

2ej. 35

“ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES”

IZTACALA - U.N.A.M.



CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR

D. G. B. - UNAM

ANOMALIAS Y MALFORMACIONES CONGENITAS DE LABIOS

HUMBERTO JUAN BENET PRIETO



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PROLOGO

Es interesante para todo Cirujano Dentista conocer éste tema, ya que no solo es una parte importante de la patología bucal, sino que tiene una gran relevancia desde el punto de vista preventivo, ya que dicha prevención puede ser realizada por nosotros diariamente en el consultorio dental.

Los labios constituyen la puerta de entrada a la cavidad oral por lo que es requisito indispensable conocerlos perfectamente, para -- después poder determinar o diagnosticar cualquier alteración en el desarrollo de los mismos.

Las anomalías y malformaciones congénitas de labios son desviaciones de una regla general o normalidad. Una gran parte de éstas -- desviaciones son debidas a un ambiente patológico, tal es el caso del -- empleo imprudente o exposición excesiva a los rayos X, que pueden ocasionar graves consecuencias en el desarrollo de las estructuras fetales. Además del efecto de la radiación directa sobre el embrión, debe considerarse las alteraciones indirectas en las células germinales; en realidad se ha comprobado que dosis relativamente pequeñas de radiación, causan mutaciones que rigen la aparición de malformaciones congénitas posteriores. Algunos fármacos han sido reconocidos como agentes teratógenos, como ciertos tranquilizantes, antimetabolitos y antihistamínicos. También factores hormonales, como las alteraciones producidas por un intenso stress emocional durante el embarazo, que aumentan la secreción de hormonas corticosuprarrenales. Otros factores causales son: deficiencias nutritivas, hipoxia, edad de la madre, embarazos múltiples, defectos uterinos, enfermedades infecciosas y traumatismos a la madre gestante. Otra parte importante de éstas desviaciones son de carácter hereditario, es decir, se transmiten de padres a hijos. Aquí también incluimos síndromes como la trisomía D₁ o síndrome de Patau, trisomía E o síndrome de Edwards que además de presentar labio leporino tienen otras alteracio

nes.

Dentro de éste trabajo voy a explicar la anatomía labial, la constitución de los diferentes tejidos que los forman, es decir, su histología y su formación embrionaria. Posteriormente haré un recuento de los factores etiológicos, medidas preventivas, clasificación y estudio de los trastornos del desarrollo que los afectan y mencionaré el tratamiento de cada uno de ellos.

Una de las motivaciones que me impulsaron a tratar éste tema, es sin duda alguna la importancia e interés que siento hacia él, como una forma de advertir al odontólogo la importancia de las medidas preventivas que puede tomar dentro de su práctica diaria para evitar que éste siga sucediendo. También me doy cuenta de que para el tratamiento de esta clase de paciente no solo es necesaria la participación del Cirujano Dentista, sino de todo un equipo que incluye al Cirujano Plástico, Otorrinolaringólogo, Psicólogo, Fonoiatra, así como Trabajadora Social para lograr su completa rehabilitación. Creo además que hay poco conocimiento o interés de los estudiantes que cursan la carrera de Odontología, quizás por falta de motivación propia o de sus profesores hacia el estudio profundo de éste tema.

Tratando de aportar un poco de mi esfuerzo para subsanar ésta deficiencia, ruego al Jurado perdone los errores de que adolezca éste trabajo.

SUMARIO

	PAG.
PROLOGO	
CAPITULO I.- Anatomía Labial	2
CAPITULO II.- Histología Labial	18
CAPITULO III.- Embriología Labial	20
CAPITULO IV.- Etiología de Anomalías y Malformaciones Congénitas de Labios	23
a) Prevención	28
CAPITULO V.- Clasificación de Anomalías y Malformaciones Congénitas de Labios	30
CAPITULO VI.- Heridura Labial	
a) Características Clínicas	31
b) Tratamiento	33
CAPITULO VII.- Heridura Facial Oblicua	
a) Características Clínicas	35
b) Tratamiento	37
CAPITULO VIII.- Astomia, Microstomia y Macrostomia	
a) Características Clínicas	38
b) Tratamiento	40
CAPITULO IX.- Fístulas Labiales	
a) Características Clínicas	41
b) Tratamiento	43
CAPITULO X.- Labio Doble	
a) Características Clínicas	44
b) Tratamiento	45
CAPITULO XI.- Pretillo Labial Anormal	
a) Características Clínicas	46
b) Tratamiento	48
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51

ANATOMIA LABIAL

La pared anterior de la boca está formada por dos repliegues músculo-membranosos, blandos, depresibles y móviles llamados labios, los cuales circunscriben el orificio bucal.

El labio inferior es generalmente de menor amplitud y movilidad que el inferior.

En los individuos de raza blanca, los labios tienen una orientación vertical. La protrusión, con o sin eversión, puede estar condicionada a un factor racial, mientras que la inversión se observa en las personas que han perdido los dientes anteriores.

Se consideran en su estudio: cara anterior, cara posterior, - borde adherente, borde libre y dos comisuras.

Cara Anterior: se halla recubierta por piel, y presenta las siguientes particularidades. En el labio superior se encuentra un surco medio subbasal o philtrum, de forma triangular, cuyo vértice arranca del sublabio y la base termina en el borde libre del labio en una prominencia llamada tubérculo labial superior, especialmente desarrollado en los niños. Sobre la piel del labio superior, existe una superficie tapizada de vello en los niños y en la mujer. En el hombre, dicha superficie se encuentra cubierta de pelo y se la conoce como bigote. (Fig. 1)

El surco nasolabial o nasogeniano, que desciende oblicuamente del ala de la nariz hasta el ángulo de la boca o comisura, separa visiblemente el labio superior de la mejilla.

En el labio inferior, por debajo de la unión mucocutánea, aparece una fosita media con abundantes folículos pilosos, llamada mosca, y un surco mentolabial, convexo hacia arriba, que lo separa del mentón. En los ancianos resalta el surco labiomarginal, producido por la contracción de los músculos depresores del ángulo bucal o comisura.

Cara Posterior: relacionada con los arcos gingivodentarios, - la cara posterior o mucosa es de aspecto liso y coloración rosada.

Borde Adherente: representa el límite periférico de los labios.

Por el lado de la cara el borde adherente del labio superior corresponde al extremo inferior del tabique nasal, al ala de la nariz y arco nasolabial o nasogeniano.

El borde adherente del labio inferior corresponde al arco mento labial.

Por el lado de la cavidad bucal, el borde adherente de ambos labios está marcado por el pliegue gingivolabial, es decir por la flexión de la mucosa de la cara posterior de los labios sobre las encías. Se encuentra interrumpido en la línea media, tanto arriba como abajo, por un repliegue mucoso sagital o frenillo labial, ocasionalmente prolongado hasta la mucosa gingival.

Los frenillos son haces de tejido fibroso, de grosor y extensión variable, cubiertos por la mucosa oral. La hipertrofia de los frenillos, más frecuente en el superior, puede motivar alteraciones estéticas, como diastemas interincisivos y eventualmente perturbar las restauraciones protéticas o los tratamientos ortodóncicos.

En el adulto, el frenillo labial superior se inserta a 1 cm. por arriba del borde de la papila gingival interincisiva labial, aunque a veces se prolonga hasta la misma papila, o inclusive se fusiona con la papila palatina, tal como ocurre en el foto y en el recién nacido.

El frenillo labial mandibular es de escaso desarrollo y en los casos de hipertrofia provoca trastornos similares a los descritos en el frenillo labial superior.

En algunos dentados con marcada atrofia alveolar, los frenillos se implantan a nivel del reborde residual, circunstancia que dificulta la adaptación correcta de una prótesis completa.

Borde Libre: de coloración rosa o rosado, se presenta como una línea regularmente curva que lo separa de la piel, aunque por detrás se confunde con la mucosa vestibular. En el labio superior se halla el tubérculo labial, limitado lateralmente por dos depresiones, mientras que en el labio inferior existe una depresión media y dos convexidades que no adaptan al labio superior. El borde libre está cubierto por una mucosa carente de glándulas mucosas, por lo que se reseca fácilmente. Además se halla rícamamente vascularizado y provisto de numerosas terminaciones nerviosas.

Comisuras: la unión de los dos labios a recibido el nombre de comisuras labiales, éstas son enrocujadas musculares. Existe una comisura labial derecha y una izquierda, que se proyectan sobre las caras distales de los caninos.

De la superficie a la profundidad los labios se componen de cuatro capas superpuestas: capa cutánea, muscular, glandular y mucosa.

Capa Cutánea: es gruesa y posee abundantes folículos pilosos con glándulas sebáceas y sudoríparas. Su cara profunda contrae firmes adherencias con los músculos subyacentes. El tejido celular subcutáneo existe únicamente en los confines laterales de la región.

Capa Muscular: constituida por el orbicular de los labios, y por un grupo de fascículos musculares dilatadores que terminan convergiendo alrededor del orificio bucal, que son: canino, buccinator, cuadrado del mentón, elevador común del ala de la nariz y del labio superior, cigomáticos mayor y menor, risorio de Santorini, triangular de los labios y cutáneo del cuello.

Capa Glandular: debajo del plano muscular existe una submucosa compuesta por un tejido celular poco denso, donde se localizan abundantes glándulas salivales, cuyos conductos excretorios se abren en la mucosa labial. Frecuentemente originan quistes mucosos y en otros casos tumores de estirpe variada.

Capa Mucosa: se adhiere firmemente a la capa glandular, que le trasmite un típico aspecto mamelonado.

Desde el punto de vista funcional y quirúrgico, los labios están constituidos por tres planos anatómicos: 1) Plano Cutáneo, - 2) Plano Muscular, 3) Plano Mucoso, formado por una parte interna, en relación con la vertiente labial del vestíbulo y otra porción que recubre el borde libre. La línea cutáneo-mucosa, es decir la unión del borde mucoso con el plano cutáneo, tiene considerable importancia estética.

La reconstrucción de los labios en las anomalías y malformaciones congénitas, así como en lesiones traumáticas, se basa fundamentalmente en la reparación cuidadosa de los planos anatómicos mencionados y, particularmente, en la perfecta sutura del músculo orbicular, para conservar la estética y preservar la motilidad normal.

Irrigación: las principales arterias que irrigan a los labios son las coronarias superior e inferior, rama de la facial, que a su vez deriva de la carótida externa; estas arterias discurren entre las capas muscular y glandular a 7 u 8 mm. del borde libre de los labios. Otros vasos de menor importancia proceden de la suborbitaria, transversal de la cara, bucal, mentoniana y submental.

Las venas son las llamadas coronarias labiales superior e inferior, son subcutáneas y desaguan en la facial y submental, y estas a su vez en la yugular interna.

Los linfáticos del labio superior se vuelcan en los ganglios submaxilares y a veces en los parotídeos inferiores. En ciertos casos, son tributarios de los ganglios submentales y parotídeos preauriculares. Únicamente los linfáticos cutáneos del labio superior drenan, previo cruzamiento de la línea media, en los ganglios de ambos lados.

Los linfáticos del labio inferior terminan en los ganglios submentales y submaxilares. El cruzamiento es normal para los linfáticos cutáneos, pero es poco frecuente para los mucosos.

Estas nociones explican la necesidad del vaciamiento bilateral de los ganglios submaxilares y submentales en el tratamiento quirúrgico del cáncer del labio inferior.

Inervación: los nervios motores provienen del nervio fa
cial o VII par craneal, y los nervios sensitivos son ramas del suborbiu
tario, del mentoniano y del bucal, los cuales a su vez se derivan del
nervio trigémino o V par craneal.

ANATOMIA LABIAL

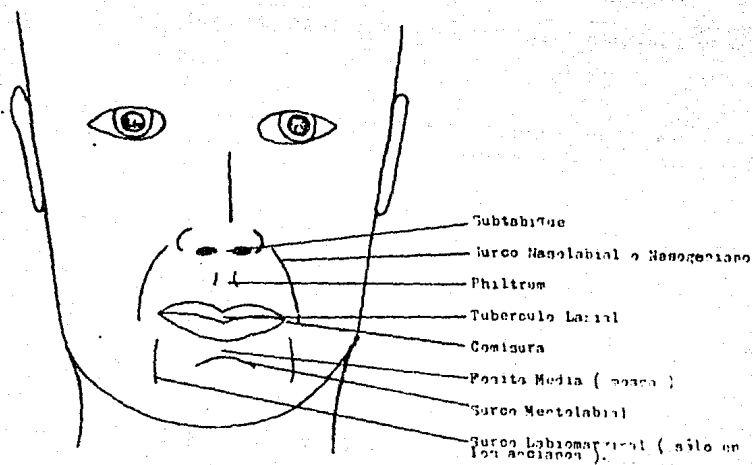


Fig. 1

MÚSCULOS DE LOS LABIOS.

Se estudia como músculos de los labios a los grupos de fibras que tienen funciones opuestas: constrictoras y dilatadoras del orificio bucal. Las primeras constituyen un músculo, el orbicular de los labios.

Las segundas forman el grupo de músculos dilatadores, que tienen una disposición radiada y se disponen en dos planos: superficial y profundo. Dentro de los superficiales encontramos: el elevador común de la nariz y del labio superior, elevador propio del labio superior, cigomáticos mayor y menor, risorio de Santorini, triangular de los labios y borla de la barba. Dentro de los profundos encontramos: capino, cuadrado del mentón y buccinador que se halla recubierto por una aponeurosis que le es propia. (Fig. 2)

Músculos Constrictores.

Orbicular de los labios: se halla situado en el espesor de los labios y más cerca del plano mucoso que del cutáneo. Es elíptico, pues sus fibras rodean concéntricamente todo el orificio bucal. No obstante se considera que muchas fibras terminan en la comisura, razón por la cual se divide en semiorbicular superior e inferior. Además, como la inervación es independiente a derecha e izquierda y para el labio superior e inferior, fisiológicamente tendremos cuatro partes: semiorbicular superior derecho e izquierdo y semiorbicular inferior derecho e izquierdo, que pueden paralizarse independientemente en las lesiones nerviosas.

Este músculo además está compuesto por fibras centrales a las cuales llamaremos orbicular interno, y fibras periféricas, que forman el orbicular externo.

1) Semiorbicular superior: las fibras periféricas, que forman el orbicular externo, se originan en dos puntos: a) en el subtabique, formando un grupo llamado depresor del septo nasal, y b) en la fonsita mirtiforme, constituyendo el haz inclavado superior. Ambas se dirigen a la comisura de los labios.

Las fibras centrales, que forman el orbicular interno, ocupan el borde libre del labio y van de una a otra comisura; su borde interno es libre, pero el externo está recubierto por las fibras periféricas u orbicular externo.

En el semiorbicular superior terminan las fibras de algunos músculos dilatadores como: el elevador común de la nariz y del labio superior, elevador propio del labio superior, cigomático mayor y menor, y fibras irradiadas de los músculos buccinador y triangular de los labios.

2) Semiorbicular inferior: las fibras periféricas nacen a los lados de la sínfisis mentoniana y desde allí se dirigen a la comisura llamada comisura incisiva inferior. Las fibras centrales, lo mismo que en el superior ocupan el borde libre del labio inferior y van de una a otra comisura constituyendo la mayor parte del labio inferior.

En el semiorbicular inferior terminan fibras del cuadrado del mentón y buccinador.

En las comisuras las fibras de los semiorbiculares se cruzan entre ellas y se insertan en la piel y en la mucosa. También terminan allí músculos dilatadores, como: cigomático mayor, triangular de los labios y risorio de Santorini en un plano superficial, y el buccinador y el canino en un plano profundo.

Relaciones: visto en un corte sagital, el semiorbicular superior dispone sus fibras en forma de ángulo abierto hacia arriba y adelante. Se halla más próximo a la mucosa que a la piel.

El semiorbicular inferior tiene una disposición análoga: las fibras se disponen en forma de ángulo abierto hacia abajo y adelante.

Músculos Diladores.

A) Plano superficial.

Elevador común del ala de la nariz y labio superior: es un músculo delgado, ubicado en la profundidad del surco nasogeniano, desde el ángulo interno del párpado hasta el labio superior.

Inserciones: por arriba se inserta en la apófisis ascendente del maxilar superior y en la apófisis orbitaria interna del frontal. Está recubierto, en un cabo, por las fibras del orbicular de los párpados. Desde allí se dirige hacia abajo y afuera, para terminar, por sus fibras internas, en la piel del borde posterior del ala de la nariz, y por sus fibras externas en la piel del labio superior.

Acción: eleva y evierte el labio superior y dilata el orificio nasal.

Elevador propio del labio superior: es un músculo cuadrilátero, aplanado, recubierto en su borde superior e interno por los músculos orbicular de los párpados y elevador común del ala de la nariz respectivamente. Se extiende desde el reborde orbitario al labio superior. Por su cara profunda se relaciona con el penacho nervioso suborbitario y el músculo canino.

Inserciones: por arriba se inserta en el reborde orbitario, por encima del agujero suborbitario, en una zona lineal de 2 cm. Desde allí sus fibras se dirigen oblicuamente hacia abajo y adentro, terminando en la piel del labio superior.

Acción: eleva el labio superior y contribuye a resaltar el surco nasogeniano.

Cigomático mayor: es un músculo delgado y largo, dirigido oblicuamente desde el pómulo a la comisura labial. En su extremo superior se halla recubierto por el orbicular de los párpados. Por su reborde interno, corre paralelamente al mismo, el músculo cigomático menor.

Inserciones: se inserta por arriba en la cara externa del hueso malar, en un punto vecino al ángulo posterior. Se dirige oblicuamente abajo y adelante, cruzando a las fibras superiores del buccinador,

del que lo separa la aponeurosis de ese músculo y la bala oblicua de Bichat. La inserción inferior se hace en la comisura labial y pierde la porción externa del labio superior.

Acción: lleva arriba y afuera a la comisura de los labios. En los espasmos tetánicos determina la llamada risa sardónica.

Cigomático menor: se trata de un músculo muy delgado que puede no existir, paralelo al cigomático mayor, y por fuera del elevador propio del labio superior.

Inserciones: por arriba en la cara externa del malar y por dentro del cigomático mayor. Se dirige abajo y adentro, finalizando en la piel del labio superior, a veces confundido con el elevador propio del labio superior.

Acción: tracciona hacia arriba y afuera al labio superior.

Risorio de Santorini: es un músculo delgado de fibras convergentes, a veces inconstante, que se extiende desde la región maseterina hasta la comisura. Se halla debajo de la piel y se relaciona por arriba con el cigomático mayor, y por abajo con el músculo cutáneo del cuello.

Inserciones: hacia afuera se inserta en la aponeurosis maseterina, desde donde sus fibras convergen hacia la comisura donde termina. Tiene una forma triangular sus fibras son débiles y pálidas.

Acción: lleva hacia afuera y un poco hacia arriba la comisura. Acto de sonreír.

Triangular de los labios: es un músculo plano, delgado y de forma triangular, que se extiende desde el borde inferior de la mandíbula hasta la comisura. Se halla cubierto por la piel y cubre por su parte al cuadrado de la barba y al buccinador. Por su borde inferior se relaciona con el cutáneo del cuello.

Inserciones: se inserta en una amplia extensión por debajo de las inserciones del cuadrado del mentón, en la línea oblicua externa de la mandíbula. Desde allí sus fibras convergen hacia la comisura, don

de terminan en la piel y en la mucosa, después de haberse entrecruzado con el cigomático mayor y en profundidad con el buccinador.

Acción: lleva la comisura hacia abajo y afuera. Actúa en el llanto y en los estados de angustia y asco.

Borla de la barba: son músculos pequeños, situados a los lados de la línea media, entre el pliegue gingivo-mucoso y el borde inferior de la mandíbula. Por fuera se relaciona con el músculo cuadrado del mentón.

Inserciones: por arriba a los lados de la línea media por debajo del pliegue gingivo-mucoso. Desde allí se dirigen abajo y adentro terminando en la cara profunda de la piel del mentón.

Acción: deprime la piel del mentón. Forman el hoyuelo central.

3) Plano profundo.

Carino: es un músculo de forma cuadrilátera, situado por debajo del ramo nervioso suborbitario y del músculo elevador propio del labio superior. Se extiende desde la fosa carina hasta la comisura; sus fibras se dirigen oblicuamente hacia abajo y afuera.

Inserciones: se inserta en la fosa canina por debajo del agujero suborbitario y por la otra parte en la comisura. Es interesante -- destacar que éste músculo contribuye a formar un repliegue de la mucosa bucal, llamado frenillo lateral superior al pasar del plano base a la cara profunda del orbicular de los labios.

Acción: lleva la comisura hacia arriba y algo adentro, accionando al surco nasogeniano.

Cuadrado del mentón: de forma cuadrilátera, en su origen está oculto por el triangular de los labios; sus fibras se dirigen oblicuamente arriba y adentro.

Inserciones: por debajo en la línea oblicua externa, inmediatamente por encima de las inserciones del triangular de los labios; desde ahí van a la piel del labio inferior donde se insertan, entrecruzándose con el orbicular de los labios. El borde interno forma con el del lado opuesto un espacio triangular a base inferior, donde se observan los músculos borlas de la barba.

Acción: traccionan hacia abajo el labio inferior y producen su eversión. Este es el llamado músculo del enfado.

Buccinador: es el músculo de la mejilla y está situado en un plano profundo. Visto por su cara externa tiene una forma rectangular de eje mayor anteroposterior y en cortes frontales semeja una C abierta hacia adentro. Es aplacado y sus fibras están bien desarrolladas en la zona central; en cambio, las superiores e inferiores son mucho más delgadas. Se extiende desde la comisura hasta la región retromolar y en altura, de uno a otro proceso alveolar.

Inserciones: por arriba, en la table externa de la apófisis alveolar del maxilar superior a nivel de los tres molares. Por abajo, en la fosa retromolar, en una línea que ocupa la cresta alveolar de los tres molares y en la parte más posterior de la línea oblicua externa, así como también en la cara interna de la rama ascendente, a lo largo de la cresta buccinatrix, accidente que alcanza la espina de Luix. Por atrás, las fibras musculares se insertan en una bandaleta fibrosa que se extiende desde el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides, hasta el vértice de la cresta temporal y que se llama ligamento pterigomaxilar o aponeurosis buccinatófaríngea, pues por detrás se insertan en ella fibras del constrictor superior de la faringe. La inserción posterior del buccinador, se completa a veces con fibras que se fijan en el tendón del músculo temporal, y otras que pasan directamente mezclándose con el constrictor superior de la faringe.

Desde todos éstos puntos, las fibras de éste músculo se dirigen hacia la comisura; las superiores son ligeramente oblicuas hacia abajo, las medias son horizontales y las inferiores son ascendentes. Al llegar a la comisura ocupan el plano interno y se entrecruzan con los músculos carino, cigomático mayor y triangular de los labios, terminando en la cara profunda de la piel y de la mucosa.

Este músculo se halla recubierto por una aponeurosis que le es propia, llamada aponeurosis buccinatrix. Se inserta por detrás en la aponeurosis maseterina y en el músculo temporal. A nivel de la zona central del músculo, éste pierde espesor y se convierte en una hoja hasta la inserción comisural.

El músculo buccinador se encuentra cubierto atrás, por el borde anterior de la rama ascendente y el tendón del temporal. Después lo oculta el borde anterior del masetero, del que lo separa la bala adiposa de Bichat y más adelante, se halla cruzado por el conducto de Stenon, que lo perfora a la altura del segundo molar superior.

En su cara externa se advierten pequeñas glándulas salivales llamadas salivares, cuyos conductos excretores atraviesan al músculo para desembocar en la cavidad oral. El nervio bucal forma en esta cara, un tupido plexo de donde nacen ramas que atraviesan al buccinador para distribuirse en la mucosa bucal.

Cerca de la inserción comisural, está recubierto por el visorio de Gantorini, el cigomático mayor, triangular de los labios, tejido celular y piel. Por su cara profunda tiene relación con la mucosa de la mejilla.

Forma la pared externa del vestibulo de la boca, y además sus fibras horizontales, están en relación directa con la mucosa que limita los surcos gingivoyugales superior e inferior.

Acción: tira hacia afuera las comisuras agrandando el orificio bucal. Cuando la mejilla está distendida presiona el contenido del vestibulo bucal, contribuyendo así, al acto de soplar y silvar. Además empuja hacia los arcos dentarios el alimento ubicado en el vestibulo y colabora en el acto de la masticación.

Conviene mencionar aquí, un músculo que no está considerado dentro del grupo de dilatadores del orificio bucal, pero que tiene importancia por su acción en los estados de dolor y cólera. Dicho músculo es el cutáneo del cuello.

Cutáneo del cuello: es un músculo ancho, muy delgado y de desarrollo variable, que se extiende desde la región infraclavicular hasta la comisura de los labios.

Inserciones: su inserción inferior se realiza en el tejido conjuntivo subcutáneo de la región infraclavicular, deltoidea y acromial. Desde allí se dirige hacia arriba y adentro hasta alcanzar el borde inferior de la mandíbula. Sus haces internos se cruzan en la línea media con los haces correspondientes del cutáneo del cuello del lado opuesto y van a fijarse debajo de la piel del mentón, en tanto que los medios se insertan sobre la línea oblicua externa, y los externos, confundidos con las fibras del triangular de los labios y cuadrado del mentón, terminan por fijarse en la piel de la comisura labial.

Se relaciona superficialmente con el tejido celular subcutáneo y con la piel. Su cara profunda descansa en la aponeurosis cervical superficial. A través de la aponeurosis en su parte inferior, cubre al pectoral mayor, deltoidea y clavícula. En su parte media cubre a los músculos omohioideo y esternocleidomastoideo, así como a la vena yugular externa y a los ramos del plexo cervical superficial. La parte superior cubre el borde del maxilar inferior y se confunde con los músculos triangular de los labios y cuadrado del mentón. Por debajo de la mandíbula y en cierto modo cubiertos también por éste músculo, se hallan el vientre anterior del digástrico y el milohioideo.

Acción: desplaza hacia abajo la comisura bucal y la piel del mentón, contribuyendo de éste modo a modificar la expresión en los estados de dolor y cólera.

MÚSCULOS DE LOS LABIOS

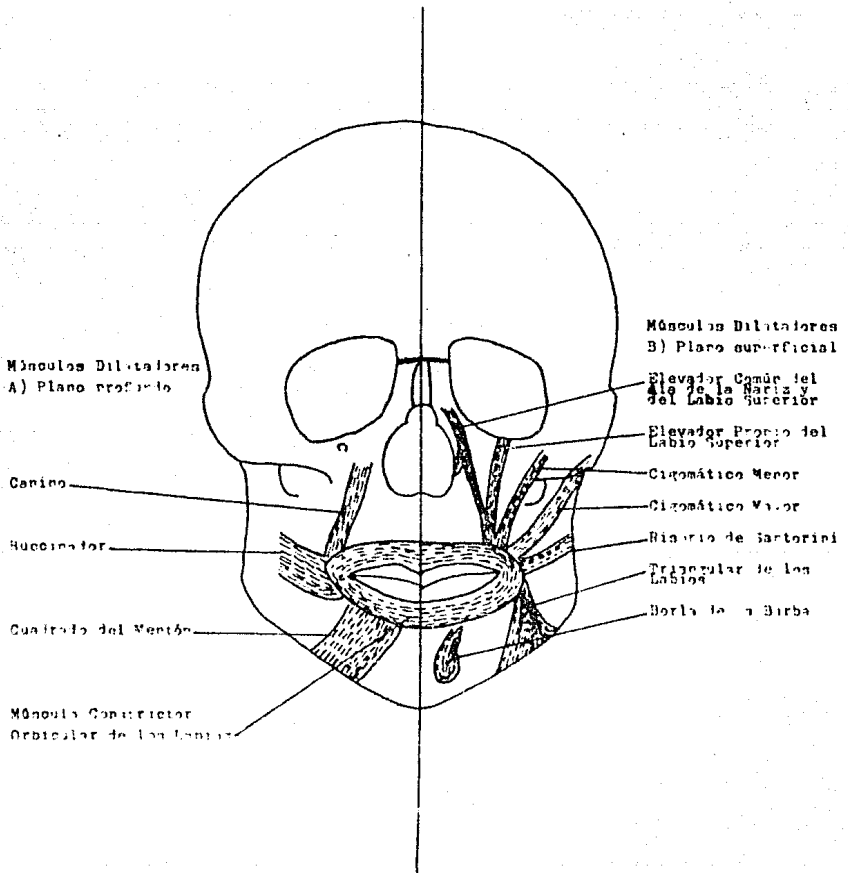


Fig. 2

HISTOLOGIA LABIAL

La masa de los labios está constituida por fibras musculares estriadas o voluntarias y tejido conectivo fibroelástico. El tejido muscular está formado principalmente por las fibras del orbicular de los labios y se halla distribuido en la parte central del labio.

La superficie externa de cada labio está cubierta de piel o epitelio plano estratificado queratinizado que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

Los bordes libres de los labios, de color rojo, están recubiertos de piel modificada que representa una transición entre la piel y la mucosa. A éste nivel el epitelio está recubierto de una capa de células muertas, como la de la piel, pero se sabe que contiene un elevado porcentaje de elastina, bastante transparente. Las papilas de tejido conectivo, situadas por debajo, son muy numerosas, altas y ricas en base; en consecuencia, la sangre contenida en sus capilares se observa fácilmente a través del epitelio labial transparente y proporciona color rojo a los labios. En la piel de los bordes libres de los labios, de color rojo, no hay glándulas sudoríparas, ni sebáceas, ni folículos pilosos. Como el epitelio no está queratinizado ni dispone de sebo tiene que humedecerse frecuentemente con la lengua para asegurar su integridad. En condiciones que favorecen la evaporación, son frecuentes los labios agrietados o resecos. Las papilas altas llevan terminaciones nerviosas y papilares hasta muy cerca de la superficie de los labios; por tal motivo, éstos tienen gran sensibilidad.

Cuando la piel de los bordes libres de los labios, de color rojo, pasa a constituir la superficie interna de los mismos, se transforma en mucosa. El epitelio de ésta, más grueso que el epitelio que recubre la superficie externa del labio es plano estratificado no queratinizado. Sin embargo en las células de las capas más superficiales pueden observarse algunos gránulos queratinohialinos. Las papilas altas de la lámina propia del tejido conectivo, que en las mucosas representaban la dermis de la piel, penetran en ella. En la lámina propia están incluidos pequeños acúmulos de glándulas mucosas o labiales, que alcanzan la superficie por medio de pequeños conductos. (Fig. 3)

CORTE SAGITAL DE LABIO

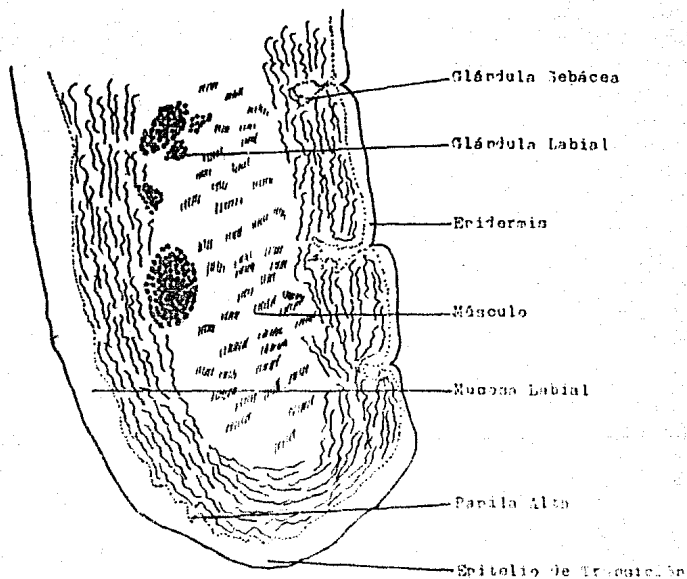


Fig. 1

EMBIOLOGIA BASAL

En la etapa inicial, el centro de las estructuras faciales en desarrollo, es una depresión ectodérmica llamada estomodeo. En el embrión de cuatro y media semanas de edad, el estomodeo está constituido por una serie de elevaciones formadas por proliferación del mesénquima. Los procesos mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo; los procesos maxilares lateralmente, y la prominencia frontal, elevación algo redondeada, en dirección craneal. A cada lado de la prominencia frontal e inmediatamente por arriba del estomodeo se advierte un engrosamiento local del ectodermo, llamado, placoda nasal. (Fig. 4)

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido, llamados, procesos nasolateral y nasomediano, que rodean a la placoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión, llamada, fosita nasal. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz, y los nasomedianos originarán las porciones medias de la nariz, labio superior, maxilar y todo el paladar primario. Mientras tanto, los procesos maxilares se acercan a los procesos nasomedianos y nasolaterales, pero están separados de los mismos por surcos definidos. Estos procesos se originan del primer arco branquial.

En las dos semanas siguientes, se modifica mucho el aspecto de la cara. Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección sagital y comprimen los procesos nasomedianos hacia la línea media. En etapa ulterior, éstos procesos se fusionan entre sí, éste es: el surco que los separa es borrado por la migración del mesodermo de los procesos adyacentes, y se unen con los procesos maxilares hacia los lados. En consecuencia, el labio superior está formado por los dos procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares. En el desarrollo normal, el labio superior nunca se caracteriza por tener hendiduras.

Además de participar en la formación del labio superior, los procesos maxilares también se fusionan en un breve trecho con los procesos del arco mandibular, lo cual forma los carrillos y rige el tamaño definitivo de la boca.

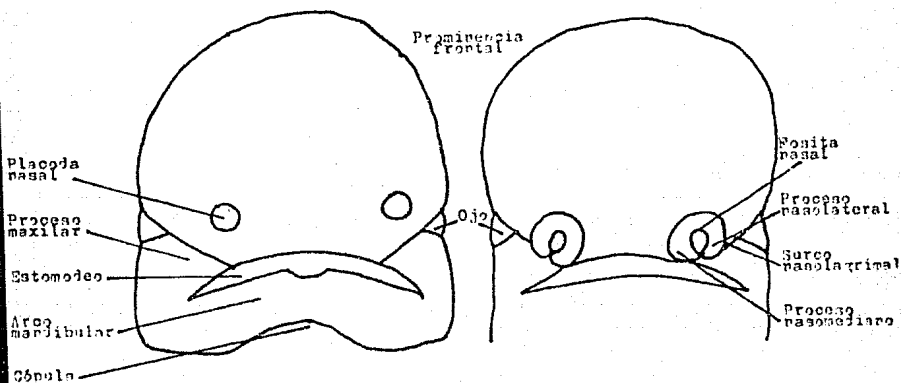
La forma en que se unen los procesos maxilares con los mandibulares, es la siguiente: en la etapa inicial, éstas estructuras están separadas por un surco profundo, el surco nasolabial.

Los procesos nasomedianos se fusionan en la superficie, también a nivel más profundo. Las estructuras formadas por la fusión de éstos procesos reciben en conjunto, el nombre de segmento intermaxilar, que consiste en: 1) componente labial, que forma el surco del labio superior o philtrum, 2) componente maxilar superior, que lleva los cuatro incisivos, 3) componente palatino, que forma el paladar primario triangular hasta el agujero incisivo. En dirección craneal, se continúa con el tabique nasal, el cual previene de la prominencia frontal.

El arco mandibular o primer arco branquial, presenta un borde cefálico libre y nítido, que se separa de la prominencia frontal por el orificio bucal, que se deriva del primitivo estomodeo.

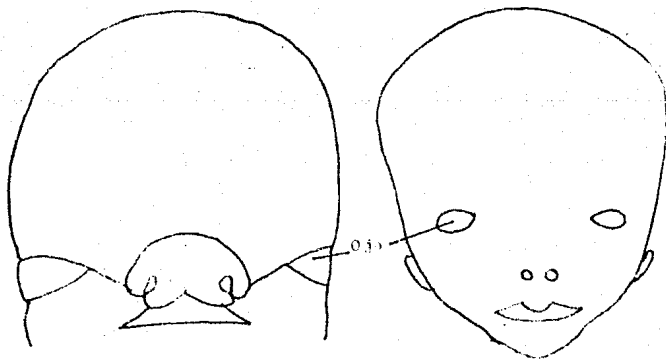
Cuando el arco mandibular atraviesa la línea medioventral, sufre una constricción o depresión marcada que aparece en el embrión de 5 a 6 mm. y que normalmente desaparece al llegar a los 13 a 16 mm. Dicha depresión recibe el nombre de cúpula.

EMBRIOLOGIA LABIAL



Embrão de 5 semanas
6 mm aprox.

Embrão de 6 semanas
12 mm aprox.



Embrão de 10 semanas
18 mm aprox.

Embrão de 10 semanas
18 mm aprox.

Fig. 1

ETIOLOGIA DE ANOMALIAS Y MALFORMACIONES CONGENITAS DE LABIOS

Hasta hace pocos años, las únicas causas de malformaciones -- congénitas reconocidas como tales eran las genéticas, que se detectaban en los casos en que las alteraciones presentaban una alta incidencia familiar. Poco o nada se sabía con respecto al origen de las malformaciones congénitas que no se repetían dentro de una misma familia; éstas últimas constituyen sin embargo, la mayoría de las alteraciones del desarrollo. Posteriormente se tomó conciencia de que muchas malformaciones eran producidas por la acción teratógena de factores ambientales sobre el embrión en desarrollo.

Las malformaciones aparentemente espontáneas son aquellas en las cuales los métodos actuales de investigación y diagnóstico son insuficientes para detectar las causas del defecto; todas las malformaciones tienen una causa. Es importante insistir en esto, ya que el descubrir las causas de las malformaciones congénitas es imprescindible para su prevención.

Los factores etiológicos que intervienen en las malformaciones congénitas de labios pueden dividirse así:

1.- Factores ambientales o extrínsecos.

- a) Radiaciones.
- b) Enfermedades infecciosas.
- c) Drogas o fármacos.
- d) Desnutrición.
- e) Traumatismos.
- f) Edad de la madre.

2.- Factores hereditarios o intrínsecos.

Factores Ambientales.-

Características generales de la acción de los factores teratógenos ambientales:

- 1) Los factores teratógenos pueden afectar al embrión directamente o a

través de modificaciones en la madre o en la placenta. Se considera que la mayor parte de las sustancias teratógenas conocidas actúan directamente sobre el embrión a través de la placenta, aunque se han encontrado sustancias que producen malformaciones sin pasar a la circulación embrionaria, modificando aparentemente la circulación placentaria. Se ha postulado también que algunos agentes podrían afectar al embrión mediante la producción de alteraciones en el metabolismo de la madre.

2) Los factores teratógenos ambientales son en la mayor parte de los casos, inocuos para la madre. La mayor susceptibilidad de los embriones a la acción tóxica de agentes ambientales es explicada porque el embrión es inmaduro desde el punto de vista metabólico. Por otra parte, una alteración metabólica mínima, que produce en el adulto un malestar pasajero, puede interferir en el embrión con algún mecanismo del desarrollo produciendo un daño irreversible.

3) El periodo del desarrollo en que un factor teratógeno actúa sobre el embrión determina cuales son los órganos afectados. Si un factor teratógeno actúa en un determinado momento, no será tan perjudicial sobre un órgano ya formado que sobre otro en proceso de formación.

4) Una malformación congénita puede ser producida por distintos factores teratógenos ambientales o por una interacción de ellos. Si un proceso metabólico es imprescindible para el desarrollo de un órgano, cualquier factor ambiental que lo altere producirá una alteración en ese órgano. El efecto de dos agentes ambientales que actúan al mismo tiempo puede modificarse recíprocamente, es posible que sus efectos se potencien de manera que juntos sean teratógenos aunque sean administrados en dosis en que individualmente no lo son.

5) La acción teratógena de un factor ambiental depende de la constitución genética del organismo sobre el que actúa. La mayor sensibilidad de algunos individuos a ciertas drogas es debida a diferencias de origen genético, por lo tanto, se subraya la importancia del terreno sobre el que actúa el factor ambiental.

Descripción de los Factores Ambientales.-

- a) Radiaciones: El empleo imprudente o exposición excesiva a los rayos X en el consultorio dental, puede ocasionar graves consecuencias en el desarrollo de las estructuras embrionarias. Además del efecto de la radiación directa sobre el embrión, deben considerarse las alteraciones indirectas sobre las células germinales; en realidad se ha comprobado que dosis relativamente pequeñas de radiación causan mutaciones que rigen la aparición de malformaciones congénitas posteriores.
- b) Enfermedades infecciosas: Aquí incluimos enfermedades que padece la madre durante la gestación. Tal es el caso de las infecciones virales como la Rubéola, que cuando se padece durante el primer trimestre del embarazo existe una alta incidencia de malformaciones congénitas. También otras infecciones no virales como la Toxoplasmosis que al igual que la Rubéola produce alteraciones embrionarias que se hacen evidentes en el nacimiento.
- c) Drogas: Hay innumerables drogas que son utilizadas con fines terapéuticos en la especie humana, pero no se ha podido demostrar de manera categórica que algunas de ellas sean totalmente inocuas para todos los embriones. Si bien es posible confeccionar una reducida lista de drogas teratógenas, no se puede elaborar otra con los medicamentos que pueden ser utilizados durante el embarazo con la seguridad de que no afectarán a los embriones. También la contaminación ambiental producida por los residuos resultantes de procedimientos industriales, la acumulación de productos de combustión, el uso indiscriminado de insecticidas, están constituyendo una de las principales preocupaciones para la especie humana. Si bien es poco conocido el posible papel de las distintas sustancias químicas que contaminan el medio ambiente en la producción de malformaciones congénitas, no es ilógico suponer que algunos de éstos agentes puedan ser teratógenos. Se ha mencionado que ciertos herbicidas pueden producir alteraciones en el desarrollo embrionario. En Vietnam se encontraron marcados aumentos en la incidencia de --

ciertas malformaciones congénitas en las áreas fumigadas con defoliantes durante la guerra. Se ha comentado al respecto de la clásica práctica - de la mujer embarazada que pasa unos días en el campo para respirar aire puro puede ser peligrosa, ya que es precisamente ahí donde la concentración de herbicidas e insecticidas en el aire aumenta constantemente.

También se ha llamado la atención sobre los riesgos que podrían acompañar a la utilización indiscriminada de productos de belleza durante el embarazo. Es sabido que numerosas sustancias son absorbidas a través de la piel, y no se dispone de suficientes datos sobre la total ausencia de teratogenicidad de las drogas presentes en los cosméticos.

d) Desnutrición: Aunque se ha comprobado experimentalmente que la alimentación de animales de laboratorio con dietas deficientes en calorías o vitaminas del complejo B principalmente, produce malformaciones congénitas, esto no se ha comprobado en humanos.

e) Traumatismos: El traumatismo puede ser debido a un accidente que ha afectado a la madre gestante o al producto. El embrión humano está protegido contra lesiones mecánicas externas por el útero, membranas fetales y el líquido amniótico. Cuando éste trauma es extremadamente fuerte como en el caso de un accidente, se producirá una interferencia en el desarrollo normal del embrión, por lo que aparecerá una malformación.

f) Edad de la madre: Está demostrado que cuando la edad de la madre es avanzada, existirá un mayor número de posibilidades de malformaciones - en los hijos por alteraciones cromosómicas.

Hay algunos otros factores que se mencionan como causas de malformaciones congénitas, como: hormonales, hipoxia, embarazos múltiples, defectos uterinos, mecanismos inmunitarios (autoanticuerpos), pero no se ha demostrado que cause malformaciones congénitas de labios.

Factores Hereditarios.-

Se acepta en general, que uno de los principales factores etiológicos de las malformaciones congénitas de labios es de carac-

ter genético. Está comprobado que si los padres son normales y han tenido un hijo con labio leporino, la probabilidad de que lo presente el siguiente hijo es de 4%. Si hay dos hermanos con labio leporino, el peligro para el tercero aumenta a 9%; sin embargo cuando uno de los padres presenta labio leporino y ese defecto aparece en un hijo, la probabilidad de que el siguiente tenga la alteración se eleva al 17%.

La mayor parte de los factores etiológicos de las malformaciones congénitas de labios son de tipo multifactorial, es decir, dos o más factores extrínsecos, o una predisposición de origen poligenético sobre la cual actúan factores desencadenantes ambientales dan origen a las alteraciones. La etiología de las anomalías de labios no está bien clara. El principal factor causal del labio doble, es un traumatismo continuo, como el que se produce por la costumbre de estirar la superficie interior del labio entre los incisivos superiores e inferiores; sin embargo también se han señalado como factores causales la herencia y la disfunción hormonal. En cuanto a la etiología del frenillo labial anormal, se considera que está sometido a irritación por el traumatismo de la oclusión por lo que persiste la disposición infantil o a factores de tipo hereditario.

PREVENCIÓN DE ANOMALIAS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LABIOS

Después de haber estudiado detenidamente la etiología de las anomalías y malformaciones congénitas de labios, pasaremos a un aspecto sumamente importante: el de la prevención dentro del consultorio dental.

Hay varias medidas preventivas que como odontólogos debemos de tomar con respecto a los diferentes factores causales, pero antes de entrar de lleno en ellas hay ciertas características importantes que debemos tener en cuenta: si bien los primeros tres meses del embarazo - constituyen el período de máxima sensibilidad del embrión a los agentes teratógenos, hay que tener precauciones durante el resto de la gestación. En la segunda mitad del ciclo menstrual, las mujeres en edad postpuberal deben ser consideradas como potencialmente embarazadas; durante las primeras semanas del embarazo, cuando la mujer ignora su estado, el embrión puede ser fácilmente afectado por agentes teratógenos.

Las medidas preventivas que debemos de tomar en el consultorio dental son simples. En el caso de los rayos X son:

- a) Evitar al máximo la exposición a los rayos X. Esto es, usar el menor número de radiografías y con el menor tiempo de exposición posible.
- b) Evitar la exposición a los rayos X durante el primer trimestre del embarazo. Se pospondrá toda intervención que requiera una radiografía durante éste etapa.
- c) Usar delantal de plomo. El paciente usará un delantal de plomo que evite la exposición a los rayos X fuera de la zona que nos interesa; -- también nosotros usaremos el delantal para evitar que nuestras células germinales se vean afectadas.
- d) Utilizar el aparato en buenas condiciones. Para evitar radiaciones -- fuera de la zona expuesta, se deberá revisar periódicamente para comprobar su buen estado.

Con respecto a las drogas o fármacos, el cirujano dentista

ta utiliza varias de éstas, por lo que también debemos de considerar va
rios puntos:

- a) Se deberá evitar durante el embarazo y en especial durante el primer trimestre toda medicación que no sea absolutamente imprescindible. Aquí incluimos por su frecuencia en el consultorio dental todo tipo de anestesia.
- b) En aquellos casos en que una mujer embarazada deba necesariamente recibir un medicamento, éste debe ser administrado en dosis tan bajas y - por un lapso tan corto como sea posible.
- c) En aquellos casos en que una mujer embarazada deba necesariamente recibir un medicamento, debe verificarse toda la información respecto a - su posible efecto teratógeno.
- d) Las asociaciones medicamentosas deben evitarse en lo posible, ya que los posibles efectos teratógenos de dos sustancias distintas pueden su
marse o potenciarse.
- e) El cirujano dentista debe llevar un registro minucioso de los medica
mentos prescritos a mujeres embarazadas, éste registro incluye no sólo el tipo de droga, sino también el momento de la gestación en que se administró, la dosis y el lapso de tiempo durante el que se utilizó.

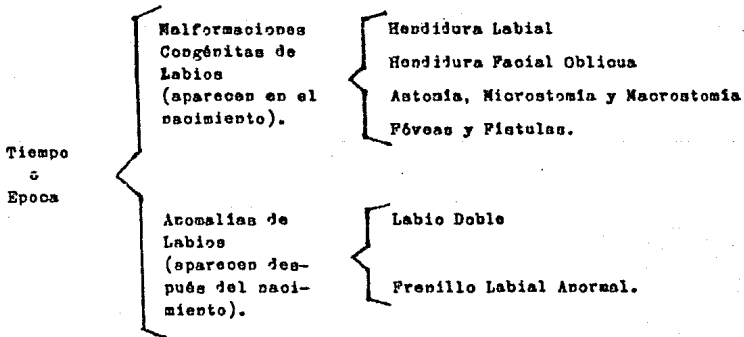
Respecto a los malos hábitos que ocasionen un trauma con
tinuo como en el caso del labio doble, habrá que eliminarlos por medio del convencimiento.

Con respecto a los factores causales del frexillo labial anor
mal, habrá que corregir una oclusión defectuosa para evitar su aparición.

CLASIFICACION DE ANOMALIAS Y MALFORMACIONES CONGENITAS DE LABIOS

Las anomalías y malformaciones congénitas de labios, tienen una base hereditaria, algunas de ellas tienen además otro factor que influye en su aparición, como en el caso del labio doble y del frenillo labial anormal, en que un traumatismo continuo determina su aparición -- después del nacimiento.

De acuerdo a esto, las anomalías y malformaciones congénitas de labios, pueden dividirse conforme a la época o tiempo de aparición. Es decir, si aparecen en el momento del nacimiento, se deberán a la persistencia de formas embrionarias que no deberían encontrarse y cuya causa es genética, éstas son las malformaciones congénitas de labios. Ahora bien, si aparecen después del nacimiento, éstas se deberán a otros factores como acabamos de mencionar además de los genéticos, tal es el caso de las anomalías de labios.



HENDIDURA LABIAL

Sinonimia: Esta malformación congénita también es conocida como labio leporino, fisura labial y queilosquisis.

La incidencia de la hendidura labial es de aproximadamente uno por cada mil nacimientos vivos, y es dos veces más frecuente en los varones que en las mujeres. La frecuencia aumenta además conforme la edad de la madre y varía en distintos grupos de población, siendo más elevada entre los orientales.

Algunos autores opinan que es debida a la falta de unión de los procesos embrionarios maxilar y nasomediano. Otros mantienen que no existen verdaderos procesos embrionarios faciales, sino solamente una serie de surcos ectodérmicos que separan masas mesodérmicas; las masas crecen, penetran y obliteran a los surcos ectodérmicos para formar el paladar primario, su terminación completa depende de la penetración de éstas masas mesodérmicas. La ausencia, deficiencia o falta de penetración de éstas masas, da lugar a una separación del ectodermo con formación de hendiduras. (Fig. 6)

La hendidura labial es llamada simple, subtotal o queilosquisis, cuando solo abarca tejidos blandos. Cuando también se encuentran afectados tejidos duros, se le conoce como completa o total.

Esta alteración puede ser unilateral o bilateral. La denominación labio leporino, se ha aplicado a la hendidura bilateral debido a su aspecto clínico felino.

El lado izquierdo es el más afectado en un 70% de los casos, mientras que la hendidura labial bilateral se presenta en el 25% del total, quedando solo el 5% para los casos de afección unilateral derecha.

El paladar hendido acompaña al 35% de los casos de hendidura labial bilateral y al 70% de los casos de la hendidura labial unilateral.

Es extraordinariamente rara la hendidura labial media verdadera del labio superior. (Fig. 6)

Algunos autores opinan que es debida a la falta de unión de los procesos nasomedianos. Según otros, a la penetración inadecuada de las masas mesodérmicas y la consiguiente desaparición de tejido en los surcos que las separan.

En la mayoría de los casos lo que parece una hendidura labial media del labio superior, es en realidad un labio hendido bilateral con aplasia o hipoplasia del philtrum y premaxila.

La hendidura labial media del labio inferior es originada, por una falta de desarrollo de la cúpula o depresión media que se encuentra en la línea medio ventral del arco mandibular y que normalmente desaparece en el embrión de 10 a 16 mm.

La profundidad y extensión de la hendidura es variable, siendo algunas veces tan leve que solamente interesa tejidos blandos y no penetra al hueso. En la mayoría de los casos encontramos hundimiento completo de la mandíbula, lengua y estructuras del centro del piso de la boca hasta el hueso hioides.

Esta alteración ocurre aproximadamente una vez cada seiscientos casos de hendidura labial.



HENDIDURA LABIAL SIMPLE

Fig. 5



HENDIDURA LABIAL MEDIA

Fig. 6

Tratamiento

El tratamiento de la heridura labial comprende básicamente el cierre de los tejidos afectados mediante la cirugía. Se trata de devolver la anatomía y fisiología normal al labio mediante la reconstrucción muscular. En los últimos años se le ha dado gran importancia a la reconstrucción nasal y maxilar que generalmente se encuentran presentes aún en fisuras labiales incompletas. (Fig. 7)

En el nacimiento la heridura aparece deformada al máximo y si no es modificada, permanece igual durante toda la vida. No es urgente por lo tanto instituir una apresurada reparación. La intervención interferirá en algún grado con los tejidos en crecimiento; el tratamiento no deberá ser, por lo tanto, llevado a cabo si los tejidos van a ser dañados indebidamente por el trauma quirúrgico.

Las dificultades en alimentación de éstos niños, han sido superadas por numerosas técnicas. Las complicaciones relacionadas con la malformación, tales como las repetidas infecciones de oído medio y aparato respiratorio, pueden requerir una precoz intervención quirúrgica, pero con las actuales medidas de cuidados pediátricos, estas indicaciones han llegado a ser raras.

Para la intervención, el niño deberá presentar un buen estado general, ganar peso y tener constantes sanguíneas normales. Con estos factores considerados, las heriduras labiales son raramente operadas antes de los tres meses de edad.

Es importante subrayar que la total rehabilitación del paciente no debiera ser puesta en riesgo por un imprudente apresuramiento. A los padres ansiosos, que pueden estar seriamente angustiados por el aspecto del niño, deberá recordarseles que no puede permitirse en modo alguno, que las consideraciones sociales comprometan los mejores intereses del niño.

La operación puede ser llevada a cabo después del nacimiento, evitando de esta manera a la madre la pena de ver a su hijo con la deformidad, aunque muchos pediatras están de acuerdo en que es mejor que la madre acepte así al chico, cuidándolo en su hogar antes de la operación; de esta manera los padres toman contacto inteligente con el problema, y - después agradecen profundamente el resultado quirúrgico una vez realizado, ofreciendo posteriormente al niño el cariño y cuidado que necesita. Si la madre no ha visto el defecto del recién nacido, se puede quejar más tarde de la cicatriz resultante o de la deformidad nasal, y no desarrollará los mecanismos para amar a su hijo.

Antes de pasar al método quirúrgico, mencionaré que la continuidad de los cuidados es mantenida por un pequeño grupo de especialistas compuesto por el ortodoncista, foniatra, otorrinolaringólogo, psicólogo infantil y trabajadora social.

Una de las técnicas quirúrgicas más usadas actualmente es la de Tennison, que ha sido modificada por Wynn, y de gran valor para la reconstrucción del piso nasal. Este procedimiento tiene la ventaja de producir un buen relleno labial, una cicatriz regulada por la ausencia de un cierre lineal y un contorno normal del labio.



Fig. 7

HENDIDURA FACIAL OBLICUA

Sinonimia: la hendidura facial oblicua es también llamada malocquisis. (Fig. 8)

Los investigadores Fogh-Anderson encontraron 1 caso de hendidura facial oblicua por 1,300 casos de hendidura facial.

Algunos autores opinan que es debida a la falta de unión del proceso maxilar con el proceso basolateral del lado correspondiente. Según otros, a la penetración inadecuada de masas mesodérmicas y la consiguiente desaparición de ectodermo en los surcos que las separan. En ta les circunstancias, el conducto nasolagrimal suele estar abierto.

Es una malformación extremadamente rara y de aspecto, variable. Generalmente está asociada con labio leporino y se extiende has ta el canto interno del ojo. En algunos casos, la hendidura discurre por fuera del ala de la nariz a la cual no interesa. Puede ser superficial, pero casi siempre divide al hueso subyacente. Cuando la hendidura alcanza el margen orbitario, el párpado no suele desarrollarse, dejando descubierto el globo ocular.

La hendidura puede ser unilateral o bilateral. Casi siem pre se encuentra asociada además de labio leporino, con paladar hendido o con hendidura facial horizontal.

La hendidura facial oblicua se ha observado además, en asociación con anomalías congénitas del sistema nervioso central como: encefalocele e hidrocefalo, y anomalías estructurales de los ojos, anomalías de las extremidades como: artrogriposis, pies zambos, adactilia o sindactilia, y anomalías del sistema genitourinario.



HENDIDURA FACIAL OBLICUA

Fig. 8

Tratamiento

El tratamiento para la hendidura facial oblicua es el quirúrgico.

Se deberá de realizar una queiloplastia y cierre de la hendidura facial siguiendo una serie de principios generales:

- a) Es sumamente importante no tratar de lograr un buen efecto cosmético cerrando solo tejidos blandos, porque la futura forma inevitablemente será de terminada por las estructuras de soporte.
- b) Se deberá de reconocer y suturar el plano muscular de acuerdo a la dirección de las fibras o la forma final resultara alterada.

En el cierre del labio se confrontarán planos y se continuará el cierre dependiendo de la dirección y condición del resto de la fisura. En el cierre de la fisura pueden utilizarse colgajos de piel del mismo paciente para cerrar el efecto .

El cierre de la hendidura deberá practicarse a una edad temprana , pues de ésta manera se corregiran las condiciones para la alimentación así como la deformidad facial.

ASTOMIA, MICROSTOMIA Y MACROSTOMIA

Estas malformaciones congénitas de labios son debidas a la unión defectuosa de los procesos maxilar y mandibular del lado correspondiente.

Astomia significa la completa unión del labio superior con el inferior. La astomia es extraordinariamente rara y a menudo va asociada con afecciones teratológicas como el ciclope. Este término también se emplea para designar una abertura bucal de tamaño o forma rudimentarios. Es debida a la completa unión de los procesos maxilar y mandibular.

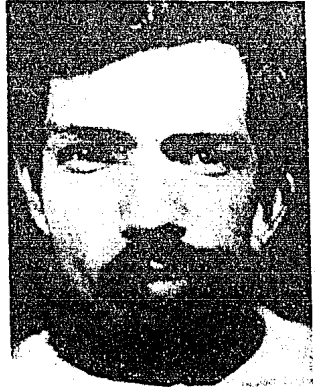
La microstomia significa una abertura bucal anormalmente pequeña. Es debida a un exceso en la unión de los procesos maxilar y mandibular. También puede ocurrir debido a una cicatriz de origen traumático en los labios durante la infancia, a una intervención quirúrgica labial o a una esclerodermia.

La macrostomia es una abertura bucal anormalmente grande. También es llamada hendidura facial horizontal. (Fig. 9).

Esta malformación congénita de labios aparece con una frecuencia del 1.5% de las deformaciones correspondientes a hendiduras de labio y paladar.

Es debida a la unión incompleta de los procesos maxilar y mandibular. Es una hendidura horizontal o lateral que procede del ángulo de la boca y llega al tragus de la oreja a lo largo de la línea de fusión normal de los procesos maxilar y mandibular. Según Grabb (1965), la macrostomia se asocia casi siempre a la presencia de un tubérculo distintivo localizado justamente por delante de la unión del trago y antitrago. El lado izquierdo es más frecuentemente afectado que el derecho. La macrostomia puede estar asociada al paladar hendido, labio leporino, micrognasia, dientes supernumerarios y anomalías de las extremidades.

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM



HENDIDURA FACIAL HORIZONTAL

Fig. 9

Tratamiento

En el caso de estas alteraciones el tratamiento es de tipo quirúrgico, y consiste en devolver la anatomía, fisiología y estética normal a los labios.

Los procedimientos en el pasado estaban lejos de producir una restauración ideal.

En el caso de la macrostomía, en la técnica recomendada por Barsky (1964) se determinaban los límites laterales de la hendidura labial lateral y se utilizaban colgajos de piel y mucosa para reconstruir una nueva comisura, si bien no prestaban atención al defecto de la capa muscular.

Wang y Macomber (1964) reconocieron la acción muscular específica de esta región, por lo que unían el orbicular de los labios para reconstruir adecuadamente este defecto.

Skoog (1964) además de las técnicas usadas recomienda también el cierre del músculo buccinador que se encuentra fisurado.

En el caso de la antomía y microstomía, la técnica es a la inversa, es decir, se creará una abertura normal alargando quirúrgicamente el orificio bucal.

FISTULAS LABIALES

Sinonimia: también son conocidas como fositas, recessos o fosas paramedianas. (Fig. 10)

Fistula es una depresión circular bien delimitada que se presenta en el rejo del labio y presenta comunicación con los conductos excretorios de las glándulas salivales mucosas de los labios. Estas fistulas excretan espontáneamente bajo presión saliva hasta la superficie. La acumulación de restos alimenticios puede determinar episodios reiterados de inflamación.

Las fistulas pueden ser unilaterales o bilaterales de natura simétrica, también se pueden presentar en la comisura de los labios, en la misma área donde se originan las hendiduras faciales horizontales, pero son más comunes en el labio inferior.

Suelen presentarse en los puntos de unión de los procesos faciales embrionarios y pueden por ésto acompañar a las hendiduras.

En el labio superior las fistulas se presentan principalmente en la unión de los procesos nasomedianos y maxilares, y con menor frecuencia, en la línea media en el origen del frenillo labial.

Pueden manifestarse solas o asociadas a hendiduras labiales o del paladar. En el labio inferior tiene una frecuencia de asociación del 70% aproximadamente con el paladar hendido. Cuando están asociadas con paladar hendido, las hendiduras son bilaterales en más del 30% de los casos.

Esta anomalía se presenta con mayor frecuencia en las mujeres en una proporción de 2:1.

En cortes microscópicos se pone de manifiesto una depresión, cripta o fosita de la mucosa labial, revestida de epitelio escamoso estratificado que puede estar queratinizado. En el fondo de la depresión se localiza la abertura de una o más glándulas mucosas.



FISTULAS LABIALES

Fig. 10

Tratamiento

El tratamiento a realizar y el único satisfactorio para las fistulas labiales es la excisión quirúrgica, ya que si solamente se incide las glándulas se presentan recidivas.

El procedimiento de eliminación de la glándula se realiza mediante un corte a través de la mucosa y músculo de forma elíptica. Se efectúa una disección roma con tijeras y se elimina toda la glándula con pinzas de Allis, de ésta forma se retira completa.

Posteriormente con uno o dos puntos separados de sutura es suficiente para cerrar la herida.

LABIO DOBLE

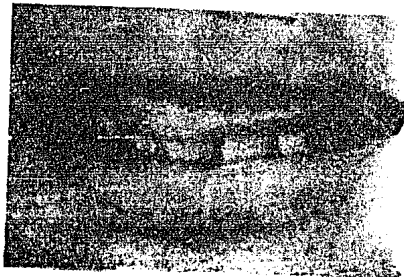
En el labio doble encontramos una superabundancia de tejido lo cual da lugar a un pliegue de tejido superfluo en la superficie lateral del labio y que puede ser superior o inferior. (Fig. 11)

Esta anomalía es más notoria cuando se produce en el labio superior ya que por acción de la fuerza de gravedad tiende a hacer que el pliegue cuelgue por debajo del borde del labio cuando la boca está abierta o sonríe, éste exceso de tejido o pliegue determina la apariencia de un labio doble.

El labio doble puede tener forma de arco de disparar flechas, debido a que el frenillo labial mantiene la porción central, mientras que las porciones laterales se cuelgan.

Esta alteración puede formar parte del síndrome de Ascher, que comprende blefarocalasia que significa relajación de la piel palpebral, y aumento de tamaño del tiroides de origen no tóxico.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con cierto tipo de tejido superfluo de origen traumático como el épalis fisurado, que es un tumor de tipo inflamatorio.



LABIO DOBLE

Fig. 11

Tratamiento

El tratamiento del labio doble consiste en la excisión - quirúrgica de amplias hojas de tejido blando labial. (Fig. 12)

Si la excisión es hecha en el lado externo del labio, la cicatriz será visible, pero si esta es realizada en el lado interno, no se notará en lo absoluto.

Frecuentemente es necesario extender la incisión pasando a ambos lados de las comisuras hasta la mucosa bucal. Se debe de tener cuidado de no interferir o cruzar la comisura, porque puede resultar -- una banda cicatrizal constrictora.

Los cortes de tejido blando pueden ser en profundidad -- hasta el músculo o incluir a este, y el ancho deberá ser según se requiera.

Posteriormente, simples puntos separados serán usados para suturar.

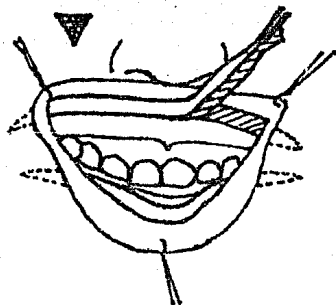


Fig. 12

FRENILLO LABIAL ANORMAL

El frenillo es un repliegue de la mucosa bucal que partiendo de la cara interna del labio va a insertarse sobre la línea media a sus respectivos procesos alveolares superior e inferior.

Algunos frenillos no terminan a este nivel sino que descienden hasta el borde alveolar, lo rodean y van a terminar en la papila interdental, en la hondonada alveolar, ocasionando el aumento de dicha papila. Dicho tejido está sometido a irritación por el traumatismo de la oclusión y puede dar lugar a la formación de un diastema entre los incisivos centrales. (Fig. 13)

En los maxilares del niño el frenillo labial se extiende por encima de la cresta alveolar hasta la papila incisiva en forma de un rafe. Al ir creciendo la protuberancia alveolar superior hacia abajo y hacia adelante en el curso del desarrollo y erupción de los dientes, la inserción del frenillo suele trasladarse desde la papila incisiva a una situación aproximadamente intermedia entre la altura del pliegue mucobucal y el borde libre de la encía, que es la localización corriente del adulto.

El repliegue que forma el frenillo está constituido histológicamente por tres capas:

- 1) Epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal.
- 2) Túnica propia, que consiste en tejido conjuntivo conteniendo hileras de fibras elásticas amarillas y tejido fibroso blando.
- 3) La submucosa que contiene glándulas mucosas y vasos linfáticos.

Tipos de frenillos:—En el año de 1942 Monti describe tres tipos de frenillos:

- a) El frenillo de tipo alargado, que presenta sus bordes derecho e izquierdo paralelos.
- b) El frenillo de forma triangular, con base en apical.
- c) El frenillo de forma triangular, con base en cervical.

Los diversos tipos de frenillo ocasionan distintas anomalías dentarias, que son:

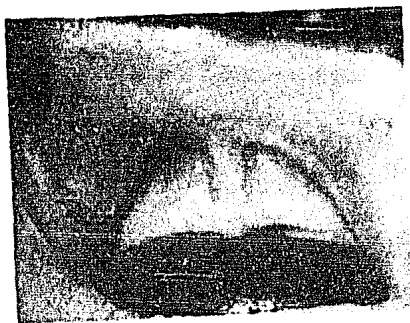
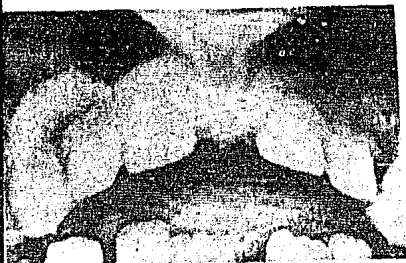
Los frenillos de tipo a), ocasionan un diastema que se caracteriza porque los ejes de los incisivos son paralelos.

El frenillo de tipo b). origina un diastema, cuya característica reside en que los ejes de los incisivos son convergentes, estando sus coronas más próximas que sus ápices.

El frenillo de tipo c). provoca un diastema que por el contrario los incisivos tienen sus coronas separadas y sus ápices se acercan.

Desde el punto de vista ortodóncico no pueden lograrse resultados satisfactorios en el tratamiento del diastema sin su eliminación quirúrgica.

Desde el punto de vista protético el frenillo labial anormal puede oponerse a la ubicación de una prótesis parcial o completa y desplazarla durante los movimientos labiales, por lo que también es recomendable su extirpación. (Fig. 14)



FRENILLOS LABIALES ANORMALES

Fig. 13

Fig. 14

Tratamiento

El tratamiento del frenillo labial con inserción anormal es el quirúrgico.

La edad en que debe realizarse la cirugía depende de diversos criterios. Desde el punto de vista protático, la intervención debe ser realizada durante la edad adulta. En cuanto al punto de vista ortodóncico, esta debe realizarse después de la erupción de los caninos permanentes.

Existen varias técnicas quirúrgicas para la corrección de esta anomalía. Entre las más importantes mencionaré la de Federapiel que propone este método: previa anestesia local infiltrativa, se levanta el labio superior de modo que quede tenso el frenillo. Con un bisturí de hoja corta (hoja # 15, mango # 3) se incide a manera de óvalo, a derecha e izquierda del frenillo llegando en profundidad hasta el hueso. La porción del frenillo circunscrito por la incisión se toma con una pinza de Kocher (mosquito) o con una pinza de disección; se despega el tejido a resacarse por medio de un periostiotomo (legra de Seldin). Los bordes de la herida se reúnen con puntos separados con seda 000.

En los casos en que el frenillo labial rodea la arcada y se inserte a la altura de la papila palatina, la operación se efectúa trazando la incisión de tal manera que bordeé al frenillo y se prolongue pasando entre los incisivos hacia la cara palatina, pero sin llegar al agujero palatino anterior. Los bordes de la herida se levantan con un periostiotomo o legra de Seldin para poder suturarlos posteriormente.

Otra técnica importante para modificar la inserción del frenillo labial sin su extirpación, es la del Dr. Ries Centeno: se practican dos incisiones paralelas trazadas a cada lado del frenillo que lleguen hasta el hueso. Su límite inferior está dado por el vértice del frenillo; otra incisión, perpendicular a las dos primeras y que las una

completa el colgajo. Desprendido el colgajo en el cual se encuentra el frenillo, se ubica a la altura que se desee y allí se fija con dos puntos de sutura en cada lado. Queda una porción de periostio al descubierto, el cual se cubre pronto con tejido de granulación. El periostio descubierto puede protegerse temporalmente con un trozo de gasa y deformada que se mantiene en su lugar con dos puntos de sutura. La protección del periostio no es indispensable.

Estas técnicas quirúrgicas que acabamos de describir pueden ser aplicadas tanto al frenillo labial superior como al inferior.

CONCLUSIONES

He reunido dentro de este trabajo las bases anatómicas, histológicas y embriológicas de una serie de enfermedades que afectan a los labios y que presentan una etiología multifactorial, pero que -- transtornan el desarrollo normal de estas estructuras.

Quiero hacer hincapie sobre este tipo de alteraciones -- porque creo que representa una parte olvidada de la carrera de Cirujano Dentista ya que la mayoría de las veces el énfasis solo se les da a las alteraciones de tejidos duros.

No pretendo que este trabajo sea absoluto o definitivo, sino que siempre habrá lugar para nuevas aportaciones hacia este tema. Trato además de despertar la curiosidad de las personas que se sientan inclinadas a leer esta tesis.

Elaboré una clasificación para estas enfermedades que -- puede ayudar a comprenderlas y reunir las dentro del marco de las estructuras labiales.

Una de las secciones que considero de mayor importancia dentro de este trabajo es el que se refiere a la prevención, ya que -- son medidas simples y prácticas que deben tomarse dentro del consultorio dental y que serán de suma utilidad para el bienestar de nuestros pacientes y de sus hijos. Quiero también resaltar la importancia en -- que las alteraciones producidas a consecuencia del manejo inadecuado -- de medicamentos o equipo no serán inmediatas, pero sí repercutirán en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aprile, Humberto. ANATOMIA ODONTOLOGICA.
1975, 5a. edición. Editorial El Ateneo,
Buenos Aires, Argentina. Págs. 75-80.
- 2.- Archer, W. Harry. CIRUGIA BUCAL.
1978, 2a. edición. Editorial Mundí,
Buenos Aires, Argentina. Págs. 1132-1143.
- 3.- Bhaskar, S. N. PATOLOGIA BUCAL.
1974, 2a. edición. Editorial El Ateneo,
Buenos Aires, Argentina. Págs. 398-399.
- 4.- Burket, Lester W. MEDICINA BUCAL.
1973, 6a. edición. Editorial Interamericana,
México D. F. Págs. 626-627.
- 5.- Gorglin, Robert J. THOMA, PATOLOGIA ORAL.
1975, 1a. edición. Editorial Salvat,
Barcelona, España. Págs. 52-54, 64-66.
- 6.- Guralnick, Walter C. TRATADO DE CIRUGIA ORAL.
1971, 1a. edición. Editorial Salvat,
Barcelona, España. Pág. 499.
- 7.- Ham, Arthur W. TRATADO DE HISTOLOGIA
1970, 6a. edición. Editorial Interamericana,
México D. F. Págs. 169, 650.
- 8.- Langman, Jan. EMBRIOLOGIA MEDICA.
1976, 3a. edición. Editorial Interamericana.
México D. F. Págs. 319-326.
- 9.- Orban, Blint J. HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCODENTAL.
1976, 1a. edición. Editorial Fournier,
México D.F. Págs. 1-6, 14-15, 215-219.

- 10.- Permar, Dorothy. ORAL EMBRYOLOGY AND MICROSCOPIC ANATOMY.
1972, 5th edition. Lea & Febiger Editors.
U.S.A. Pages 1-8, 103-110.
- 11.- Pindborg, J. J. ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL.
1974, 2a. edición. Editorial Salvat,
Barcelona, España. Págs. 214-217.
- 12.- Quiros G., Fernando. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.
1970, 6a. edición. Editorial Porrúa,
México D. F. Tomo I págs. 324-330,
tomo II págs. 64-70, 191-193, 387-389, 401-406.
- 13.- Rees, Thomas D. COSMETIC FACIAL SURGERY.
1973, 1st. edition. W. B. Saunders Editors,
U.S.A. Pages 550-553.
- 14.- Skoog, Tord. ATLAS DE CIRUGIA PLASTICA.
1976, 1a. edición. Editorial Salvat,
Barcelona, España. Págs. 22-23, 30, 97-122, 146-154.
- 15.- Zegarelli, Edward. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.
1976, 1a. edición. Editorial Salvat,
Barcelona, España. Págs. 503-507, 510.