada gen individual constituye al conjunto, aunque individualmente carece de gran valor. La población posee así una gran reserva de heteroge

neidad genética en caracteres poligénicos y han sido amortiguados contra cambios drásticos debido a mutaciones aisladas. Alternativamente, la mutación en caracteres monogenéticos puede provocar cambios letales así, muchos caracteres importantes para la supervivencia del hombre tales como la presión arterial, son poligénicos y, por lo tanto, consistentes a los grandes efectos de la mutación.

3).- De lo anterior es posible deducir que la expresión fenotípica de un carácter poligénico puede ser similar a la gran variedad de fenotipos con diferencias sutiles. Evidentemente en algún punto, diferencias significativas en el genotipo producirán alternación del fenotipo.

4).- La expresión fenotípica de caracteres poligénicos no sólo es afectada por la alternación genética sino que también es susceptible de modificación significativa por efecto del medio ambiente los caracteres poligénicos son así caracterizados por la interacción entre los genes y el medio ambiente.

5).- En ocasiones, los factores poligénicos pueden actuar como un "bloqueo poligénico" y exhibir un patrón de herencia de un sólo gen siendo expresados como muchos caracteres -- fenotípicos. Este puede ser el caso con algunos de los síndromes multifacéticos descritos anteriormente.

Si aplicamos estas ideas al labio y paladar hendidos, podemos postular que la longitud del paladar, por ejemplo, es poligénica y continuamente variable desde muy largo a muy corto en relación con la anchura, por ejemplo, del maxilar superior con una anchuramaxilar dada los paladares progresivamente más cortos presentarán mayor dificultad para entrar a un punto de contacto para la fusión durante el desarrollo y, aún deter-

minado nivel de "umbral" serán demasiado cortos para permitir la fusión resultando un paladar hendido. Este tipo de variación también puede ser el caso en cuanto a la anchura del maxilar - tamaño de la lengua y altura del paladar, los factores que quizá sean poligénicos, y en la práctica es posible que todos estos factores contribuyan al fracaso del cierre palatino. Aunque la variación continua en estas mediciones es característica este tipo de modelo teórico para la afección genética en el labio y paladar hendidos suele llamarse quasi-continua, ya que la manifestación del defecto se expresa en la forma de todo o nada V.G.: existe o no existe. Se presume que el defecto solamente se presenta cuando existe el suficiente número de genes en el individuo para provocar la expresión fenotípica de yemas palatinas "cortas" o maxilar superior "ancho", etc., de tal forma que se alcance el umbral para la falta de fusión, produciéndose el defecto. La diferencia en la gravedad de las fisuras es buen indicio de que la expresión genotípica de la variación continua en un carácter tal que las yemas palatinas progresivamente más cortas producirán defectos más graves.

Para complicar aún más este concepto los factores del medio ambiente que operan en el desarrollo prenatal también - afectan a la expresión genética, así como, la producción del defecto. Así tenemos una complicada interacción de genes y factores del medio ambiente, y aún cuando existen los factores genéticos óptimos en un individuo dado, el trastorno no se presentará salvo que exista también "algo" en el medio ambiente. Esto puede observarse en animales. Pueden crearse ratas generalmente susceptibles al paladar hendido en las cuales se produce 100 por 100 defectos si se administra cortisona oportunamente. Sin la cortisona puede no presentarse fisuras y son menos frecuentes aunque los animales sean genéticamente susceptibles.

Así, una persona con alto ritmo genético debido a la acumulación de poligenos nocivos no presentará el defecto si

falta una influencia adversa del medio ambiente. Las cifras em
piricas de riesgo toman en consideraci3n ambos factores.

CAPITULO III.

I.- DIFERENTES TIPOS DE CLASIFICACIONES.

II.- COMO HACER UNA CLASIFICACION.

A).- DOILANCE (1946) CLASIFICO SEIS GRUPOS.

B).- CLASIFICACIONES VEAU, DAVIS, RITCHIE.

C).- FOGH - ANDERSON (1942) (GENETICA).

D).- STORK (1954) FORAMEN INCISAL.

E).- INGOLF KOBLIN (1973) MEDIAS Y SEUDO MEDIAS.

F).- WILLIAM (1971) CLASIFICACION CON SINDROME.

G).- CLASIFICACION DE LA CONFEDERACION DE CIRUGIA PLASTICA Y
RECONSTRUCTIVA. (1968).
KERNANAN Y STARK.

H).- CLASIFICACION DE LA ASOCIACION AMERICANA DE PALADAR HEN_
DIDO (A. C. P. A.).

III.- CLASIFICACION ESTANDARIZADA EMPLEADA ACTUALMENTE.

IV.- CODIGO MANUAL.

FOGH - ANDERSON (1942).

Usó una clasificación diferente, el sugirió que genéticamente existían dos diferentes tipos de deformidad.

Paladar aislado y labio corto con o sin paladar hendido hendidura media del labio superior o inferior o mandibular.

El clasificó a las hendiduras de la siguiente forma.

I.- Labio de conejo (simple o doble).

II.- Labio de conejo (simple o doble y paladar hendido).

III.- Labio hendido aislado.

En el grupo I el incluye la hendidura parcial del alveolo y grados variables de labio de conejo. Ya sea simple o doble.

En el grupo II la hendidura del paladar puede ser completa cuando las dos partes del labio pueden estar en extensión que abarca a las hendiduras del paladar duro y blando.

Las hendiduras del paladar blando, en este mismo grupo el incluye las hendiduras submucosas.

STORK (1954)

Considero que el foramen incisal es el punto de referencia para poder definir el tipo de hendidura.

Grupo I.- Hendidura del paladar primario.

- A).- Labio y alveolo solamente unilateral derecho e izquierdo.
- B).- Medio.
- C).- Bilateral.

Grupo II.- Hendiduras del paladar secundario unicamente.

- A).- Total (foramen incisal)
- B).- Subtotal.
- C).- Submucosa.

CLASIFICACION DE DAVIS Y RITCHIE.

Davis Y ritchie basan su sistema en la localización de la hendidura relativa al proceso alveolar usando tres mayores encabezados con algunas subdivisiones.

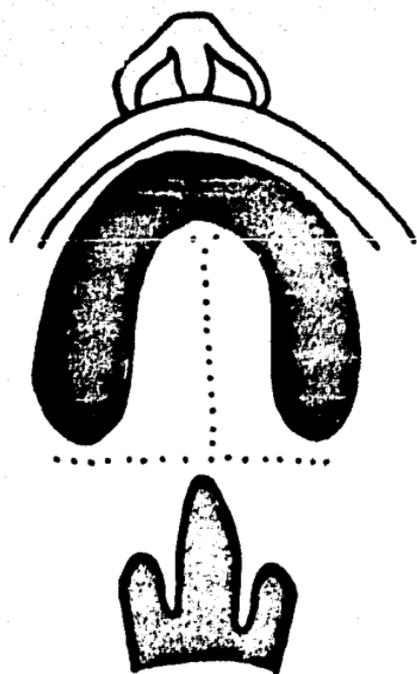
Grupo I.- Hendidura prealveolar, labio hendido solamente con subdivisiones para el unilateral, medio y bilateral.

Grupo II.- Hendidura postalveolar, grado en involucramiento del paladar duro y blando; que pueden ser especificados arriba del proceso alveolar; las hendiduras submucosas pueden también ser incluidas en este grupo.

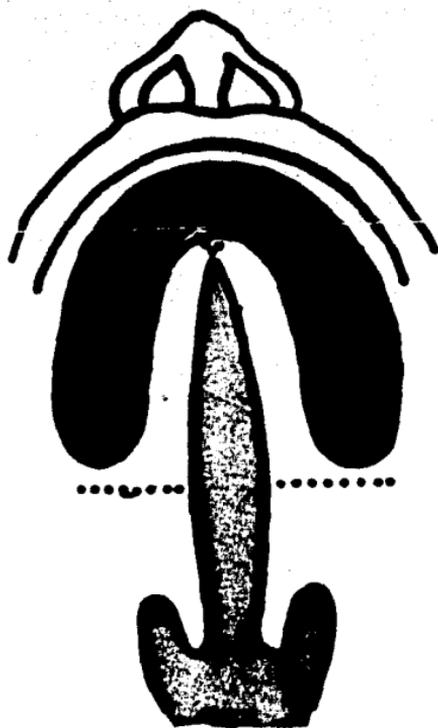
Grupo III.- Hendiduras alveolares, que incluyen; las hendiduras completas de paladar, proceso alveolar, y labio, - con subdivisiones para unilateral, medio y bilateral.

Las hendiduras de los grupos I y II pueden ser reportadas en el mismo sujeto si no existe involucramiento del proceso alveolar, No hay oportunidad reportar una hendidura labial y proceso alveolar bajo estas condiciones estrictas al mismo tiempo sugieren que este grupo es el mejor lugar para una hendidura de paladar y proceso alveolar sin involucrar al labio.

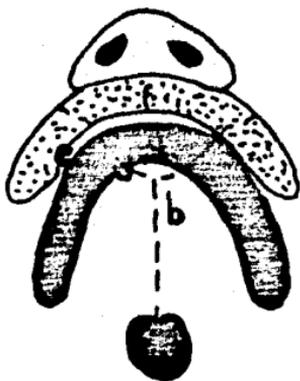
Las diferencias entre estos dos sistemas no pueden -- ser notadas inmediatamente, también como las insuficiencias en ambos para poder clasificar todos los tipos de hendiduras existentes.



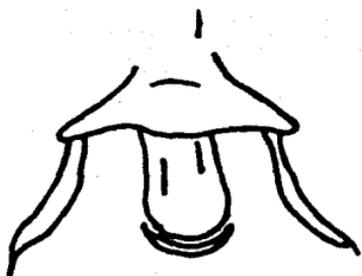
CLASE I DE VEAU
HENDIDURA DE PALADAR BLANDO
UNICAMENTE.



CLASE II DE VEAU
HENDIDURA DE PALADAR DURO
Y BLANDO HASTA EL AGUJERO
PALATINO ANTERIOR.



CLASE III DE VEAU
HENDIDURA UNILATERAL DEL
LABIO, PROCESO ALVEOLAR
PALADAR DURO Y BLANDO



CLASE IV DE VEAU
HENDIDURA BILATERAL DEL
LABIO, PROCESO ALVEOLAR
PALADAR DURO Y BLANDO

VEAU DESCRIBE CUATRO TIPOS DE HENDIDURAS.

Grupo I.- Hendidura del paladar blando solamente.

Grupo II.- Hendidura del paladar duro y blando hasta el foramen incisivo.

Grupo III.- Hendidura completa unilateral del paladar duro y blando, labio y proceso alveolar.

Grupo IV.- Hendidura bilateral completa del paladar duro y blando y proceso alveolar.

DIFERENTES TIPOS DE CLASIFICACION.

El labio y/o paladar hendido tienen siempre que estar incluidos en las diferentes clasificaciones, algunas veces con especificaciones separadas de hendidura de paladar duro y blando o incluyendo úvula.

Clasificaciones anteriores, permiten la observación de hendiduras de labio únicamente, mientras otras reconocen a la hendidura del labio como una extensión del paladar hendido.

El proceso alveolar ha tenido una consideración más errática en lo que se refiere a clasificaciones anteriores, pero en esta última década ha sido tomada en consideración, la hendidura submucosa o hendidura oculta (llamada así por algunos autores) ha tenido también tratamiento resonante de una omisión completa de separación enteramente categórica.

Doilance (1946) clasificó a las hendiduras en seis grupos.

I.- Hendidura submucosa (mucosa o insuficiencia congénita de paladar blando).

II.- Hendidura de paladar blando.

III.- Hendidura de paladar duro y premaxila.

IV.- Hendidura completa simple (labio unilateral, mandíbula y hendidura de paladar.

V.- Hendidura completa doble (labio bilateral, mandíbula y paladar).

VI.- Hendidura completa bilateral.

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

CLASIFICACION DE VEAU, DAVIS Y RITCHIE.

Hasta hace 10 años la clasificación más popular de sistemas era de la Veau, Davis y Ritchie, esto es interesante para el número de libros sobre paladar hendido que se han publicado, estas dos clasificaciones pueden ser usadas como ejemplos de algunos de los problemas representados por viejos sistemas.

Grupo III.- Hendiduras primario y secundario.

1.- Unilateral derecho o izquierdo.

A).- Total.

B).- Subtotal.

2.- Medio.

Bilateral.

En 1973 Ingolf Koblin de la Universidad de Dusseldorf propuso la clasificación de hendiduras medianas y pseudomedianas de paladar primario. El reconoció la verdadera hendidura media la cual describe como (un deficiente desarrollo y penetración de el mesodermo central).

La hendidura Pseudomediana como (la ausencia del mesodermo central causando un defecto de unión de las estructuras). Y era como observar hendiduras unilaterales y bilaterales asociadas con hemiplastias y aplasia de la premaxila.

William de Myer profesor de neurologia de la Universidad de Indiana realizó en 1971, un estudio sobre hendiduras medias el noto la diferencia y separo síndromes de anomalías faciales asociadas con hendiduras medias completas de labio.

I.- Síndrome de hendidura media de labio con hipoti-
rodismo Orbital.

II.- Síndrome de la hendidura media a la cara con hiper-
telorismo.

En 1968 el subcomité de labio y/o paladar hendido. -
De la Confederación Internacional de Cirugía Plástica y Recong-
tructiva aprobó una clasificación, la cual esta basada en prin-
cipios embriológicos.

Clasificación de Kernahan y Stark.

Hendiduras solamente de paladar primario.

Unilateral (Derecho e Izquierdo).

Total.

Subtotal.

KERNAHAN

TERMINOS SUSTITUTOS.

COMPLETO E INCOMPLETO DE UN EXTREMO A OTRO.

MEDIO.

TOTAL (PREMAXILA RUDIMENTARIA).

BILATERAL.

TOTAL SUBTOTAL.

HENDIDURA SOLAMENTE DEL PALADAR SECUNDARIO.

TOTAL.

SUBTOTAL SUBMUCOSA.

HENDIDURAS DE PALADAR PRIMARIO Y SECUNDARIO.

UNILATERAL (DERECHO E IZQUIERDO).

TOTAL.

SUBTOTAL.

MEDIO TOTAL.

SUBTOTAL.

BILATERAL.

TOTAL.

SUBTOTAL.

CLASIFICACION DE LA ASOCIACION AMERICANA DE PALA
DAR HENDIDO (A C P A).

HENDIDURAS DEL PREPALADAR.

HENDIDURAS DEL LABIO.

UNILATERAL.

DERECHO, IZQUIERDO.

EXTENSION EN TERCEROS.

BILATERAL.

DERECHO, IZQUIERDO.

EXTENSION EN TERCEROS.

MEDIO.

EXTENSION EN TERCEROS.

PROLABIO.

CHICO, MEDIANO, GRANDE.

CICATRIZ CONGENITA.

DERECHO, MEDIO, IZQUIERDO.

EXTENSION EN TERCEROS.

HENDIDURAS DE PROCESO ALVEOLAR.

UNILATERAL.

DERECHO, IZQUIERDO.

EXTENSION EN TERCEROS.

BILATERAL.

DERECHO, IZQUIERDO.

EXTENSION EN TERCEROS.

MEDIO.

EXTENSION EN TERCEROS.

SUBMUCOSA.

DERECHO, IZQUIERDO, MEDIO.

HENDIDURAS DEL PREPALADAR.

ALGUNA COMBINACION PROCEDENTE DE OTROS TIPOS.

PREPALADAR EN PROTUSION.

PREPALADAR EN ROTACION.

PREPALADAR ARREST. (HENDIDURA MEDIA).

HENDIDURA DE PALADAR.

HENDIDURA DE PALADAR BLANDO.

EXTENSION.

POSTEROANTERIOR EN TERCERO.

ANCHURA (MAXIMA EN MM).

PALADAR CHICO.

NINGUNO PEQUEÑO MODERADO MARCADO.

INDICACIONES IMPORTANTES PARA UNA CLASIFICACION
ESTANDARIZADA.

El tiempo para estar de acuerdo en algunas clasificaciones morfológicas estandarizadas.

La necesidad para un método Universal para reportar-descubrimientos ha sido argumentada cerca de quince años y algunos individuos y grupos han ensayado producir patrones aceptables.

Entre las clasificaciones que han sido publicados al final de los diez años aparecen ser más similares en la organización básica que en la diversidad, pero ha tenido que proponer el acuerdo, reconociendo la fuerza y la habilidad sobre la clasificación de la asociación de paladar y labio hendido.

Kernahan y Stark: recomiendan que estos podrían ser usados en anomalías físicas básicas.

Al final de los primeros niveles de descripción los términos de una clasificación pueden ser transferidos a otros.

Esto sería la especificación de hendidura de paladar primario incluyendo los grados en ambos labios y en el proceso alveolar.

Habría una especificación de paladar hendido o paladar secundario incluyendo en los dos paladares en el duro y en el blando.

Las hendiduras que abarcan los paladares primario y secundario todavía necesitan una especificación relativa a estos dos sistemas de desarrollo mental.

Al final de este nivel básico, los científicos y clínicos usarían algún rigor y consistencia en las observaciones de acuerdo con estos patrones y activamente resistir el uso -- tradicional o estructural estrictamente de forma local.

Las instituciones deberían enfatizar en este plan, así los estudiantes aprenderían el uso del material como práctica de su práctica profesional.

Esto sería un sentimiento de importancia de un método estandar para recordar las observaciones en un orden con niveles de generalización siguiéndose cada uno.

Si el paciente tiene por ejemplo una hendidura en el labio, esto sería primeramente reportado como hendidura del - prepaladar por lo tanto del labio, esta extendido de un lado - en particular y posiblemente otras subdivisiones, según así se consideran apropiadas o necesarias.

En suma Total debe una oportunidad para aportar detallada y diversamente también como las generalizaciones.

Nosotros sabemos lo suficiente acerca de que constituye las observaciones críticas para limitar todos los reportes fijos a un mínimo de cambios aceptables.

HENDIDURAS SUBMUCOSAS.

EXTENSION EN TERCEROS.

HENDIDURAS DE PALADAR DURO.

EXTENSION.

POSTEROANTERIOR EN TERCERO.

ANCHURA MAXIMA EN MM.)

UNIDO AL YOMER.

DERECHO, IZQUIERDO, AUSENTE.

HENDIDURAS SUBMUCOSAS.

EXTENSION EN TERCEROS.

HENDIDURAS DEL PALADAR DURO Y BLANDO.

HENDIDURAS DEL PREPALADAR Y PALADAR.

ALGUNAS COMBINACIONES DE HENDIDURAS INFERIORES DESCRITAS.

HENDIDURAS DEL PREPALADAR Y PALADAR.

OTRAS HENDIDURAS FACIALES DE PREPALADAR Y PALADAR.

En 1966 MC. CABE sugirió un proceso de clasificación de labio y/o paladar hendido basada en la clasificación A.C. P.A., con modificaciones, con un propósito específico, en la cual habría un método para reportar observaciones morfológicas en detalles considerables usando, terminología estandarizada y un sistema de codificación Universal.

----- CODIGO MANUAL-----		
COLUMNA		FILA
NUMERO	IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
1-6	FECHA	
7-10	NUMERO DE IDENTIFICACION CLINICA	
11	(OMITIR)	
1-22	HOSPITAL Y NUMERO DE IDENTIFICACION	
23	(OMITIR)	

HENDIDURAS DEL PREPALADAR.

24 HENDIDURAS UNILATERALES,	0	1/3
DEL LABIO DERECHO.	1	2/3
	2	3/3
25 HENDIDURAS UNILATERALES	0	1/3
DEL LABIO IZQUIERDO.	1	2/3
	2	3/3
26 HENDIDURAS BILATERALES	0	1/3
DEL LABIO DERECHO.	1	2/3
	2	3/3
27 HENDIDURAS BILATERALES	0	1/3
DEL LABIO IZQUIERDO.	1	2/3
	2	3/3
28 HENDIDURA MEDIA	0	1/3
DEL LABIO .	1	2/3
	2	3/3
29 PROLABIO .	0	CHICO
	1	MEDIANO
	2	GRANDE
30 CICATRIZ CONGENITA	0	1/3
- DEL LABIO DERECHO .	1	2/3
	2	3/3
31 CICATRIZ CONGENITA	0	1/3
DEL LABIO IZQUIERDO .	1	2/3
	2	3/3
32 ANCHURA DE LA HENDIDURA	0	2mm
DEL LABIO (PUNTA ANCHA)	1	6mm

	2	10mm
	3	14mm
	4	18mm
	5	22mm
	6	26mm
	7	30mm
	8	DATOS INDISPENSABLES
	9	DESCONOCIDO
33 HENDIDURA UNILATERAL	0	1/3
DEL PROCESO ALVEOLAR DERECHO	1	2/3
	2	3/3
34 HENDIDURA UNILATERAL	0	1/3
DEL PROCESO ALVEOLAR IZQUIERDO	1	2/3
	2	3/3
35 HENDIDURAS BILATERALES	0	1/3
DEL PROCESO ALVEOLAR DERECHO	1	2/3
	2	3/3
36 HENDIDURA BILATERAL	0	1/3
DEL PROCESO ALVEOLAR IZQUIERDO	1	2/3
	2	3/3
37 HENDIDURA MEDIA DEL	0	1/3
PROCESO ALVEOLAR	1	2/3
	2	3/3
38 HENDIDURA SUBMUCOSA	0	DERECHO
DEL PROCESO ALVEOLAR	1	IZQUIERDO
	2	MEDIO

39 ANCHURA DE LA SUBMUCOSA	0	2mm
DEL PROCESO ALVEOLAR	1	7mm
(PUNTA MAXIMA)	2	10mm
	3	14mm
	4	18mm
	5	22mm
	6	26mm
	7	30mm
	8	DATOS INDISPONIBLES
	9	DESCONOCIDO
40 HENDIDURA UNILATERAL	0	1/3
DEL PREPALADAR DERECHO	1	2/3
	2	3/3
41 HENDIDURA UNILATERAL	0	1/3
DEL PREPALADAR IZQUIERDO	1	2/3
42 HENDIDURA BILATERAL	0	1/3
DEL PREPALADAR DERECHO	1	2/3
43 HENDIDURA BILATERAL	0	1/3
DEL PREPALADAR IZQUIERDO	1	2/3
44 HENDIDURA MEDIA	0	1/3
DEL PREPALADAR	1	2/3
	2	3/3
45 PREPALADAR EN PROTUSION	0	NADA
	1	PEQUEÑO
	2	MODERADO
	3	MARCADO

46 PRPALADAR EN ROTACION

0 NADA
1 PEQUENO
2 MODERADO
3 MARCADO

47 PREPALADAR IMPEDIDO

(HENDIDURA MEDIA)

0 NADA
1 PEQUENO
2 MODERADO
3 MARCADO

48 ANCHURA DE LA HENDIDURA

DEL PREPALADAR (PUNTA ANCHA)

0 2mm
1 6mm
2 10mm
3 14mm
4 18mm
5 22mm
6 26mm
7 30mm

8 DATOS INDISPONIBLES
9 DESCONOCIDO

HENDIDURA DEL PALADAR

49 HENDIDURA DEL PALADAR DURO

(POSTERIOR, ANTERIOR, DIRECCION)

0 1/3
1 2/3
2 3/3

50 PALADAR CHICO

0 NADA

- 1 PEQUEÑO
- 2 MODERADO
- 3 MARCADO

COMO HACER UNA CLASIFICACION

En el trabajo clínico, así como en la investigación hay necesidad de aclarar la terminología ambigua y la recolección de datos más simples es impedida si no hay método estandarizado de clasificación o categorización de información, la duplicación de las observaciones de la piedra angular y para la confirmación, pero la observación no puede ser entendida, - dejando sólo la duplicación al menos que los descubrimientos originales sean reportados en una forma que sea comprensible a otros investigadores.

Una clasificación representa un diagrama o esbozo de la relación entre datos.

Apropiadamente hecha una buena clasificación es más - que un ejercicio, esto no podía mejorar solamente el entendimiento del sujeto, pero estimularía más la adquisición del conocimiento.

Una clasificación escasa confundiría y enganaría en el campo del estudio científico y estructural, la clasificación - es una armazón para el entendimiento de una relación de las partes.

Para que el conocimiento pueda ser representado a una futura información se agregue y se provea oportunamente para los niveles de abstracción, el apropiado conocimiento de las necesidades de las personas que lo usen.

PRECISION.

Casi todas las clasificaciones previas han reconocido

que el paladar hendido sigue una progresión en el aumento de -
implicación de una hendidura de la úvula a la completa.

HENDIDURA DEL PALADAR DURO Y BLANDO.

La habilidad para reflejar grados de implificación -- varía entre la clasificación, pero la verdad básica de esta observación estuvo reflejada en muchos patrones de clasificación.

La insercción alveolar, sin embargo presentó proble-- mas únicos, el autor conceptulizó el proceso como una parte del paladar, su clasificación podría entonces mostrar cierto aumento por agregación de la hendidura alveolar a las hendiduras -- existentes del paladar duro y blando.

Desde la hendidura anterior y posterior al foramen incisivo son relativamente independientes, esta clasificación reflejaría una realidad si se omite la posibilidad de registrar hendiduras cuando existan.

En el mismo camino otros hechos obervables deben ser capaces de encontrar un lugar lógico en la clasificación.

Por razones de simplificación la estimulación, quizá no ha sido hecha para todas las condiciones posibles.

Las hendiduras submucosas, también muy seguidas son - omitidas de las clasificaciones.

COMPLEJIDAD.

La casi infinita variedad de diferencias de estructura y de defectos entre personas con hendiduras han sido gráficamente detallados por KOEP-BAYER.

Los más contiguos, las partes con el Vomer, la cavidad

nasal y la mandíbula. Las más complicadas es la tarea de conceptualización a un patrón y prever un método para recordar -- observaciones.

FACED con el anhelo de incluir todas las variaciones posibles de defectos.

El clasificó e ideó un enorme y no manejable sistema que podría todavía no contener todas las condiciones observables.

Una monumental colaboración quizá mande con respecto a sus colaboradores, pero nunca fué aceptada.

Esta probablemente nos enseñe que como debería ser -- para la esencia de un buen sistema claro y relativamente simple así la clasificación podría incorporar la capacidad a un sentido generalizado también como la posibilidad de una excelente incorporación.

LENGUAJE.

Palabras y lenguaje pueden ser apropiadamente patrones considerados para el pensamiento.

La gente tiende a tener confianza en nosotros símbolos verbales como representaciones de un mundo de verdad.

Ellos se aceptarían como realidad algún concepto que puede ser expresado y aceptado a un nivel específico con un equivalente a una evidencia axiomática como existían las referencias similarmente es difícil para muchas personas conceptualizar un hecho o condición a menos que este en su nivel.

Nosotros tendremos que percibir información solamente en un patrón conceptual para esto. Extrae patrones con las más convenientes y representativas por palabras.

CAPITULO IV.

LA IMPORTANCIA DEL CIRUJANO-DENTISTA EN PACIENTES CON LABIO - PALADAR HENDIDO.

- 1.- DATOS (ODONTOPEDIATRICOS).
 - A).- DIAGNOSTICO CLINICO (CIRUJANO DENTISTA)

- 2.- ANOMALIAS DENTARIAS CONGENITAS.
 - A).- DE NUMERO
 - B).- DE FORMA
 - C).- DE ERUPCION
 - E).- DE TAMAÑO
 - F).- DE POSICION

- 3.- RELACION ENTRE LOS DIENTES Y HENDIDURAS.

- 4.- CUANDO EL CIRUJANO DENTISTA TRABAJA CON _
PACIENTES CON HENDIDURAS.

- 5.- COMO MANEJAR LA FISTULAS NASOGINGIVALES
EN RELACION A LA CLASIFICACION. (HENDIDURA).

El odontopediatra tiene una responsabilidad definida para el paciente con paladar y labio hendido, con el objeto de mantener los dientes y las estructuras de soporte en condiciones óptimas de salud.

Aunque la restauración de un diente con caries no parece ser tan importante, ni tan dramática como la reparación quirúrgica de un labio o paladar hendido o como la elaboración de un aparato protesico para el lenguaje o la corrección de la maloclusión, podría ser igualmente importante para el paciente, porque sin una dentición y estructuras de soporte sanas y en buenas condiciones, los esfuerzos de los diferentes especialistas involucrados en la habilitación podrían ser afectados en diversos grados.

DIAGNOSTICO.

Es importante recordar que a través del diagnóstico y el desarrollo de un programa de tratamiento realista, se puede llegar con éxito al tratamiento dental del paciente con labio y paladar hendido

Al hacer el diagnóstico el odontopediatra deberá reconocer los siguientes aspectos:

- 1.- El desarrollo de los dientes y arcadas.
- 2.- Los factores etiológicos y condiciones que producen las maloclusiones.
- 3.- Las causas de las condiciones patológicas comunes observables en la cavidad bucal.
- 4.- La necesidad para un buen programa nutricional.

5.- El efecto de las endocrinopatías sobre los dientes y estructuras orales.

6.- Las condiciones sistemáticas generales y su insuficiencia sobre los dientes y las estructuras de soporte.

En el diagnóstico clínico deberá obtener los siguientes datos.

- 1.- Condiciones de oclusión
- 2.- El número de las -nidades dentarias presentes y su alineación entre sí.
- 3.- El número de dientes cariados.
- 4.- Presencia de dientes supernumerarios número y lo calización topográfica.
- 5.- Dientes ausentes congénitos.
- 6.- Dientes hipoplásicos.
- 7.- Dientes con morfología dentaria anormal.
- 8.- Condiciones de los tejidos blandos.
- 9.- La relación de los dientes permanentes no erupcionados con los dientes temporales, observándose la resorción de las raíces esta progresando de una manera normal y en secuencia correcta.

En la mayoría de los casos, es deseable tener un par de modelos de estudio, para asistir al odontopediatra en el diagnóstico, así como en la formulación de un buen plan de --tratamiento. Los estudios radiológicos (series radiográficas completaperiapicales, pantomográficas, radiografías oclusales, cefalogramas laterales), son de gran utilidad para apreciar el desarrollo y condiciones de la dentición.

Los procedimientos terapéuticos aportados por el o--dontopediatra en el tratamiento del paciente con labio y paladar hendido no varían de aquéllos instituidos en pacientes de otra índole.

ANOMALIAS DENTARIAS CONGENITAS.

1.- De número.

- A).- Dientes ausentes congenitamente.
- B).- Dientes supermunerarios.

2.- De forma.

- A).- Morfología dentaria anormal. Existen ya diversas formas específicas de morfología dentaria anormal ya descritas en forma determinante para el paciente con labio y paladar hendido en la población mexicana.

3.- De erupción.

- A).- Erupción prematura.
- B).- Erupción retardada.
- C).- Sobre erupción dentaria (generalmente de -- los dientes anteriores inferiores, por falta de contacto con Antagonista, Migración o Extrusión).

4.- De tamaño.

- A).- Microdoncia.
- B).- Macrodoncia.

5.- De estructura.

- A).- Hipoplásicas.

6.- De posición.

- A).- Mal posiciones dentarias.

Las malformaciones dentarias en las últimas décadas han sido importantes en su estudio continuo, tanto el médico como - el dentista tienen un interés primordial, en estas malformaciones dentarias.

LAS RELACIONES ENTRE LOS DIENTES Y LAS HENDIDURAS

Es de suma importancia la relación que existe entre los dientes y las hendiduras, dependiendo del tipo de clasificaciones que ya están establecidas.

Se presentan anomalías dentofaciales.

1.- Labio y Paladar Hendido Unilateral

A).- Segmento maxilar mayor.

Protuido

Retruído

Colapsado

B).- Segmento maxilar menor,

Colapsado

2.- Labio y Paladar Hendido Bilateral.

A).- Premaxila

Protuida

Retruída

Rotada

Flotante

B).- Segmentos maxilares.

Colapsados

3.- Labio y Paladar Hendido (uní o bilateral).

A).- Rotación de los bordes anteriores de los segmentos maxilares hacia arriba, siguiendo a la línea de la hendidura.

B).- Hipodesarrollo del tercio medio facial.

C).- Falta de Continuidad del proceso alveolar.

D).- Pseudoprognatismo

E).- Hueso basal insuficiente

F).- Mordidas cruzadas.

G).- Colapsos maxilares

Esta secuencia de datos es con la finalidad de conocer la relación que existe entre los dientes las clasificaciones de hendiduras.

Cuando el dentista trabaja con un paciente con hendiduras como puede identificar topográficamente las estructuras anatómicas presente.

En este aspecto es importante el tipo de hendidura - para poder identificar las estructuras presentes, existen hendiduras labiales aisladas unilaterales o bilaterales que no interfieren con el proceso alveolar únicamente involucran tejidos blandos.

Cuando la hendidura labial se combina con la hendidura del proceso alveolar hendido (FL + PAH) unilateral o bilateral al paladar primario el cual presenta un punto de delimitación con el paladar secundario, esto es el agujero palatino anterior.

En los casos de labio y paladar hendido (uni o bilateral completo o incompleto) podemos identificar diferentes puntos topográficos involucrados en las hendiduras como son:

- A).- Narinas - Alas Nasaes
- B).- Columnela
- C).- Vomer
- D).- Segmentos maxilares (mayor o menor)
- E).- Premaxila
- F).- Segmentos palatinos

El cirujano dentista puede cooperar en una clínica - de labio y paladar hendido conociendo en realidad estos puntos topográficos.

COMO MANEJAR LAS FISTULAS NASOGINGIVALES
(DEL SULCUS) EN RELACION A LA
CLASIFICACION.

Generalmente las fístulas nasogingivales (del Sulcus) están directamente en relación con el tipo de hendidura labial (completa o incompleta) y su localización topográfica (derecha o izquierda) unilateral o bilateral las fistulas gingivales involucran unicamente el área del SULCUS en relación al piso nasal, y generalmente se producen por el mal manejo quirúrgico en la formación del piso nasal.

Su manejo puede ser:

- A).- Quirúrgico
- B).- Protésico

En el manejo Protésico es donde el dentista deberá - conocer la clasificación para poder determinar sus límites para la adaptación del aparato.

Clinicamente el dentista puede aplicar la clasificación de la siguiente manera:

- A).- Para comunicarse con otros especialistas integrantes de la clínica de labio y paladar hendido.
- B).- Para ordenar los estudios de laboratorio
- C).- Para ordenar el estudio Radiográfico
- D).- Para reportar los datos en la historia clínica-Odontológica.

Los tejidos blandos pueden tener relación con el dentista en un paciente con labio y paladar hendido.

Debemos tener en cuenta la necesidad de contribuir en este problema completo, que interfiere con el desarrollo normal del macizo craneo facial alternando la estética y la función.

El Odontologo debe recordar o actualizar sus conocimientos.

Sobre las estructuras oseas son las que mantienen en armonía los tejidos blandos del complejo craneo facial.

Debido a la falta de fusión de los tejidos blandos y oseos, total o parcialmente) se producen alteraciones que afectan al individuo desde la etapa Neonatal.

Es importante el papel que desempeña el pediatra y el odontopediatra, constituyen conjuntamente en un trabajo coordinado, el equipo puede contribuir a una habilitación integral en este tipo de paciente de labio y paladar hendido.

CAPITULO V.

TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO.

A).- ESPECIALIDADES QUE CONSTITUYEN SU TRATA- MIENTO.

- 1).- PEDIATRIA CIRUGIA (QUIRURGICO)
- 2).- ESPECIALIDADES MEDICAS
- 3).- ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
- 4).- ESPECIALIDADES PARAMEDICAS

B).- APARATOLOGIA.

- 1).- ORTOPEDIA MAXILAR
- 2).- PROTESIS
- 3).- PROSTODONCIA

TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO.

En las últimas décadas, el tratamiento del paciente con labio y paladar hendido ha sufrido grandes cambios desde los tiempos en que la cirugía era el tratamiento de elección para estos pacientes, hasta la actualidad, donde el paciente es sometido a múltiples disciplinas para poder obtener una rehabilitación integral que le permita integrarse a la sociedad con mayor seguridad.

En la actualidad el tratamiento integral se efectúa en clínicas de labio o paladar hendido, o bien en grupos de especialidades coordinando sus actividades a manera de equipo. Con el fin de ofrecer al paciente mejores resultados en su rehabilitación.

Las diferentes especialidades que constituyen una clínica de labio y paladar hendido.

- 1.- Pediatría Cirugía (Pediátrica y Reconstructiva)
- 2.- Especialidades Médicas: Genéticas O.N.G. (Audiología) Psiquiatría, foniatría, Radiología.
- 3.- Especialidades Odontológicas: Odontopediatría, Ortopedia Maxilar, Ortodoncia, Prostodoncia, Cirugía Bucal.
- 4.- Especialidades Paramédicas: Terapia del Lenguaje Psicología, Orientación Nutricional, Audiovisual, Personal de Enfermería, Técnicos en Laboratorio Dental.

Alteraciones funcionales en el paciente con labio y paladar hendidos.

- A).- Succión
- B).- Deglución
- C).- Respiración
- D).- Voz
- E).- Lenguaje

La mayor parte de labio y paladar hendido puede ser reparados quirúrgicamente con excelentes resultados estéticos y funcionales, es costumbre operar antes de que el paciente alcance el mes de edad, o en momento que ha recuperado su peso natal y sigue aumentando.

Preocupan considerablemente los efectos físicos y psicológicos de paladar hendido sobre el paciente.

Resulta difícil comer y beber debido a la regurgitación de los alimentos y líquidos hacia la nariz.

El problema fonético también es grave y tiende a aumentar el trauma mental experimentado por el paciente.

En la mayor parte, la cirugía corrige el paladar hendido. La operación destinada a cerrar la hendidura no se suele realizar hasta que el paciente haya alcanzado los 18 meses de edad.

En esta época, no se han establecido aún los hábitos fonéticos definitivos, pero ya hay maduración suficiente para que al menos los peligros de interferencia grave sobre los centros de crecimiento sean mínimos.

APARATOLOGIA EN PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO.

Ortopedia Maxilar.

Me Neil de la Universidad de GLASGOW, fué el primer--
ro en sugerir e insistir el tratamiento ortopédico maxilar en
pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido en el - -
año 1954.

Desde entonces en Europa y en todo el mundo, muchas -
clínicas han incluido en sus programas el uso de dicho trata--
miento.

Generalmente para el médico y para muchos dentistas-
el tratamiento ortopédico maxilar, tiene por objeto mejorar -
únicamente la alimentación del paciente, esto es erróneo ya -
que " La placa de Contensión " tiene múltiples objetivos que
cumplir, pero a la vez ofrece muchos beneficios para el pa- -
ciente.

En el aspecto de alimentación, la placa de contensión
mejora la alimentación, ya que permite a la lengua efectuar -
los mecanismos compensatorios de la succión. Ofreciendo mayor
apoyo, las regurgitaciones también se incluyen o desaparecen.

PROTESIS.

PROSTODONCIA.

C O N C L U S I O N E S

Las malformaciones congénitas constituyen un reto para el médico como para el dentista, y sin embargo no existe nada más reconfortante para estos, que el poder aportar su -- contribución en la habilitación de los pacientes con este tipo de problema.

Esta anomalía congénita está considerada como una de las más frecuentes, su incidencia varía según los diversos -- grupos étnicos y clases socioeconómicas pudiendo ocurrir en -- cualquiera de esta.

Puede presentarse en cualquiera de sus manifestaciones (SINDACTILIA, POLIDACTILIA, CARDIOPATAS ETC.

En algunas ocasiones se le considera parte de síndrome ROBIN KLIGEL FEIL ETC.).

Se han observado que la mayoría de los casos se presenta en hombres que en mujeres y que su lado de preferencia es el lado izquierdo.

Embriológicamente, se considera que el período crítico para la formación de labio y paladar hendido, comprende -- entre la doceava semana de la vida intrauterina que es cuando se fusionan normalmente estas estructuras orofaciales.

Durante la 4' y 7' semana se fusiona el paladar primario, integrado por el labio y el proceso alveolar, entre la 8' y 12' semana se fusiona el paladar secundario formado por el paladar duro y blando.

El punto de delimitación entre el paladar primario y

secundario lo constituye el agujero palatino anterior.

Mucho se ha descrito sobre la ETIOLOGIA de esta malformación y ha sido objeto de múltiples polémicas y estudios de investigación.

Se han reportado en la investigación gran cantidad de factores TERATOGENICOS, pero en realidad no se puede determinar el factor directo causante de esta anomalía.

Es de vital importancia que el dentista tenga los conocimientos acerca de todas las malformaciones congénitas, ya que en su práctica diaria se presentan estos tipos de problemas.

El fin que me llevo a desarrollar esta TESIS es que - el cirujano dentista le interese y tome en cuenta que existen diferentes tipos de clasificaciones de labio y paladar hendido.

El pediatra y el odontopediatra juegan un papel importante en la habilitación del niño con labio y paladar hendido.

La alimentación neonatal deberá ser dirigida por el pediatra, el uso de aparatos ortopédicos maxilares, ciertamente mejoran las condiciones de alimentación (compensan la succión y deglución) pero no pueden ser insertados en todos los casos.

El trabajo coordinado, en equipo puede contribuir a una mejor habilitación integral del paciente.

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

- 1.- CLEFT LIP AND LIP PALATE
SURGICAL, DENTAL, AND SPEECH ASPECTS.
BY 71 AUTHORS.
- 2.- EARLY TREATMENT OF CLEFT LIP AND PALATE
EDITED BY RUDOLF HOTZ. M.D.
- 3.- A SIMPOSIUM ON CLEFT PALATE AND OTHER CRANEOFACIAL
ANOMALIES.
MARCH 9-13, 1970.
- 4.- 2ND. INTERNATIONAL, CONGRESS ON CLEFT PALATE.
COPENHAGEN, DENMARK
AUGUST 28-31, 1973.
- 5.- THE CLEFT PALATE JOURNAL
AN INTERNATIONAL JOURNAL OF CRANEOFACIAL ANOMALIES
PUBLICATION OF THE AMERICAN CLEFT PALATE ASSOCIATION
- 6.- CLEFT PALATE AND SPEECH
MURIEL E. MORLEY
SEVENTH EDITION
E LIVINGSTONE.
- 7.- PATOLOGIA ORAL
THOGIA
- 8.- ODONTOPEDIATRIA
FINN.
- 9.- CLEFT PALATE
FOGH - ANDERSSEN.

10.- CLEFT CRAFT.

THE EVOLUTION OF ITS SURGERY

1.- THE UNILATERAL DEFORMITY

2.- BILATERAL AND RARE DEFORMITIES M

MILLARD

LITTLE, BROWN.