



2e, 52

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A
- O D O N T O L O G I A -

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**Función de una Clínica de Labio
y Paladar Hendido en México.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARIA DE LOS SANTOS CANO AGUILAR

SN. JUAN IZTACALA MEXICO

1980



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

- I ANTECEDENTES
 - a) HISTORIA
 - b) HISTORIA DE LAS CLINICAS DE LABIO Y PALADAR QUE FUNCIONAN EN MEXICO

- II GENERALIDADES
 - a) EMBRIOLOGIA
 - b) ETIOLOGIA
 - c) CLASIFICACION

- III CARACTERISTICAS FISICAS PSICOLOGICAS Y SOCIALES DEL PACIENTE

- IV CONFORMACION DE UNA CLINICA

- V FUNCIONAMIENTO DE UNA CLINICA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

Dentro de las alteraciones del desarrollo del paladar y partes blandas bucales tenemos la hendidura labial ---- (quilloquesis) y la división palatina o fisura palatina - (palatoquesis). Estas son malformaciones congénitas que por su naturaleza ocasionan trastornos de toda índole tan to físicos, psicológicos y sociales. Estas anomalías re-- percuten también de una manera muy importante sobre la de glución, la respiración y más tarde sobre el habla.

El labio y paladar hendido es un padecimiento tan antiguo como la aparición del hombre sobre la tierra. Según diversos estudios efectuados, la frecuencia de la hendidu ra labial o del paladar hendido varía desde 1 por cada -- 600 nacimientos hasta 1 entre 1250 nacimientos, en cuanto a la frecuencia es según el sexo, la hendidura labial con o sin fisura palatina es más frecuente en los varones y - de preferencia en el lado izquierdo, en tanto que la fisu ra palatina aislada se observa más a menudo entre las mu-- jeres.

Esta tesis se enfocara a la importancia que tiene el funcionamiento de una Clínica de labio y paladar, en donde se puede rehabilitar en forma integral este tipo de -- malformaciones.

El manejo inadecuado de éstos pacientes durante mu-- chos años, ha motivado la necesidad de actualizarse en -- las nuevas técnicas y procedimientos y así poder dar a es tos pacientes un tratamiento integral. Debido a esto es - necesario un equipo médico especializado, que trabaje --- coordinadamente para aplicar nuevos métodos, con los que-- se puedan obtener resultados cada vez más favorables.

Esto hace que la Clínica de labio y paladar hendido - adquiere cada día mayor importancia, la mayoría de las -- instituciones médicas, han creado Clínicas con una serie-- de especialidades, para estudiar cada caso en particular--

del paciente y manejarlo de acuerdo al tipo de malforma--
ción que presente, que puede ser desde una simple fisura--
labial, hasta un complejo labio y paladar hendido comple--
to, on el que se requiere de la habilidad de un equipo in--
tegrado por diversos especialistas, con el fin de someter
al paciente a un tratamiento multidisciplinario y así ob--
tener una rehabilitación integral más cercana a la normal.

Actualmente el tratamiento de labio y paladar hendido
se lleva a cabo con los avances más recientes, pudiendo --
así ayudar a estos pequeños a superar su problemática e --
integrarlos a la sociedad. Ya que la comunicación entre --
los seres humanos es un proceso de vital importancia.

Me interese en la realización de éste trabajo al ver--
que son muchos los pacientes que presentan este tipo de --
padecimientos congénitos, dando a conocer así las diferen--
tes áreas que integran este tipo de Clínica.

a) HISTORIA

El labio y paladar hendido son malformaciones conocidas desde la antigüedad. La primera prótesis para cavidad oral fue construida en el año 2500a.c. y desde entonces -- hasta los primeros siglos de nuestra era se encuentran diversos procedimientos para dar alguna solución a estas -- malformaciones, no fue sino hasta el siglo XVIII cuando -- comenzaron a aparecer algunos reportes.

En 1706 André Myrrhen alargó el paladar blando de un paciente con una técnica no descrita para compensar la -- falta de úvula.

En 1728 Pierre Fauchard describió 5 diferentes tipos de obturadores para utilizar en defectos de paladar. En -- 1757 mejoró los obturadores al añadir abrazaderas laterales para fijarse en los dientes.

En 1757 Christopher Trew hizo una ilustración patológica del labio y el paladar hendido bilateral en un re--- ción nacido que falleció a las 6 semanas de edad.

En 1766 Siebold fue el primero en llamar la atención acerca de los defectos específicos del lenguaje en un niño con paladar hendido. En ese mismo año, Robert descri--- bió a un dentista de nombre Le Monnier que había operado exitosamente a un niño con paladar hendido completo para lo cual colocó unas suturas en los bordes del defecto para aproximarlos y posteriormente los avivó mediante termocauterio. El resultado fue inflamación y supuración que -- concluyó con la fusión de los bordes.

En 1779 Eustaquio propuso a la Academia de Cirugía de París la sutura del velo del paladar cuando es desgarrado durante la extracción de pólipos nasales con el método de Manne. También llamó la atención sobre las alteraciones -- en la deglución y el lenguaje de estos pacientes en los -- que había ausencia congénita del velo. Cuatro años más --

tarde, Eustaquio propuso el método de sutura para los casos de paladar hendido.

Roux (1819) y Von Grafe (1824) son también de los primeros en realizar con éxito este tipo de intervenciones.

En el Continente Americano el primero en efectuar una plastia de paladar fue John Collin en 1820 y en los años siguientes aparecieron reportes de otros cirujanos con buenos resultados, sin embargo, John P. Mettauer fue el primero en sugerir que se hicieran incisiones relajantes en el paladar que permitieran el cierre del paladar blando sin tensión y redujeran la posibilidad de dehiscencia.

Joseph Parcoast fue probablemente el primer americano en mencionar las inserciones de los músculos del paladar y practicó incisiones laterales que le facilitaron el afrontamiento.

Los reportes de Von Langenbeck en 1859 y 1861 vinieron a dar mayores soluciones a los problemas de dehiscencia después de la cirugía del paladar; él enfatizó la importancia de los colgajos mucoperiósticos. En su artículo original de 1861 describió su técnica en 5 tiempos fundamentales:

- 1.- Incisión de los bordes del defecto.
- 2.- División de la musculatura palatina.
- 3.- Incisiones laterales.
- 4.- Disección de los colgajos mucoperiósticos del paladar.
- 5.- Aplicación de las suturas.

La técnica descrita aunque tuvo muchos partidarios varios autores criticaron su técnica mencionando que la amplia zona disecada al formar los colgajos mucoperiósticos ocasionaba retracción del paladar blando y con ello un cierre velofaríngeo inadecuado que condicionaba un lenguaje deficiente.

Antes del descubrimiento de la anestesia, estas intervenciones fueron hechas hasta la edad en que el paciente-pudiera cooperar y fue hasta 1865, fecha en que se aplicó la anestesia al procedimiento, cuando Ferguson y Warren - iniciaron operaciones en niños de 3 a 4 años de edad.

En 1931 Victor Veau trabajando en París publicó un libro en el cual relata la experiencia personal en el tratamiento quirúrgico de 500 pacientes con paladar hendido. - Estableció la necesidad de cerrar el piso nasal, fracturar el hamulus y suturar los músculos del paladar blando - y los resultados fueron dos veces superiores en cuanto al lenguaje en relación a lo reportado por Von Langenbeck.

En 1937 Kilner y Wardill reportaron independientemente una técnica más radical que la de Veau y que también - se ha conocido como operación de "Y-Y" o de "Tush Back" - que tiene bastante aceptación hasta nuestros días, evitando además la formación de fistulas nasopalatinas y ofreciendo a los pacientes mayor posibilidad de desarrollar - un lenguaje mas adecuado.

En 1965 Skoog reportó una técnica para cerrar el piso nasal mediante colgajos mucoperiosticos hechos con incisiones en los bordes del defecto, levantamiento de los -- colgajos y sutura en el centro, reportando la formación - de hueso a partir del periostio desplazado hacia el defecto.

b) HISTORIA DE LAS CLINICAS DE LABIO Y PALADAR QUE FUNCIONAN EN MEXICO.

En México, como en todos los países del mundo, también se han preocupado por la rehabilitación de los pacientes - con labio y paladar hendido.

En la actualidad se han formado diversas Clínicas para la rehabilitación completa de esta malformación.

I.- La primera Clínica de labio y paladar hendido en México, se formó en el año de 1957 en el Hospital General de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, — fué fundada por el Dr. Fernando Ortiz Monasterio y por el Dr. Alfonso Serrano Rebeil. Su funcionamiento es uno de — los más completos en el país atendiendo aproximadamente a mil pacientes por año. En la actualidad el Dr. Fernando Ortiz Monasterio es el Jefe del Instituto y el Dr. Ignacio Trigos Micoló es el Coordinador de la Clínica.

II.- El Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE cuenta también con una Clínica de labio y paladar hendido, fué fundada por el Dr. Severino Tarasco hace aproximadamente — 10 años con un muy buen funcionamiento en todas las áreas.

III.- En el Hospital Infantil de la Ciudad de México se formó una nueva Clínica en el año de 1968 por el Dr. Enrique Vinajeras, funciona en forma adecuada y actualmente el propio Dr. Vinajeras está al frente de ella.

IV.- En el año de 1972 el Dr. Alfonso Serrano Rebeil — funda una Clínica en el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez en la que actualmente sigue funcionando como — Coordinador siendo su servicio en forma eficiente.

V.- También tenemos otra Clínica en el Centro Médico - Nacional, en el Hospital de Pediatría del IMSS.

Existen también en el interior de la República algunas

Clínicas de labio y paladar hendido aunque sus servicios - no son tan completos como las del Distrito Federal.

Entre ellas podemos mencionar.

VI.- La Clínica del C. Hospitalario "José E. González" de Monterrey, N.L.

VII.- La Clínica del Hospital Regional del ISSSTE en la Ciudad de Oaxaca.

VIII.- En Guadalajara, Jalisco. Al frente de la misma el Dr. José Guevara S.

IX.- Puebla, Pue. La dirige el Dr. Carlos León Valle.

X.- Morelia, Mich. Fundada por el Dr. Luis Tena M.

GENERALIDADES .

a) EMBRIOLOGIA

Las estructuras del labio, también denominadas en conjunto como paladar primario y que comprende el prolabio, la premaxila y el septum cartilaginoso, se desarrollan entre la 4a. y la 7a. semanas de vida intrauterina, mientras que el paladar secundario se desarrolla entre la 7a. a la 12a. semana de vida intrauterina.

En la etapa inicial, el centro de las estructuras faciales en desarrollo es una depresión ectodérmica llamada estomodeo está constituido por una serie de elevaciones - formadas por proliferación del mesénquima. Los procesos o apófisis mandibulares se advierten caudalmente en el estomodeo: Los procesos maxilares, lateralmente y la prominencia frontal. Elevación algo redondeada en dirección craneal. A cada lado de la prominencia e inmediatamente por arriba del estomodeo se advierte un engrosamiento local - del ectodermo superficial y la plagoda nasal.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido, los procesos nasolateral y nasomediano, que rodean a la plagoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión, la fozita nasal. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz, y los nasomedianos originarán las porciones medias de nariz, labio superior y 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. En las dos semanas siguientes, se modifica mucho el aspecto de la cara.

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

En consecuencia, el labio superior es formado por los dos procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares. - En el punto donde se encuentran los procesos nasolaterales y el maxilar, se observa una hendidura profunda, la hendidura nosolagrimal.

Posteriormente el crecimiento de los procesos nasomedianos ha sido muy notable y aparecen en contacto con los procesos maxilares de ambos lados. Los procesos nasolaterales se han unido entre si y el surco que existía entre ellos se ha llenado de tejido mesodérmico.

Por lo tanto, las estructuras que rodean la cavidad oral cefálicamente son:

- 1) el proceso frontal único en la línea media.
- 2) los procesos nasales "apareados" a ambos lados del proceso frontal.
- 3) los procesos maxilares "apareados" en los ángulos laterales externos. De estas masas primitivas de tejido derivan el labio superior, el maxilar superior y la nariz.

Los procesos maxilares se funden en un breve trecho con los procesos del arco mandibular, dando origen a la formación de los carrillos y rigen el tamaño definitivo de la boca.

Segmento Intermaxilar:

Hacia fines del segundo mes, cuando la conformación de las partes blandas ya se haya en camino, comienza el desarrollo de las estructuras óseas más profundas. La porción media del hueso maxilar, correspondiente a los dientes incisivos tiene su origen en centros de osificación independientes formados en el segmento de el maxilar superior de origen nasomedial. Este origen independiente de -

la porción incisiva del maxilar humano revela su homología con un hueso independiente de especies inferiores, llamado premaxilar o intermaxilar el cual estaría constituido de - la siguiente manera:

- 1) Componente labial el cual forma el surco del labio-superior.
- 2) Componente maxilar superior, el cual lleva los cuatro incisivos, centrales, temporales y permanentes.
- 3) Componentes palatinos, el cual daría origen al paladar primario.

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

PALADAR.- Hacia el final del segundo mes, ya constituidos los maxilares superiores, comienzan a aparecer los tabiques palatinos, tanto los procesos nasomediales como los maxilares contribuyen a la formación del paladar, así como del arco del maxilar superior. El segmento principal del paladar, deriva de la porción del maxilar superior de los procesos maxilares. A ambos lados del maxilar emergen ex--crecencias semejantes a tabiques que crecen hacia la línea media.

Cuando éstas comienzan su desarrollo, la lengua está - situada entre ellas. A medida que avanza el desarrollo, la lengua se desplaza hacia abajo y los bordes de los tabi---ques palatinos se dirigen hacia arriba y hacia la línea me dia. El progreso de crecimiento los pone en contacto entre sí y su fusión pronto completa la parte principal del paladar. En la región anterior, el pequeño proceso premaxilar-triangular, se coloca entre los tabiques palatinos laterales con los que se une, en vez de fusionarse entre sí.

CAVIDADES NASALES.- Durante la sexta semana de desarrollo las fosas nasales se profundizan, no solo a consecuencia del crecimiento de los procesos nasales alrededor de las mismas, sino también por el desarrollo de las propias fosas primitivas que pronto se abren camino hacia la parte superior de la cavidad oral.

En la etapa inicial, estas fosas están separadas de la cavidad bucal por virtud de los agujeros neoformados, las coanas primitivas. Las coanas están situadas a cada lado de la línea media e inmediatamente por detrás del paladar primario. En su proceso posterior al referido, al formarse el paladar secundario y desarrollarse más las cavidades nasales primitivas, las coanas definitivas se sitúan en la unión de la cavidad nasal con la faringe.

HENDIDURA LABIAL.- Recientes investigaciones han revelado que se produce la fusión epitelial en los casos de labio hendido, pero que la pared epitelial no es perforada por el mesodermo. Por consecuencia la unión epitelial de esas protuberancias se rompe. Se ha comprobado en algunos casos la presencia de delgadas franjas o puentes de tejidos que unen las paredes mesial y lateral del labio hendido.

Estos puentes se desarrollan si el mesodermo solo perfora la pared epitelial en algunas pequeñas zonas. El labio hendido es ya aparente a la 6a. o 7a. semanas de vida intrauterina. El labio hendido se produce en la región del incisivo lateral.

En algunos casos puede cortar la matriz mesial o lateralmente en relación al futuro germen del incisivo lateral, o bien puede dividirlo. En el último caso por un proceso de regeneración, cada parte del germen dividido puede producir un incisivo lateral o puede quedar éste sin representación.

b) ETIOLOGIA

La etiología del labio y paladar hendido no está bien precisada, el gran número de teorías y los hechos específicos bien definidos muestran que la causa puede obedecer a un sinnúmero de factores.

Pero para poder determinar los factores etiológicos - en cada caso particular, es necesario conocer todos los - antecedentes familiares y médicos del paciente.

Es más común que el labio y el paladar estén hendidos en un mismo paciente, en comparación al paladar hendido - aislado.

Encontramos que aproximadamente en 10% de éstas malformaciones dependen de los factores genéticos y otro - 10% es causado por algunos de los diversos factores tales como nutricionales, medicamentosos, físicos etc. Y el - otro 80% son originados por la interacción complicada de los diversos factores junto a los genéticos.

Factores Genéticos:

La influencia de la herencia es muy grande, pues en - un 5% existe la misma malformación en los antepasados o - colaterales del niño. En el aspecto genético, en primer - lugar, lo más frecuente es la actividad de muchos genes - de pequeño efecto aditivo que interacciona con el medio - ambiente (herencia multifactorial) para producir la malformación. En este caso el riesgo de repetición será del - 10%.

Habrà ocasiones en que el labio o paladar hendido sea una de las manifestaciones del amplio espectro de malformaciones producidas por determinadas alteraciones cromosómicas, principalmente la trisomía D y la trisomía 18. El riesgo de repetición será mínimo cuando se trata de una - trisomía regular, pero teóricamente se elevará al 33% si - la alteración obedece a una aberración cromosómica, en -

que uno de los padres es el portador de la misma alteración que lleva en forma compensada.

Raras veces obedece a la acción de un solo gen de efecto dominante. El riesgo de repetición en estos casos es de 50% en cada embarazo.

Habrán casos en que el labio o paladar hendido sea una más de las malformaciones múltiples que presenta un niño, sin que sea posible enfocarlo en un síndrome específico; en estos casos habrá que tomar en cuenta la presencia de otras malformaciones y datos anamnésticos no siempre fáciles de recabar, sobre todo por lo que se refiere al empleo de drogas durante el embarazo, a padecimientos virales, en matrimonios consanguíneos se acentúan más las características poligénicas que forman parte de la base de la herencia multifactorial antes señalada.

Factores Nutricionales:

Los defectos de nutrición, o la debilidad de la madre durante el embarazo, pueden ser un factor predisponente. Se ha logrado obtener la deformidad en ratones sometidos a pruebas de esta naturaleza.

Deficiencias de vitamina A, vitamina E, Riboflavina, Acido Fólico, Acido Pantotéico, también pudiendo ser por una avitaminosis.

Factores Medicamentosos:

Incluyen teratógenos que pueden dar lugar a síndromes con anomalías cromosómicas. Se administró cortisona a conejas gravidas y se ha producido defectos similares en sus crías al igual que la talidomida.

Factores Físicos:

Pudiendo ser radiaciones terapéuticas o atómicas.

Factores Mecánicos:

La obstrucción mecánica en la cual el tamaño de la -- lengua impida la unión de los procesos o el desarrollo -- asincrónico o la posición fetal pueden causar retención -- de la lengua y el área nasal en medio de las prolongacio- nes palatinas.

Factores Tóxicos:

Inhibidores del crecimiento (ácido bórico, ácido sali- cílico, selenium), infección viral (rubeola), infecciones parasitarias (toxiplasmosis).

Factores Hormonales:

Hormonas sexuales: Testosterona, Progesterona, hormo- na tiroidea: Compuesta de yodo, hormona pancreática: Tol- butanina (orinase), hormona adrenalina.

c) CLASIFICACION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.

a) Paladar primario

1.- Fisura labial

{ unilateral
bilateral
media

2.- Fisura labial incluyendo
proceso alveolar

{ unilateral
bilateral

b) Paladar secundario

1.- paladar hendido

2.- paladar blando hendido

3.- paladar submucoso

4.- úvula bífida

{ unilateral
bilateral

c) Combinación de paladar primario y secundario

1.- labio y paladar hendido

{ unilateral
bilateral

**CARACTERISTICAS FISICAS, PSICOLOGICAS Y SOCIALES
DEL PACIENTE.**

Esta malformación altera al individuo físicamente, psicológicamente y socialmente. Físicamente afecta la plastia de la cara, pues aún después de ser intervenidos quirúrgicamente, son visibles las cicatrices, restando normalidad a la misma, al mismo tiempo origina defectos en el habla, y ésta aparece con gran número de fallas articulares y voz nasalizada lo que la hacen incomprensible, motivo por el cual altera el área psicológica, funcionalmente presenta alteraciones no sólo en el habla sino en su vida de desarrollo biológico, por problemas respiratorios y alimenticios.

Todo individuo, por su propia naturaleza, posee al nacer una serie de recursos biológicos, mentales y emocionales para llevar a cabo una adaptación social satisfactoria. La integridad de estos recursos supone la más alta probabilidad de éxito en el ajuste vital.

El niño con labio y paladar hendido nace con un factor en contra que altera seriamente sus mecanismos de adaptación.

El primer obstáculo con que se encuentra el bebé es el de no poder alimentarse de el pecho de su madre. Esto nos trae como consecuencia la falta de presentación tanto tiempo anhelada, en la que se declararán y establecerán sentimientos de cariño, gusto, comprensión y ayuda mutua lo que es indispensable para que continúe el desarrollo del binomio madre-hijo que se vio interrumpido al no llevarse a cabo esta etapa, tanto el niño como la madre se frustran; el uno por no poder aliviar su necesidad de hambre y la otra por no tener la oportunidad de amamantar a su hijo, lo que se traduce en un sentimiento de rechazo (inconsciente) por parte de la madre.

Aquí comienza su camino de desilusiones y de sufrimientos, lo que lo llevará a una desadaptación social colocándolo en desventaja frente al medio ambiente.

Los padres inconscientemente quieren deslindar responsabilidades, situación que los lleva a un mayor sufrimiento, trayendo como consecuencia un distanciamiento entre ellos y su hijo, perdiendo un tiempo precioso para aceptarlo, comprenderlo y ayudarlo.

En estudios antropológicos sociales, se ha sabido que, los niños con problemas físicos, provenientes de un medio socioeconómico y cultural bajo, tienen mayor facilidad de ajuste y menores distorsiones en su personalidad, no así los niños con problemas físicos nacidos en hogares de cultura elevada y económicamente solventes, a quienes se les dificulta el ajuste social y tienen mayores distorsiones en su personalidad.

La Dra. Ribble hizo observaciones experimentales muy interesantes en la producción de reacciones de tensión en el lactante, por la ansiedad de la madre. En el niño con labio y paladar hendido hay varios factores para establecer esta interreacción: la madre se preocupa por la no integridad anatómica de la boca del niño, por su repercusión en la estética, por sus graves consecuencias fisiológicas (una de las pruebas mayores para el equilibrio emocional de estas madres es el trastorno de la fonación del niño).

En esta primera etapa de la vida del niño, lo más notable es la ansiedad de los padres. A veces juegan un papel muy importante los prejuicios que hay acerca de la etiología del padecimiento y la reacción por el nacimiento del niño es un sentimiento de culpa.

Cuando el niño va creciendo, háyase o no operado, se van interrumpiendo las reacciones emocionales de los padres que serán definitivas en el carácter del niño puesto que ocurre antes de los 6 años de edad. Inconscientemente la madre rechaza a su hijo deforme, pero esta tendencia no es tolerada por su Yo, de tal manera que conscientemente-

sobreproteje al niño.

Con el paso de los años empiezan a diferenciarse claramente sus problemas: aspecto estético y trastornos en la fonación. El defecto estético empieza a crear reacciones directas en el niño, que van por el camino del aislamiento o la agresión, según sean sus dotaciones de carácter constitucionales, hasta que llega al período de más intensa socialización, la escuela y se encuentra distinto a otros niños, que lo llaman con apodos, lo segregan y lo hostilizan; hasta entonces el niño se sintió más o menos seguro en su ambiente circunscrito, y ahí topa con la crueldad normal de esta etapa del niño escolar. La personalidad en este punto, fija sus conflictos y reacciones por caminos que a veces serán definitivos, el niño con defecto físico es un resentido, cuando no agrede directamente para expresar su resentimiento, se aísla o busca otra adaptación y entonces es zalamero y busca congraciarse con todos.

El niño con labio y paladar hendido precisa de nuestro cariño lúcido, de nuestra comprensión y de una desensibilización gradual.

Lo importante no es la Cirugía plástica u otros aspectos que intentan la rehabilitación de la criatura. Lo esencial, es la plastia emocional y que el niño se sienta niño, ni mejor ni peor. Igual a todos los niños del mundo, con el derecho de una risa normal, con el derecho de una voz normal, con el derecho inalienable a ser como todo el mundo.

CONFORMACION DE UNA CLINICA.

Como se dijo con anterioridad, el labio y paladar hendido es una malformación que para que se lleve a cabo su rehabilitación integral, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario: aquí estriba la importancia de la conformación de una Clínica en la que los diversos especialistas que la componen estén en estrecha relación para poder planificar el tratamiento y su intervención en el manejo de los pacientes sea oportuna. La Clínica debe estar integrada por:

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 1.- Trabajo Social. | 9.- Foniatría. |
| 2.- Pediatría. | 10.- Terapia del Lenguaje. |
| 3.- Genética. | 11.- Psicología. |
| 4.- Otorrinolaringología. | 12.- Laboratorio Dental. |
| 5.- Ortodoncia. | 13.- Audiovisual. |
| 6.- Ortopedia Maxilar. | 14.- Radiología. |
| 7.- Prosthodoncia. | 15.- Cirugía Reconstructiva. |
| 8.- Odontopediatría. | |

Un alto porcentaje de los pacientes que presentan labio y paladar hendido en México caen en clase social y — económicamente desvalida, por lo que una investigación socioeconómica de cada paciente para su tratamiento, nos dará una pauta de lo que se podrá hacer por él. He aquí la importancia de la estrecha relación que debe haber con el Servicio Social que labora en los Hospitales y Centros -- Rehabilitatorios.

La valoración física integral de estos pacientes para conocer su estado de salud en general y poder descartar — malformaciones asociadas, corresponde al Pediatra.

La predisposición genética que existe y la posibilidad de otras malformaciones concomitantes, hacen que la participación del departamento de Genética sea indispensable — para poder dar a los padres un consejo genético de acuerdo

a las causas que produjeron la deformidad y de esta forma evitar nuevos riesgos.

Las complicaciones que se presentan al estar comunicada accidentalmente la rinofaringe y la cavidad bucal propician alteraciones funcionales y patológicas que deben ser atendidas por el otorrinolaringólogo.

Estos pacientes, por su deformidad y porque el porcentaje más alto está en la clase social económicamente baja, hay descuido en su higiene bucal lo que propicia múltiples lesiones por caries, por lo que el servicio dental debe atenderlos y de ésta manera prevenir la caries. Se les da orientación sobre la higiene de boca, y se indican las extracciones de dientes para facilitar el trabajo del servicio de Ortodoncia, así como la elaboración de modelos de estudio.

Por la naturaleza de las hendiduras en donde han perdido su relación los maxilares y los órganos dentarios, - así como los cambios que sufren éstos al hacerse cirugía- y por el crecimiento que presentan, es indispensable la participación del ortodoncista y de ortopedia dental.

Todas las hendiduras son corregibles por medio de la Cirugía, pero es indispensable que el Cirujano Plástico - este en estrecha relación con los demás integrantes de la Clínica.

La aplicación de las pruebas necesarias para conocer los problemas del niño corresponden al Psicólogo y de esta manera ayudarlo a su ajuste interpersonal. De igual forma aplicará pruebas para conocer si el niño tiene algún problema agregado que le impedirá la adquisición del lenguaje que más tarde puede repercutir en el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Otra de las especialidades importantes para la rehabilitación del paciente es la Terapia de Lenguaje para corregir los defectos del habla.

Por lo general la mayoría de los pacientes y familias esperan que al ser operados hablarán en forma normal, pero no es así pues aún después de la operación no saben como utilizar su nueva estructura, por lo tanto, la función del Terapeuta de Lenguaje, será enseñar a utilizar ésta como es debido y así logre aprender a hablar correctamente.

Para tener una idea clara y objetiva del tipo de deformidad que se presenta y poder hacer comparaciones antes y después que el paciente haya sido tratado por los especialistas, requiere que se lleve un control. Por lo tanto la Clínica debe contar con un departamento de RX y uno de fotografía.

**FUNCIONAMIENTO DE UNA CLINICA DE LABIO Y
PALADAR HENDIDO.**

El funcionamiento de una Clínica de labio y paladar hendido es complejo por la gran diversidad de disciplinas que intervienen, con actividades específicas, encaminadas a solucionar los diferentes problemas que se presentan en el tratamiento de estos pacientes.

Para poder llevar a cabo estas actividades en una forma adecuada, deben estar sujetas a normas precisas, regidas por disciplinas bien establecidas.

El objetivo de una Clínica es brindar al paciente de una buena estructura orgánica, funcional y psicológica para su adecuada comunicación e integración con el medio que lo rodea.

Una Clínica de labio y paladar hendido puede (debe) funcionar en todos los Centros Hospitalarios pues debe ser uno más de los servicios que estos Centros brinden a la comunidad.

Al llegar el paciente por primera vez, a la Institución, deberá pasar al servicio de consulta externa en donde será recibido y entrevistado por el médico general que se encargará de canalizarlo a la Clínica en donde será atendido por el Servicio de Cirugía Plástica. Este servicio será el directamente responsable de la atención, coordinación, cirugía y cuidados de evolución e interconsulta del afectado.

Los médicos del servicio se encargarán de recibir y entrevistarse con el paciente y sus familiares y elaborar la historia clínica. A partir de ese momento el médico en cargo de la primera entrevista quedará como responsable del paciente y será el coordinador entre la Clínica, los familiares y el afectado.

La Historia Clínica incluye:

- 1.- Ficha de identificación completa.

2.- Detección de antecedentes familiares.

3.- Padecimientos y deformidades asociadas.

4.- Clasificación de la deformidad.

- a) Labio.- Unilateral, bilateral, completa, incompleta, mixto, derecho, izquierdo y amplitud de la fi
sura.
- b) Nariz.- Asimétrica, piso abierto o cerrado, columna
la corta, hemicolumnela afectada, punta y ala -
nasal, cornetes, septum y vomer.
- c) Premaxila.- Normal, pequeña, prominente, móvil y-
desviada o ausente.
- d) Fisura alveolar.- Amplitud, unilateral, bilateral
y contacto o separación de segmentos.
- e) Fisura Palatina.- Amplitud, paladar primario o se
cundario, unilateral, bilateral, vomer completo o
incompleto, úvula, paladar corto, movilidad pala-
tina, relación con retrofaringe, amígdalas y tejido
adenoideo, fístulas y cicatrices.
- f) Valoración dental general.- Higiene, dientes, ---
ausencia o supernumerarios, oclusión y colapsos.
- g) Valoración Clínica del lenguaje.
- h) Valoración Clínica audiológica.
- i) Valoración general del grado de inteligencia, motiva
ción y desarrollo psicomotor.

5.- Antropometría cefálica.

- a) Determinación de biotipo y grupo étnico.
- b) Somatometría cefálica.
 - 1.- Mediciones óseas de cara y cráneo.
 - 2.- Mediciones de partes blandas.
 - 3.- Obtención de índices:
 - Cefálico vértico transversal.
 - Cefálico vértico longitudinal.

Cefálico horizontal.
Facial superior.
Zigomandibular.
Orbitario.
Prognático y Flowers.

4.- Clasificación y diagnóstico general.

6.- Solicitud de interconsultas.

a) Indispensables en todos los casos:

- 1.- Psicología.
- 2.- Genética.
- 3.- Dental.
- 4.- Foniatria.
- 5.- Trabajo social.
- 6.- Fotografía clínica.

b) Específicas:

- 1.- Audiología.
- 2.- Otorrinolaringología.
- 3.- Pediatría.
- 4.- Neurología.

Una vez hecha la historia clínica, terminará la primera entrevista y el médico, deberá informar y citar a su paciente para revisar y transcribir al expediente el resultado de cada interconsulta solicitada.

Entonces deberá citarlo a discusión general a la Clínica, se debe de dar la cita por lo menos dos veces al mes. Para esa presentación el encargado del caso deberá elaborar un resumen de la historia y de las interconsultas, exponiendo teóricamente el plan de tratamiento con correcta secuencia cronológica, rutinas y técnicas a emplear para que sea juzgado, valorado, discutido y tal vez modificado por el resto de los participantes de la Clínica.

Dicha presentación deberá ser breve, clara y concisa. Servirá para determinar el tratamiento definitivo.

Terminada la discusión, dependiendo del resultado de la entrevista, se deberán dar instrucciones al afectado o a sus familiares, transcribiendo en el expediente el plan de tratamiento y manejo a seguir.

El adecuado funcionamiento para la atención integral del paciente, requiere de la perfecta coordinación multidisciplinaria con las siguientes obligaciones específicas para cada servicio.

TRABAJO SOCIAL.

La participación de la trabajadora social dentro de la Clínica es importante, ya que por medio de la entrevista abierta, en la que deberá establecer una relación que propicie la confianza del niño y el familiar. Se conocerá, basada en los métodos y mediante un estudio aplicado que debe constar de:

- 1.- Datos generales.
- 2.- Estructura y dinámica familiar.
- 3.- Relaciones intrafamiliares.
- 4.- Datos económicos.
- 5.- Antecedentes familiares congénitos.
- 6.- Datos de vivienda.
- 7.- Disposición de la familia hacia el tratamiento.

Estos datos darán el grado de desequilibrio, de ajuste personal, familiar, social y económico, y de esta manera se sabrá las posibilidades y recursos con que se cuenta para adaptar los programas de rehabilitación.

Se plantea la necesidad de clasificar los casos en tres grupos, ya que un país como México que se encuentra en vías de desarrollo, se debe de hacer el uso correcto de todos -- los recursos humanos y materiales sin permitirse el desperdicio.

Al grupo uno se le llamará suficiente; es aquel en que la situación económica y social son favorables y que por ello están en condiciones de tener (teóricamente) una rehabilitación integral.

Al grupo dos o grupo intermedio, se puede clasificar -- en los casos que aún teniendo conciencia del problema y de deseos de participación, las condiciones familiares y económicas están restringidas, esto se da con frecuencia en los casos foráneos en que cuando el paciente es traído a su -- tratamiento surgen desajustes familiares, separación temporal de los miembros de la familia, problemas económicos y otros conflictos, por esto se planteará en la Clínica el -- tipo de tratamiento y la intervención de los especialistas de acuerdo a la situación socioeconómica del paciente.

El grupo tres o grupo débil, se llamará a sí porque -- las condiciones socioeconómicas y culturales son muy bajas y no permiten que se pueda elaborar un programa siendo su -- único deseo de eliminar su aspecto físico y quitarse el -- complejo de culpabilidad y el compromiso que tienen para -- con el paciente.

La función de la trabajadora social de acuerdo a estas tres clasificaciones será la de lograr que este equipo interdisciplinario tome conciencia del problema social de ca da paciente.

Debido al comportamiento de los padres hacia los hijos, de sobreprotección o rechazo, se ve la necesidad de formar un club de padres siendo su objetivo:

- 1.- Disipar dudas en cuanto al origen de la malforma-- ción y evitar o solucionar conflictos familiares.
- 2.- Ayudar a lograr un cambio de actitudes hacia el -- problema de sobreprotección o rechazo lo cual daría como resultado un mejor aprovechamiento y una participación más activa en el programa de rehabilita ción.

- 3.- El funcionamiento de la Clínica y el tiempo aproximado en el tratamiento, haciendo notar la importancia de su participación en cuanto a puntualidad y constancia e interés, para obtener resultados positivos.
- 4.- Dar una orientación nutricional, ya que la mayoría de estos niños tienen problemas de desnutrición, debido a que por su propio problema no pueden alimentarse adecuadamente.

PEDIATRIA.

Para el pediatra, el problema de labio y paladar hendido es un problema complejo, el cual interfiere en el desarrollo normal del maxilo facial alterando la estética y función del mismo. Ya que las estructuras óseas son las que mantienen en completa armonía los tejidos blandos y debido a esta alteración se presentan complicaciones funcionales en los actos de succión y deglución.

Ya que este problema es congénito, la responsabilidad del manejo del paciente corresponde al pediatra, y por lo tanto el deberá de informar a los padres sobre la presencia y gravedad de la malformación, tratando de que se adapten psicológicamente para aceptar y comprender dicho problema. Les comentará, además del tratamiento multidisciplinario a que el paciente será sometido para conseguir su habilitación, orientándolos acerca de las posibles alteraciones otológicas y respiratorias que el paciente pudiese sufrir, por la falta de separación entre las cavidades bucal y nasal. Les indicará una dieta adecuada, la razón de ésto es por la dificultad que tienen estos pacientes para la succión y deglución, y además que la alimentación es un factor primordial para que el paciente obtenga

las condiciones generales de salud necesarias para poder someterlo a la intervención quirúrgica inicial.

GENETICA.

El estudio genético se debe efectuar a todos los pacientes en el departamento correspondiente. Todo niño vivo tiene un riesgo de 1 en cada 750, de presentar este problema.

Los riesgos para la herencia multifactorial son riesgos empíricos (se calculan según la frecuencia del padecimiento en la población).

Básicamente los riesgos que nos interesan son los siguientes:

- 1.- Si en una familia existe un hijo con labio y paladar hendido, el hijo siguiente, que riesgos tendrá en presentar el mismo problema.
- 2.- Los riesgos para la descendencia de un individuo con labio y paladar hendido.
- 3.- Los riesgos para la descendencia de un hijo, cuando ambos progenitores presentan labio y paladar hendido.
- 4.- Los riesgos para la descendencia de los hermanos sanos de un hijo con labio y paladar hendido.
- 5.- Los riesgos para la descendencia de familiares, en 2o. y 3o. grado.

La herencia multifactorial, se refiere a la transmisión de un carácter por efecto de varios genes aditivos sometidos a una influencia ambiental.

Cuando la transmisión genética es por factores ligados al sexo o por factores autosómicos, dicha transmisión es exacta, porque no hay necesidad de ningún cálculo, ya que todo se basa en leyes Mendelianas.

En este cuadro sinóptico podemos ver la intervención de la constitución genética y del ambiente en la herencia multifactorial.

Constitución genética
(genotipo)

Agente agresor ambiental
(ambiente)

Labio Paladar Hendido
(fenotipo)

Individuo sano
(fenotipo)

Individuo sano
(fenotipo)

Genotipo= Es la serie de manifestaciones genéticas, que presenta el individuo.

Fenotipo= Es la serie de manifestaciones físicas, que presenta el individuo.

En conclusión, tenemos que el Genotipo más ambiente, nos resultará lo que es el Fenotipo.

GENOTIPO + AMBIENTE = FENOTIPO

En cambio, los efectos del medio ambiente, tienen -- muy poca participación en las transmisiones por herencia ligada al sexo y por herencia autosómica, siendo un factor determinante la constitución genética de ambos progenitores.

En los casos de labio y paladar hendido por transmisión genética autosómica (recesiva o dominante) y ligada al sexo (recesiva) los factores causales serán los genes presentes en ambos progenitores.

Cuadro sinóptico, que nos muestra las tres probabilidades que existen, de los progenitores hacia los descendientes.

GENOTIPO MASCULINO	GENOTIPO PORTADOR	FEMENINO SAÑO
Individuo con labio y/o paladar hendido (lo manifiesta físicamente y lo transmite).	(no lo manifiesta y si lo transmite).	(no lo manifiesta y no lo transmite).

ORTODONCIA.

El ortodoncista representa una parte muy importante en la habilitación del paciente con problemas de labio y paladar hendido. Los ortodoncistas, actualmente reconocen que hay tres fases de tratamiento ortodóncico convencional, -- indicados para los pacientes con problemas de labio y paladar hendido.

1.- Tratamiento de expansión de los segmentos maxilares a los 3 ó 4 años de edad.

2.- Tratamiento durante el período de dentición mixta:

- a) Corrección de las piezas maxilares anteriores, en posición lingual y giradas.
- b) Corrección de la relación de los molares permanentes.
- c) Extracciones seriadas.

3.- Corrección final de la dentición permanente.

Si consideramos que un arco dental normal, o cercano a lo normal, en estos pacientes es muy importante, también - debemos considerar que el obtener dicho arco lo más pronto posible, nos dará como resultado un pronóstico mejor en el

tratamiento de nuestros pacientes. Lo más pronto que el tratamiento se instituya, influenciará el desarrollo de los arcos pudiendo disminuir muchos de los problemas que se le podrían presentar al ortodoncista posteriormente.

Entre los 3 y 4 años de edad, la condición más frecuentemente encontrada en la oclusión de estos pacientes, es la posición lingual de los dientes anteriores superiores, esta mordida cruzada puede presentarse solamente en un diente o todo un segmento, puede ser unilateral o bilateral dependiendo de la severidad de la hendidura original. La compresión del arco dental maxilar y la oclusión lingual resultante, reflejan las perturbaciones generales que ocurren en el crecimiento y desarrollo del maxilar. El retraso del tratamiento de expansión de los segmentos maxilares en un paciente con paladar hendido, después de los 6 años de edad, aumentan los problemas encontrados al llevar los segmentos a su posición y limita la acción del movimiento de los dientes.

En algunos casos, puede ser preferible corregir la posición lingual de los dientes primarios anteriores del maxilar, mientras que en otros puede ser aconsejable esperar la erupción de los dientes permanentes, la decisión para este tratamiento se basa en la edad del paciente, la posición de los dientes y el grado de reabsorción radicular.

En muchas ocasiones, los dientes anteriores del maxilar, especialmente los incisivos centrales, erupcionan en una posición palatina en relación a los dientes mandibulares.

Esta condición es corregida tan pronto como los dientes han erupcionado lo suficiente para permitir la construcción de un aparato. La corrección se logra generalmente en un período razonable de tiempo (de 2 a 6 meses)

dependiendo del grado de mal posición. En algunas ocasiones, no es difícil encontrar que en los dientes posteriores de nuestros pacientes, existen algunos problemas de constitución histológica y también anomalías de forma, estos dientes generalmente se extraen, pero debemos hacer un intento por conservar todos los dientes en el arco dontal, hasta que el tratamiento ortodóncico haya sido con--cluido. En algunas ocasiones, estos dientes pueden ser --utilizados para anclaje de prótesis de diversos tipos.

Un procedimiento frecuentemente indicado en el tratamiento, durante la dentición mixta, es el de extracciones seriadas. Si puede ser determinado que no hay suficiente espacio en la longitud del arco para acomodar los dientes permanentes, las extracciones seriadas están indicadas.

Las extracciones seriadas deben ser consideradas después de un reconocimiento temprano o con la anticipación de una deformidad que va a ocurrir a menos que los dientes sean removidos en intervalos estratégicos para remediar la mal oclusión en desarrollo. Las extracciones periódicas en los arcos dentales en desarrollo, que presentan una deficiencia severa en la longitud o en el ancho del espacio intercanino, permite a los dientes no erupcionados, a los que están erupcionando y a los que ya han --hecho erupción.

Los cuatro primeros premolares podrían ser extraídos cuando ya hayan hecho erupción. De cualquier manera las extracciones seriadas frecuentemente previenen el apifaamiento severo de los dientes permanentes y disminuye el tiempo del tratamiento ortodóncico.

Para los pacientes con labio y paladar hendido, las extracciones seriadas del arco mandibular, puede permitir una ligera posición lingual de los dientes anteriores local, es beneficioso puesto que hay un desarrollo defi--

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

ciente de maxilar. La fase final del tratamiento ortodónico, se inicia generalmente durante los últimos periodos de erupción de la dentición permanente.

Estos procedimientos no difieren del tratamiento de rutina. En algunas ocasiones, podemos encontrar piezas dentarias en región palatina, estas pueden ser supernumerarias, y deberemos decidir su extracción cuidadosamente.

Es importante mencionar que durante esta etapa el tratamiento podría ser combinado con procedimientos protésicos, ya que el paciente atraviesa por una edad en la que el factor estético es importante para la seguridad que nuestro paciente obtendrá posteriormente.

ORTOPEDIA MAXILAR.

La Ortopedia Maxilar, es una rama de la Odontología, tiene un papel muy importante en la Clínica de labio y paladar hendido.

La intervención de la Ortopedia Maxilar es en la mayoría de los casos a temprana edad, siendo el objetivo principal obtener una relación satisfactoria entre el proceso maxilar y el proceso mandibular, pudiéndose aplicar ya sea pre-operatoria o post-operatoriamente.

El tratamiento ortopédico, puede iniciarse pre-operatorio, durante los primeros días de vida con la aplicación de diferentes aparatos, anticipándose al tiempo operatorio.

Tratando de obtener condiciones favorables para el mismo. Habrá casos en que el paciente, presente su premaxilar protuida y móvil, en estos casos se le coloca una banda de retrusión extracral, la cual nos ayudará a retruir su premaxila.

En los casos, uni o bilaterales, indistintamente podemos usar una placa de expansión, la cual está elaborada - de acrílico de autopolimerización, esta puede adaptarse - sin aditamentos extraorales en la cavidad bucal utilizando polvos adhesivos dentales. Las ventajas que nos brinda el uso de esta placa de contención son las siguientes:

- 1.- Mantiene los segmentos maxilares en buena posición.
- 2.- Desplaza los segmentos palatinos hacia la línea media reduciendo de esta manera el defecto palatino.
- 3.- Aumentando la posibilidad de obtener un paladar blando y con movilidad, con un mejor funcionamiento después del cierre quirúrgico y antes de que el desarrollo del lenguaje avance, contribuyendo así a la disminución de la hiperrinofonía clásica de estos casos.
- 4.- Facilita la alimentación del paciente, ya que nos separa las cavidades nasal y bucal, disminuyendo de esta manera las regurgitaciones.
- 5.- Disminuye la posibilidad de infecciones, tanto respiratorias como otológicas.
- 6.- Nos evita la introducción de la lengua y de alimentos, así como de líquidos en la hendidura palatina, evitando de esta manera que la lesión se agrave.

En muchas ocasiones el uso de este aparato (placa de contención), se puede combinar con los procedimientos quirúrgicos, para obtener así el alineamiento de los segmentos maxilares.

Otro aparato usado, cuando existe colapso del maxilar superior, es la placa de expansión, la cual presenta en su interior un tornillo de dilatación, el cual se activa constantemente para obtener movimientos distales en dichos segmentos alineando de esta manera el maxilar superior con el inferior.

Hay diversas opiniones en lo que respecta a la etapa de inicio en el uso de este tipo de prótesis, algunos prefieren colocarla después de la operación de paladar y otros prefieren esperar a que se encuentren las primeras molares superiores permanentes (seis años). La primera de estas opiniones es la que ha dado mejores resultados.

En los casos bilaterales, donde la premaxila se encuentra en una protusión exagerada, el tratamiento ortopédico maxilar se inicia con la aplicación de bandas de retrusión, las cuales ejercen presiones constantes sobre la premaxila para retruirla, el uso de este aparato contribuye a la alineación de la premaxila, en relación a los segmentos maxilares y evita la retroposición quirúrgica de la premaxila, contribuyendo así a la normalidad del crecimiento. Este aparato puede ser combinado con otros aparatos ortopédicos maxilares.

Después de la intervención quirúrgica de paladar, - el tratamiento consiste en la prevención de condiciones de oclusión anormal o bien en la corrección de los problemas mínimos ya existentes. Para ésto se utilizan aparatos similares a los usados en el tratamiento pre-operatoriamente. Cuando el paciente presenta una dentición mixta, o sea primaria y permanente, se inicia el tratamiento ortodóncico, el cual puede ser dividido en tres etapas: preventiva, interceptiva y correctiva.

La mayoría de los pacientes a esta edad generalmente presentan un colapso del maxilar superior en relación al inferior, por falta de detención de crecimiento del maxilar superior, produciéndose alteraciones estéticas y -- funcionales. Antes de iniciar esta etapa del tratamiento se requiere de un estudio completo del paciente, compue to por: modelos de estudio, radiografías craneales (cefa lograma y serie periapical), psicométrico, audiometría, etc.

El tratamiento del paciente en todo momento deberá estar basado en un plan trazado conjuntamente y con una-secuencia cronológica.

Una vez que el tratamiento de oclusión se ha terminado, se procede al tratamiento protésico restaurativo que prácticamente nos viene a completar las posibilidades para el toque final en la habilitación del paciente, ya -- que este habrá obtenido los siguientes beneficios: mejorar su estética, mejorar su alimentación, con buena masticación y buena deglución, mejorar su lenguaje.

Cuando la intervención quirúrgica ha fracasado y las alteraciones de la voz y del lenguaje son muy marcadas, se podrá utilizar una prótesis velofaríngea, la cual con siste en un bulbo de acrílico adaptado perfectamente a -- las paredes faríngeas, evitando así el escape de aire so norizado hacia la cavidad nasal, misma que produce la -- hiperrinofonía. La adaptación del paciente a cualquiera de estos aparatos es fácilmente alcanzada.

PROSTODONCIA.

El protesista se encargará de restaurar las estructuras de la cavidad bucal con prótesis fija o removible, -

parcial o total, con obturadores para el paladar blando y para el paladar duro según sea el caso, etc. cualquiera que sea el tipo de prótesis usada en estos pacientes, será de gran importancia para la persona encargada de darle su terapia del lenguaje y además para el foniatra porque llegan a constituir parte del mecanismo del lenguaje del paciente.

Las prótesis usadas en los pacientes además de ayudarnos a obturar, mejorar la fonación, etc. nos podrá servir para otros propósitos:

- 1.- Nos ayuda a mejorar el perfil, levantando el labio superior en caso de que sea necesario.
- 2.- Restaura dientes ausentes.
- 3.- Como retenedor, para mantener algún tratamiento ortodóncico ya sea contención del maxilar, posterior a una expansión del mismo o ya sea la propia expansión con prótesis especializadas; además para mantener algún espacio interdentario.
- 4.- En casos de premaxila móvil, nos ayuda a estabilizar dicha premaxila flotante.
- 5.- Nos ayuda a obturar aperturas que pueden presentarse en el paladar duro.
- 6.- Restaura el proceso alveolar.
- 7.- Mejorar la oclusión.

Las áreas faríngeas de hendiduras palatinas, varían en tamaño y configuración, así como en la actividad de los diferentes músculos y consecuentemente aparatología diferente.

ODONTOPEDIATRIA.

Esta especialidad es de suma importancia en la Clínica y por lo tanto su intervención es imprescindible.

El Odontopediatra debe tener conocimientos de los diferentes integrantes de una Clínica de labio y paladar, con la finalidad de saber en que momento remitir el caso para su intervención requerida.

La rutina del tratamiento dental para el paciente -- con problema de labio y paladar hendido, no es realmente diferente del tratamiento instituido en otros pacientes de edades comparables.

Las necesidades preventivas y restaurativas del niño, pueden ser manejadas por el odontopediatra que entiende los problemas de desarrollo de este defecto y estar al cuidado del tratamiento del paciente.

Si existe alguna diferencia en el tratamiento dental para el paciente con labio y paladar hendido, ésta debe estar en relación directa con la urgencia de instituir un programa preventivo. La salud dental de muchos niños con labio y paladar hendido, ha sido descuidada ya que generalmente estos niños no asisten al consultorio dental, y por lo tanto al hacerse su primer examen bucal encontramos que hay descuido y daño irreparable en sus dientes. Pues los padres se han preocupado hasta este momento del aspecto estético.

En ocasiones el dentista mismo duda efectuar su rutina odontológica porque piensa que puede interferir con alguna intervención quirúrgica.

Cuando existe una premaxila móvil, el dentista puede obtener responsabilidad para el manejo de la misma si nunca lo a hecho anteriormente.

Las actividades de esta especialidad son:

- 1.- Tratamientos odontológicos generales de higiene y prevención (profilaxis, aplicación tópica de fluor y técnica de cepillado).
- 2.- Eliminación de tejido carioso, obturaciones o - aplicación de coronas de policarboxilato y acero cromo.
- 3.- Tratamientos pulpares.
- 4.- Extracciones.
- 5.- Prótesis para retenedores u obturadores.

Como rutina de estudio a todos los pacientes se les toma modelos de estudio para poder obtener con ello:

- 1.- Reproducciones exactas de las condiciones intraorales.
- 2.- Hacer mediciones específicas.
- 3.- Modelos para fabricación de prótesis, obturadores, retenedores o expansores.
- 4.- Modelos de estudio para simular osteotomías en casos de ortodoncia quirúrgica.

Para obtener los modelos se usan dos tipos de materiales de impresión; el de placa y el acrílico. Se utiliza más el placa base que es un material termoplástico que al colocarlo en agua en ebullición, se va a hacer completamente elástico y en el momento que se quita se hace rígido. Se utiliza por su comodidad y manipulación.

Toma de impresiones.- Depende de la edad del sujeto, si es un niño pequeño, se colocará volteado hacia abajo con la cabeza inclinada (para evitar que el material --

escurra a la faringe); siempre deben tomar la impresión entre dos personas. Si el paciente es mayor de ocho --- años, se toman las impresiones con el paciente sentado.

OTORRINOLARINGOLOGIA.

Es una más de las especialidades que intervienen en el equipo de la Clínica. Debido a la propia naturaleza de la deformidad congénita, existen en estos pacientes, múltiples problemas que asociados afectan oído, nariz y garganta; causando en ocasiones problemas irreversibles de los cuales las hipoacusias o sorderas totales son de primer orden.

La amplia comunicación entre la cavidad bucal y la nasal, traen consigo muy frecuentes infecciones de una o otra de estas cavidades; en consecuencia, através de las Trompas de Eustaquio se realizan también frecuentes invasiones infecciosas del oído medio.

Existe también posibilidad de infección sinusal, --- con relativa frecuencia se observan disfunciones de los cornetes de las fosas nasales. Existen como en todo niño, infecciones adenoidicas y amigdalinas, y todas estas situaciones tan frecuentes por las condiciones de anormalidad anatómica y fisiológica que presentan estos pacientes.

Para todos los casos mayores de cuatro años de edad se considera indispensable la valoración otológica clínica y por audiometría. Específicamente en el área otológica, antes de efectuar la audiometría y en caso de --- datos positivos del examen de oído, se determinará si --- hay o no alteración funcional. En caso de existir, se --- determinará si es de tipo Conductivo o Neurosensorial --- mediante las pruebas de diapasones de Weber y Rinne.

La deficiencia conductiva por falta de aereación del oído interno puede relacionarse con la fisura palatina y el posible tratamiento ofrece posibilidades de recuperación. La deficiencia neurosensorial en cambio no se puede relacionar con la deformidad y su tratamiento es muy limitado.

Las limitaciones auditivas tienen particular importancia para la correcta rehabilitación del lenguaje, razón por la cual el otorrino y el terapeuta de lenguaje deben trabajar estrechamente. La valoración foniátrica integral es ideal.

FONIATRÍA.

La foniatría, es la rama de la medicina que se dedica al estudio del fenómeno vocal y de su patología, así como de su tratamiento; incluye el estudio del lenguaje que en la comunicación oral, debemos comprender el estudio parcial e integral de la voz, el sonido humano producido por la respiración de un soplo respiratorio en contacto con la vibración de las cuerdas vocales en posición de fonación (aducción). Este sonido al que llamamos voz, llega a la cavidad faringo bucal y pasa por estrechos o amplios caminos, fragmentándose para producir los distintos fonemas; la asociación de éstos, constituye las sílabas y el conjunto de ellas, producen palabras. Las palabras ordenadas gramaticalmente y que encierran un concepto, constituyen el lenguaje.

Para la obtención de todos los elementos enunciados, es necesario contar con integridad anatómica y funcional de la laringe, faringe, lengua, arcadas dentarias, dientes, velo del paladar, paladar duro, mejillas y labios. En los casos de labio y/o paladar hendido, lógicamente -

existen anomalías de algunos de estos segmentos constitutivos del llamado aparato Fonoarticulador.

Los trastornos fonidrícos habituales, en los pacientes con esta anomalía congénita son una voz con mayor resonancia nasal de lo normal, o sea hiperrinofonía producida por la incompetencia del cierre velofaríngeo que puede estar condicionado por una falla mecánica, dinámica, cinemática o bien por la asociación de estos factores que es lo habitual en este tipo de pacientes.

También podemos encontrar que el velo del paladar funciona bien y posee buena musculatura, pero presenta alteración cinemática por tener un tamaño corto o una relación corta por una faringe muy amplia, o bien por una retracción cicatricial post-quirúrgica en una intervención quirúrgica desafortunada, o en un tejido con tendencia al queloides, o por una elección errónea de la técnica operatoria.

El problema más frecuente en el habla está representado por trastornos en la articulación, no solo por la falta de estructura íntegra, sino también por la desproporción de tamaño de la lengua y la bóveda palatina, o por implantación defectuosa de los dientes, por mordidas abiertas, por retrognatismos, prognatismos, o por vicios de masticación o de deglución, por inmovilidad de los labios o del velo del paladar que impide una posición articular correcta y provoca posiciones articulatorias de compensación que producen sonidos fónicos distorsionados u omisiones, sustituciones o distorsiones de uno o varios fonemas.

La indicación del tratamiento, la indica el médico fonidra ayudando a elegir los intervalos quirúrgicos y el momento ideal para la ejecución, así como la conveniencia o inconveniencia de la participación del ortope-

dista dentomaxilar, ortodoncista y prostodoncista, ya - que se busca la mejor funcionalidad de todos los procesos que intervienen en la fonación, en la resonancia y en la articulación del sonido.

En el momento de la aparición del lenguaje, se deberá iniciar y ayudar a los padres en la enseñanza del lenguaje, que en términos generales será semejante a la de cualquier otro niño, con la diferencia de que -- presentará hiperrinofonía y diálalías. Cuando el niño tiene un vocabulario aceptable para su edad, y una atención adecuada para asistir a terapia del lenguaje, se inicia la labor del auxiliar del médico foniatra que son el terapeuta del lenguaje y el musicoterapeuta; el primero encaminará su labor primordialmente a la corrección y ampliación del lenguaje y el segundo a la del sonido vocal.

Generalmente la corrección del lenguaje, puede iniciarse entre los tres y cuatro años de edad y terminarse entre los 12 y 15 años de edad, ya que hay que esperar las diversas condiciones de los diferentes aspectos de cada tratamiento especializado, lo que va ocasionando diferentes tamaños y formas de algunos de los segmentos articuladores y resonadores.

TERAPIA DE LENGUAJE.

La finalidad del departamento de terapia de lenguaje, es lograr un habla correcta e inteligible.

Existen factores que influirán en el resultado del tratamiento:

- 1.- El resultado quirúrgico (tanto anatómico como funcional).
- 2.- La inteligencia del paciente.

- 3.- La oclusión interdientaria.
- 4.- La posición correcta de los aparatos ortodóncicos y protésicos.
- 5.- La agudeza auditiva.
- 6.- El nivel de desarrollo del lenguaje, hasta el momento de la operación
- 7.- La edad en que se inicie el tratamiento.
- 8.- El medio ambiente y la personalidad del paciente.
- 9.- La habilidad del paciente para introducir los -- conceptos aprendidos a un lenguaje bien estructurado y fluido.

1.- ALTERACIONES EN LA RESPIRACION.

Frecuentemente ocurre que el paciente realiza una in versión en el mecanismo respiratorio, alterando una ha- bla fluida; en caso de que esto ocurra, se cambiará ins- talando una respiración costo-diafragmática, la cual sería la más correcta.

Ya instalado el correcto mecanismo, se procederá a o- coordinarlo con la voz o sea lo que se llama adaptación- fónica.

La edad es muy importante para escoger el tipo de o- ejercicio que se llevará a cabo, por lo que se tendrá el material adecuado para cada caso. Por ejemplo en el caso de la respiración, es difícil que el niño menor de 6 o- años entienda el mecanismo respiratorio, por lo que se o- darán dichos ejercicios de una manera indirecta, como so plando o inflando globos.

2.- ALTERACIONES OROFACIALES.

Debido al gran tejido afectado por la intervención o- quirúrgica, los labios, lengua, paladar y faringe, pre-

sentan disminución en la motilidad, coordinación y sensibilidad, por lo que será necesario ejercitar estas zonas tan importantes para una articulación correcta. Los ejercicios de labios y lengua, se deberán efectuar siempre frente a un espejo y deberán ser corregidos por una persona entrenada previamente.

Los ejercicios velo-faríngeos son de suma importancia, ya que son básicos para aumentar la motilidad y — así evitar el escape de aire hacia las fosas nasales. — Entre otros tenemos los de succión, tomando líquidos — con popotes, etc., los de sople con instrumentos musicales, haciendo pompas de jabón, los de silbar y por último el masaje velo-faríngeo con el fin de estimular la — contractilidad muscular.

3.- ALTERACIONES EN LA ARTICULACION.

Es común encontrar: Dialalias, que consisten primordialmente en omisiones, aumentos, cambio y/o distorsión inteligible del habla.

Una vez que se haya logrado cierta coordinación, — sensibilidad y coordinación de los órganos articulatorios, se intentará colocar el punto y modo de articulación de los diferentes fonemas alterados. Se usarán como auxiliares: guías de lengua, abatelenguas y espejo. Como estímulo didáctico tenemos: cuadernos con láminas descriptivas, cuadernos con ilustraciones de objetos — específicos ya sea en su forma inicial, intermedia o final; juegos de memoria, loterías, dominos, etc., y — también versos, traba-lenguas, oraciones y lenguaje — automático.

4.- ALTERACIONES DE LA VOZ.

Se tomará en cuenta lo siguiente:

a) tono.

- b) Intensidad.
- c) Melodía.
- d) Ritmo.
- e) Resonancia (es aquí donde el médico foniatra - evaluará que clase de hiperrinofonía y que grado es).

5.- ALTERACIONES EN LA PERCEPCION.

No es difícil entrar en alteraciones en este campo, que van a repercutir directamente en la comprensión y - expresión de su lenguaje. Cuando tenemos un grado pobre de desarrollo, será preciso analizar cuales son los factores que lo determinan y como y cuando inciden en el - rendimiento general. No se podrá ejercitar al niño en - los pasos mencionados con anterioridad hasta que se logre una buena percepción global. Así se iniciará su tratamiento en su aspecto necesario: Percepción visual, -- auditiva y táctil.

Planes de Trabajo y Tratamiento.

Un programa temprano e intensivo en un paciente con rendimiento intelectual normal y un ambiente adecuado y cooperador, lograrán el equilibrio apropiado, y una más rápida y mejor rehabilitación.

La terapia deberá ser amena tomando en cuenta la -- edad, coeficiente intelectual, el medio ambiente, la escolaridad y sus actividades e intereses. A los niños se les deben de dar ejercicios y actividades como sea posible, mediante el juego.

Asimismo, como estos pacientes presentan una alteración en la intercomunicación por falta de capacidad, generalmente tienen una repercusión psicológica en diferentes grados, haciendo su adaptación social muy difícil, por lo tanto será conveniente un control por el --

departamento de higiene mental.

El terapeuta de lenguaje logrará con su trabajo:

- 1.- La corrección en el uso del aire sonorizado que - deberá producirse sin gasto excesivo y con una dirección adecuada conforme a la arquitectura anatómica y funcional de las estructuras orofaríngeas.
- 2.- A controlar la altura tonal que por lo general es más baja de lo normal, lo cual obedece a que la - lengua está habituada a adoptar posiciones poste- riores, que ayudan a compensar el escape de aire- por la falta de correcto cierre velofaríngeo; es- ta posición posterior de la lengua, trae consigo- un abatimiento laríngeo, y de ahí la altura tonal con tendencia al tono grave.
- 3.- Al corregir los malos hábitos de deglución conse- cutivos al apoyo lingual defectuoso originado por la falta de continuidad del proceso alveolar.
- 4.- Al corregir los defectos de apoyo "articular" que lógicamente se encuentran alterados por la falta- de continuidad palatina y velar.
- 5.- Al efectuar ejercicios de movilidad muscular para el velo, colgajo (si acaso lo hay), lengua y la- bios para lograr los fines anotados anteriormente.

PSICOLOGIA.

La finalidad del Psicólogo es; valorar al niño en 2 - aspectos.

- 1.- La inteligencia.
- 2.- El desarrollo emocional.

El control psicológico de estos pacientes, desde tem-

prana edad es conveniente como una medida de prevención, debido a que la experiencia señala que los problemas emocionales van a influir directamente sobre el rendimiento intelectual.

El manejo integral de estos niños, ha planteado la necesidad de estudiarlos desde diferentes aspectos.

A) Valoración del paciente y su medio psicoemocional.

B) Estudio de familiares cercanos, para entender y canalizar la actividad terapéutica.

La integración de ambos estudios permitirán clasificar al paciente y su familia con fines terapéuticos.

1.- Métodos de investigación en el paciente.

A) Lactantes.- Incluirá la primera entrevista para orientación de los padres, y efectuarles a éstos, examen de inteligencia, valoración de motivaciones y caracterología. Después de los 6 meses de edad del paciente, se valorará desarrollo psicomotor con especial interés y atención al área motora y del lenguaje.

B) Preescolares.- Valoración del coeficiente intelectual, variando según la edad del afectado, dando idea de la capacidad de aprendizaje y nivel obtenido, también se efectuará análisis de comprensión y expresión del lenguaje y entrevista caracterológica.

C) Pacientes escolares de los 6 a los 15 años. - Se practicarán los mismos exámenes que al grupo anterior, valorando grado de escolaridad y aprovechamiento. En caso de no asistir a la escuela (que es muy común encontrarlos); motivarlos y tramitarles su ingreso conjuntamente con trabajo social.

D) Mayores de 15 años.- Valoración de coeficiente intelectual, grado y capacidad de aprendizaje y sobre todo motivación de tratamiento, se aplicará específicamente

a su nivel y grado de tratamiento previamente establecida.

2.- Métodos de investigación en los familiares:

Hoja de información básica valorando la constelación general de la familia, etapas de desarrollo observadas - por los padres y antecedentes y repercusiones del paciente.

El cuestionario de motivaciones deberá incluir:

- a) Actitud de la familia hacia el paciente.
- b) Apreciación familiar de la conducta del niño.
- c) Motivación familiar.
- d) Sentimientos respecto a un nuevo embarazo.
- e) Interpretación mágico-religiosa de la deformidad.
- f) Recomendaciones de prevención a nivel popular.

Como actividad terapéutica a los padres se les deberán dar pláticas de orientación y adaptación de los problemas específicos de cada familia.

Terminados los estudios se clasificará al paciente y su familia, para poderlos orientar de acuerdo a la realidad intelectual y emocional.

LABORATORIO DENTAL.

La intervención del mecánico dental, es muy útil, ya que será la persona encargada de elaborar toda clase de trabajos ordenados y diseñados por el C. Dentista especializado en estos casos (protodonciata, ortopedista, - ortodonciata, etc.).

El dentista tomará impresiones del caso con la finalidad de realizar sus modelos de estudio y será el mecá-

nico dental, quien se encargue de obtener dichos modelos; (correrlos, recortarlos y pulirlos).

Los segundos modelos o sean los modelos de trabajo, serán exactamente lo mismo a excepción que ya en este caso el dentista diseñará la aparatología necesaria en cada caso en particular.

Las funciones que realiza el mecánico dental son muchas, mencionaré algunas de ellas:

- 1.- Obtener modelos de estudio.
- 2.- Obtener modelos de trabajo.
- 3.- Realizar prótesis parciales.
- 4.- Realizar prótesis totales.
- 5.- Realizar prótesis de contención.
- 6.- Realizar prótesis de expansión.
- 7.- Realizar prótesis velo-faríngeas.
- 8.- Los procedimientos necesarios para adaptar y soldar un "Minne-Expander" (tipo de aparato exclusivo para expansiones maxilares).
- 9.- Realizar aparatología ortodóncica (planos inclinados, mantenedores de espacio, etc.).
- 10.- Colocado y doblaje de alambre en las prótesis, - que lo requieran según el dentista.
- 11.- Modelo en cera.
- 12.- Realizar prótesis estéticas y obturadoras.

DEPARTAMENTO AUDIOVISUAL.
FOTOGRAFIA MEDICA.

La intervención de este departamento, es de suma importancia para el equipo de labio y paladar, puesto que es de gran interés para todos conservar la evolución del caso.

Todo paciente de primera vez, deberá ser fotografiado durante la primera entrevista.

Por lo general, cada especialista se encargará de pedir el tipo de fotografía o película de acuerdo a sus necesidades, el tipo de fotografías mas usadas serian:

Antes de la intervención odontológica.

FRONTOFACIALES

Después de la intervención odontológica (con y sin prótesis en caso de tenerla).

Antes de la intervención odontológica - (una izquierda y una derecha).

DE PERFIL

Después de la intervención odontológica (una izquierda y una derecha con y sin prótesis, en caso de tenerla).

BUCALES

En oclusión antes del tratamiento odontológico, en oclusión después del tratamiento (con y sin prótesis o aparatología empleada). Si el caso lo requiere, se pueden pedir tres fotografías, una en oclusión anterior y dos de la oclusión posterior (una izquierda y una derecha).

Del paladar se pueden tomar: Una antes del tratamiento y algunas durante el tratamiento (en el caso de una expansión maxilar para observar la evolución del caso).

Después del tratamiento (con y sin aparatología empleada).

La serie de labio, debe incluir cinco fotografías - las cuales deben especificarse si se desean en color -- (transparencias) y en blanco y negro (tamaño medio postal), la serie será:

- 1.- Foto de toda la cara en acercamiento de frente.
- 2.- Acercamiento de frente de la zona de la boca y punta nasal.
- 3.- Perfiles derecho e izquierdo, respectivamente.
- 4.- Proyección de columela en acercamiento que incluya el mismo campo que la foto 2.

Si se solicita la serie de paladar deberá tomarse:

- 5.- Foto de frente, acercamiento de los dientes en oclusión, utilizando retractores labiales laterales para mostrar ambas arcadas y su relación de oclusión anterior.
- 6.- Acercamiento del paladar con boca abierta.

RADIOLOGÍA.

Las ordenes radiográficas más empleadas son:

	R. periapicales.
RADIOGRAFIAS INTRACRALES	R. Oclusales.
	R. Interproximales.
	R. Cefalogramas
RADIOGRAFIAS EXTRACRALES	R. Antero-Posterior
	R. Lateral de Cabeza
	R. Waters

Cefalometría.- Son estudios útiles para comparar - los factores de crecimiento y desarrollo (colapso) de

los maxilares y resto de las estructuras craneofaciales. Es un estudio indispensable y deberá efectuarse repetidamente conforme el crecimiento de cada paciente lo amerite.

Serie radiológica para paladar blando.- Es un estudio muy útil para valorar objetivamente el grado de ineficiencia velofaríngea, mediante estudio directo del tamaño, longitud, espesor y movilidad del paladar blando y su relación con la profundidad de la faringe.

La serie consta de cuatro placas. La primera radiografía simple la llaman de reposo, se pedirá al paciente que efectúe una oclusión dental central. Esta placa sirve para estudiar las posiciones anatómicas de las estructuras velofaríngeas en reposo. La segunda placa, se tomará durante la emisión del sonido DA; sirve para valorar la movilidad palatina y faríngea, las placas tercera y cuarta, se tomarán durante la emisión de los sonidos C e I respectivamente. Sirven para valorar efectivamente los desplazamientos en diferentes posiciones que hacen cambiar las estructuras mencionadas además de la lengua. -- Permiten también valorar por mediciones los índices de desplazamiento y grado de movilidad.

Métodos de alimentación preoperatoria.

Los métodos de alimentación para este tipo de pacientes son muy variados.

- 1.- Sonda, puede ser utilizada en niños recién nacidos, generalmente se utiliza la sonda de Nelaton No. 8. La vía de alimentación es la Naso-Gástrica, ayudando a la introducción del alimento por medio de una jeringa hipodérmica de 20 cm.³ y por gravedad. Esta sonda se introduce de principio a

fin desde la nariz, pasando luego por faringe, esofago y por último por el estómago. La alimentación se debe dar (en niños recién nacidos) -- cada 3 hrs. una cantidad de 30 cm³ respecto al tipo de alimentación esta es variable.

2.- Gotero, puede ser utilizado para alimentar también a estos pacientes, pero es un procedimiento más tardado y requiere de una gran paciencia.

Se ha creado un alimentador de gotero adaptando una sonda de Nelaton No. 8 y cortada con una longitud tal, que pueda ser introducida hasta el istmo de las fauces y el niño pueda adquirir de esta manera el hábito de deglución.

3.- La cuchara, puede ser utilizada para alimentar también a este tipo de pacientes; teniendo resultados favorables este método.

4.- El alimentador de jeringa y chupón.

5.- El alimentador de Beck. Este consiste en una jeringa septo combinándola con una sonda de Nelaton, cortándola con una longitud considerable para que llegue al istmo de las fauces y el alimento pueda ser depositado en ese lugar.

La posición que deben adoptar este tipo de pacientes para aplicar cualquiera de estos métodos de alimentación, exceptuando la sonda debe ser en la posición de inclinados, tendiendo a la verticalidad.

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA.

La intervención del Cirujano en Plantía de labio.

La aceptación o el rechazo por parte de los padres hacia el niño con fisura labial aislada, es de tal importancia que la reconstrucción se puede efectuar tan pronto como sea posible después del nacimiento.

Podría hacerse en las primeras horas de la vida, aun que no es la norma general. No tiene justificación el — proponer la operación para hacerla técnicamente más fácil al cirujano. Generalmente es mejor esperar a que se inicie un aumento progresivo del peso, es después de los 5 kgs. Las fisuras labiales bilaterales se operan al mes o cuando el niño tenga 5 kgs. de peso. En la exploración general preoperatoria se incluyen: El tiempo de sangrado (2 a 3 min.), el tiempo de coagulación (2 a 6 min.), el valor de la hemoglobina (en grs. por 100a.c. en hombres 15.5 a 20 y en mujeres 13.5 a 17), hematocrito (en hombres 47 a 55 y en mujeres 42 a 48), y análisis de orina.

Hay algunas contraindicaciones para llevar a cabo la operación precoz, las cuales serían la existencia de infecciones de la piel y de las vías respiratorias, existencia de fiebre, desnutrición, alteraciones en la sangre, pudiendo también serlo la presencia de otras anomalías congénitas.

Es importante poseer un claro concepto de la anatomía exterior del tercio medio de la cara, pues el resultado mas satisfactorio será aquel que restituya un labio a la más completa normalidad anatómica y funcional, con la menor cantidad de cicatriz visible. Los rasgos anatómicos característicos de un labio normal son: Labio superior con dos columnelas simétricas separadas entre si — por el "filtrum", que debe dividir al labio en dos por—

ciones laterales prácticamente iguales. El borde del - bermellón, posee una pequeña concavidad en su porción- media llamada "arco de cupido". Además, debe tener una columela nasal de longitud satisfactoria, alas nasa- les bien conformadas y simétricos, piso nasal cerrado, e integridad y continuidad del músculo orbicular de -- los labios.

TECNICA DE ROTACION Y AVANCE (MILLARD) UTILIZADA EN PLASTIA DE LABIO.

De las diferentes técnicas empleadas que hay, la - técnica de rotación y avance de Millard ha demostrado- ser la más estética dentro de los procedimientos recon- structivos, derivados de la Z plastia, la cual propor- ciona mayor longitud de la columela, piso nasal y una cicatriz que se disimula con la columela del filtrum.

TECNICA.- La planeación de la intervención se lle- va a cabo, tomando en cuenta los puntos y detalles de- la técnica original de Millard. La variación consiste- en hacer el corte en el lado fisurado, en dirección -- oblicua hacia la hendidura, con objeto de dejar todo - el volumen muscular en el colgajo que avanza, tallando o sacando el colgajo triangular de bermellón en la for- ma habitual, una vez que se tienen los colgajos talla- dos, se disecciona parte del músculo para colocarlo como - colgajo a través de un túnel en el lado opuesto, a ni- vel del punto del nuevo tubérculo de cupido, procedien- do al cierre habitual por planos.

Las ventajas que se encuentran en ésta modifica- ción son las siguientes:

El filtrum se acentúa con la colocación del colgajo.

La retracción postoperatoria normalmente observada, disminuye notablemente o es casi nula.

La interdigitación que se produce al hacer el doble colgajo, permite mayor volumen distribuido en diferente dirección.

PLASTIA DE PALADAR.

Los cirujanos están de acuerdo en que es preferible tener operado el paladar a los 2 años, antes de que el niño inicie su lenguaje. El cirujano puede escoger entre muchas técnicas quirúrgicas y modificaciones de las mismas, las cuales pueden agruparse en dos tipos principales. Las que producen movilización lateral adecuada para permitir el cierre en la línea media sin tensión, y las que combinan ésta técnica con una desinserción anterior completa de los paladares duro y blando, para permitir llevar hacia atrás el paladar entero (Push-Back).

Mencionare la plastia del paladar hendido completo en dos tiempos: el primero efectuado junto con la operación de labio, que consiste en el cierre del piso nasal o paladar duro mediante colgajos vomerianos convirtiendo de esta forma la hendidura palatina en incompleta, - permitiendo que el segundo tiempo de la plastia sea hecha con la técnica de "V-Y", "Push Back" o de Wardill - Kilner, que ha demostrado tener una menor incidencia de fístulas nasopalatinas así como de incompetencia velofaríngea cuando se compara.

TECNICA.- El primer tiempo de la plastia de paladar se hace simultáneamente con la operación del labio, con siste en:

- 1.- Incisión del lado del vómer, cuando es unilateral, siguiendo la línea de transición entre los epitelios nasal y oral o en la línea media cuan

do el defecto es bilateral; se disecciona el colgajo mucoperiostico a lo largo del piso nasal.

- 2.- En el lado opuesto se hace una incision inmediatamente por detras de los incisivos y a traves de ella se disecciona un colgajo mucoperiostico, -- abriendolo en el borde de la hendidura y dejando una zona de despegamiento de 1cm. de ancho y una longitud que abarque todo el paladar duro.
- 3.- El colgajo vomeriano es desplazado a este lugar con puntos de seda 000 en "U".
- 4.- El cierre de la porcion anterior del piso nasal se hace de acuerdo a la tecnica propuesta y utilizada por el Dr. Jorge T. Tsutsumi F.
 - a) Incision sobre el borde lateral de la hendidura, desde la base de la nariz hasta el -- borde alveolar y diseccion de la mucosa nasal de la pared interna del maxilar y palatino.
 - b) Corte en sentido vertical de esta mucosa a -- 1cm. por detras del borde alveolar, lo que -- permite el desplazamiento libre y sin tension de la nariz hacia adelante facilitando su -- alineacion con respecto al lado sano.
 - c) Se sutura el piso nasal anterior con puntos imbricados a nivel del surco gingivolabial -- e invertidos en la base de la nariz. El paciente en el postoperatorio se le coloca una protesis de paladar obturadora y mantenedora de espacio.

La segunda fase del tratamiento se hace siguiendo -- los lineamientos descritos en la tecnica de Wardill-Kilnar, con algunas modificaciones.

- 1) Las incisiones se hacen respetando el piso nasal.
- 2) Se disecan los colgajos mucoperiosticos, se elona la arteria palatina, se fractura y se desplaza el hamulus.
- 3) Se hace un corte en la mucosa nasal transversalmente, 4a5mm por delante del borde posterior del paladar duro y el colgajo resultante se adosa a la superficie cruenta del colgajo mucoperiostico con puntos separados de catgut crómico 000 y lue go se sutura la mucosa nasal con puntos simples e invertidos del mismo material.

Dieta alimenticia postoperatoria.

La dieta a seguir es variable para los pacientes con fisura labial y/o palatina.

En pacientes con fisura labial es la siguiente:

- 1.- Dieta líquida por 1 o 2 semanas, (según la edad) con cuchara o gotero, posteriormente con biberón (después de 2 semanas).
- 2.- Sedación con (cloropromacina) dosis de 1 mg. por K. de peso, por día.
- 3.- Inmovilización de miembros superiores (con el -- uso de brazaletes).
- 4.- Mantener en completa higiene la herida.
- 5.- Retirar puntos de sutura el 5º día.

En pacientes con paladar hendido es la siguiente:

- 1.- Dieta líquida durante 1 semana, durante la segun da semana llevará una dieta a base de licuados.
- 2.- Analgésicos.
- 3.- Sedación en caso de que fuese necesario.
- 4.- Inmovilización de miembros superiores (con el -- uso de brazaletes).

CONCLUSIONES.

1.- Un paciente con labio y paladar hendido, si no se atiende a tiempo se puede ocasionar en ellos alteraciones muy serias tanto en su aspecto físico, emocional como la de su adaptación social.

2.- Es esencial que el niño con labio y paladar hendido sienta el afecto e interés de las personas que lo rodean, para ayudarlo de esta manera a la solución de sus problemas.

3.- Para poder obtener una rehabilitación integral de estos pacientes es necesario que hayan sido atendidos por los diferentes especialistas que forman el equipo interdisciplinario.

4.- El funcionamiento de una Clínica de labio y paladar hendido es muy complejo por la gran variedad de especialistas y personal técnico que la componen.

5.- Para poder canalizar a un paciente hacia la especialidad que le corresponde, se requiere por lo menos de tres opiniones básicas, que son la del Cirujano, Foniatra y Ortodoncista.

6.- Es importante tener un control de cada paciente y esto se lleva a cabo en base a la opinión de cada especialista y a las necesidades de cada paciente.

7.- Es necesario promover el estudio de las diferentes especialidades que integran la Clínica de labio y paladar hendido, ya que algunas de éstas especialidades cuentan con pocos representantes en nuestro medio.

8.- Cada centro hospitalario y de rehabilitación debería contar con su propia clínica ya que las existentes no son suficientes para atender el alto porcentaje que hay de estas malformaciones.

9.- Una Clínica de labio y paladar hendido evita el aislamiento de estas personas, ayuda a encausar sus actividades hacia una vida activa y productiva, y al lograr éstos los beneficios adquiridos no serán únicamente para sí mismos, sino que van a proyectarlos en su familia y a la sociedad que los rodea.

10.- Se debería hacer una campaña a nivel nacional sobre la rehabilitación de estos pacientes, ya que mucha gente ignora que estos problemas tienen solución.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Tratado de Pediatría
Waldo E. Nelson, Victor C. Vaughan
Editorial Salvat, S.A.
Sexta edición tomo II
México D, P. 1976
- 2.- Anomalías del Lenguaje y su Corrección
Margarita E. Nieto Herrera
Editorial Francisco Méndez Oté
I edición
México D, P. 1976
- 3.- Cirugía Bucal
Gustavo O. Kruger
Editorial Interamericana S.A.
Ia. edición
México D, P.
- 4.- Embriología Médica
Juan Langman
Editorial Interamericana
2a. edición
- 5.- Histología y Embriología bucal
Orban
Editorial Prensa Médica Mexicana
6a. edición.
- 6.- Malformaciones congénitas de labio
y paladar y su tratamiento.
Cacho Felipe y Bienvenu Cristina
Ediciones Médicas del Hospital Infantil
México D, P. 1958
- 7.- Trastornos del Lenguaje, la Palabra y la voz en el niño.
Clement Lannay, S. Borcel-Maisonny
Editorial Española Toray-Masson, S.A.
Barcelona 1975.

- 8.- Defectos en la Dicción Infantil
Corredera Sánchez
Editorial Kapeluz
2a. edición.- Buenos Aires 1958
- 9.- El Consejo Genético en la Práctica Clínica
González Ramos Mario
Editorial Formal.- México D, F. 1972
- 10.- Tratado de Foniatría
Sagró Benato
Editorial Paidós.- Buenos Aires.
- 11.- Manual de Procedimientos de la Clínica de labio y
paladar hendido.
Trigos Nicolo Ignacio, Ortíz Monasterio Fernando
Editorial Roel
México D, F. 1976
- 12.- Ortodoncia Actualizada
D. P. Walther
Editorial Mundi.- México D, F.
- 13.- "Tratamiento Ortopédico Maxilar en
Pacientes con labio y paladar hendido"
Adler Sami Dr. Tesis
año 1970
- 14.- Salas José Manuel Dr. Apuntes
Jefe del Depto. de Ortopedia-Maxilar del
hospital de Pediatría del C.M.N.
- 15.- Cirugía Pediatrica. Depto. apuntes C.
hospitalarios "20 de noviembre", México D, F.
- 16.- Observaciones directas en el hospital
General, hospital Infantil del C.M.N.