ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

U. N. A. M.

TERAPIA POSTQUIRURGICA EN LA HENDIDURA PALATINA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

LORENZO CRUZ MARTINA

MUCIÑO CAMPUZANO GERARDO

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO 1985

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pág.(s)

INTRODUCCION..... 1

CAPITULO I

Generalidades de Paladar Hendido..... 2

Historia..... 2

Etiología..... 4

Frecuencia..... 7

Clasificación..... 8

CAPITULO II

Desarrollo Facial y Simetría de las Arcadas en Paladar Hendido..... 9

CAPITULO III

Manejo Quirúrgico..... 12

Intervención Quirúrgica..... 14

Criterios para la Selección de Prótesis..... 18

CAPITULO IV

Ortopedia para Paladar Hendido..... 19

Obturadores..... 22

Placas de Expansión..... 23

Placas de Contención..... 24

Manejo Ortodóntico..... 25

Ortopedia Infantil..... 26

CAPITULO V

Terapia del Lenguaje..... 31

CAPITULO VI

Guía para el Manejo de las Hojas de Recopilación de Datos de la Investigación..... 38

Tablas de Resultados Obtenidos de las Hojas de Recopilación de Datos..... 42

Análisis de los Resultados..... 46

CONCLUSIONES..... 50

BIBLIOGRAFIA..... 51

INTRODUCCION.

El paladar hendido es una malformación congénita, a veces hereditaria que puede adoptar muchas formas.

La formación de las estructuras de la cara y del paladar terminan alrededor de la décima semana de vida intrauterina, siendo la úvula la última en unirse.

El paladar hendido es consecuencia de la falta de fusión entre el proceso nasal mediano y los procesos maxilares anterior y posteriormente, debido a la falta de fusión entre los procesos maxilares.

Actualmente se cuestiona como indudable el recurrir a la cirugía para cerrar el paladar, lo que es tema de discusión puesto que se conocen casos de pacientes que no han sido operados que ahora llevan obturadores y cuyos paladares se desarrollaron bastante bien.

Este defecto afecta tanto a la salud del paciente, como el estado emocional del mismo y de sus familiares, sino es afrontado de la manera correcta. De la misma forma es necesario que el C.D., que forma parte del equipo médico para tratar el paladar hendido que esté conciente de su importancia y capacitado para realizar con eficacia su participación durante la rehabilitación del paladar hendido.

La principal intención de este trabajo es el estimular a los C.D.en formación para interesarse en este problema puesto que es algo con lo que se puede tener relación durante el desarrollo de la práctica profesional.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE PALADAR HENDIDO

HISTORIA :

Se sabe de la existencia del Paladar Hendido - desde épocas muy remotas, ejemplo de ello es la cultura Egipcia que data del año 2,600 a. C. En México en Nayarit se encontraron ídolos de cerámica que datan del año 12 a. C.

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 difenentes tipos de obturadores para usarlos en los defectos del - Paladar. En 1757 mejoró los obturadores al añadir abrazaderas laterales para fijarse en los dientes; en ése - mismo año Christopher Trew hizo una ilustración patológica del Labio y Paladar Hendido Bilateral en un recién nacido que falleció a las 6 semanas de edad.

En 1766 Siebold fué el primero en poner atención acerca de los defectos específicos del Lenguaje en un niño con Paladar Hendido. En ese mismo año Robert - describió a un Dentista Francés de nombre Le Monier que había operado exitosamente a un niño con Paladar Hendido Completo para lo cual colocó, unas suturas en el borde del defecto para aproximarlos y posteriormente los - avivó mediante termocauterio. El resultado fué inflamación y supuración que concluyó con la fusión de los bordes.

En el Continente Americano, el primero en efectuar una plastía de Paladar fué Jhon Collin en 1820 y - en los siguientes años aparecieron reportes de otros cirujanos con buenos resultados. Jhon P. Mettawer fué el primero en sugerir que se hicieran incisiones relajantes en el Paladar que permitieron el cierre del Paladar Blando sin tensión y redujeron la posibilidad de Dehiscencia.

Los reportes de Von Langenbeck en 1859 y 1861 dieron 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 en 1860 describió su técnica en 5 tiempos:

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.

De esta técnica hubo varios partidarios, aunque así también hubo varios autores que criticaron su - técnica.

Antes del descubrimiento de la Anestesia, estas intervenciones fueron hechas hasta que el paciente tuviera la edad para cooperar, y fué hasta 1865, cuando se aplicó la anestesia al procedimiento, cuando Ferguson y Warren hicieron operaciones en niños de 3-4 años de edad.

En 1831 Víctor Veau publicó un libro en el que relata la experiencia personal en el tratamiento quirúr

gico de 500 pacientes con Paladar Hendido. Estableció la necesidad de cerrar el piso nasal y suturar los - músculos del Paladar Blando, los resultados fueron 2 veces superiores en cuanto al Lenguaje en los reportados por Von Langenbeck.

En 1937 Kilner y Wardill reportaron independientemente una técnica más radical que Veau y que también se ha conocido como operación V-Y o de Push-Back - que tiene mucha aceptación, evitando la formación de -- fístulas nasopalatinas y ofreciendo a los pacientes una mayor posibilidad de desarrollar un Lenguaje más adecuado.

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

ETIOLOGIA :

No hay factores etiológicos claros en la Hendidura de Labio y Paladar que estén reconocidos en pacientes individuales. La formación de la Hendidura Labial y Palatina puede ser atribuída directamente a la insuficiencia de los procesos maxilares a unirse al proceso - frontal medio en el propio período de desarrollo. La - hendidura ocurre como una manifestación de detención -- del desarrollo. Uno de los procesos puede haberse desarrollado lentamente; además los procesos pueden ser deficientes a fusionarse o pueden fusionarse y separarse. La Hendidura Palatina ocurre una vez en 700 pacientes - nacidos en E. U.

HERENCIA :

La tendencia hereditaria, manifestada por la afección en algún miembro en la familia se ha observado en un 25-30% siendo imposible determinar con precisión el tipo de fenómeno genético, se piensa que es -- multigénico. En gemelos idénticos, se presentó hendidura en ambos niños sólo en el 40%.

La observación frecuente de bandas atróficas de epitelio a través de las hendiduras son evidencia - de hipoplasia mesodérmica.

La producción de hendiduras describe un error en la desviación transitoria del aporte sanguíneo em-- brionario. La edad avanzada de la madre contribuye a la vulnerabilidad del embrión y producción de la hendidura.

FACTORES AMBIENTALES :

Los factores ambientales contribuyen en el -- tiempo crítico de la fusión de las partes del Paladar y del Labio, éstos pueden ser:

1.- Deficiencia metabólica:
Nutrición.
Vitamina "A".
Vitamina "E".
Acido Fólico.
Acido Pantoténico.

2.- Presencia de antimetabolitos.

3.- Radiaciones: Terapéuticas o Anatómicas.

4.- Hipoxia.

TRASTORNOS NUTRICIONALES :

La nutrición imperfecta durante el primer trimestre de embarazo, así como la carencia de Vitaminas

"B", "A", "D", Acido Fólico, Complejo "B", así como también la deficiencia de Oxígeno, administración de Cortisona, así mismo las enfermedades infecciosas virales como sarampión, rubeola, paperas principalmente se han señalado como causantes de retrazo en la unión de las apófisis palatinas, aunque en este respecto difieren notablemente las opiniones.

FACTORES TOXICOS:

Como son: Inhibidores del crecimiento:
-Acido Bórico
-Acido Salicílico
-Selenium
Infección Viral:
-Rubeola
Infección Parasitaria:
-Toxoplasmosis.

FACTORES HORMONALES:

Como son: Hormonas sexuales:
-Testosterona
-Progesterona
-Dietilestilbestrol
Hormona Tiroidea:
-Compuestos de Yodo
Hormona Pancreática:
-Tolbutamida
Hormona Adrenalina
Esteroides, Cortisona

FACTORES MECANICOS Y TRAUMATICOS:

Kitamura en 1964, describe la presencia de perlas epiteliales remanentes en la línea de fusión misma que provocan una ruptura posterior provocando la hendidura.

Puede presentarse ésta malformación en forma ais-

lada ó bien acompañada de otras malformaciones. En algunas ocasiones se le considera parte de un síndrome, - también afecta más a los hombres que las mujeres y que aparece con mayor frecuencia en el lado izquierdo.

FRECUENCIA:

Estudios realizados confirman que la malformación solamente de Paladar Hendido ocupa un 21% y del labio 19% variando desde 1:600 hasta 1;1250 nacimientos.

Según estudios realizados con gemelos señalan que los factores genéticos revisten una mayor importancia en el labio con fisura ó sin ella. En la fisura Palatina aislada la frecuencia es de 1:100 nacimientos.

En cuanto al sexo, el labio con ó sin fisura-palatina aislada más a menudo unilateral izquierda, se-encuentra más en hombres; en tanto que la fisura palatina aislada se observa más en mujeres. Parece ser que - existe mayor incidencia de malformaciones congénitas tales como palidactilia, sindactilia, micrognacia., etc.- asociadas a síndromes como el de Down, Pierre Robin. - Los transtornos de tipo intelectual son más frecuentes- cuando se padece exclusivamente de fisura palatina, ésto se justifica en parte por ser comunes los transtor-- nos de audición.

Es evidente que la edad de los padres, influye para tener el riesgo de procrear un niño afectado, - se ha sugerido que se debe a la edad del padre. El orden del nacimiento tiene relación con la presencia del- labio hendido entre 9% y 25% es asociada a otra malformación.

El Labio y/o Paladar Hendido se haya en cualquier grupo étnico pero es más habitual en el grupo Japonés, con frecuencia media en el grupo caucásico y menor

en el grupo negro. Provoca diversos problemas como Psíquicos, - Foniáticos, Auditivos, Dentales, etc., derivando a complicaciones interrelacionadas.

CLASIFICACION :

Según Veau:

Clase I :

Hendidura de Paladar Blando únicamente.

Clase II :

Hendidura de Paladar Blando y Duro hasta el forámen incisivo.

Clase III :

Hendidura Completa Unilateral del Paladar Duro y Blando, Labio y Proceso Alveolar.

Clase IV :

Hendidura Bilateral Completa del Paladar Duro, Labio y Proceso Alveolar.

Clasificación de las Hendiduras :

Paladar Primario :

Fisura Labial:

- Unilateral (derecha o izquierda).
- Bilateral.
- Media.

Paladar Secundario:

Paladar Hendido:

- Unilateral (derecho o izquierdo).
- Bilateral.

Paladar Blando Hendido:

- Paladar Submucoso.
- Uvula Bífida.

Combinación de Paladar Primario y Secundario:

- Unilateral (derecho o izquierdo).
- Bilateral.

CAPITULO II

DESARROLLO FACIAL Y SIMETRIA DE LAS ARCADAS EN PALADAR HENDIDO.

De 1953-1965, el tratamiento convencional de Labio y Paladar Hendido consistió:

1°. En la reparación del Labio Hendido antes de los 6 meses de edad.

2°. En el cierre del paladar al año 6 meses de su nacimiento.

La evaluación de los pacientes en los años mencionados reveló óptimos resultados o muchos problemas en las áreas de alimentación, habla, crecimiento facial de los arcos maxilares y la oclusión dental, así como en el desarrollo psicosocial.

Revisando los métodos convencionales del tratamiento en pacientes, se postuló la difícil reparación del paladar alrededor de 2 años de retraso en el desarrollo en cuanto a la alimentación y al habla, junto con la pérdida de la audición secundaria a una infección.

Sin embargo la reparación quirúrgica del paladar duro a los 2 años de edad fué contando con la interferencia en el desarrollo hemifacial.

Un nuevo método del tratamiento fué formulado hace algunos años en orden eliminante o mitigante de los problemas secundarios. Las perturbaciones del desarrollo hemifacial y sime-

tría de los arcos fué de mayor importancia. En la creación y desarrollo de la maxila y otro hueso hemifacial el precursor es su cartílago o su membrana. Una vez que se ha osificado el precursor de la maxila, son desarrollados a lo largo, ancho y profundo por el proceso de reabsorción en las áreas de esfuerzo. Esta es más activa dentro de la maxila, la erupción del primer molar permanente cerca de los seis años de edad; después esos dientes erupcionados su sitio más activo es en la sutura donde el proceso piramidal del hueso palatino articula con la tuberosidad de la maxila y el proceso Pterigoideo del hueso Esfenoides.

Aunque el desarrollo de la maxila está en dirección posterior, está desplazada inferior y anteriormente. La circunferencia del arco dental está reducido de 2-6mm de los 6-12 años. El desarrollo de la maxila anterior del primer molar permanente está completado para el tiempo de su erupción, y desde esta área específica del defecto del paladar duro, una variedad de procedimientos quirúrgicos pueden por lo tanto pasar sin interferencia con - el desarrollo facial.

Una prótesis con pin de Expansión es utilizada para iniciar la separación de las cavidades nasal y oral; éste sustituto del paladar duro es necesario para el desarrollo del habla y la - alimentación, en lo sumo va jugando un papel reducido en la mitad del oido con una subsecuente pérdida de la audición. La prótesis es insertada aproximadamente un mes después del nacimiento con - una reparación subtotal del labio; también es usada como un aparato ortopédico provisional para los movimientos de los segmentos - maxilares y prevención del cierre del arco dental.

A los seis meses de edad el paladar blando es reparado junto con el labio. Esto proporciona lo necesario al paciente - con un paladar funcional aproximadamente a los seis años de edad con la erupción del primer molar permanente. Se quita la prótesis y se cierra el paladar duro; este papel ha sido imitado por los parámetros del desarrollo facial y simetría del arco maxilar.

Otro método es con la prótesis quirúrgica, visto en idéntica forma con la excepción que el defecto del paladar duro fue cerrado en el segundo año después del nacimiento, en el primero y en el segundo la erupción del primer molar.

Aproximadamente 250 niños han sido tratados con el uso de una prótesis de Retención con pin en el paladar sin afectar a los dientes en erupción.

El desarrollo normal del arco maxilar depende de una balanza de fuerzas intraorales y extraoralès; en un paciente con labio y paladar hendido ésto es nulo. En el niño no operado la fuerza intraoral es grande resultando un desplazamiento anterior y superior del segmento largo y un desplazamiento lateral del segmento corto.

En una hendidura completa bilateral el segmento premaxilar es girado anterior y superiormente, asimismo el segmento corto es girado lateralmente. En orden a restaurar un balance de las fuerzas intraorales y extraorales del sustrato óseo, las cualidades ortopédicas fueron incorporadas dentro de la prótesis del paladar proporcionando lo necesario en posición y estabilización de los segmentos maxilares.

CAPITULO III

MANEJO QUIRURGICO.

La intervención quirúrgica de la hendidura palatina normalmente puede realizarse de los 18 a los 24 meses de edad por las siguientes razones:

1.- Porque antes de los 18-24 meses apenas se inicia el aprendizaje del lenguaje.

2.- Porque el riesgo operatorio es mayor al operar en una cavidad muy pequeña, ya que el tiempo de la cirugía es mayor.

3.- Porque los colgajos de la mucosa aprovechables son muy pequeños y puede suceder que el paladar quede corto en su parte anterior o posterior.

El concepto de operar de los 18-24 meses y no después está basado en lo siguiente:

1°. Después de esta edad el tamaño de la boca es lo suficientemente grande para llevar a cabo la intervención quirúrgica con facilidad.

2°. El tamaño de los colgajos es ya suficiente para su acercamiento medio sin el riesgo de que el paladar quede corto en su parte anterior o posterior.

3°. De los 18 a los 24 meses se inicia el desarrollo del lenguaje.

El niño se internará un día antes de la fecha de la cirugía, durante ese día seguirá su dieta normal, se realizarán las siguientes pruebas:

- Tiempo de sangrado.
- Tiempo de coagulación.
- Tiempo de protrombina.
- Biometría hemática.
- Pruebas de compatibilidad sanguínea.

En relación con la posición del niño ésto se puede realizar de la siguiente manera:

a).- Poniéndolo en el extremo de la mesa con los músculos y piernas en flexión, de ésta manera el cirujano y los ayudantes tienen una vista normal de la cara del paciente.

b).- Colocándolo en decúbito dorsal en el extremo de la mesa con la cabeza ligeramente extendida hacia atrás, las manos y piernas sujetas y la venoclisis protegida. El cirujano se coloca enfrente de la cabeza del paciente y los ayudantes a cada lado del enfermo, el instrumentista a la izquierda del cirujano y enfrente del ayudante situado éste a la izquierda del paciente, el anestesista a la derecha del paciente.

En la cirugía de paladar se debe utilizar la técnica anestésica que dé mayor seguridad al paciente y libertad de movimiento al cirujano; al mismo tiempo que permita el fácil control de la anestesia, se utilizará la técnica endotraqueal; en cuanto a la medicación se usarán drogas como barbitúricos y atropínicos.

La administración preanestésica en niños se realiza en forma de jarabe por vía oral, con la ventaja de que provoca una mínima exitación, ya que de otra manera respondería con llanto, circunstancia que altera el ritmo respiratorio; la respiración de tipo espasmódico produce movimiento de la cabeza que obstaculizan al cirujano, fatigan al enfermo y dificultan el control de la anestesia.

Al terminar la intervención, el paciente debe recobrar sus reflejos dentro de la sala de operación.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO :

Hay que tener en cuenta que la operación es prolongada y frecuentemente hay fiebre postoperatoria, es necesario el mantenimiento de un equilibrio adecuado de líquidos, y el niño debe recibir una solución salina fisiológica al salir de la sala de operaciones al 5% de 200ml. Es conveniente fijar la lengua con un -

hilo para sacarla de la boca en caso de obstrucción y pueda ocurrir un accidente, cuando el paciente recobre la conciencia completamente se puede retirar el hilo.

El tiempo de hospitalización es breve frecuentemente, - una gran mayoría de niños que son sometidos a éste tipo de intervención y que no tienen complicaciones de cirugía electiva pueden abandonar el hospital al siguiente día de la operación una vez -- que ha tolerado el alimento por vía oral.

Una vez que se dá de alta al niño del hospital, se envía a clínicas de lenguaje dándole indicación a los padres que dicho tratamiento constituye parte de su curación y que dependerá - de su constancia para que su hijo no tenga futuros problemas psicológicos por su torpeza al hablar, asimismo es enviado a valoración en el Departamento de Odontología, donde se verá su salud -- dental y la necesidad de remitirlo a ortopedia maxilofacial en caso necesario.

Indicaciones Postoperatorias :

- Dieta líquida por dos a tres semanas.
- Analgésicos (los que se suprimen al séptimo o noveno día del postoperatorio en caso de ser favorable).
- Sedación (en caso necesario).
- Antibióticos.
- Revisión a los quince días después de ser dado de alta.

INTERVENCION QUIRURGICA :

Técnica de Wardill-Kilner:

Esta técnica tiene la ventaja de que no hay pérdida de tejido palatino anterior en donde pueda ser necesario efectuar - un cierre y los colgajo tiene un grosor y una anchura adecuada para una buena cobertura.

La desventaja de esta ésta técnica es que es utilizada-

solamente en pacientes que tienen un Vómer relativamente grande y en su parte posterior sea libre.

Indicaciones:

En Paladar Hendido Completo Unilateral.

En Paladar Hendido Incompleto Unilateral (Hendidura Aislada).

En Paladar Hendido Completo Bilateral (Prepalatino-Palatino).

Técnica Quirúrgica:

El procedimiento es por elevación de colgajos mucoperiósticos, e incisión de la mucosa nasal en la porción posterior del hueso palatino; lo que permite el retro desplazamiento, colgajos mucoperiósticos anchos son levantados del Vómer. Estos colgajos se rotan hacia atrás y se suturan hasta el márgen de la mucosa nasal del defecto.

La cirugía se inicia haciendo dos incisiones liberatrices a lo largo del muro alveolar siendo paralelas a las arcadas dentarias, en el centro del espacio comprendido entre los cuellos de las piezas dentarias y el trayecto de la arteria palatina; al llegar el corte al espacio retromolar se encorva para redondear la tuberocidad del reborde alveolar y extenderse cuanto sea necesario para que el futuro colgajo se pueda deslizar y afrontar sin tensión.

La prolongación del corte liberatriz no se debe hacer sobre el pilar anterior ya que daría como resultado una brida cicatrizal retráctil que originaría constricción permanente de la mandíbula; la profundidad del corte abarca todo el espesor de la capa mucoperióstica. Para obtener los colgajos laterales se necesita separar en el borde de la fisura, la mucosa nasal de la bucal para la cual se necesita practicar un corte en el borde de la fisura y a lo largo de toda élla, desde la parte anterior hasta el vértice de la úvula.

En el siguiente paso se levanta la fibromucosa, principiando el legrado de la porción anterior hacia atrás teniendo cuidado de conservar su espesor sin lesionar la arteria palatina; al llegar al agujero palatino posterior, se libera dicho vaso con la finalidad de que al deslizar el colgajo de mucosa hacia atrás no extrangule al vaso, en algunos casos es necesario practicar pequeñas osteotomías en la porción horizontal del paladar, para dejar libre la arteria palatina.

Al haber sido efectuado lo anterior, se contará con cuatro colgajos con los dos superiores, se deben afrontar ambos planos perfectamente pués esta capa es muy delgada y no debe existir tensión en la sutura; de ésta manera se formará el piso de las fosas nasales (mucosa vomeriana), y con los otros colgajos se formará el techo de la bóveda palatina.

Técnica de Von Langenbeck:

En esta técnica, los márgenes libres del paladar blando y úvula están infiltrados con una solución salina normal de ----- 1:200 000 u. de Epinefrina, para los casos de urgencia. Los tejidos marginales están cortados y divididos para producir tres planos: Mucosa oral y submucosa, músculo y mucosa nasal. Los bordes laterales del paladar blando están cortados comenzando en el rafé medio de la tuberocidad del maxilar y siguiendo posteriormente a lo largo de la línea del rafé pterigomandibular hacia una porción anterior del soporte o pilar anterior de la amigdala.

La posición o extremo del hamulus pterigoideo es identificado con la yema del dedo índice.

Las tijeras de curva cerrada se insertan lateralmente - en el extremo del hamulus y es descubierto posteriormente en este plano relativamente superficial para liberar la mayoría de las fibras superficiales del músculo palatino tensor del rafé pterigo-- mandibular, el elevador es regresado al aspecto lateral del hamulus o incertado más profundamente. El hamulus es separado median

te el palanqueo del elevador o presionándolo con el dedo índice; el elevador está al lado izquierdo del hamulus separado y movido posteriormente para abrir el espacio entre el tensor y los músculos elevadores palatinos y el rafé pterigomandibular, esta área abierta es sujetada para minimizar el sangrado durante el resto de la operación.

Los márgenes medios de la porción dura del paladar hendido están cortados al ras evitando el deslizamiento del márgen libre del paladar duro y corte de la mucosa nasal en la región de la espina nasal posterior.

Los márgenes laterales del paladar duro están divididos por el agujero medio de la tuberocidad maxilar y siguiendo por enmedio de los alveolos en la línea que está presente en el márgen gingival.

Esto es llevado al ras presionando digitalmente sobre el forámen posterior palatino, se debe tener cuidado de no cortar la arteria palatina anterior.

Es incertado un pequeño elevador curvo en la zona media de la incisión lateral del paladar duro, presionando contra el hueso y girando ligeramente para permitir entrar al plano subperióstico. Una vez que en el plano correcto es pasado de la parte media al comienzo de la elevación del mucoperióstio. El elevador es pasado alrededor de la espina nasal y empujado bajo el borde dividido de la mucosa nasal para elevar el tejido nasal tanto como sea posible. El elevador es pasado del lado medio a lo largo del borde posterior del paladar duro, detrás de la arteria palatina posterior.

Nuevamente el elevador es desviado a la incisión lateral y la arteria palatina posterior, es desplazada fuera de su forámen. Finalmente, habrá algunas fibras densas entre la tuberosidad maxilar y la región palatina posterior, forámen y hamulus, los que deben ser separados por una disección roma o aguda

para obtener suficiente relajación lateral.

La mucosa nasal disecada es seccionada comenzando en su márgen medio a un punto anterior a la espina nasal posterior y — prosiguiendo lateralmente para obtener tanto como sea posible de ese material.

La mucosa nasal está suturada con tripa de gato con intervalo 4-0, los músculos elevador y tensor del paladar, están suturados con tripa de gato 4-0, la mucosa oral está cerrada con sutura de polietileno a intervalo 5-0.

Criterios para la Selección de Prótesis:

Antes de cualquier recomendación para una prótesis de paladar, deben ser discutidos seriamente por el equipo médico. La cirugía de hendidura palatina no es un ejercicio estereotipado sino un ejercicio que demanda una valoración de todos los factores presentados por cada individuo. La mayoría de los paladares hendidos pueden ser cerrados por medios operatorios, sin embargo en aquellos casos donde una prótesis es considerada las indicaciones y contraindicaciones siguientes se deben tomar en cuenta.

Indicaciones para Prótesis en Paladares no Operables:

1.- Una hendidura o un paladar blando con tejido local insuficiente es aconsejable para llevar a cabo una reparación funcional.

2.- Una hendidura amplia de paladar duro que no pueda ser cerrada con un colgajo de Vómer u otro tejido local.

3.- Déficit neuromuscular del paladar blando y faringe.

4.- Casos con contraindicación médica justificada para la cirugía tales como cuando la cirugía es pospuesta.

5.- Expansión de prótesis para mejoría de relaciones especiales.

6.- La necesidad de una prótesis combinada y aparato ortodóntico.

Indicaciones para Prótesis en Paladares Operados:

1.- Mecanismo de incompetencia velofaríngea con un espacio larín-

geo profundo del velo.

2.- Fallas quirúrgicas, fístulas en el alveolo, el paladar blando o duro.

Contraindicaciones para Prótesis:

1.- Factibilidad para una reparación quirúrgica primaria y secundaria basada en un diagnóstico definitivo.

2.- Retardo mental severo.

3.- Falta de cooperación de los pacientes y padres.

4.- Caries dental no controlada, anodoncia parcial o completa, dentinogénesis imperfecta.

5.- Falta de un prostodoncista entrenado.

CAPITULO IV

ORTOPEDIA PARA PALADAR HENDIDO.

La porción frontal del maxilar (premaxila anormal) en - hendiduras bilaterales labiales, proceso alveolar y palatino pueden ser tratados en una de las siguientes maneras:

1.- Resección de la porción frontal.- Esto resulta en colapso de los arcos alveolares y maloclusión severa.

2.- La porción frontal podrá permitir consevar en su lugar después de la erupción de los dientes permanentes a la vez que el tratamiento lleva a su curso y la llamada premaxila anormal se determina.

3.- Ortopedia dental, permite una solución satisfactoria cuando la protusión premaxilar también es pequeña. Después del ---

cierre inicial labial la presión del labio contra el proceso frontal tiene una tendencia a reponer este segmento dentro de mayores posibilidades de funcionalidad.

4.- La expansión del colapso del segmento maxilar lateral, poco - después del nacimiento, o sea antes o después del cierre la-- bial se efectúa por la incisión de una lámina hendida y el -- uso de una cinta adhesiva a través del labio superior y carri llo. Este tipo de reposición del segmento frontal es menos - efectivo después de los tres meses de edad, cuando el segmen- to prevomeriano del septum nasal empieza a mostrar la forma-- ción del cartílago.

Mc Neil (1954) cayó en la cuenta que los cambios inde-- seables empiezan a ocurrir en niños con paladar hendido inmediata mente después del nacimiento, y éstos se acentúan por el cierre - quirúrgico temprano del labio y del paladar.

La técnica de Mc Neil para tratar el colapso del pala-- dar es la siguiente:

1).- Se toma la impresión del paladar y se corre para obtener un patrón.

2).- Se toma una impresión del patrón vaciado y se hace un patrón de trabajo.

3).- El patrón de trabajo se secciona a través de la hendidura -- (s) y los segmentos maxilares se ponen en una forma ideal en el arco a una anchura original y la zona molar se mantiene. La cera se vacía dentro de los espacios entre las partes sec cionadas después de ser reposicionados. Se toma una nueva - impresión y se vacía el patrón.

4).- Se construye una lámina de acrílico en el nuevo patrón, se - pueden hacer tres o cuatro láminas si el colapso es severo.

5).- Alambres festoneados de retensión, se insertan por delante - de cada lado en la lámina de acrílico.

El instrumento flota libremente en la boca, pero es ayudado por la lengua, la cual queda por fuera de la hendidura.

Esto ayuda al niño a tomar su biberón. La cirugía del labio se pospone hasta que el segmento con el hueso ha sido movido en cada posición favorable. Entonces la hendidura palatina - se realiza y los músculos funcionales se traen dentro de una posición que antes faltaba para el lenguaje.

El tratamiento se inicia alrededor de seis semanas antes de reparar el labio. El aparato usualmente es tolerado bien por el paciente. El alineamiento del paladar en la hendidura palatina elimina muchos de los problemas que ortodoncistas, protesistas, terapistas de lenguaje tendrian en la hendidura palatina en edad más avanzada.

Mc Neil construye una placa después de realizada la cirugía, a la que le llama placa estimulativa. Se intenta una reducción en lo ancho de la hendidura durante el crecimiento mientras la dentición desidua está desarrollándose.

El ingerto óseo suple los tejidos faltantes en hendiduras orales y ahora se practica ampliamente. Rosenstein defiende al ingerto óseo después de que la cresta alveolar se alinea. El ingerto usualmente es de una pulgada de largo, y se toma de la - sexta, septima u octava costilla.

OBTURADORES

Los obturadores son placas palatinas divididas en tres porciones, construidas en base a los principios de la prótesis parcial o total. La extensión palatina está construída por una barra metálica moldeada con resina acrílica, lo más delgada y ligera posible para que no estorbe al hablar.

Hay diversos tipos de obturadores por la extensión que ocupan se denominan como sigue:

1.- Obturadores de paladar blando.

2.- Obturadores de paladar duro y blando.

3.- Obturadores para el fondo del vestíbulo labial.

4.- Obturador faringeo.

Por la localización del defecto y de acuerdo a los movimientos fisiológicos de los tejidos faringeos adyacentes. Se denominan como sigue:

1.- Obturador de bisagra o tipo móvil.

2.- Obturador fijo

3.- Obturador tipo meato.

Los obturadores están indicados para:

1.- Mejorar la alimentación en el recién nacido, cerrando la cavidad oronasal evitando rejurgitaciones y la aspiración.

2.- Los paladares blando y duros que tengan insuficiente tejido residual, lo que impide un cierre anatómico satisfactorio.

3.- Paladares con las siguientes condiciones: Como perforaciones residuales del paladar, insuficiencia velofaríngea, inmovilidad del paladar blando, fibrosis y cicatrices del paladar.

4.- Mejorar la fonación del paciente, durante la terapia de lenguaje. El defecto en la fonación es causado porque después del cierre quirúrgico no se obtuvieron los resultados desea-

dos y el paladar quedó corto y con poca movilidad.

5.- Pacientes mayores, cuando su uso es definitivo.

6.- Largas y extensas fisuras en el paladar blando y duro.

PLACAS DE EXPANSION :

Los pacientes con paladar hendido presentan problemas osteodentales que deben ser tratados en los primeros meses de vida o después de los seis años, para evitar las anomalías de desarrollo de las estructuras tanto en sentido anteroposterior como - transversal. Estos problemas son los siguientes;

1.- Compresión del maxilar que causa retracción progresiva en la región anterior.

2.- Relaciones provocadas por las retracciones cicatrizales de la fibromucosa palatina.

Por ésto es importante que para el tratamiento ortopédico maxilar se debe considerar lo siguiente:

a).- Determinar el desarrollo maxilar.

b).- La expansión maxilar.

c).- Instaurar la función masticatoria.

Durante el tratamiento se utilizan placas de expansión y de contención.

Las placas de expansión se usan para lograr el alineamiento de los procesos maxilares y lograr una mejor relación de - los mismos.

Con el uso de la placa de expansión, las fuerzas de masticación se transmiten al maxilar, repercutiendo sobre la modificación progresiva del mismo. La corrección se logra aproximadamente en dos años, la contención debe permanecer hasta los catorce años aproximadamente. Durante el crecimiento se hacen los --- ajustes necesarios, dependiendo de los requerimientos individua--

les, por lo que es necesario un chequeo continuo al paciente.

PLACAS DE CONTENCION :

Las placas de contención se utilizan para mantener en - su lugar al paladar. Se pueden utilizar en períodos alternados - con la expansión dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Las placas se pueden utilizar cuando los segmentos es-- tán alineados, estas placas se utilizan para:

1.- Mantener los segmentos maxilares en buena posición.

2.- Reducir el defecto palatino al desplazar los segmentos palati nos hacia la linea media.

3.- Aumentar la posibilidad de tener un paladar blando con movili dad y buen funcionamiento.

4.- Facilitar la alimentación del paciente.

5.- Disminuir la posibilidad de infección.

6.- Evitar la introducción de la lengua y alimentos en la hendidu ra palatina.

MANEJO ORTODONTICO :

Las deformidades del arco en niños con labio y paladar hendido están presentes al nacer. Hay dos diferencias totales próximas al manejo de éstas:

El primero es designado a establecer y mantener una buena relación del arco desde el nacimiento a adulto y requiere de - relaciones del arco con períodos frecuentes de tratamiento activo.

El segundo o retardo, se basa en la relación de que el tratamiento puede ser más eficiente y proporcionar efectividad -- cuando la maloclusión ha sido expresada. El tratamiento ortodóntico se iniciaría a la edad de quince a dieciseis años para corregir la maloclusión acumulada.

Hay algunas desventajas en el método de guía del manejo ortodóntico. El número de visitas a un ortodoncista o a una clínica debe ser considerado en el contexto total de otros médicos - de cirugía y lenguaje.

La asistencia escolar es muy importante para más niños, para su compartamiento, en un tratamiento extenso. Este método - también es tiempo consumido para el ortodoncista; Se necesita de mucho tiempo para el tratamiento ortopédico del niño y mantenimiento continuo de aparatos a través de la infancia con períodos activos de tratamiento en las denticiones: Primaria, mixta y permanente. El efecto en la cooperación del niño y de la familia es - primordial.

Hay ciertas situaciones en la dentición primaria que deberán corregirse; la maloclusión que causa una posición muy anormal de la lengua o una desviación funcional de la mandíbula. La mordida cruzada, podría ser corregida tan pronto como sea posible, así como también es positivo en un niño con paladar normal.

Ortopedia Infantil :

El manejo del arco puede ser llevado a cabo un poco después del nacimiento, por el uso de aparatos modelando o reponien-

do segmentos del maxilar. El valor de tales procedimientos es probablemente y extremadamente limitado como los resultados de largo término y parece no ofrecer progreso en el contorno del arco superior al que se obtiene por cierre de labio.

La ortopedia infantil proporciona una guía de presión la cual dará la reparación labial y no proporciona una interferencia del crecimiento maxilar y ajuste dentoalveolar que ocurrirá después de la cirugía palatina. De esta manera el tratamiento de ortopedia infantil no influirá en el desarrollo maxilar o en el arco dental.

Dentición Primaria:

Siguiendo la rehabilitación labial y palatina, hay una tendencia a que exista contractura de los segmentos maxilares y la necesidad de ajuste dentoalveolar. Los dientes primarios particularmente los incisivos y regiones cuspídeas, pueden desarrollar una mordida cruzada en relación a los dientes mandibulares. Se pueden utilizar aparatos ortodónticos para prevenir o corregir tales mordidas, mientras las técnicas son simples; es una experiencia desagradable para los niños y debe ser mantenido indefinidamente para que no ocurra una recaída.

La experiencia deja la conclusión que la expansión ortodóntica de un maxilar contraído puede ser dejada por muchos años sin afectar el crecimiento maxilar o influir en la calidad del resultado eventual. La experiencia de la dentición primaria es invariablemente aceptable para los familiares y para otros niños, así que el tratamiento no está indicado como estética.

Dentición Mixta:

El siguiente estado de desarrollo del arco es el cambio de dentición primaria a mixta. Los incisivos permanentes empiezan a reemplazar a los incisivos primarios aproximadamente a los seis años y usualmente a los ocho años le han erupcionado todos los incisivos permanentes.

En el labio hendido unilateral (con o sin paladar hendido), el incisivo lateral en el lado de la hendídura está ausente en un 70% en niños aproximadamente, aunque hubiera un diente pequeño en el paladar posterior a la hendidura, la que reemplazaría un incisivo lateral, el pronóstico para estos dientes es pobre. - En el labio hendido bilateral existe la misma situación en ambos lados.

Hay un aumento dramático en la mordida incisal en la -- dentición mixta probablemente por su posición muy superficial de los dientes en el paladar durante el desarrollo. El tejido cicatrizal puede influír fácilmente en la erupción de los dientes con inclinación palatina. También el gran desarrollo vertical del -- proceso alveolar y la anchura de las coronas.

La intervención ortodóntica al tiempo de completar la - erupción de los incisivos es importante por razones severas como son:

1.- La apariencia del niño puede ser desagradable con dientes girados, espaciados y retruidos, el ajuste psicológico puede -- ser seriamente embarazoso por la curiosidad de niños y adultos.

2.- La maloclusión severa de los incisivos puede dejar hábitos -- anormales de labio y lengua durante el habla dando lugar a interferir ambos mecanismos de lenguaje y ajuste normal dentoalveolar, el cual debería esperar guiar los dientes en una buena relación.

Técnica :

Los mecanismos ortodónticos en la dentición mixta son - relativamente simples. Las bandas se colocan en los primeros molares e incisivos permanentes, ésto es de tres a seis meses, al - mismo tiempo una expansión del arco palatino, es colocada al reverso de la contracción maxilar.

En paladar y labio hendido bilateral, la corrección in-

cluirá frecuentemente movimientos verticales de incisivos. Este procedimiento corrige la inclinación palatina de estos dientes y también reduce la protuberancia de la premaxila.

Siguiendo el tratamiento activo, se debe colocar un retenedor para sujetar los dientes en su posición correcta. Un retenedor de acrílico palatino sirve para cubrir alguna fístula oronasal residual incorporando material de relleno en el defecto alveolar y reemplazando dientes ausentes. Siguiendo este corto período de tratamiento se requiere la necesidad de ser checado eventualmente. Se notan tendencias a amontonarse en este estado y -- pueden ser mejorados por extracción de dientes primarios y secundarios para permitir un buen alineamiento de los dientes faltantes, si las extracciones se realizan a tiempo apropiado no será necesario el tratamiento ortodóntico en el arco mandibular.

Dentición Permanente:

Los molares y premolares que erupcionan tienden a estar mal alineados. El segundo premolar en particular erupciona en el paladar, probablemente porque hay un inadecuado hueso basal y una tendencia al apiñamiento afectando al último diente a desarrollarse. En caso de hendidura el molar no puede moverse hacia adelante y frecuentemente erupciona en el paladar y con menos frecuencia hacia vestibular.

Las limitaciones de corrección ortodóntica deben apreciarse en general, una discrepancia severa de hueso basal, que no puede ser corregida con la ortodoncia y es necesaria la reposición quirúrgica de la mandíbula o ambos. Algunos tipos particulares de maloclusión requieren de un tratamiento protésico extenso y debe determinarse, si sólo será protésico o en unión con ortodoncia o cirugía, es la mayor razón de establecer una estética -- funcional, oclusión y contornos faciales satisfactorios.

Dientes Supernumerarios:

Los dientes supernumerarios en pacientes con paladar --

hendido podría permanecer en boca, si están retenidos e interfieren con la erupción de otros dientes. Los dientes malformados podrían permanecer en la boca si pudieran meterse a oclusión por medio de coronas jacket; los dientes fuera de oclusión por medio de formas ortodónticas.

Cuando el arco dentario maxilar está extendido, en pacientes con paladar hendido se puede requerir de una retención permanente por medio de puentes. Cuando en los arcos dentarios hay dientes inclinados palatinamente se pueden corregir. El tratamiento ortodóntico en paladar hendido puede ser reafirmado con fijación de aparatos protésicos. La tracción intermandibular se puede utilizar para corregir el colapso maxilar.

En casos tardios no siempre es necesario la contracción de obturadores auxiliares en el lenguaje y otros aparatos protésicos hasta que el tratamiento ortodóntico sea completo. Los auxiliares ortodónticos pueden frecuentemente ser incorporados dentro de aparatos protésicos.

La maloclusión en hendidura palatina y labial son a causa de deficiencia del hueso, tejidos blandos, dientes supernumerarios y ausencia de germenes dentarios o por una extensa cicatriz de tejido, resultado de una cirugía extensiva en el crecimiento del niño cuando la hendidura afecta al proceso alveolar hay una maloclusión. En hendiduras bilaterales de labio hay colapso de segmentos bucales maxilares; la tensión de la hendidura labial reparada puede causar inclinación palatina de los incisivos maxilares y mordida cruzada anterior.

La solución del manejo de la deficiencia del arco contradice en el proceso de método de conducta con los siguientes problemas:

1.- La deficiencia intrínseca del mesénquima maxilar, este es un factor menor que proporciona una completa expresión de que el potencial de crecimiento es permitido. Dejar que el creci---

miento ocurra la rehabilitación quirúrgica del paladar no debe afectar áreas desarrolladas.

2.- La distorción del maxilar que ocurre en el feto, es debido a fuerzas musculares anormales. Esta distorción se puede corregir usualmente con cirugías de labio y de paladar blando, el cual restaura la función muscular en dirección normal.

3.- La deficiencia intrínseca del hueso basal, alveolar y dental en el área inmediata de la hendidura. Esta deficiencia se puede corregir con injertos óseos y prótesis dental. Idealmente los injertos óseos deben ser estables, subsistir el contorno alveolar y permitir movimientos dentales dentro del área injertada.

4.- La insuficiencia parcial del mecanismo de acomodación dentoalveolar; éste puede permitir la expresión libre y evitar la cirugía del alveolo.

5.- Relación anormal dental; si los cuatro problemas presentes fueran aliviados, un resultado facial y dental sería llevado a cabo por un simple tratamiento rutinario ortodóntico en casos mayores.

En resumen, las deformidades del arco se desarrollan en el embrión y feto siendo severos los nacimientos.

La responsabilidad clínica del paciente, es guiar los mecanismos naturales de crecimiento y compensación, así muchos aspectos de las deformidades serían aliviadas. El tejido cicatrizal es una secuela indeseable para la cirugía y no es ideal a fin de activar el crecimiento de áreas del maxilar. Hay tres manejos del arco: Por preevención, por intercepción y por corrección. La cirugía plástica modifica la deformidad y establece la armazón con la que el ortodoncista y el prostodoncista pueden corregir las alteraciones.

CAPITULO V

TERAPIA DEL LENGUAJE .

La terapia del lenguaje, se inicia después de la intervención quirúrgica, cuando el niño empieza a -- mencionar algunas palabras, ésto es aproximadamente a - los dos años.

Después el tratamiento se inicia en la casa - del paciente, con la ayuda de los padres que le enseñarán una serie de ejercicios que deberá de repetir para que su paladar tenga una mayor movilidad y obtener una mejor pronunciación de las palabras, estos ejercicios - durarán dos años aproximadamente.

A los cuatro años ya que el paciente practicó los ejercicios de fonación en su casa, se mandará al foniatra, el que lo mandará a su vez a los centros de enseñanza especializados en problemas de lenguaje.

Los ejercicios para pacientes con paladar hendido operado o nó son los siguientes:

1.- Extender los labios enseñando los dientes.

2.- Meter los labios hasta que no se vea ninguno de los bordes.

3.- Fruncir los labios y moverlos de un lado hacia otro tan lejos como sea posible al paciente.

4.- Fruncir los labios para decir "u" después llevarlos hacia atrás para decir "i".

5.- Fruncir los labios y abrirlos varias veces como para decir "u, a, u, a".

6.- Juntar los labios apretándolos y soltándolos rapidamente diciendo "p".

7.- Poner los labios en posición para decir las vocales.

8.- Dar masaje a los labios del niño mientras él trate de abrirlos.

9.- Sostener los labios del niño mientras él trate de - abrirlos.

10.- Estirar los labios como para sonreir, mientras él-- trate de mantenerlos fruncidos.

11.- Mantenerlos fruncidos mientras él trate de reir.

12.- Sostener objetos planos y cilindricos con los labios.

13.- Tocar armónicas.

14.- Limpiar una cuchara que tiene mermelada.

Ejercicios para la Lengua :

1.- Extender la lengua tan lejos como sea posible y rapidamente meterla dentro de la boca.

2.- Sacar y meter la lengua en rápida sucesión.

3.- Sacar la lengua y moverla de derecha a izquierda y viceversa.

4.- Sacar la lengua y mantenerla inmóvil.

5.- Mover la lengua en círculos como limpiando los labios.

6.- Tocar el paladar con la punta de la lengua.

7.- Pasar la punta de la lengua por el paladar de atrás hacia adelante y viceversa.

8.- Pasar la lengua detrás de los dientes inferiores de abajo hacia arriba.

9.- Empujar con la lengua las mejillas derecha e izquierda.

Ejercicios para el Velo del Paladar :

1.- Decir "a" sosteniedo la boca bién abierta.

2.- Pedir al niño que articule la letra "a" pero sin usar la voz.

3.- Sostener elevado el velo del paladar.

4.- Bostezar para elevar el velo del paladar.

5.- Inspiración nasal, lenta y profunda, retener el aire y expiración bucal rápida.

6.- Ejercicio de soplo.

7.- Soplar papelitos, plumas, etc.

8.- Tocar armónica, flauta, cuidar que las boquillas sean gruesas.

9.- Soplar en las botellas.

10.- Tomar líquidos con popote.

11.- Para probar si hay progreso, colocar un espejo debajo de la fosa nasal del niño, por la mancha que deja el aire expirado, al salir de las narinas debe ir disminuyendo.

Problemas Foniátricos en Pacientes con Paladar Hendido:

Los problemas foniátricos más frecuentes en pacientes con paladar hendidos son: Una voz con mayor resonancia nasal o hiperrinofonía, causada por deficiencia del cierre velofaríngeo que está condicionado por una falla mecánica, dinámica, cinemática o por la asociación de estos factores.

Se puede presentar el caso en el que el velo del paladar funcione bién y posea buena musculatura, pero presenta alteración cinemática por tener un tamaño corto, o una relación corta por una faringe muy amplia,

o bién por presentar una retracción cicatrizal postquirúrgica, por una intervención desafortunada o por la elección errónea de la técnica empleada.

El problema más frecuente en el habla está relacionado con trastornos en la articulación no solo por falta de estructura íntegra, sino por la desproporción del tamaño de la lengua y de la bóveda palatina o por implantación defectuosa de los dientes, por mordida abierta, retrognatismo, prognatismo o vicios de masticación y deglución.

Lo anterior provoca sonidos fonéticos distorcionados u omisiones, sustituciones o distorciones de uno o varios fonemas.

El médico foniatra dá la indicación para la intervención, ayudando a elegir los intervalos quirúrgicos y el momento ideal para la intervención, así como la participación del ortopedista (Ortodoncista).

El cirujano debe de conocer qué defecto de fonética pueden ser corregidos mediante una operación, un obturador o un tratamiento foniátrico.

Factores que Influyen en el Resultado del Tratamiento Foniátrico :

Estos factores son los siguientes:

a).- Resultado anatómico y funcional de la intervención quirúrgica.

b).- Inteligencia del paciente.

c).- Oclusión dentaria.

d).- Posición correcta de los aparatos ortodónticos y protésicos.

e).- Nivel del desarrollo del lenguaje, hasta el momen

..to de la intervención quirúrgica.

f).- Agudeza auditiva.

g).- Edad a la que se inicia el tratamiento.

h).- Medio ambiente y personalidad del paciente.

Terapia de la Fonación :

El mejor criterio de rehabilitación de la hendidura palatina es el logro de un habla normal. La cirugía ayuda proporcionando un paladar anatómico. pero es necesario el entrenamiento del lenguaje para lograr la máxima función. El cierre velofaríngeo durante la fonación no se limita a la acción esfinterina, sino que se trata de un mecanismo completo y exacto.

Las finalidades de la terapia del lenguaje en los pacientes operados de paladar hendido son:

- Enseñar al paciente a evitar la salida del aire expirado en la dirección correcta para mejorar el timbre nasal.
- Fortalecer los músculos del paladar blando y aumentar su movilidad.
- Enseñar al paciente la correcta articulación de los sonidos.

Requisitos Fonéticos de la Restauración Quirúrgica en la Hendidura Palatina :

1.- El velo del paladar debe ser bastante largo para alcanzar en lo posible la pared de la faringe durante la fonación.

2.- Debe de ser bastante móvil para poder elevarse y poder ayudar a la fonación.

3.- La musculatura de la pared posterior de la faringe -

debe ser muy móvil para que la almohadilla de passavant pueda abombarse hacia el velo para efectuar una mejor oclusión.

Cuando en la intervención quirúrgica no ocurre lo antes mencionado o los resultados son deficientes, puede recurrirse a los obturadores para compensar la deficiencia quirúrgica.

Antes de comenzar la terapia del lenguaje es necesario realizar un examen a cada paciente. Primero se examina su forma de hablar; la forma de este examen se basa en la edad del paciente. Si el niño es muy pequeño se le pide que diga los nombres de los juguetes que se le van mostrando. A niños mayores se les pide que repitan oraciones o palabras y a los adultos se les hace leer párrafos, cuidando que se mencionen todos los sonidos.

De este examen se obtienen: Los sonidos que se pronuncian correctamente y el grado de nasalidad de la voz. Después se examinan los órganos de la articulación. Es importante si los labios presentan alguna irregularidad, si ésta se refleja en su manera de hablar y si es posible corregir tal defecto.

A continuación se examinan los dientes para determinar si las anomalías dentarias son a causa del defecto de la articulación y hasta que grado pueden corregirse los sonidos defectuosos provocados por anomalías dentarias.

Debe de realizarse un examen cuidadoso del paladar blando que es el que más nos interesa para conocer su funcionamiento. Hay que observar si el paciente es capaz de cerrar la rinofaringe, si la distancia que tiene que cubrir el paladar para lograr la oclusión, es

mayor que lo que el paladar es capaz de desarrollar, si el paladar es rígido o puede elevarse.

Conociendo el grado de funcionamiento del paladar blando, podemos determinar si nasalidad es provocada, por insuficiencia de paladar o nó.

Si la voz es nasal y el paladar se puede mover normalmente, la nasalidad desaparecerá después de enseñarle al paciente a enviar la corriente de aire por la boca en el momento de hablar.

Si el paladar es corto o rígido no se puede esperar mucho, apesar de los ejercicios, la nasalidad persistirá siempre en mayor o menor grado.

Después se realiza un exámen de inteligencia al niño, que nos ayudará para saber si sus defectos de articulación se deben a una inteligencia subnormal y para conocer lo que podemos esperar y exigir del paciente.

También se debe hacer un exámen cultural de los familiares y conocer su actitud ante el defecto del paciente para conocer el grado de cooperación que podemos esperar de éllos.

El foniatra debe contar con la información general de cada caso. Debe conocer el grado de extensión que tenía la fisura, el número de operaciones realizadas y las edades en que se efectuaron, la historia de su desarrollo, en particular del lenguaje, conocer su estado de salud, si ha presentado infección en los oídos, a las que se encuentran expuestos estos pacientes para determinar si las deficiencias en la articulación se deben a problemas auditivos.

GUIA PARA EL MANEJO DE LAS HOJAS DE RECOPILACION DE DATOS DE LA INVESTIGACION.

Enunciado No. I.....Corresponde a la columna en donde se enumeraron progresivamente los expedientes en estudio - con números arábigos.

Enunciado No. II.....Donde se procedió a anotar el - número de expediente con el cual se encuentra registrado el paciente en la Institución donde se atendió. En las hojas se encuentran con las abreviaturas - "No. de Exp."

Enunciado No. III.....Con la palabra "Nombre (S)" en donde se anotó el nombre (S) -- del paciente con paladar hendido.

Enunciado No. IV.....Con la palabra "Edad" en donde se anotó la edad del paciente a la que fué operado. O en su defecto cuando dejó de asistir a la Clínica de Labio y Paladar - Hendido, sin habérsele realizado la cirugía.

Enunciado No. V.....En las hojas se encuentra con - la letra "S" que significa sexo del paciente.

Enunciado no. VI.....Con la palabra "Edad", y debajo de ésta la letra "P" que significa padre y "M" que corresponde a la edad de la madre.

Enunciado No. VII.....En las hojas de recopilación de datos se encuentra con las letras "T.M." que significa - tipo de malformación que presenta el paciente. Las que - están regidas por las abreviaciones "PHCD" que significa - paladar hendido completo derecho; "PHCI" paladar hendido - completo izquierdo; "PHID" paladar hendido incompleto derecho; "PHII" paladar hendido - incompleto izquierdo; "PHBC" paladar hendido bilateral completo; "PHBI" paladar hendido bilateral incompleto; "PHUD" paladar hendido unilateral derecho; "PHUI" paladar hendido unilateral izquierdo; "PHB" - paladar hendido blando; "PHD" paladar hendido dehiscente.

Enunciado No. VIII.....El cual está encabezado por la letra "C" que significa completo y debajo de ésta se encuentran las letras "D" que significa derecho e "I" que significa izquierdo.

Enunciado No. IX.....Encabezado por la letra "I" la cual corresponde a incompleto y debajo de ésta se encuentran las letras "D e I" que significan derecho e izquierdo respectivamente.

CENTRO MEDICO NACIONAL

I No. DE EXP.	II	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	VI EDAD M	VII T.M.	VIII C D	IX I D	X I C	XI UNI. D I	XII B	XIII D	XIV CIR.	XV TEC.	XV Q.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
001	0158362567	VALERA PEREZ E.	1a9m.	M	29	38	PHII							P.	P.	W.		OT.	
002	16008343	MTZ. CABRERA J.F.	1a7m.	M	60	39	PHCB							P.	P.	W.	3a5m.		
003	648463173	SANCHEZ CRUZ N.	2a3m.	M	38	21	PHUI							P.	P.	W.			
004	6681540331	HDEZ. MUÑOZ M.	2a7m.	F	30	26	PHUD							P.	P.	W.			Pl. C.
005	1775557466	FIGUEROA CASTILLO C.	1a6m.	M	49	36	PHD							P.	P.	W.	4a3m.		
006	197658480	TREJO MENDEZ ALDO	2a	M	31	23	PHD							P.	P.	W.			
007	8428262214	ALEJANDRE REGALADO M.	2a	F	22	23	PHD							P.	P.		5a1m.		Pl.Exp.
008	1076560254	LOPEZ DAVILA CAROLINA	1a7m.	F	26	25	PHID							P.	P.	W.	3a		Pl. C.
009	067452635	TELLEZ GARCIA ANGELICA	1a6m.	F	26	25	PHII							P.	P.				
010	159400068	ARENAS LOPEZ SILVIA	1a9m.	F	40	35	PHB							P.	P.	W.	4a3m.		
011	162300016	LATORRE GLEZ. V.	1a7m.	F	48	46	PHID							P.	P.				Pl.Exp.
012	06230761	LATORRE GLEZ. J	1a6m.	M	39	38	PHID							P.	P.	W.	6a		
013	163341236	MORENO GUTIERREZ H.	1a9m.	M	41	40	PHBC							P.	P.				
014	0777551089	PEÑA MINELLA MIRNA	1a9m.	F	22	22	PHID							P.	P.	W.	4a6m.		Pl. C.
015	178609736	RGUEZ. CASTRO S.	2a	M	19	19	PHB							P.	P.	W.	2a6m.		
016	153381089	HDEZ. CORONA M. L.	14a	F	42	36	PHB							P.	P.				
017	0070465488	MTZ. TORRES LORENA	2a3m.	F	33	32	PHB							P.	P.	W.	3a5m.	OT.OP.	
018	170562134	CORDOBA APARICIO M.A.	2a	M	28	22	PHUI							P.	P.				
019	163415244	CORTES ANGELES P.	1a11m.	F	35	33	PHUI							P.	P.	W.			
020	166448029	HINOJOSA GLEZ. A.	2a2m.	M	39	25	PHCB							P.	P.	W.	5a	OT.OP.	
021	116445179	DIAZ MARTINEZ I.	1a6m.	F	33	33	PHB							P.	P.	W.	3a	OT.OP.	
022	1167489459	VILLEGAS CHAVEZ N.	1a7m.	F	32	29	PHBC							P.	P.	W.	4a2m.	OT.OP.	
023	1973573536	SOLIS CUEVAS SANDRO	2a3m.	M	27	21	PHB							P.	P.				
024	1977562312	ISIDRO ALMAZAN M.	2a4m.	F	39	22	PHCI							P.	P.	W.			
025	7259401009	ASTUDILLO REYEZ O.	3a6m.	M	63	59	PHII							P.	P.				
026	675564855	LUNA LOPEZ M. A.	1a6m.	M	23	18	PHCD							P.	P.	W.	4a7m.		
027	13754777	PEREZ ANGELIN F.	1a7m.	M	46	39	PHCI							P.	P.				
028	3263335325	RODRIGUEZ GARCIA M.	5a	M	39	37	PHCI							P.	P.		4a11m.		
029	1178608667	MORALES GARCIA A.	1a10m.	M	21	19	PHCD							P.	P.				
030	152271502	FDEZ. AVILA R.	2a1m.	M	47	42	PHD							P.	P.		5a6m.		Pl.Exp.
031	1172502710	ZAID GLEZ. M. ANDREA	1a9m.	F	26	36	PHBC							P.	P.	W.			
032	676561167	ALFARO BOA ALBERTO	2a7m.	M	22	22	PHII							P.	P.		5a3m.		Pl.Exp.
033	164480811	ZAMORA SUAREZ N.	2a2m.	M	30	30	PHUI							P.	P.	W.			
034	177280175	VILLA CRUZ MARIA	3a3m.	F	50	36	PHBC							P.	P.	W.	3a9m.	OT.OP.	
035	170504723	CABELLO MEJIA J.	2a2m.	F	24	26	PHCI							P.	P.			OT.	Pl.Exp.
036	1599281259	AMADO VAZQUEZ R.	2a5m.	M	36	32	PHBC							P.	P.	W.	3a2m.		
037	155400202	RGUEZ. CASTILLO V.	1a9m.	F	33	23	PHUI							P.	P.			OT.OP.	
038	173502616	ANTONIO FLORES IVAN	3a6m.	M	26	25	PHCI							P.	P.				
039	1166483757	VARGAS RAMOS CINTIA	2a3m.	F	30	28	PHII							P.	P.	W.	4a3m.	OT.	Pl.Exp.
040	1624568889	BORUNDA FERIA N.	2a	F	32	20	PHCI							P.	P.				Pl.Exp.

CENTRO MEDICO NACIONAL

I	II	III	IV	V	VI		VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII
	No. DE EXP.	NOMBRE (S)	EDAD	S	EDAD P	EDAD M	T.M.	C D	I D	I C	BIL I D	UNI.	B	D	CIR.	TEC.	Q.	T.L.	T.O.	T.O.M.
041	164393066	HERMENEGILDO GARCIA L.	2a	M	25	25	PHBC								P. P. W.			5a11m.	OT.OP.	Pl.Exp.
042	179461828	MORALES MORALES S.	3a1m.	M	36	34	PHBC								P. P. W.					
043	1167499867	JAIME SANCHEZ J. M.	1a6m.	M	40	35	PHCI								P. P.			4a.9m.	OT.OP.	
044	1170501948	MOLINA MEJIA J. C.	9a	M	29	30	PHCD								P. P. W.				OT.OP.	
045	1175552939	VIVAS LOPEZ A.	1a7m.	F	20	19	PHBC								P. P.				OT.OP.	Pl. C.
046	1784504633	GALVAN CAMACHO M.A.	3a4m.	M	32	28	PHII								P. P.				OT.OP.	Pl.Exp.
047	1973547171	GONZALEZ CAMPOS J.M.	2a	M	25	25	PHBC								P. P. W.					Pl. C.
048	162471746	HDEZ. ORTIZ M. P.	2a3m.	M	33	30	PHCI								P. P.				OT.OP.	Pl.Exp.
049	165431950	GALINDO RAMOS I.	2a9m.	M	38	30	PHUD								P. P.				OT.OP.	Pl.Exp.
050	367462517	MENDEZ ROMERO R.	1a8m.	M	27	25	PHCI								P. P. W.					
051	1566391154	BOTELLO URIBE M. S.	7a	F	33	30	PHUD								P. P. W.					
052	1567453510	BOTELLO URIBE J.	2a	M	36	33	PHCD								P. P.			5a1m.		
053	1533111313	QUINTERO ARAUJO J.	2a8m.	M	46	39	PHCI								P. P. W.				OT.OP.	
054	171538724	VELAZQUEZ QUINTERO J.	1a6m.	M	23	23	PHBC								P. P.			4a9m.		Pl.Exp.
055	167450779	YAÑEZ VIDAL M.	1a7m.	F	32	29	PHBC								P. P.				OT.OP.	Pl.Exp.
056	174563312	CRUZ CAMPOS K.	1a10m.	F	19	19	PHBC								P. P. W.					
057	168504891	MERDEC GLEZ. M.A.	4a2m.	F	29	24	PHCI								P. P.			5a		
058	1694580263	SOLORIO DIAZ A.	2a7m.	M	30	23	PHUI								P. P.			4a10m.		
059	177487943	PEREZ CARDENAS N.	1a7m.	M	31	28	PHCI								P. P. W.			8a	OT.OP.	
060	178531055	JUAREZ JACINTO N.	2a10m.	M	29	26	PHCI								P. P. W.					
061	370531960	GLEZ. FARFAN E.	1a7m.	M	26	17	PHUD								P. P. W.			3a10m.		
062	1661493972	TREJO MORA E.	1a6m.	F	30	27	PHCI								P. P.					Pl. C.
063	6566473120	MARICERA VILLAGOMEZ M.	1a6m.	F	31	24	PHII								P. P.				OT.OP.	
064	666440325	OLGUIN CIPRES N.	2a	M	32	28	PHBC								P. P.				OT.OP.	
065	156952114	VAZQUEZ MTZ. A.	1a6m.	M	22	19	PHBC								P. P.				OT.OP.	
066	1269341292	FLORES RGUEZ. A.	1a10m.	M	27	25	PHBC								P. P.				OT.OP.	Pl. C.
067	3472520171	MARES TRONCOSO J.C.	1a7m.	M	30	28	PHBI								P. P. W.					
068	177554898	MIRANDA MTZ. J.	1a8m.	M	27	26	PHCI								P. P.				OT.OP.	
069	1166483257	VARGAS RAMOS C.	2a	F	30	28	PHCI								P. P.			4a3m.		
070	6565482277	ROJAS ALBERTO A.	6a	M	32	33	PHUI								P. P. W.					
071	5480530998	GARCIA CARRILLO G.	1a8m.	F	27	24	PHCD								P. P. W.			3a2m.	OT.OP.	
072	1972500555	ISLAS VALENCIA N.	2a3m.	M	30	28	PHCD											2a5m.	OT.OP.	Pl.Exp.
073	116757080	LARA COLIN N.	2a	M	32	30	PHBC								P. P. W.					
074	158370062	PRADO MUÑOZ E.	6a	F	40	36	PHCI								P. P. W.					Pl. C.
075	166435750	OSORIO ORDAZ M.	1a6m.	M	27	32	PHBC								P. P.			3a	OT.OP.	
076	154382836	MERCADILLO REYES R.	2a1m.	M	45	35	PHUD								P. P. W.			3a5m.	OT.OP.	
077	154187563	RAMIREZ CASTRO V.	8a	F	58	50	PHBC								P. P.			2a9m.	OT.OP.	
078	156150053	GALINDO HDEZ. M. R.	4a6m.	F	52	38	PHCD								P. P. W.			5a	OT.OP.	
079	170502134	CORDOBA GUTIERREZ M.	2a5m.	M	28	22	PHCI								P. P.			3a2m.	OT.OP.	
080	125586002	CHAVERO SALGADO LL.	2a	F	22	22	PHII								P. P. W.					

CENTRO MEDICO NACIONAL

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII
	No. DE EXP.	NOMBRE (S)	EDAD	S	EDAD P M	T.M.	C D	I D	BIL I C	UNI. I D	B	D	CIR.	TEC.	Q.	T.L.	T.O.	T.O.M
081	1684689381	CATALAN AGUILAR A.	1a6m.	M	35 32	PHUI							P. P.			5a3m.		
082	94011525	PORTAL GUZMAN A.	1a10m.	M	24 24	PHCD							P. P.			2a5m.	OT.OP.	
083	154311582	MEJIA GODINEZ Y.	4a	F	42 40	PHCI							P. P. W.					
084	1080540028	PAREDES CARMONA F.	2a	M	21 25	PHCB							P. P.			5a3m.	OT.OP.	
085	0469522981	ANGUIANO YEPEZ L.	2a	M	28 24	PHCI							P. P. W.				OT.OP.	Pl.Exp.
086	4168381078	TORRES TELLO J.	1a6m.	M	39 38	PHCB							P. P.				OT.OP.	Pl. C.
087	7262441466	VARGAS MERCADO D.	1a6m.	M	37 23	PHCI							P. P. W.				OT.OP.	
088	72077440025	RAMIREZ FLORES N.	1a9m.	F	25 23	PHCB							P. P.					
089	161402593	DIAZ GARCIA J.	2a5m.	F	41 35	PHCI							P. P.			4a	OT.OP.	
090	1170526528	CAHUE TENORIO C.	3a7m.	F	29 22	PHCI							P. P. W.			2a	OT.OP.	
091	169462452	LOPEZ VAZQUEZ C.	2a8m.	M	34 30	PHCD							P. P.			3a	OT.OP.	
092	16471803	PIMENTEL LOZANO F.	1a6m.	M	39 36	PHID							P. P.					
093	1165475630	JIMENEZ HERRERA N.	4a	M	35 28	PHBI							P. P. W.				OT.F.	
094	163321762	MORALES FLORES M.	1a6m.	M	38 33	PHUD							P. P.				OT.OP.	
095	150312282	REYES HERRERA R.	2a1m.	M	53 40	PHUI							P. P. W.				OT.OP.	
096	1794820373	HERNANDEZ GALINDO C.	1a6m.	F	30 26	PHID							P. P. W.				OT.OP.	
097	918439231	MARTINEZ VAZQUEZ B.	2a3m.	F	45 42	PHUD							P. P.				OT.OP.	
098	163471505	LAGORRETA GLEZ. M.	2a6m.	M	34 28	PHCI							P. P. W.			5a3m.	OT.OP.	Pl. C.
099	162412721	PIEDRA ARAUJO G.	2a	F	32 27	PHCI							P. P.				OT.OP.	
100	7372601957	ROJAS SALINAS Y.	1a6m.	F	22 21	PHII							P. P. W.				OT.OP.	
101	6664486600	CARREÑO GLEZ. A.	2a7m.	F	25 19	PHCD							P. P.				OT.OP.	Pl. C.
102	1070528952	GALINDO LUPERCIO R.	2a3m.	M	38 23	PHCD							P. P.				OT.OP.	Pl.Exp.
103	155380144	GLEZ. GARCIA F.	2a	M	41 31	PHCI							P. P. W.				OT.OP.	Pl. C.
104	1375470077	PEREZ ANGELES F.	2a	M	38 25	PHBI							P. P.				OT.OP.	Pl. C.
105	6568401317	HERNANDEZ LOPEZ O.	10a	M	39 40	PHID							P. P.				OT.OP.	Pl. C.
106	671546982	RUIZ GARCIA P. B.	2a	F	28 24	PHCD							P. P. W.				OT.OP.	
107	658421573	CERVANTES HDEZ. D.	1a6m.	M	29 25	PHID							P. P.				OT.OP.	Pl. C.
108	5855400813	HDEZ. RAMIREZ Y.	2a3m.	M	38 36	PHCI							P. P. W.					Pl.Exp.
109	6568241013	PACHECO MORALES A. M.	2a	F	42 45	PHUI							P. P.					Pl. C.
110	1373390054	SANCHEZ MOLINERO J.	3a	M	43 30	PHCB							P. P. W.			2a6m.		
111	1643718032	PIMENTEL LOZANO J. F.	2a	M	38 28	PHIB							P. P. W.			5a9m.	OT.OP.	
112	1663381156	ROBLEDO TABLERAS Y.	1a6m.	F	39 39	PHBC							P. P. W.			4a2m.		
113	167662925	CALDERON REBOLLAR G.	3a2m.	F	34 34	PHBC							P. P.					
114	174551148	SANCHEZ CASTELLANOS P.	1a7m.	F	26 25	PHBC							P. P. W.					
115	179559252	ESTRADA BASAURA N.	2a	M	26 29	PHBC							P. P. W.					
116	179598977	BALTAZAR BELLO B.	1a6m.	M	23 23	PHCI							P. P.					Pl. C.
117	10805103553	ORTIZ MEJIA M.	2a3m.	M	32 23	PHUI							P. P. W.					
118	1980490363	MARTINEZ ORTIZ M.	2a5m.	M	32 22	PHCI							P. P.					
119	1781560437	ESTRADA LAGUNAS D.	2a6m.	M	25 27	PHCD							P. P.				OT.OP	
120	53745607533	GARIBO CORTES M. A.	2a	M	33 30	PHCI							P. P. W.					

CENTRO MEDICO NACIONAL

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII
	No. DE EXP.	NOMBRE (S)	EDAD	S	EDAD P M	T.M.	C I D I D I C I D I			UNI.	B	D	CIR.	TEC. Q.	T.L.	T.O.	T.O.M
121	859430141	GARDUÑO LOERA F.	1a6m.	M	40 29	PHCI							P. P.				
122	117355398	ACOSTA BLANCO J. L.	2a	M	27 25	PHCD							P. P. W.				Pl. C.
123	1973559918	CAMACHO MIRANDA G.	3a	M	28 23	PHBC							P. P.			OT.OP.	
124	01634368203	CORTES PEREZ B.	1a6m.	F	39 33	PHID							P. P. W.				
125	16542264113	REYES GONZALEZ A.	1a11m.	M	33 34	PHB							P. P. W.		2a4m.	OT.OP.	
126	170526790	JAIMES SOLANA M.	2a6m.	F	37 36	PHCI							P. P. W.				Pl. C.
127	177583467	MIGUEL HERNANDEZ R.	2a2m.	M	30 28	PHID							P. P.			OT.OP.	
128	13733900543	SANCHEZ MOLINERO J.	2a7m.	M	28 26	PHBC							P. P. W.				
129	173441361	RAMIREZ ROMERO L.	1a9m.	F	29 27	PHBI							P. P.			OT.OP.	Pl.Exp.
130	1735707593	SILVA MERA M.	1a7m.	F	25 27	PHCI							P. P. W.				
131	172490767	SARDINA MORENO R.	1a9m.	F	33 27	PHBI							P. P.				Pl. C.
132	1164472282	RAMIREZ GUZMAN J. T.	1a7m.	M	37 25	PHCI							P. P.				
133	662420378	RAMIREZ RAMIREZ N.	1a8m.	M	41 37	PHBC											
134	1170493122	BARILLAS AVILA G.	1a9m.	F	34 33	PHCI							P. P.				
135	7173430092	ROSAS SERNA M. S.	12a	F	49 44	PHBI							P. P. W.				
136	5375531084	ESCOBAR VELAZQUEZ P.	1a8m.	F	30 27	PHCI											
137	408039007	FERRER GARCIA F.	15a	M	44 49	PHCI							P. P. W.				Pl. C.
138	138062008	LUNA OSTOS Y.	1a11m.	F	29 22	PHCI											Pl. C.
139	17835059	VALENCIA BRAVO L.	3a7m.	F	49 39	PHB											
140	137555076	PEREZ TREJO G.	2a6m.	M	22 23	PHD							P. P. W.		4a6m.		
141	428262219	ALEJANDRO REGALADO M.	6a	M	36 26	PHD							P. P.				
142	8884610031	ROQUE PINEDA N.	2a2m.	F	23 22	PHCD							P. P.				
143	6582780608	RIZO REVUELTAS H.	3a	M	28 27	PHBC							P. P. W.		3a11m.		
144	1634051943	MARQUEZ RIOS N.	2a	F	40 37	PHUD							P. P.		2a8m.		
145	648057098	GUZMAN MONTANA A.	3a	F	27 24	PHBI											
146	666444841	ALVÁREZ TAPIA M.	2a9m.	F	36 28	PHUD							P. P. W.				
147	162535511	CONTRERAS MUÑOZ C.	2a5m.	M	40 38	PHBC											
148	67152433	ACOSTA SANTIAGO A.	2a10m.	M	23 21	PHBC									3a10m.	OT.OP.	Pl. C.
149	628262065	ANGUIANO MARTINEZ S.	1a6m.	M	29 21	PHCI							P. P. W.				
150	198262196	ARIAS MARTINEZ B.	2a5m.	F	21 21	PHDI											
151	160421345	SOTO LOPEZ L.	2a11m.	F	29 29	PHCD											
152	68553197	GONZALEZ ESCUDERO E.	5a	F	35 30	PHUI											
153	163436820	CORTEZ PEREZ B.	2a3m.	F	39 32	PHBC							P. P. W.				Pl. C.
154	1170518313	SARCO RAMIREZ S.	3a	F	31 29	PHBC							P. P. W.			OT.	
155	728230025	BENITEZ AGUILAR M. B.	14a	F	36 28	PHID							P. P. W.				
156	155627121	PINEDA UROSTEGUI L.	2a5m.	F	46 32	PHCD							P. P. W.			OT.OP.	Pl. C.
157	16519413	RODRIGUEZ PALAFOX R.	1a6m.	M	41 40	PHD							P. P. W.				
158	781960072	SANCHEZ CASTELLANOS G.	2a	F	24 20	PHBC											
159	1780581096	MARTINEZ PACHECO F.	1a8m.	M	28 25	PHB										OP.	
160	108060896	RUIZ ALVARADO S.	2a6m.	M	24 21	PHUD											

CENTRO MEDICO NACIONAL

I	II No. DE EXP.	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	M	VII T.M.	VIII C D	I D	IX C D	I D	X BIL	XI UNI.	XII B	XIII D	XIV CIR.	XV TEC.	Q.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
	161 0171524282	CASTILLO CRUZ M	1a8m.	M	36	25	PHUD									P.	P.				
	162 167483785	ALEJADRES AGUILAR L.	1a6m.	M	28	29	PHII														
	163 7263441104	SAUSTEGUI FLORES E.	8a	F	42	40	PHBC									P.	P.	W.			
	164 1172553603	RAMIREZ RODRIGUEZ A.	2a6m.	F	21	16	PHBI									P.	P.	W.		OT.OP.	Pl.Exp.
	165 11715113153	PINEDA ROSALES N.	3a12m.	F	28	27	PHCI									P.	P.			OT.OP.	Pl.Exp.
	166 4962231450	DOMINGUEZ NAVARRETE C.	13a	F	56	50	PHBC									P.	P.	W.		OT.OP.	
	167 1168502730	LEON RESENDIZ N.	2a6m.	F	28	26	PHUD									P.	P.	W.			

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

I	II No. DE EXP.	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	M	VII T.M.	VIII C D	I D	IX C D	I D	X BIL	XI UNI.	XII B	XIII D	XIV CIR.	XV TEC.	Q.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
	001 147307	GARCIA SALAZAR J.	2a6m.	M	26	27	PHBC												2a2m.	OP.	Pl. O.
	002 205589	MORAN UTRERA M.	2a	M	52	50	PHUD									P.	P.	L.			
	003 770710	GARCIA LOPEZ R.	1a8m.	M	36	32	PHID												4a6m.	OT.OP.	Pl. O.
	004 770422	RAMIREZ HERNANDEZ M.	2a10m.	F	43	41	PHID									P.	P.		2a6m.	OP.	Pl.Exp.
	005 770613	ESPARZA SANTOLLO J.	3a5m.	M	36	32	PHUD												3a1m.		
	006 650730	RICARDES CORDOBA M.	4a	F	29	29	PHUI									P.	P.	L.			
	007 177172	MAYA ALVAREZ T.	15a	F	34	35	PHBD									P.	P.		5a	OT.OP.	Pl. O.
	008 197102	GONZALEZ HERNANDEZ M.	12a	F	40	37	PHB									P.	P.	L.			
	009 177231	MENDOZA MEJIA M. J.	10a	F	36	30	PHBC												5a10m.		
	010 165516	JUAREZ ALVAREZ J.F.	3a11m.	M	42	39	PHII									P.	P.	L.			Pl. O.
	011 166411	REYES JIMENEZ G.	3a	M	42	38	PHBI									P.	P.			OT.OP.	Pl.Exp.
	012 174289	VALENZUELA RGUEZ. J.	2a8m.	M	38	38	PHUI									P.	P.	L.	3a6m.		Pl. O.
	013 130482	AGUILA PICHON R.	4a	M	46	44	PHBC									P.	P.		2a2m.		Pl. O.
	014 155392	ZILBERBERG PANEBIANCO	2a6m.	F	51	46	PHID									P.	P.		3a11m.		Pl.Exp.
	015 158588	RODRIGUEZ RAMOS J. C.	3a	M	33	26	PHID									P.	P.				
	016 198974	GARRIDO ALDANA F.	1a9m.	M	49	42	PHII									P.	P.	L.	3a5m.		
	017 196252	VARGAS GLEZ. A.	2a2m.	F	55	50	PHUD												3a10m.		
	018 178848	ALVAREZ ESPINOZA F.	2a	F	22	19	PHBC													OT.	Pl. O.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

I	II No. DE EXP.	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	M	VII T.M.	VIII C D	IX I D	X BIL	XI UNI. D	XII I	XIII B	D	XIV CIR.	XV TEC.	O.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
	019 103595	TENA NIETO L.	2a3m.	F	26	23	PHCI								P.	P.		3a9m.	OT.OP.	
	020 106966	VIERA PARTIDA S.	3a	M	26	22	PHBC											3a5m.	OP.	Pl. C.
	021 040476	MARTINEZ GARCIA L.A.	1a7m.	F	31	30	PHUD								P.	P.	L.	2a8m.		Pl. O.
	022 163178	REBOLLO VILLEGAS A.	4a	M	28	21	PHB								P.	P.		2a5m.		
	023 168714	ESPINOZA YAÑEZ J.	4a	M	59	30	PHUI								P.	P.		4a4m.		
	024 205614	RAMIREZ HDEZ. M.	2a	F	46	25	PHID								P.	P.			OP.	
	025 23901	GALVAN GODINEZ M.	13a	M	59	53	PHID								P.	P.		13a		
	026 183009	DELGADILLO LARA J.	10a6m.	M	36	35	PHUI								P.	P.			OT.OP.	Pl. O.
	027 161177	GOMEZ SEBASTIAN S.	3a	F	19	18	PHID								P.	P.		3a6m.		
	028 233832	MONTALVO MUNIVE M.	2a	F	24	24	PHB													
	029 228828	CASTILLO MIRELES R.	6a	M	40	40	PHBI								P.	P.	L.			
	030 222540	VAZQUEZ ZARAGOZA S.	8a	M	35	30	PHBI								P.	P.	L.	8a11m.		
	031 230720	GARCIA ANDIFFRED M.	3a	M	54	53	PHID													
	032 129346	SALDAÑA MORALES I.	4a11m.	M	48	44	PHBC								P.	P.	L.	9a		
	033 231075	SANCHEZ JIMENEZ L.	6a	M	36	28	PHBI													
	034 140023	BARRIENTOS AVILA G.	11a	M	45	40	PHII								P.	P.	L.			Pl. O.
	035 165516	JUAREZ ALVAREZ J. F.	3a11m.	M	29	22	PHBC								P.	P.				
	036 151635	ZAPATA CAZARES J.	5a11m.	F	63	59	PHUD								P.	P.	L.	6a6m.		Pl. O.
	037 248011	GARCIA LARA M. G.	4a	F	42	37	PHID								P.	P.		4a9m.		
	038 219881	DE LA ROSA ALPIZAR R.	11a	F	62	58	PHO											2a9m.	OP.	Pl. O.
	039 225925	LORENZANA IBARRA C.A.	2a10m.	M	28	26	PHID											6a9m.	OT.OP.	
	040 177244	PANTALEON LOPEZ R.	3a	M	29	30	PHUI								P.	P.	L.	2a9m.		Pl. O.
	041 221834	LONA HERNANDEZ S. R.	2a	F	25	22	PHB													
	042 205576	SOTO RABAGO B.	4a	F	27	19	PHO											2a11m.		Pl. O.
	043 222548	CABALLERO CATALAN J.A.	1a8m.	M	26	20	PHBC											4a		
	044 255485	ALVARADO TORRES J.A.	2a8m.	M	38	35	PHBI											3a12m.		
	045 216105	DIAZ ANTUNEZ F.	2a9m.	F	51	49	PHBC								P.	P.		3a9m.		
	046 166411	RODRIGUEZ JIMENEZ G.	3a	M	26	22	PHBI												OT.	
	047 163418	REBOLLADO VILLEGAS V.	2a	F	54	52	PHUD								P.	P.	L.			Pl. O.
	048 162932	PEREZ GARCIA D.	3a	M	38	36	PHII								P.	P.		3a		Pl. C.
	049 230942	LOPEZ VAZQUEZ F.	9a	M	62	62	PHBI												OT.	
	050 230932	PEREZ ALTAMIRANO F.	2a	F	48	39	PHB								P.	P.				
	051 750506	CRUZ LOPEZ S.	6a	M	44	39	PHO								P.	P.	L.	5a		
	052 192733	VERGARA SANCHEZ J.L.	2a	M	62	57	PHUI								P.	P.				
	053 178613	JUAREZ NAVA Z.	3a	F	33	33	PHBC													Pl. O.
	054 223851	ALCALDE PEREZ N.	10a	M	63	58	PHUD													
	055 171511	MORJANLIN ZUÑIGA J.L.	2a	M	65	63	PHCB								P.	P.	L.			Pl. O.
	056 167017	HEWLEY LOERA D.	3a	F	40	29	PHUD											2a		Pl. O.
	057 218101	FRAGOSO ORTEGA A.	3a7m.	F	45	35	PHUI								P.	P.	L.			
	058 101315	GONZALEZ AMZA L. E.	9a	M	48	42	PHB								P.	P.			OT.OP.	

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

I No. DE EXP.	II	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	VI M	VII T.M.	VIII C D	IX I D	X BIL I	XI UNI. C	XII B	XIII D	XIV CIR.	XV TEC. Q.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
059	538700	SANDOVAL ZUÑIGA F.A.	3a9m.	F	59	56	PHB							P.	P. L.	12a	OT.	Pl.Exp.
060	142784	RAMOS HERNANDEZ J.C.	5a	M	58	53	PHBI										OP.	Pl. O.
061	193478	ALPIREZ SANCHEZ M.A.	4a	M	60	58	PHUD							P.	P.	4a9m.		Pl. C.
062	196409	JIMENEZ ESCUDERO J.R.	3a	M	39	33	PHII							P.	P. L.	4a3m.	OT.OP.	
063	172936	GARCIA JUAREZ C.A.	2a	M	59	56	PHUD							P.	P.	3a8m.	OT.OP.	Pl. O.
064	197047	CISNEAGA LOPEZ C.	4a6m.	F	52	47	PHBC							P.	P. L.	5a7m.	OP.	Pl. C.
065	191151	SOTO PEREZ J.J.	3a	M	55	46	PHBC							P.	P.	3a9m.	OT.OP.	
066	238238	BARCENAS DURAN A.	5a	M	36	32	PHCI							P.	P.	6a3m.	OP.	Pl. O.
067	232462	RUBIROSA SANCHEZ V.	3a	M	63	55	PHCI							P.	P.	2a	OT.OP.	Pl. C.
068	226962	RICARTE TELLEZ M.	3a	F	46	42	PHBC							P.	P.			
069	212625	LOAIZA CRUZ S.	2a	M	62	58	PHBI									3a1m.	OT.	Pl. O.
070	231439	MEDINA RAMIREZ G.	5a	M	38	32	PHUD							P.	P. L.	5a11m.		
071	282780	ANSEELS DUARTE E.	6a	F	63	58	PHCI							P.	P.		OT.OP.	
072	176246	LARA PAEZ J.	3a6m.	M	26	21	PHBC							P.	P.	4a5m.		Pl. O.
073	222836	HERNANDEZ LOERA E.	9a	F	59	56	PHUI							P.	P. L.			
074	196273	SALINAS SANCHEZ J.L.	2a9m.	M	21	20	PHCD							P.	P.			Pl. C.
075	178763	DIAZ SANDOVAL Z.	3a3m.	F	54	49	PHCI							P.	P. L.	4a7m.	OT.OP.	
076	207571	ANTONIO RAMIREZ B.	4a	F	50	43	PHUD							P.	P.	4a9m.		Pl. O.
077	218111	ARTEAGA CRUZ M.J.	5a6m.	F	42	40	PHBC							P.	P.			
078	232852	ALCALA PEREIRA N.	13a	M	31	29	PHBC											
079	223419	REYES GOMEZ A.	10a	M	60	58	PHII							P.	P. L.			
080	234251	ESCAMILLA DORANTES J.	8a	M	59	52	PHB							P.	P.	3a		
081	219061	LUNA PEREZ D.	1a9m.	F	53	50	PHB							P.	P.		OP.	
082	220082	SANCHEZ DE LA FUENTE	2a	M	36	29	PHUI							P.	P.			
083	245180	ALVIRRE ZAVALA G.	5a	F	64	60	PHB							P.	P.	5a9m.	OT.OP.	
084	231070	JIMENEZ ENTAR S.	9a	F	39	29	PHB							P.	P.	9a12m.		
085	184289	PEREZ FLORES A.	2a	F	59	52	PHBC							P.	P.	3a2m.	OT.OP.	Pl.Exp.
086	242887	MENA ALFARO Y.	3a	F	40	35	PHID							P.	P. L.	3a6m.	OP.	
087	232747	ALAMILLA AVILES A.	5a	F	28	26	PHBI							P.	P. L.		OT.	
088	220427	GLEZ. GLEZ. F.	3a10m.	F	63	59	PHBI							P.	P.			
089	214992	LARA PEREZ GERMAN	3a	M	49	39	PHBI							P.	P. L.			Pl. O.
090	218284	LOPEZ DELIRA M.A.	1a6m.	F	59	48	PHII							P.	P.	3a2m.		
091	178843	RAMOS PINEDA C.	7a	F	47	41	PHCI							P.	P.			
092	238015	PALCASTRE ANGULO E.	4a2m.	M	49	38	PHID							P.	P.			
093	233785	HDEZ. MENDOZA C.	6a	M	32	30	PHBI							P.	P.	6a		
094	169335	ALVAREZ LOPEZ J.	5a	F	63	58	PHBC							P.	P.	6a	OP.	Pl.Exp.
095	169525	MALDONADO PINEDA M.A.	9a1m.	M	39	36	PHB							P.	P.			
096	123887	ABURTO PADILLA J.L.	1a6m.	M	23	22	PHBI							P.	P. L.	3a6m.	OP.	
097	255068	CAZARES VIVEROS D.	2a	F	43	40	PHUD									3a2m.		
098	215560	ADAME GARCIA V.M.	2a	M	62	57	PHBC							P.	P. L.			

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

I	II	III	IV	V	VI		VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII
	No. DE EXP.	NOMBRE (S)	EDAD	S	EDAD P	EDAD M	T.M.	C D	I D	BIL C	UNI. I	B	D	CIR.	TEC.	Q.	T.L.	T.O.	T.O.M.
099	244289	HDEZ. GOMEZ V.	1a9m.	F	22	17	PHCI												
100	228369	SANDOVAL HDEZ. O.	1a11m.	F	58	52	PHCD										4a		
101	241499	LEYVA GARCIA M.	2a	M	27	25	PHUD							P. P.			4a11m.	OT.OP.	
102	240409	SALINAS WOLBERY H.	3a	M	38	30	PHII							P. P.			2a6m.		
103	240568	HUERTA MERCADO I.	1a8m.	F	31	25	PHBI							P. P.			3a8m.		
104	231347	PAREDES CORIA C.	2a	M	21	20	PHCI							P. P. L.					Pl.Exp.
105	238031	BRISEÑO ANOTA J.G.	2a	M	42	40	PHBI												
106	230992	RODRIGUEZ TRINIDAD V.	4a	F	56	53	PHB										3a4m.	OT.OP.	
107	239172	BARRIGA ALCANTARA L.F.	2a2m.	M	20	19	PHUD							P. P.					
108	241402	CASTILLO FRAGA L.	3a	F	42	34	PHB							P. P.					
109	248352	TOXCLE RIOS M.J.	2a8m.	F	53	39	PHBC												
110	240823	SCARTETL ROMO V.	3a	F	29	28	PHCI							P. P.					
111	234653	BRAVO MIRELES L.	2a	M	34	17	PHUD							P. P.				OT.	Pl.Exp.
112	233785	HDEZ. MENDOZA M.	6a	M	30	30	PHB							P. P.			8a7m.		
113	219185	MEDELLIN GOVEA F.	4a	F	30	27	PHII							P. P. L.					
114	236336	LOPEZ AVELINO N.	1a6m.	M	54	44	PHUD							P. P. L.				OT.OP.	
115	245976	MTZ. PLATA A.	2a2m.	F	40	24	PHUD							P. P. L.			3a2m.		Pl.Exp.
116	232667	ROMERO BUTRON R.	6a	M	37	33	PHCD										5a		
117	220137	GODOY PEREZ N.	11a	M	26	25	PHUI							P. P.					
118	231671	BARGAS REYES J.L.	3a	M	46	22	PHUD							P. P. L.			4a		Pl.Exp.
119	241177	ENRIQUES ALMANZA C.	4a	F	54	53	PHBC										5a9m.		
120	231402	PEÑA BLAS G.	5a	F	45	39	PHBI										2a		
121	242612	PRENDES VIORINA A.	2a7m.	F	24	19	PHII							P. P. L.					Pl.Exp.
122	247762	VARILLAS SANTIAGO J.	3a6m.	M	29	32	PHBC												
123	258293	CASTOS ANTONIO H.	1a6m.	M	17	16	PHUD							P. P. L.			2a8m.		Pl. C.
124	213852	TORIS SOTO E.	3a	M	32	28	PHBI											OT.OP.	
125	209671	ORTIZ MARTINEZ V.	3a	F	32	17	PHB							P. P.					
126	236084	DEL ANGEL MTZ. T.	9a	M	48	36	PHUD										9a7m.	OT.	
127	248965	MARIN MARTINEZ A.	9a	M	29	28	PHCD												
128	257875	LOPEZ REYES J.	5a	M	27	23	PHCI										5a9m.	OT.OP.	Pl. O.
129	217205	ESPINOZA YOPEZ F.	4a3m.	F	40	36	PHUD							P. P. L.					
130	243816	TAPIA CLETO E.	12a	M	49	44	PHUI											OP.	
131	53486	ORTIZ PONCE M.S.	15a	F	58	53	PHBC							P. P. L.			15a6m.		Pl. O.
132	257798	SOLORZANO DIAZ C.	3a	F	49	45	PHUD							P. P.					
133	242675	DIAZ CONTRERAS J.	2a	M	36	35	PHBI							P. P.					
134	219185	MEDELLIN GOVE F.	4a	F	30	27	PHUD							P. P.					
135	262855	LOPEZ SILVA C.	3a11m.	F	32	27	PHB							P. P.			2a		
136	222185	PIÑA NAVA J.	4a1m.	F	24	20	PHII							P. P.				OP.	
137	233057	PEÑA GUERRERO E.	3a	M	33	22	PHBI							P. P. L.			3a		
138	261897	CASTILLA PEREZ E.	1a6m.	F	28	19	PHB							P. P.			2a		
139	242377	ALANIS VILCHIS G.	4a	F	45	42	PHCI							P. P.					

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

I No. DE EXP.	II	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	VI EDAD M	VII T.M.	VIII C I D I D I C I D I	IX	X BIL	XI UNI.	XII B	XIII D	XIV CIR.	XV TEC.	XV Q.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
140	229177	RODRIGUEZ VALERIANO R.	3a	M	34	32	PHUD							P. P. L.			3a		
141	263487	GARCIA CONTRERAS A.	7a	M	44	34	PHB							P. P.					
142	231347	PAREDES CORIA O.	3a	M	21	20	PHUI							P. P.			3a		
143	233798	HDEZ. MAGALLANEZ A.	3a11m.	M	31	27	PHUI							P. P. L.				OT.OP.	Pl. O.
144	184289	PEREZ FLORES A.	2a	F	62	60	PHB							P. P.			5a7m.	OT.OP.	Pl.Exp.
145	262339	POPOCA GALVAN M.	3a3m.	F	30	28	PHBI												
146	228929	GRANADOS MORENO J.	3a	F	21	23	PHUD							P. P. L.			4a	OT.	
147	240309	ROBLES LOPEZ B.	3a	F	27	18	PHBI												
148	232543	CAZARES MENDOZA L.	4a	M	56	52	PHD							P. P.				OP.	
149	217695	HERRERA ANGELES J.	2a	F	54	40	PHUD												
150	168175	GARCIA CASTILLO E.	3a	M	21	23	PHUI							P. P.				OP.	Pl.Exp.
151	140484	NAVA GARCIA M.	1a9m.	F	24	22	PHD							P. P. L.					
152	141545	SANCHEZ IBAÑEZ N.	11a	M	28	26	PHBI							P. P. L.				OT.OP.	
153	241111	MENDOZA RUIZ E.	3a3m.	M	34	33	PHUD							P. P.			2a6m.		
154	262528	REYES GLEZ. A.	2a2m.	M	32	28	PHII												
155	024842	BADILLO PALLARES J.	3a	M	29	29	PHBI											OT.	
156	211262	CISNEROS CORONA M.A.	5a	M	59	56	PHB							P. P. L.				OP.	
157	240065	CIPRIAN HIGUERA A.	13a	M	64	60	PHBC							P. P.			7a		
158	253819	CRUZ TORRES R.	4a	M	25	24	PHUD										3a		Pl. O.
159	188711	FLORES BALLADARES E.	4a9m.	M	36	27	PHCI							P. P. L.					
160	240229	ESPEJEL LANDEROS I.	1a6m.	F	26	26	PHUI							P. P. L.					
161	141546	LARIOS VAZQUEZ L.	3a	M	56	36	PHBI												
162	264739	SANDOVAL AMAZENDI M.	7a	F	36	30	PHID												
163	121376	LOPEZ LOPEZ J. A.	5a11m.	M	38	37	PHBC							P. P.					Pl.Exp.
164	84977	VALENCIA ORTIZ B.	3a	F	21	20	PHUD							P. P.					
165	269875	LEYVA GARCIA M.	10a	M	30	27	PHBI							P. P. L.					
166	235524	GUZMAN SOTO O.	11a	M	38	25	PHCD												
167	262958	ESQUIVEL ALVAREZ N.	5a	F	27	27	PHUI							P. P.			4a		
168	237442	HDEZ. PONCE C.	2a7m.	M	25	21	PHDI										3a		
169	261722	AGUILAR CONTRERAS C.	2a	F	63	60	PHUI							P. P.					
170	262855	LOPEZ SILVA C.	4a	F	32	27	PHD							P. P.					
171	233775	MAYA LUGO J.	3a3m.	M	19	18	PHUD							P. P. L.				OT.	
172	263566	GUADARRAMA SALINAS M.	4a	F	22	20	PHID												
173	248877	RIVERA BUSTOS R.	3a	M	42	42	PHBC												
174	215390	MORA GIL J. P.	4a	M	30	24	PHB							P. P.					
175	251300	NAVA SANCHEZ C.	2a	F	58	58	PHB							P. P. L.					
176	262465	SALAZAR CRUZ R.	4a	M	63	56	PHD												
177	256923	BAEZ ALVARADO F.	2a	F	24	18	PHCI												
178	242160	VELAZCO MARTINEZ A.	3a	F	41	48	PHCD							P. P.					

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

II No. DE EXP.	III NOMBRE (S)	IV EDAD	V S	VI EDAD P	M	VII T.M.	VIII C D	IX I D	X BIL I	XI UNI C	XII B I	XIII D I	XIV CIR.	XV TEC.	Q.	XVI T.L.	XVII T.O.	XVIII T.O.M.
179 255310	PEREZ VALDEZ E.	4a	F	26	30	PHBI							P. P.				OT.	
180 253829	CRUZ TORRES R.	3a	M	25	24	PHBI										9a		Pl. O.
181 253700	ALVARADO ALZATE R. M.	6a4m.	F	45	42	PHCD							P. P.	L.				
182 262482	CHIGORA GOSI J.	1a6m.	F	42	42	PHD												
183 219185	MEDELLIN GOVEA F.	4a	F	20	27	PHD							P. P.	L.				
184 235324	PADILLA LIRA J.	3a	M	26	26	PHUI							P. P.			3a6m.		
185 281914	LOPEZ HERNANDEZ C.	4a9m.	F	62	60	PHB												
186 174421	CAMPOS SAINES M.	5a	M	30	27	PHBI												
187 229692	ALCALA SANTANA P.	3a2m.	M	30	27	PHBC							P. P.	L.		3a5m.		
188 222082	CRUZ ORTIZ A. M.	15a	F	52	49	PHBI							P. P.	L.		2a7m.		
189 251172	RENDIK MERCADO R.	1a6m.	M	35	25	PHCI							P. P.					
190 242622	CISNEROS COBUÑA M. A.	5a	F	26	24	PHB							P. P.	L.		5a10m.	OP.	Pl. Exp
191 235281	RENDON URBANO E.	3a	F	21	19	PHUD							P. P.	L.				
192 285136	PEREZ RESENDIZ F.	3a5m.	F	58	56	PHCI											OP.	
193 187962	ALMANZA PELAEZ S.	1a7m.	M	61	54	PHID												

Enunciado No. X.....Encabezado por la sílaba "Bil" la cual se refiere al paladar hendido bilateral debajo de ésta las letras "C e I" que significan completo e incompleto respectivamente.

Enunciado No. XI.....Se encabezó con la sílaba "Uni" la que se refiere al paladar -- hendido unilateral, debajo de - ésta las letras "D e I" las que nos indican si es derecho o izquierdo.

Enunciado No. XII.....Encabezado con la letra "B" la que indica que la malformación es de paladar hendido blando.

Enunciado No. XIII.....Se encabezó con la letra "D" la cual indica que la malformación es de paladar hendido dehiscente.

Enunciado No. XIV.....Se encabezó con la sílaba "CIR" que significa cirugía. Aquí se procedió a anotar si al paciente se le realizó la palatoplastía se anotaron las letras "P.P." o se dejó en blanco en el caso en que no se realizó la cirugía.

Enunciado No. XV.....Se encabezó con "TEC.Q." que significa técnica quirúrgica, utilizando las iniciales del nombre - de la técnica que se usó, así tuvimos la letra "L" que significa Langenbeck o "W" en el caso de -

Wardill en donde no se realizó la cirugía se dejó en blanco.

Enunciado No. XVI.....Se encabezó con las iniciales "T.L." que corresponde a la terapia del lenguaje. Aquí se procedió a anotar la edad del paciente en la que empezó su tratamiento del lenguaje, en el caso en que no se realizó se dejó el espacio en blanco.

Enunciado No. XVII.....Se encabezó con las iniciales "T.O." que significan tratamiento odontológico; representado por las iniciales "OT." que significa odontotectomía "OP." odontoplastía, en el caso en el que no se realizó se dejó en blanco el espacio.

Enunciado No. XVIII.....Se encabezó con las iniciales "T.O.M." que significa tratamiento ortopédico maxilofacial abreviando como sigue: "Pl.C." placa de contención; "Pl.Exp." placa de expansión; "Pl.O." placa de obturación, en donde no se realizó el tratamiento se dejó en blanco.

Tablas de Resultados Obtenidos de las Hojas de Recopilación de Datos :

Frecuencia según el sexo.

Tabla No. 1:

Masculino	199	55.3%
Femenino	161	44.7%
Total	360	100%

Frecuencia de las diferentes edades del paciente en que se realizó la intervención quirúrgica de paladar hendido.

Tabla No. 2:

1 año 6 meses a 3 años	204	68%
3 años 1 mes a 4 años 7 meses	44	14.3%
4 años 8 meses a 6 años 2 meses	22	7.3%
6 años 3 meses a 7 años 9 meses	4	1.1%
7 años 10 meses a 9 años 4 meses	7	2.3%
9 años 5 meses a 10 años 11 meses	4	1.3%
11 años a 12 años 6 meses	5	1.67%
12 años 7 meses a 14 años 1 mes	6	2%
14 años 2 meses a 15 años 8 meses	3	.8%
Total	299	100%

Frecuencia en cuanto a la edad del padre.
Tabla No. 3:

De 17 años a 21 años	19	5.3%
De 22 años a 26 años	56	15%
De 27 años a 31 años	69	19.2%
De 32 años a 36 años	57	15.8%
De 37 años a 41 años	47	13%
De 42 años a 46 años	35	9.7%
De 47 años a 51 años	18	5%
De 52 años a 56 años	20	5.5%
De 57 años a 61 años	19	5.2%
De 62 años a 66 años	20	5.5%
Total	360	100%

Frecuencia de la edad de la madre.
Tabla No. 4:

De 16 años a 20 años	32	9%
De 21 años a 25 años	79	22%
De 26 años a 30 años	87	24%
De 31 años a 35 años	39	11%
De 36 años a 40 años	49	14%
De 41 años a 45 años	19	5%
De 46 años a 50 años	15	4.1%
De 51 años a 55 años	14	3.8%
De 56 años a 60 años	24	6.6%
De 61 años a 65 años	2	.5%
Total	360	100%

Tipo de malformación en cuanto a sexo del paciente.
Tabla No. 5:

	Masc.	%	Fem.	%
Paladar hendido completo der.	15	4.1	12	3.3
Paladar hendido completo izq.	28	7.7	24	6.6
Paladar hendido incomp. der.	13	3.6	15	4.1
Paladar hendido incomp. izq.	15	4.1	9	2.5
Paladar hendido bilateral c.	37	10.2	25	6.9
Paladar hendido bilateral i.	31	8.6	14	3.8
Paladar hendido unilat. der.	24	6.6	19	5.2
Paladar hendido unilat. izq.	19	5.2	10	2.7
Paladar hendido blando	15	4.1	17	4.7
Paladar hendido dehiscente	10	2.7	8	2.2
Total	197	56.9	153	42.0

Porcentaje del tipo de malformación en general.
Tabla No. 6:

Paladar hendido completo der.	27	7.4%
Paladar hendido completo izq.	52	14.3%
Paladar hendido incompleto der.	28	7.7%
Paladar hendido incompleto izq.	24	6.6%
Paladar hendido bilateral completo	62	17.1%
Paladar hendido bilateral incompleto	45	12.4%
Paladar hendido unilateral der.	43	11.8%
Paladar hendido unilateral izq.	29	7.9%
Paladar hendido blando	32	8.8%
Paladar hendido dehiscente	18	4.9%
Total	360	100%

Técnicas Quirúrgicas Empleadas.

Tabla No. 7:

Wardill	81 pacientes	22.5%
Von Langenbeck	58 pacientes	16.1%
Téc. Quir. no mencionada	160 pacientes	44.4%
Pacientes no operados	61 pacientes	17%
Total	360 pacientes	100%

Terapia del Lenguaje.

Tabla No. 8:

Sí	162 pacientes	45%
Nó	198 pacientes	55%
Total	360 pacientes	100%

Tratamiento de Ortopedia-Maxilofacial.

Tabla No. 9:

Placas de Expansión	64 pacientes	17.9%
Placas de Contención	31 pacientes	8.6%
Placas de Obturación	29 pacientes	8%
No recibieron tratamiento	236 pacientes	65.5%
Total	360 pacientes	100%

ANALISIS DE LOS RESULTADOS :

Se estudiaron 360 expedientes clínicos de pacientes con paladar hendido, de los cuales 167 corresponden al I.N.P. (instituto Nacional de Pediatría) y 193 expedientes corresponden al C.M.N. (Centro Médico Nacional), en el Hospital de Pediatría. Esta investigación se basa unicamente en los expedientes del año --- 1980 a 1985.

Los resultados que se obtuvieron para determinar la frecuencia según el sexo, se encuentran en la tabla No. 1. En base a estos resultados se puede determinar que el problema de paladar hendido fué más -- frecuente en el sexo masculino con 199 casos representando un 55.3% de la población estudiada; en el sexo - femenino la frecuencia fué de 44.7% con 161 casos.

Para determinar a qué edad es más frecuente comenzar el tratamiento quirúrgico en estos Hospitales se obtuvieron los resultados de la tabla No. 2 y en base a ésto se determinó que la edad más indicada para - realizar la intervención quirúrgica oscila entre el -- año 6 meses a los 3 años de vida del paciente. De los 360 casos con paladar hendido 236 se intervinieron a - la edad mencionada representando un 65% de nuestra población; 55 pacientes se intervinieron quirúrgicamente entre los 3 años un mes a los 4 años siete meses, representando un 15% de la población; teniendo éstos el segundo lugar en frecuencia. Los pacientes que se intervinieron a la edad mayor que corresponde de 14 años dos meses a 15 años ocho meses, fueron 3, correspondiendo a este grupo un .8% de la población estudiada.

Los anteriores resultados nos indican que lo mejor es realizar la intervención quirúrgica a edades menores del paciente. Debe tomarse en cuenta para los resultados obtenidos que el Instituto Nacional de Pediatría es un Hospital Descentralizado de Beneficencia, lo que dificulta la detección y tratamiento de los pacientes con paladar hendido a una edad adecuada. En cambio en el Centro Médico Nacional (Hospital de Pediatría) por el carácter de su estructura, se pueden detectar y tratar los pacientes con paladar hendido a la edad indicada.

La tabla No. 3 muestra un estudio para determinar a que edad del padre son más frecuentes los nacimientos de niños con paladar hendido. En los resultados que se obtuvieron se pudo determinar que el grupo de padres entre los 27 y 31 años obtuvo la mayor frecuencia de nacimientos de niños con paladar hendido con un 19.2% del total de nuestra población con 62 casos; el segundo lugar en frecuencia correspondió al grupo de padres entre 22 y 26 años de edad con 56 casos con un 15%; el último lugar lo ocuparon los padres entre edades de 57 y 61 años con un porcentaje de 5.2%.

En la tabla No. 4, se muestra el mismo estudio, pero en este caso corresponde a la edad de la madre; así se pudo observar que el primer lugar de incidencia de nacimientos con niños de paladar hendido, correspondió al grupo de madres entre las siguientes edades: De 26 a 30 años con 87 casos, correspondiéndole un porcentaje del 24% del total de la población. El siguiente grupo en obtener una mayor frecuencia fué el que correspondió entre 21 y 25 años en las madres con 79 casos, obteniendo un 22% del total y el grupo en el que se obtuvo una menor frecuencia fué el comprendido

entre los 61 y 65 años con solo dos casos con un porcentaje de .5% del total.

Los resultados del estudio para determinar -- que tipo de malformación de paladar hendido es la más - frecuente para cada sexo, se anota en la tabla No. 5. - De esta manera puede determinarse que para el sexo ---- masculino el tipo de malformación más frecuente fué el paladar hendido bilateral completo con 37 casos, de 207 malformaciones encontradas en el sexo masculino lo que representa el 10.2%, de igual manera la malformación -- que ocupa el segundo lugar en frecuencia para el mismo sexo fué el paladar hendido bilateral incompleto con 31 casos correspondiéndole el 8.6% y la malformación con - menor frecuencia fué el paladar hendido dehiscente con 10 casos con un porcentaje de 2.7%.

Los resultados para el sexo femenino fueron - los siguientes: La malformación con mayor frecuencia -- fué el paladar hendido bilateral completo con 25 casos de 153 lo que representa un 6.9%. En segundo lugar tuvimos al paladar hendido completo izquierdo con 24 ca-- sos representando un 6.6%. La malformación con menor - incidencia fué el paladar hendido dehiscente con 8 ca-- sos lo que representa un 2.2%.

En la tabla No. 6 se engloban los resultados de incidencia de las malformaciones tanto para el sexo masculino como para el femenino.

De 360 casos de paladar hendico 62 correspondieron al paladar hendido bilateral completo con 17.1% siendo esta la malformación más frecuente. En segundo lugar correspondió al paladar hendido completo izquierdo con 52 casos ésto es un 14.3% y la malformación con menor frecuencia correspondió al paladar hendido dehiscente con 18 casos con un 4.9%.

En la tabla No. 7, se muestra un estudio donde podemos observar qué técnicas quirúrgicas son las más empleadas para la rehabilitación de paladar hendido, así como también para saber cuantos pacientes de los 360 estudiados no fueron intervenidos quirúrgicamente, éstos últimos fueron 61 pacientes con un porcentaje del 17%; mientras que 299 sí fueron operados. De éstos, 81 pacientes se intervinieron quirúrgicamente con la técnica de Wardill-Kilner, lo que representa un 22.5% y 58 pacientes fueron intervenidos con la técnica de Von-Langenbeck que representa un 16.1%.

En los 360 pacientes revisados se encontraron 160 operados, aunque no mencionan la técnica utilizada en su expediente clínico, por lo que en la tabla aparecen así: "Técnica Quirúrgica no mencionada", estos pacientes representan un 44.4%.

En la tabla No. 8 que se refiere a la terapia del lenguaje podemos observar que de los 360 paciente solo 198 recibieron tratamiento, lo que representa un 55%, mientras que 162 pacientes no recibieron terapia del lenguaje, estos pacientes representan un 45%.

En la tabla No. 9 que se refiere al tratamiento de ortopedia maxilofacial, en lo que cabe al tratamiento hecho a base de placas de expansión se obtuvo un 17.9%; con las placas de contención se encontró un 8.6%; mientras que en las placas de obturación se encontró un 8%, el porcentaje mayor fué para los pacientes que no recibieron tratamiento con 65.5%.

CONCLUSIONES

Podemos concluir de acuerdo a los resultados obtenidos que en el sexo masculino predomina el pala-- dar hendido.

Con respecto a la edad en que fué hecha la - plastía de paladar hendido se afirma que el más fre--- cuente es entre un año seis meses a tres años de edad.

En cuanto a la edad del padre y de la madre se aprecia que en el padre que tiene la edad de 27 a - 31 años es la más frecuente. En lo que se refiere a - la madre la edad en que más predomina el nacimiento de niños con paladar hendido es de 26 a 30 años. Por lo tanto podemos decir que es más frecuente la malforma-- ción en padres jóvenes que en viejos.

El tipo de malformación más común en general fué el paladar hendido bilateral completo. También po demos concluir que la técnica quirúrgica más usada fué la de Wardill-Kilner. Con respecto a la terapia del len guaje podemos decir que fueron más pacientes que nó -- fueron atendidos después de la cirugía que los que sí fueron atendidos.

Concluimos también que en el tratamiento ortopédico maxilofacial, lo más común en los hospitales en dónde hicimos la investigación fueron las placas de expansión.

En lo que se refiere a nuestra hipótesis podemos decir que no es alto el porcentaje de los pacien tes tratados quirúrgicamente de la hendidura palatina que no completan su rehabilitación a través del tratamiento protésico.

BIBLIOGRAFIA

1.- AIGNAM P.F. "Orthodontic treatment in the late iniced and permanent dentition for the cleft palate patient" Clinic North American 1978 p.p. 782.

2.- BERLIN J. ASA. Classification of cleft lip and palate, lip and palate surgical, Dental ando speech aspects, - Boston, United States of america 1971 p.p. 66.

3.- BZOCH KENNET R. Cleft lip and palate, Boston 1976p.p. 341.

4.- CACHO F. Malformaciones congénitas de labio y paladar hendido Ediciones Médicas del Hospital Infantil, prime ra ed. p.p. 91 México 1954.

5.- COSTICH E. R. Cirugía Bucal Ed. Interamericana, México 1974 p.p. 783.

6.- HENDERSON D. M. B. and I. T. JACKSON M. B. Plastic an Maxillofacial Unit U.S.A. 1982 p.p. 33.

7.- ROBERT F. HAGERTY M. D. AND WILLIS K. MYLIN D.D.S. --- Orthodontics in the cleft lip and palate surgical United States of America, 1981 p.p. 682.

8.- MORRIS H. "Comunication Skills of children white clef palate" Journal Speech Hear, U.S.A. p.p. 546.

9.- ROSS R.B., D.D., M. SC. AND SALZAMANN. Orthodontics in Daily Practice Den Clinic. North America 1959 p.p. 387.

10.- SRG. J. Tissue reaction to prosthetic obturador materials oncol 1982 p.p. 176