

205
79



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANEJO DEL RECIEN NACIDO CON
LABIO Y PALADAR HENDIDO



T E S I S I N A
QUE COMO REQUISITO PARA
PRESENTAR EL EXAMEN
PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
ANGELICA CERVANTES MAYER

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. DEFINICION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO	3
LABIO	
PALADAR	
MALFORMACION	4
SINDROME	5
DESARROLLO FACIAL A PARTIR DE LA QUINTA SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA	6
DESARROLLO DEL PALADAR PRIMARIO	7
FORMACION DEL PALADAR SECUNDARIO	8
DESARROLLO ANORMAL DEL LABIO Y PALADAR	9
POSIBLES CAUSAS DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO	10
CAPITULO II. MANEJO DEL RECIEN NACIDO	12
EXPLORACION	14
CLASIFICACION DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO	16
CAPITULO III. TRATAMIENTO	17
CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS	19
PARDIDA DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS	21
VITAMINAS	24
TEMPERATURA	
PREOPERATORIO	25
OBJETIVOS DE LA CIRUJIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO	28
INSTRUMENTAL. INSTRUMENTAL BASICO PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA DEL LABIO HENDIDO.	28
OTROS MATERIALES	29
INSTRUMENTAL BASICO PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA DE EL PALADAR HENDIDO	31
POSTOPERATORIO	31
CONCLUSIONES	34

INTRODUCCION.

La fisura labial congénita, labio -
hendido o labio leporino, es una malformación muy frecuente. Su etiolo-
gía es oscura y difícil de explicar, ya que como toda malformación tie-
ne origen embrionario. Quizá la herencia juegue el papel primordial, pe-
ro se ha atribuido a otros factores causales, como las avitaminosis, las
distintas clases de toxemia, los cambios en las cargas eléctricas de los
cromosomas que originan la desorientación de estos y muchas otras cau-
sas, hasta trastornos cósmicos y telúricos. El hecho físico es que falta
la unión del mamelón nasal medio con el mamelón superior, probablemente
por falta de desarrollo, o también por interposición de una brida amnió-
tica.

La morfología de ambas malformacio-
nes, que con frecuencia se presentan combinadas, es muy polifacética. -
Desde las alteraciones más ligeras, apenas perceptibles, por ejemplo, -
repliegues con aspecto cicatrizal en el labio superior, llamados tam- -
bién *dépression linéaire*, o considerados erróneamente como labios lepo-
rinos cicatrizados *intra terum*, hasta las graves hendiduras bilaterales
completas de toda la estructura que integra el suelo de las fosas nasa-
les, existen todas las formas intermedias imaginables.

Estas malformaciones pueden provocar numerosas alteraciones funcionales y afectar a la salud de sus portadores (dificultades para la lactancia, trastornos del lenguaje, tendencia a los catarros, otitis, etc.). El Tratamiento operatorio precoz es, por consiguiente, una necesidad. Utilizando técnicas adecuadas se consiguen actualmente buenos resultados estéticos y funcionales. En la hendidura del maxilar está indicada la corrección de la anomalía posicional de las apófisis alveolares y el tratamiento ortodóncico previo del hueso intermaxilar, con frecuencia prominente, realizándose por medio de una placa de material sintético, que debe colocarse ya poco tiempo después del nacimiento y mantenerse después de la operación, para evitar retracciones cicatrizales.

DEFINICION DE LABIO Y PALADAR
HENDIDO.

LABIO.- Cada uno de los dos replie -
gues músculo membranoso, superior e inferior, que circunscriben el ori-
ficio bucal y forman la pared anterior de la boca. La piel que los cu--
bre en su superficie es gruesa, con abundantes folículos pilosos, glán-
dulas sebáceas, glándulas sudoríparas y se continúa con la piel del res-
to de la cara. En su parte profunda, presentan una cara mucosa, firme--
mente adherida a la capa glandular, que le confiere un aspecto mamelona-
do característico. En la línea media. Cada uno presenta un repliegue mu-
co sagital, el frenillo labial el cual tiene forma de letra V.

PALADAR.- Techo o cúpula de la cavi-
dad bucal, que la constituye su pared superior es una región con forma
de herradura abierta en su parte posterior. Esta conformado por la bóve-
da palatina o paladar duro, que se continúa hacia atrás por el velo del
paladar o paladar blando. Es una región cóncava en los cortes trasver--
sal y anteroposterior.

MALFORMACION.- Varios términos utilizados para la descripción de las malformaciones requieren definición. - Una anomalía estructural puede denominarse anomalía o malformación, siendo ambos términos sinónimos. Una malformación mayor tiene importantes consecuencias quirúrgicas y o cosméticas para el paciente, mientras que la anomalía menor generalmente no tiene importancia clínica ni cosmética. Las anomalías menores se superponen con la variación fenotípica normal y se definen arbitrariamente como las producidas en el 4% o menos de los recién nacidos del mismo grupo racial. Una malformación localizada consiste en una anomalía aislada o única.

Las malformaciones múltiples afectan a más de una estructura o sistema orgánicos. Mas recientemente se han sugerido otros términos para describir patrones de malformaciones. El término secuencia de anomalías o complejo de malformación se refiere a una malformación junto con sus alteraciones estructurales derivadas sin que se especifique alguna causa en particular.

El término asociación se refiere a una ocurrencia de malformaciones múltiples no al azar, para las cuales no se ha identificado una etiología específica o común. Las diversas anomalías pueden producirse en combinaciones diferentes sin etiología conocida, y los patrones de la malformación se superponen pero no como

en la sirenomelia, en la cual las diferentes anomalías derivan estructuralmente de un defecto mesodérmico localizado temprano.

SINDROME.- Se refiere a un conjunto_o reconocido de malformaciones con una etiología específica y única.

DESARROLLO FACIAL A PARTIR DE LA QUINTA SEMANA DE VIDA INTRAUTERINA.- Un período crítico del desarrollo facial es el comprendido entre la quinta y séptima semana de vida intrauterina. Al comienzo de la quinta semana, el embrión mide 6.5 mm de longitud y en la semana siguiente duplica su tamaño. En la misma época la membrana de la base de la cavidad bucal primitiva se perfora y crea así una comunicación entre la cavidad bucal y el tubo digestivo primitivo o embrionario. Al mismo tiempo las plácotas nasales a medida que se van profundizando en la cara por el agrandamiento rápido de los procesos nasales medio y lateral que las rodean. Los procesos maxilares crecen hacia adelante y los procesos mandibulares comienzan a fusionarse en una estructura única.

Entre la sexta y séptima semanas, -- los procesos nasales medios desarrollan prolongaciones en sus bordes inferiores, los procesos globulares, que son comprimidos hacia la línea media por los procesos maxilares que proliferan rápidamente. A la octava semana, los dos procesos nasales medios se han fusionado para formar el puente de la nariz y el filtrum o surco subnasal, en tanto que los procesos maxilares se han unido a cada lado con las prolongaciones globulares de los procesos nasales medios para complementar la formación --

del labio superior. Arriba y lateralmente a esta unión labial, los procesos nasal lateral y maxilar contribuyen a la formación de la mejilla. En esta época, la abertura nasal queda totalmente rodeada por los procesos nasal medio, nasal lateral y maxilar. Al mismo tiempo, los procesos maxilares y mandibulares se fusionan lateralmente al estomatodeo y reducen así el tamaño de la abertura bucal.

DESARROLLO DEL PALADAR PRIMARIO.- Este deriva de la unión y fusión de los procesos nasales medios y maxilares. Durante la séptima semana de gestación, queda completado un triángulo palatino que incluye la porción mediana del labio superior y la zona premaxilar que finalmente dará origen al hueso alveolar que aloja a los cuatro incisivos superiores. La separación entre el labio y la futura zona alveolar se efectúa más tarde por el desarrollo de la lámina labio vestibular. Este es una proliferación ectodérmica que migra desde las células superficiales ectodérmicas que cubren el paladar primero hacia el tejido conectivo indiferenciado subyacente, el mesénquima, es el que esboza el futuro surco vestibular. De este modo, se prepara para el labio de otros derivados de los procesos maxilares el resultado es la libertad de movimiento del labio.

FORMACION DEL PALADAR SECUNDARIO.- A

la séptima semana de gestación, se forman prolongaciones en las paredes laterales de la cavidad bucal; estas proliferaciones se extienden en dirección caudal medial y están separados en la línea media por la lengua que se encuentra elevada. En este período de desarrollo, las cavidades bucal y nasal forman una sola cavidad con el curso de la octava semana estos procesos palatinos comienzan a migrar desde una posición vertical y lateral respecto de la lengua hacia una posición horizontal por arriba de la misma. A medida que los procesos se desplazan horizontalmente, la lengua cae caudalmente hacia el interior del arco mandibular que se expande rápidamente.

Durante la novena semana, los procesos palatinos horizontalizados entran en contacto sobre la línea media y comienzan a fusionarse en sentido anteroposterior, desde la papila incisiva hacia atrás, para separar la cavidad bucal de la nasal. Esta porción de la bóveda palatina, que finalmente incluirá el paladar blanco y duro se denomina paladar secundario. Al mismo tiempo, la parte ventral de la cavidad nasal se divide en dos compartimientos laterales mediante la fusión del tabique nasal con los dos procesos palatinos. La fusión comprende de la degeneración del epitelio que cubre las superficies -

palatinas contactantes, seguida de la migración del mesénquima a través de la brecha epitelial en degeneración. Esta serie de acontecimientos - da por resultado la formación del paladar embrionario que se compone de los paladares primario y secundario.

DESARROLLO ANORMAL DEL LABIO Y PALA-

DAR.- Durante la rápida proliferación de los procesos que integran las estructuras faciales superficiales y profundas surgen muchas posibilidades de desarrollo anormal. El punto de fusión del futuro paladar duro con el tabique es el punto de osificación del futuro vómer. El desarrollo facial normal depende de un crecimiento armonioso de las partes que están sufriendo cambios dinámicos durante este período crucial. El desarrollo asincrónico y la falta de proliferación mesodérmica para formar uniones de tejido conectivo a través de las líneas de fusión, se citan como variantes embriológicas involucradas en la formación de la fisura. Sin una unión mesodérmica, los componentes del labio se separan. Las bandas epiteliales residuales no han sido penetradas por el mesodermo y quedan dividiendo algunas fisuras del labio y del reborde alveolar. En una variedad de fisuras del paladar, incompletas o completas y unilaterales o bilaterales.

POSIBLES CAUSAS DEL LABIO Y PALADAR

HENDIDO.- A pesar de muchas investigaciones clínicas y experimentales, la etiología del paladar hendido en el ser humano es aún en gran medida desconocida. Debe concluirse, sin embargo, que probablemente la herencia es el factor aislado más importante.

Entre los factores para la existencia de este defecto a parte de la herencia se encuentran los factores ambientales, nutricionales, administración de algunas sustancias como cortisona, aporte vascular deficiente en la zona afectada, una perturbación mecánica en el tamaño de la lengua impediría la unión de las partes, sustancias que circulan como el alcohol y ciertas drogas y toxinas.

El 2% de los recién nacidos tienen una malformación seria de importancia quirúrgica o cosmética, y a medida que aumenta la edad se detectan anomalías adicionales. El mayor porcentaje (86%) de las malformaciones congénitas son localizadas y dentro de este grupo la mayoría, que constituye 0,58% de todos los recién nacidos son consecuencia de herencia multifactorial que implica la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales. Las malforma

ciones congénitas familiares y las más comunes se incluyen en esta categoría, como cardiopatías congénitas, defectos del tubo neural, fisuras de labio o paladar, pie zambo y luxación congénita de la cadera.

Aproximadamente el 0,2% de los recién nacidos tienen una malformación mayor secundaria a un trastorno cromosómico y éste representa el 10% de todas las malformaciones congénitas. Sin embargo, es importante señalar que aproximadamente el 0,6% de los recién nacidos tiene una anomalía cromosómica notable, pero dos tercios de estos niños no tienen ninguna anomalía detectable en el examen físico al nacer.

El uso materno de anticonvulsivantes, particularmente fenitoína, se ha implicado en el síndrome de hidantoína fetal. Los signos característicos incluyen combinaciones variables de retardo del crecimiento de comienzo prenatal, retardo mental leve, fontanela anterior amplia, hipertelorismo ocular, depresión del puente nasal, orejas anormales de implantación baja, fisura de labio y paladar, hipoplasia de las falanges distales con hipoplasia ungueal, hirsutismo y otras anomalías. Se han observado anomalías idénticas en hijos de madres que ingirieron barbitúricos durante el embarazo y en muchos aspectos el conjunto de anomalías es similar al del síndrome de alcoholismo fetal en el cual puede incluirse el labio y paladar hendido.

MANEJO DEL RECIEN NACIDO

Cualquier recién nacido con una malformación congénita merece una cuidadosa evaluación diagnóstica que - - siempre comienza con un registro detallado de los antecedentes. El obje tivo más importante es identificar una posible etiología, ya sea una -- predisposición genética o factores ambientales. Es útil comenzar con el embarazo y registrar sus complicaciones, enfermedades, uso materno de - cualquier medicación o posible exposición a teratógenos. Debe determi-- narse el consumo de alcohol y la cantidad de cigarrillos fumados por - día. Deben anotarse todos los abortos y mortinatos. Siempre debe inte-- rrogarse específicamente sobre la existencia de consanguinidad. Una for-- ma simple de interrogar es preguntar si las familias de los progenito-- res están emparentadas. Si es así el esquema debe registrarse la rela-- ción exacta. También debe indicarse la presencia de otros familiares - con anomalías congénitas de cualquier tipo junto con cualquier otra in-- formación pertinente como las edades de la madre y el padre y la natu-- raleza de la anomalía. Las fotografías familiares con frecuencia son -- muy útiles para aclarar dudas sobre posibles características fenotípi-- cas inusuales. En el árbol genealógico se debe incluir como mínimo a to-- dos los hermanos, progenitores y tíos, tías, primos y abuelos del caso _

en estudio. En el caso de trastornos dominantes o ligados a X puede ser necesario un árbol genealógico más extenso si existen muchos familiares afectados.

El objetivo del examen de un recién nacido con anomalías congénitas es la detección de un patrón reconocible de malformaciones que permita formular un diagnóstico etiológico específico. El examen físico habitual es la base de esta valoración. Además debe prestarse cuidadosa atención no sólo a la descripción exacta de la malformación mayor sino también a la presencia de anomalías menores o variaciones aparentes. En la mayoría de los casos esto incluye la inspección detallada y la medición de las diversas características de la anatomía externa. En esta sección se presenta una enumeración de este examen externo por región o estructura y ciertos puntos útiles, además de aspectos del diagnóstico diferencial.

Es importante identificar a estos síndromes con fisura de labio y o paladar ya que pueden tener un riesgo genético relativamente elevado de recurrencia. La fisura del paladar aislada tiene una predisposición genética diferente de la asociada con fisura de labio.

EXPLORACION.- En el ámbito perinatal se ha considerado que la estrategia para la ampliación de conocimientos debe iniciarse con fenómenos de ganancia y pérdida del individuo, teniendo como punto de partida las características del nacimiento. Explorar la cavidad oral del recién nacido a término eutrófico (R.N.T.E.), en el período comprendido entre las 12 y 24 horas post-parto.

Material para la exploración: Lámpara sorda de diagnóstico, espejo dental infantil, guantes estériles y cubre boca.

El examen de la cavidad oral se lleva a cabo cuando el bebé se encuentra llorando para tener una mejor visibilidad de las estructuras anatómicas afectadas y así realizar una buena valoración de acuerdo con las clasificaciones existentes de labio ya paladar hendido.

Como lo indican los nombres, el labio hendido o leporino unilateral afecta un solo lado del labio; el bilateral, ambos lados de este. El último tipo dio origen al término "labio leporino" que ahora se aplica habitualmente a todos los labios hendidos. La hendidura completa se extiende a una distancia variable hacia

la narina y frecuentemente afecta también el paladar. La fisura completa se extiende hacia la narina y abarca el paladar aún con mayor frecuencia.

El labio y paladar hendido son algo más comunes en varones y el labio leporino se produce con frecuencia -- tres veces mayor en el lado izquierdo que en el derecho. Los varones -- son más propensos a tener lesiones pronunciadas. Por el contrario, el -- paladar hendido aislado es más común en las mujeres.

El paladar hendido presenta una amplia variación en el grado de gravedad y lesión de los tejidos. Puede -- haber una hendidura de los paladares blando y duro, o en algunos casos, solamente una del paladar blando. En muchos casos, la fisura del paladar duro se extiende hacia adelante a través del reborde alveolar y del labio, produciendo una completa en el labio, reborde y paladar. Ocasionalmente, se ve algún paciente cuya única anomalía es la úvula hendida -- o bífida que es quizá la forma más leve de paladar hendido.

El paladar hendido esta asociado con otras anomalías del desarrollo. Entre estas anomalías registradas están las cardiopatías congénitas, polidactilia y sindactilia, hidrocefalia,

pie hendido, oreja supernumeraria, hipospadias, espina bífida, hipertelorismo, y la deficiencia mental.

La fisura alveolar media anteroposterior es un defecto relativamente común, pero no guarda relación con el labio leporino o paladar hendido.

Existen diferentes métodos para clasificar el defecto de hendiduras labiales o palatinas. Así Veau describió cuatro clases: hendiduras clase I (10 por 100 de todas las hendiduras labiales y palatinas), de paladar blando; clase II (30 por 100) hendiduras de paladar blando y duro hasta el agujero incisivo; clase III (40 por 100), hendidura unilateral completa del paladar primario y de la totalidad del paladar secundario; clase IV (10 por 100), hendidura bilateral completa de los paladares primario y secundario. El 10 por 100 restante corresponde al labio leporino solo.

TRATAMIENTO .

Los problemas de tipo inmediato que presentan los lactantes con fisura palatina o labio leporino son los concernientes a la alimentación y a evitar las aspiraciones que pudieran originar alguna infección. La mayor parte de los lactantes pueden alimentarse en posición erecta, utilizando tetinas ablandadas y con aberturas ligeramente mayores que lo habitual. A veces da mejor resultado la utilización de cuentagotas medicinales o la alimentación con sonda, y por lo general no es preciso recurrir a tetinas especiales para fisuras del paladar ni a recubrimientos palatinos de plástico.

Corrección Quirúrgica. Debe ser practicada por un cirujano plástico experimentado. La intervención para el labio leporino suele llevarse a cabo al mes o a los 2 meses de edad, una vez el niño haya ganado peso satisfactoriamente y se encuentre libre de cualquier infección oral, respiratoria o sistémica. La técnica más corriente es la que utiliza una sutura escalonada a fin de minimizar la muesca labial, consecuencia de la retracción del tejido cicatrizal. Inmediatamente después de la operación se coloca una pinza de ---

Logan (lazada de alambre fija con esparadrapo a las mejillas) a fin de liberar la tensión de la línea de sutura. Esta reparación inicial puede revisarse hacia los 4 o 5 años de edad. En la mayoría de los casos es mejor aplazar la cirugía de la nariz hasta la adolescencia. Los resultados estéticos dependen de la importancia de la deformidad inicial, de la ausencia de infección y de la habilidad del cirujano

El momento en que debe procederse a la intervención de la fisura palatina debe adaptarse a cada caso en particular, ya que las hendiduras del paladar son extremadamente variables tanto en tamaño como en forma y grado de deformidad. A su vez, la decisión debe tener en cuenta criterios tales como la anchura de la hendidura, la adecuación de las partes palatinas, la morfología de las zonas vecinas (como la amplitud de la orofaringe), así como de la función neuromuscular del paladar blando y paredes faríngeas. Las finalidades que se persiguen con la intervención quirúrgica son la unión de las partes palatinas, una fonación agradable e inteligible y la evitación de lesiones al maxilar en crecimiento. El momento óptimo para proceder al tratamiento quirúrgico palatino varía desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, según la necesidad que haya de aprovecharse de las variaciones palatinas que ocurren con el crecimiento. Cuando se juzga conve-

niente aplazar la intervención hasta más allá del tercer año de vida, es posible hacer una ligadura con la parte posterior de la dentadura de forma que la contracción de los músculos faríngeos pueda llevar a cabo la oclusión de la nasofaringe y, de este modo, facilitar al niño el desarrollo de una fonación inteligible. Casi siempre la fisura palatina cruza el surco alveolar e interfiere la formación de los dientes de la zona correspondiente, caso en que las piezas deficitarias pueden suplirse con elementos de prótesis. A veces se hace necesario proceder a la corrección de las alteraciones de posición que sufren algunas piezas dentarias.

CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS.- La sola sospecha de que pueda existir alguna infección constituye ya una contraindicación del tratamiento quirúrgico. Si el niño se encuentra en buen estado de nutrición y con balance adecuado de líquidos y electrólitos, puede permitirse la alimentación hasta 6 horas antes de la intervención.

El intercambio diario de agua en un niño de 3Kg es igual casi al 25% de su agua corporal total, contrastando con el intercambio diario del 6% del agua corporal total que experimenta un adulto de 70 Kg de peso. Como resultado de esto, el niño está

particularmente predispuesto a sufrir enfermedades que alteren su balance hídrico. Las consecuencias de los vómitos (con reducción de la ingesta) o de la diarrea (con aumento de las pérdidas), aparecen mucho más rápidamente en el niño que en el adulto. El correcto tratamiento de los trastornos hidroelectrolíticos, por lo tanto, merece una atención especial.

Tratamiento de la deficiencia.- La deshidratación, con deficiencia de líquidos y electrólitos, se observa tanto a partir de la ingestión de una dieta inadecuada, por ejemplo en el ayuno, como a partir de las pérdidas excesivas, lo que se observa en la diarrea o en la acidosis diabética. El tratamiento de la deficiencia se basa en corregirla y el principal objetivo de esta fase terapéutica es devolver a la normalidad los volúmenes y la composición de los compartimientos afectados en este paciente deshidratado.

Tratamiento de sostén.- Cualquier paciente privado de una normal ingesta oral continuará perdiendo cantidades basales de líquidos y electrólitos del organismo por la orina, el sudor y las heces, padeciendo además pérdidas adicionales de agua por los pulmones a consecuencia de la vaporización del aire inhalado. Una

enfermedad subyacente puede modificar tanto el tipo como la cantidad de tales pérdidas.

Finalmente, pérdidas asimismo importantes pero más difíciles de reconocer se producen debido a un secuestro líquido en un espacio corporal. El tratamiento de sostén está basado en el reemplazamiento de las pérdidas normales y anormales de líquidos y electrólitos. Está indicado en cualquier enfermo previamente sano que no sea capaz de tomar una ingesta por vía oral, así como en los pacientes en un balance normal y prevenir las deficiencias.

EQUILIBRIO DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS.- Para poner a un niño o un lactante en condiciones óptimas preoperatorias, debe determinarse el equilibrio de líquidos y electrólitos y ajustarlos a las medidas normales.

En la deshidratación se puede clasificar en: 5% benigna, 10% moderada y 15% maligna.

Para hacerse este cálculo debe hacerse lo siguiente:

- 1.- Turgencia cutánea.- Pellizquese la piel y calcúlese deshidratación equivalente al 1% por cada segundo que tarde para que la compresión cutánea desaparezca.
- 2.- Ojos.- Grado de hundimiento.
- 3.- Fontanela.- Plana o concava.
- 4.- Rendimiento Urinario.

Un lactante o un niño que sufre -- deshidratación pura por ingestión insuficiente y pérdida proporcional -- de electrólito en todos sus componentes necesita reconstruir estos elementos por la administración de agua con las cantidades necesarias fisiológicas de electrólitos.

A continuación se muestra un cuadro donde se indica la cantidad necesaria de electrólitos y líquidos necesarios para la rehidratación, ya sea benigna, moderado o grave.

PERDIDA DE PESO	AGUA	Na	Cl	K
5% Benigna	50 ml/Kg	5 meg/L	5 meg/L	3 meg/L
10% Moderada	100 ml/Kg	10 meg/L	10 meg/L	6 meg/L
15% Grave	150 ml/Kg	15 meg/L	15 meg/L	9 meg/L

La velocidad de la deshidratación se calcula individualmente y en general se necesitan de 3 - 12 horas para lograrlo.

Puede corregirse la deshidratación de cualquier grado por la administración de combinaciones apropiadas de glucosa al 5% de agua, en solución salina normal o en solución de RINGER con lactato.

La glucosa en agua es útil en la deshidratación pura sin cambios de electrólitos; la glucosa en solución salina para deshidratación causada por vómito, y la glucosa en solución de RINGER con lactato para la deshidratación causada por diarrea.

El siguiente cuadro muestra dosis de mantenimiento:

AGUA	Na	Cl	K
100 ml/Kg día (hasta 10 Kg)	3meg/Kg día	2meg/Kg día	2meg/Kg día
50 ml/Kg día (10-20 Kg)	3meg/Kg día	2meg/Kg día	2meg/Kg día
25 ml/Kg día (más de 20 Kg)	3meg/Kg día	2meg/Kg día	2meg/Kg día

VITAMINAS

Las vitaminas que más importancia --
tienen en el tratamiento preoperatorio son:

- a) Vitamina K.- En forma de óxido, a dosis de 2.4 mg. es suficiente en el lactante. En niños mayores se puede dar más cantidad por más días.
- b) Vitamina C.- Dosis de 300-500 mg. es una dosis segura. La vitamina K va a ayudar en los casos en que esté alterado el mecanismo de coagulación. La vitamina C va a servir para la cicatrización que sea más rápida y mejor.

TEMPERATURA

Debe tener una temperatura no mayor de 38°C. En caso de existir temperatura hacer lo siguiente:

- 1.- Rehidratación, para eliminar este factor como causa de fiebre.
- 2.- Administración de antibióticos - de amplio espectro o la combinación de penicilina-estreptomicina, para combatir la infección como causante de la fiebre.

PREOPERATORIO.- Prótesis.- Para la alimentación de niño se puede hacer uso de una prótesis que a su vez nos pueda ayudar a la reducción paulatina y gradual del intermaxilar; aunque retarda el tratamiento, al final da buenos resultados. Uno de estos procedimientos, el más empleado, consiste en construir una placa base sobre modelos previamente obtenidos del paciente, en los cuales se reproduce la malposición del intermaxilar, para reducirla por fractura del modelo, sobre el cual se va a construir la citada placa base.

Cuando la desviación del intermaxilar es mediana, su corrección puede hacerse mediante una sola placa base, pero si dicha desviación es exagerada, habrá necesidad de construir sucesivamente dos o más de estas placas base, en las que se hará la corrección progresiva necesaria.

A la placa base, así modelada, se le fijan lateralmente dos vástagos de alambre resistente, de tal manera que puedan salir por las comisuras labiales, hacia la cara externa de las mejillas. Dicho aparato se termina reproduciéndolo en un material plástico, que fija los vástagos.

Terminando el aparato, se coloca en la boca del paciente, sujetando los vástagos a la piel mediante tela adhesiva, de tal manera que la placa base pueda tener cierta movilidad

que permite presionar ligera y continuamente al intermaxilar cuando el paciente presiona dicha placa base con la lengua al tratar de deglutir, o por la acción refleja de cuerpo extraño.

Esta presión poco traumatizante, pero continua, reduce la mala posición de la yema intermaxilar tanto como se desee, facilitando posteriormente intervenciones quirúrgicas.

El procedimiento puede ser empleado, tanto en la fisura unilateral, como en la bilateral, a condición de que su empleo sea hecho durante los primeros meses de vida.

OBJETIVOS DE LA CIRUGIA DE LABIO Y - PALADAR HENDIDO:

- 1.- Oclusión del Labio.
- 2.- Aposición correcta y estética del borde bermellón.
- 3.- Altura adecuada del labio.
- 4.- Correcto borde libre.
- 5.- Posición correcta del filtrum y columnelas laterales.
- 6.- Correlación del labio superior con el inferior.
- 7.- Afrontamiento adecuado de la mucosa.
- 8.- Surco gingivolabial suficiente.

- 9.- Fisiología adecuada.
- 10.- Prominencia y forma en relación con el resto de la cara.
- 11.- Ausencia de cicatriz.
- 12.- Regularización de la posición de los cartílagos.
- 13.- Oclusión de la pared posterior del vestibulo nasal.
- 14.- Alargamiento del subtabique.
- 15.- Corrección de la asimetría de los orificios.
- 16.- Continuidad del septum nasal.
- 17.- Buen tránsito respiratorio.
- 18.- Aposición correcta de la apófisis alveolar y de la premaxilar.
- 19.- Paladar suficiente, sin orificios, sin retracciones cicatrizales.
- 20.- Paladar blando y móvil.
- 21.- Restitución de la mímica facial.

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

INSTRUMENTAL

Instrumental básico para la inter ___
vención quirúrgica del lábio hendido

Lencería: 2 campos, 2 cubiertas grandes dobles.

2 pinzas pequeñas porta esponjas.

6 pinzas pequeñas de campo.

1 depresor pequeño de lengua.

1 abre bocas de Mac Dowell.

1 abre bocas de Dsnhardt.

2 pinzas para labio Brown derecho e izquierdo.

2 mangos de bisturi Bard Parker, números 3 y 7 con hojas de los números
15 y 11.

2 tijeras rectas y curvas con punta, para preparación plástica.

2 tijeras curvas, rectas y romas.

Una tijera para cortar sutura.

2 pinzas de Adson: de disección SEMKEN.

Seis pinzas de mosquito curvas.

2 pinzas de Allis.

Dos pinzas pequeñas OCHSNER y ROCKER.

2 ganchos de piel.

Un despegador fino FREER.

Un despegador BLAIR en "L" .

Un gancho de BROWN para paladar.

2 tubos de aspiración.

Un arco de Logan para tracción.

Un compás.

2 porta - agujas pequeños.

Material de sutura y agujas.

Catgut crómico tres ceros, con aguja curva atraumática. Seda negra o en aguja cortante del número 4 a través de la lengua con como sutura de retracción.

OTROS MATERIALES.

Tapónamiento para faringe (emplear mecha de gasa 2.5 cm. de ancho, tintura de benjui, gasa vaselinada).

INSTRUMENTAL BASICO PARA LA INTER
VENCION QUIRURGICS DEL PALADAR HEN

DIDO.

Lencería: 4 campos, una sábana sencilla, una sábana pequeña de laparato

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

mía, una cubierta dobla.

3 pinzas pequeñas porta esponjas.

1 tubo largo para paladar hendido y otro tipo Gwathmey para éter.

8 pinzas de campo.

Un depresor de lengua Cramberry,

1 abre bocas Jonning (para taponamiento).

1 abre bocas Molt y otro Denhaet.

2 pinzas Brown para labio, derecho e izquierdo.

2 mangos Bard PARKER del número 3 con hojas de los números 10 y 11.

Un mango Bard PARKER del número 7 con hojas de los números 15 y 12.

1 bisturí curvo para paladar.

2 pinzas pequeñas Ochsner o Kocher.

2 ganchos sencillos Blair, para paladar.

1 estilete y sonda acanalada.

1 despegador Blair acodado, para paladar.

1 despegador blair plano, para paladar.

1 despegador Blair en forma de " L " .

1 despegador Fleece de tabique.

1 despegador de periostio Joseph.

2 tijeras con punta, vector y curvas para preparación plástica.

1 tijeras curvas romas para reparación plástica

1 tijeras para cortar sutura.

2 pinzas de Adson de disección dentadas y no dentadas.

2 pinzas de disección de Sempken.

1 pinza Von Graefe de disección.

2 pinzas de disección dentadas y otras edéntulas .

1 pinza de disección Brown de 8 pulgadas para paladar hendido.

12 pinzas de mosquito curvas.

3 pinzas Pean curvas.

6 pinzas de Allis.

2 portaligaduras Laber pequeñas derecha e izquierda.

2 ganchos de piel.

2 tubos Frazier de aspiración del número 10 ó 12 con tubo de caucho.

1 arco de logan para tracción labial.

1 compás metálico.

1 porta agujas pequeño.

Material de sutura y agujas pequeño.

Catgut crómico 4 - 0, en aguja atraumática, seda negra.

Otros materiales.

Taponamiento para faringe.

(Emplear mecha de gasa de 2.5 cm. de ancho de tintura de benjui, gasa-vaselinada.

POSOPERATORIO.- Transportar al pa- -
ciente a la sala de recuperación, que cuenta con personal capacitado y
con equipo necesario en caso de urgencia (Traqueotomía, broncoscopia, -

intubación faríngea y masaje cardiaco). Deben registrarse los signos vi
tales cada 15 minutos hasta que recupere la conciencia.

Mantener las vías respiratorias permeables, colocar al niño de espaldas un poco de lado para facilitar el dr
drenaje e impedir la aspiración.

1.- Mantenerle los brazos sujetos --
para evitar que se toque intencionalmente o accidentalmente la herida.

2.- Evitar que lllore para que no cau
se tensión en la línea de sutura.

3.- Colocar tela adhesiva y una ba--
rra de Logan, con el fin de que al hacer movimientos de labio, los pun-
tos no se boten y produzcan cicatriz queloide.

4.- En los tres primeros días del ~~post~~
posoperatorio se administran solamente líquidos claros y despues una --
dieta de un lactante normal.

5.- Aplicación de material graso es-
teril (pomada) cada tres o cuatro horas.

6.- Retirar puntos de sutura al 40. o
ó 5o. día.

7.- Después de alimentarlo se limpia la herida con suero fisiológico tibio.

8.- Administrar antibióticos y analgésicos solo en caso necesario.

CONCLUSIONES

El dentista general debe conocer todas las características de las personas con fisuras del labio y el paladar, de tal modo que su participación sea activa y determinante en la atención brindada junto con otros especialistas.

Los pacientes necesitan cuidados especiales ya que su tratamiento es prolongado y complejo con limitaciones que dificultan más el plan a seguir.

El medio hospitalario es el sitio ideal para brindar la atención integral al paciente con labio y paladar hendido en combinación con los demás especialistas; se debe recordar que el tratamiento se llevará a cabo mediante un trabajo de equipo.

No se debe olvidar el perfil emocional de estos pacientes, ya que su situación siempre tiene repercusiones sociales, y puede mejorar con la ayuda de distintas disciplinas.

REFERENCIAS

- BERHMAN** Enfermedades del Feto y del Recien Nacido (Perinatología-Neonatología). Editorial Médica Panamericana.
- ESCAMILLA VEGA JUAN** Consideraciones Sobre Labio y Paladar Hendido. Tesis, México, D.F. 1978.
- FRANCONIG** Tratado de Pediatría (Tomo II) Editorial Morata, S.A. (Madrid)
- KRUGER GUSTAVO** Cirugía Buco - Máxilo - Facial Editorial Médica Panamericana.
- SANDERS BRUCE** Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica
- SHAHER WILLIAM** Tratado de Patología Bucal Editorial Interamericana
- VAUGHAN VICTOR** Tratado de Pediatría. Tomo I Editorial Salvat.