

870122

35

3ej.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TELIC CON
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DE PACIENTES CON LABIO LEPORINO
Y PALADAR HENDIDO EN EL CONSULTORIO DENTAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JUANA MARICELA MENDOZA HERNANDEZ

ASESOR: DRA. LUZ GABRIELA GARCIA SANCHEZ

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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.

" MANEJO DE PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y PALADAR
HENDIDO EN EL CONSULTORIO DENTAL ".

I N D I C E

		Pág.
	Introducción.....	1
CAPITULO I	Desarrollo normal de labio y- paladar.....	2
	A) Desarrollo normal del pala dar	2
	1.- Paladar primario	2
	2.- Paladar secundario	2
	B) Desarrollo normal de los - labios.	4
	1.- Labio superior	4
	2.- Labio inferior	4
	Anatomía	6
	-- Piel, capa muscular	6
	-- Capa mucosa, arterias, venas	
	-- Nervios	7
CAPITULO II	Labio leporino y paladar hendido	8
	A) Labio leporino aislado.....	8
	Embriología	8
	Etiología	9
	a.- Teoría de Stark	10
	b.- Teoría Clásica de His ,,	10
	Incidencia y Clasificación	10
	a.- Primer grado	11
	b.- Segundo grado ó prolonga- do	11

	Págs.
c.- Simple	11
d.- Complicado.....	11
e.- Unilateral	11
f.- Bilateral	11
g.- Aislado.....	12
Manifestaciones clínicas	12
Pronóstico y tratamiento.....	13
---Tratamiento de los diferen tes tipos.....	14
B) Paladar hendido aislado.....	15
Etiología	15
Incidencia y clasificación....	16
-- Clase I, II, III	17
Manifestaciones clínicas.....	17
Pronóstico y tratamiento.....	18
C) Labio leporino y paladar hen dido.....	19
Etiología.....	20
Incidencia y clasificación....	21
-- Hendidura prealveolar, - post-alveolar y alveolar...	21
Manifestaciones clínicas.....	22
Pronóstico y tratamiento.....	23
-- Cirujano plástico, ortodon cia, maxilofacial, otorrino y protesista	23
a.- Tiempo de operación.....	25
b.- Educación del paciente.....	25
c.- Estado de salud del pacien te	26

	Pág.
CAPITULO III	
Manejo de pacientes con labio leporino y paladar hendido en el consultorio dental.....	27
A) Alteraciones funcionales.....	29
B) Efectos psicológicos.....	31
El cuidado de un paciente con fisuras.....	32
Medidas que debe tomar el dentista.....	33
Conclusiones.....	35
Bibliografía.	

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

Las malformaciones congénitas se definen como "defectos estructurales macroscópicos" presentes en el neonato.

Su frecuencia es variable, tomando en consideración, los diferentes tipos de malformaciones presentes en distintos países y razas.

Hasta los primeros años del quinto decenio del siglo XX, se aceptaba que los defectos congénitos eran causados principalmente, por factores hereditarios, posteriormente, se agregaron los factores ambientales (agentes infecciosos, radiación, agentes químicos, hormonas, etc.)

Se ha comprobado que los cirujanos dentistas en general tienen muy poca información acerca de la etiología de estos trastornos y por lo tanto el manejo de estos pacientes en el consultorio dental no es el adecuado, considerando lo anterior es importante su detección temprana ya que facilitará su tratamiento y evitará trastornos al paciente, principalmente psicológicos que vendrían a repercutir en el éxito del tratamiento a elegir.

C A P I T U L O 1

DESARROLLO NORMAL DE LABIO Y PALADAR.

A) DESARROLLO NORMAL DEL PALADAR.

Su desarrollo normal comienza a la quinta semana de vida intrauterina, pero la fusión de sus partes componentes no se completa hasta la duodécima semana.

Se forma de dos partes principales:

- 1.- Paladar primario o prolongación palatina media.
- 2.- Paladar secundario.

- 1.- Paladar primario ó prolongación palatina media.

Deriva del segmento interproximal que está cubierto de ectodermo y se forma de las prominencias nasales mediales. Pero la porción principal del paladar definitivo es formada por las excrescencias laminares de los procesos maxilares llamados "Prolongaciones ó crestas-Palatinas" que aparecen en la sexta semana descendiendo oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. (7)

- 2.- Paladar secundario.

Surge durante la séptima semana al desplazarse hacia abajo la lengua y ascender las crestas palatinas tornándose horizontales por arriba de la lengua y fusionándose unas con otras. (5)

También se fusionan con el paladar primario y el tabique nasal. La fusión comienza anteriormente en la novena semana y se completa en la parte posterior hacia la duodécima semana.

El hueso intermembranoso se forma en el paladar primario da origen a la parte premaxilar del maxilar superior y lleva los dientes incisivos. Al mismo tiempo, el hueso se extiende hacia las prolongaciones palatinas laterales formando el paladar duro. Las porciones posteriores de las prolongaciones palatinas laterales no se osifican, pero se extienden más allá del tabique nasal formando el paladar blando y la úvula que es la última porción del paladar que se forma. El rafe palatino indica la línea de fusión de las prolongaciones palatinas laterales durante la octava semana.

El conducto nasopalatino persiste en la línea media entre la porción premaxilar del maxilar superior y las prolongaciones palatinas de los maxilares. La mayor parte está obliterada excepto en el agujero incisivo que separa al paladar primario del paladar secundario. (7)

El paladar, forma el techo de la boca. Consta de una parte ósea (paladar duro) y otra fibromuscular (paladar blando). (8)

La pared superior de la boca está formada en sus

dos tercios anteriores por la bóveda palatina y en su tercio posterior por una porción del velo del paladar.
(6)

B) DESARROLLO NORMAL DE LOS LABIOS.

Resultan del desdoblamiento de la lámina epitelial que contornea la boca primitiva ó muro penetrante; su parte anterior constituye los labios y la posterior la encía.

Se distinguen en superior e inferior:

- 1.- Labio superior, formado por los dos procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares.
- 2.- Labio inferior, se origina al fusionarse las prominencias mandibulares.

Ambos sucesos ocurren a partir de la sexta a séptima semana de vida intrauterina.

Los labios, son dos repliegues musculomembranosos situados en la parte anterior de la boca. Constituyen la pared anterior de dicha cavidad. Su presencia es propia de mamíferos, constituyendo un perfeccionamiento relacionado con el modo de nutrición de dichos ani-

males de manera especial con la lactancia.

Externamente, reproducen la dirección curvilínea del arco dentario. El encuentro de los dientes del maxilar con los de la mandíbula es lo que mantiene su altura, por lo que al caerse, los labios disminuyen su altura y se introducen dentro de la boca. (6)

Están constituidos por: una cara anterior, ó cutánea, que mira hacia adelante en labio superior donde se encuentran el surco subnasal ó philtrum, tubérculo labial y abajo y adelante en el labio inferior que comprende la fosita media, surco mentolabial, surco labio geniano, hendidura bucal, comisural, septum nasal. Una cara posterior ó mucosa, que se relaciona con la cara anterior de las encías y arcos dentarios, es lisa y húmeda debido a la saliva, forma la parte anterior de la pared exterior del vestíbulo de la boca. Un borde adherente, marca el límite periférico de los labios. Borde libre, redondeado de adelante atrás, irregularmente plegado en sentido transversal, notable por su coloración roja.

En el labio superior, se observa una eminencia media "tubérculo del labio superior" y en el inferior se presenta una depresión media. En él se observa el máximo espesor variando según las razas e individuos, mide generalmente de 10 a 12 mm. en los europeos.

Dos comisuras, se forman al unirse ambos labios en sus extremos; al unirse entre sí, los labios circuncriben el orificio bucal.

Anatómicamente, se compone de cuatro capas superpuestas: (6)

Piel, que es notable por su espesor, resistencia y adherencia íntima a los fascículos musculares adyacentes. (6)

Capa muscular, consta principalmente por músculo orbicular de los labios para el labio superior (elevadores comunes del ala de la nariz y del labio superior, elevadores propios del labio superior, caninos y cigomáticos menores) para el labio inferior, (cuadrados del mentón), para las comisuras (bucinadores, cigomáticos mayores, triangulares de los labios y risorios de Santotini, Todos aseguran la movilidad extrema que interviene en la expresión, mímica, fonación ya que la forma del orificio bucal varía en la emisión del sonido de cada vocal.

Capa mucosa, constituye la mucosa labial que forma el estrato más profundo de los labios y reviste su cara posterior que presenta una coloración roja grisácea y un aspecto abollado y su borde libre que es más delgado y adherente que la posterior. Histológicamente

la mucosa labial se compone de dos capas:

Capa profunda ó cori6n.

Capa superficial 6 epitelio.

Sus arterias, proceden en gran parte de las dos co-
ronarias las cuales se desprenden de la facial a nivel
de las comisuras. La coronaria inferior se dirige hori-
zontalmente hacia adentro, por el espesor del labio in-
ferior y se anastomosan en la linea media con la hom6-
nima del lado opuesto. La coronaria superior se dirige
del mismo modo al labio superior y se une en la linea-
media con la coronaria superior del lado opuesto. Reci-
ben adem6s arterias accesorias, ramillas terminales de
la suborbitaria, de la transversal de la cara de la bu-
cal, de la mentoniana y submentoniana que asciende en-
muchos casos hasta el labio inferior.

Sus venas, independientemente de las arterias, -
circulan en su mayoria por debajo de la piel, termi-
nando en parte, en la vena facial y submentoniana. (6)

Los nervios de los labios se distinguen en motores
y sensitivos. Las ramas motoras emanan del facial, per-
diéndose en los fasciculos musculares que entran en la
constituci6n de los labios. Las ramas sensitivas, pro-
ceden de la suborbitaria y de la mentoniana, ramas del
trigemino. (6)

C A P I T U L O I I

LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.

A) LABIO LEPORINO AISLADO.

Desde el siglo II se conocen las fisuras del labio, Galeno las describió con el nombre de Lagos Cheilos - que significa "Labio de Liebre" (11)

También se le conoce con los siguientes nombres:

- Labio hendido.
- Queilosquisis (12)

Embriológicamente se desarrolla debido a los trastornos que surgen durante el desarrollo de la nariz, - presentes durante los días 36 y 42. (14)

Entre los factores predisponentes, que llevan a cabo este trastorno se tienen los siguientes: (14)

- a.- Falla de fusión de los procesos nasales medial y lateral:

La pared epitelial no llega a desarrollarse totalmente, provocando una hendidura completa - de labio y hueso alveolar. También se puede -

presentar una fusión imparcial de los procesos, esto provoca una hendidura incompleta apareciendo como incisura en el labio. (14)

b.- Falta de penetración de la pared del epitelio en el mesodermo:

Esto provoca una inestabilidad, ya que el mesodermo siempre separa dos capas de epitelio; si éstas permanecerán como una estructura permanente. (14)

ETIOLOGIA

La herencia desempeña un papel importante en la transmisión de ésta malformación, puede presentar un carácter dominante ó recesivo. (1)

El ataque de enfermedades infecciosas, la exposición a Rx, la deficiencia de oxígeno, trastornos alimenticios, así como ciertas drogas y medicamentos son factores responsables de ésta lesión en el período intrauterino. (14)

También se ha tomado en cuenta una serie de teorías sobre las causas predisponentes y causales del labio leporino, destacándose entre estas las siguientes: (13)

a.- Teoría de Star. (15)

Esta teoría determina, que aquellas anomalías que están situadas por delante del agujero incisivo, originan el labio leporino lateral por la penetración mesodérmica y la desaparición de tejidos de los surcos que separan los procesos nasomedianos y maxilar. Considerando por lo tanto al "agujero incisivo u orificio anterior del conducto palatino anterior" como el detalle anatómico de las deformidades anteriores y posteriores dependientes de la falta de unión. (5)

b.- Teoría clásica de His. (16)

Describe la existencia de diversos procesos faciales, determinando que la hendidura del labio es debida a la falta del proceso globular y maxilar. (13)

INCIDENCIA Y CLASIFICACION.

El labio leporino aislado es más frecuente en varones (1 a 1000 nac.), su frecuencia es mayor al aumentar la edad de la madre y varía en distintos grupos de población. Presenta una triple frecuencia en el lado izquierdo.

La probabilidad de repetición del labio leporino :

en niños con padres sanos es menor que en aquellos que presentan antecedentes de dicha anomalía en algún familiar. (5)

Cualquiera que sea el sitio y la fisura embrionaria que corresponda, el labio leporino aislado se clasificará de la manera siguiente:

- a.- Primer grado: sólo el labio está dividido.
- b.- Segundo grado o prolongado: cuando la fisura anormal pasa los límites del labio extendiéndose a las partes cercanas.
- c.- Simple: sólo afecta partes blandas, quedando el esqueleto intacto. Su fisura es variable.
- d.- Complicado: Cuando interesa huesos de la cara. Su fisura es huesosa más o menos extensa. (13)
- e.- Unilateral: Cuando hay falta de unión de la prominencia maxilar del lado afectado con las prominencias nasales mediales fusionadas, originando surco labial persistente.
- f.- Bilateral: falta de unión de las masas mesenquimatosas de las prominencias maxilares con las nasales mediales y medio; es raro, se debe a una deficiencia mesodérmica. (7)
- g.- Aislado: Puede ser uni o bilateral, suele asociarse con otras anomalías congénitas. Es más frecuente en razas orientales, afecta más al sexo femenino. (13)

MANIFESTACIONES CLINICAS.

De acuerdo a sus diferentes tipos, las manifestaciones clínicas que se observan en cada uno de ellos son las siguientes:

El labio leporino de primer grado y segundo grado muestran una línea en el labio de aspecto cicatrizal que no interfiere en el desempeño de las funciones (masticación, deglución, fonación, etc.) Psicológicamente puede afectar por cuestión de estética.

En el labio leporino simple y complicado, de acuerdo a la extensión que presenta serán más marcadas sus manifestaciones. En el labio leporino simple, debido a que afecta solo partes blandas la masticación, deglución y fonación no son afectadas; en el complicado, por la obstrucción ósea que presenta se afecta la deglución, fonación y masticación, hay anomalías dentarias (de número y forma), los problemas parodontales persisten debido a la dificultad de higiene. (11)

En el labio leporino unilateral y bilateral, las manifestaciones clínicas son similares diferenciándose sólo en la extensión de la lesión. La dificultad para la masticación y deglución es notable; debido al desvío del alimento hacia las fosas nasales se presenta un estado de desnutrición, siendo más notable en los recién nacidos por el rechazo de la madre a no ali

mentarlos adecuadamente; presenta también problemas parodontales debido al empaquetamiento de alimento en las fisuras. (7)

El labio leporino completo, presenta un aplastamiento del ala de la nariz con ensanchamiento de la ventana, hay dificultad para la deglución y fonación, los incisivos se encuentran mal alineados, invertidos y puede haber presencia de dientes supernumerarios. (11)

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Su pronóstico es favorable, se diagnostica fácilmente por inspección. (12)

El tratamiento a seguir es quirúrgico. La primera operación de que se tiene noticia para corregir esta anomalía fue realizada por el dentista francés Le Monnier en 1764. (17)

Entre la técnica quirúrgica más utilizada actualmente está la Queilorrafia, cuyos objetivos son el restablecimiento de la continuidad del músculo orbicular de la boca y el funcionamiento del labio superior así como la rehabilitación estética del paciente. (14)

Debido a que no involucra estructura ósea el labio

leporino de primer y segundo grado se corrige con cirugía de las partes blandas afectadas dejando solo una cicatriz que desaparece durante el crecimiento.

Cuando el labio leporino es complicado, hay necesidad de llevar a cabo primero el tratamiento de las partes blandas, como si se tratara de un labio leporino simple, para corregir posteriormente la lesión huesosa.

En el labio leporino bilateral, el cierre es más difícil. Si la premaxila está protuida se prefiere moverla posteriormente por medio ortodóntico preoperatorio. El cierre del labio puede realizarse primero en un lado y 6 a 8 semanas después en el otro lado ó ambos lados pueden ser cerrados simultáneamente dependiendo de la amplitud de la abertura y la posición de la premaxila.

En el labio leporino completo, la osteoplastia toma parte en el tratamiento, ya que en el cierre labial se cierra la hendidura ósea en el proceso alveolar, utilizando un transplante óseo autógeno.

Las correcciones finales no deben ser realizadas antes de que se complete el crecimiento facial óseo en tre los 15 y 17 años de edad. (14)

B) PALADAR HENDIDO AISLADO.

También conocido como fisura palatina, es una alteración congénita por la falta de fusión entre los mamelones formativos del paladar. (12)

Su fundamento embriológico es menos complicado en relación al labio leporino. (14)

Aproximadamente a la sexta y octava semana de vida embrionaria, la boca y la nariz forman una cavidad común donde se alojará la lengua. Al expandirse el techo palatino en sentido medial la lengua desciende, así como el septum nasal que lo hace desde el techo de las cavidades nasales y al iniciarse el tercer mes de vida intrauterina el techo palatino y el septum nasal se fusionan en la línea media de delante hacia atrás, presentándose así el defecto. (14)

ETIOLOGIA.

Su tendencia hereditaria es menos frecuente en comparación con el labio leporino aislado. (1)

Dentro de su etiología se presentan factores exógenos como la administración de diferentes medicamentos durante el primer trimestre de gestación, así como la cortisona y los anticonvulsivos entre otros. (14)

Aunque no hay pruebas suficientes de que los trastornos nutricionales producen paladares hendidos en los seres humanos, los regímenes dietéticos anormales han producido fisuras de desarrollo en animales. (9)

INCIDENCIA Y CLASIFICACION:

Esta lesión congénita se presenta más en la mujer. Su frecuencia es mucho menor que la del labio leporino (1:2500 nac.) y no guarda relación con la edad materna.

En un estudio reciente, se comprobó que en la mujer las prolongaciones ó crestras palatinas se fusionan aproximadamente una semana más tarde que en el varón. (5)

En lo que respecta a su clasificación, en 1960 se estableció la siguiente: (14)

a.- PREPALATINAS.

Labio

Apófisis alveolar.

b.- PALATINAS.

Paladar duro.

Paladar blando.

Se determinaron tomando en cuenta la localización, extensión y amplitud de la hendidura y cualquier otra modificación específica de la deformidad. (14)

Tomando en cuenta los paladares primarios o secun-

darios Stark y Ehrmann dividieron las hendiduras en tres clases:

CLASE I

Hendidura del primer paladar: situados por delante del agujero incisivo por falta de penetración mesodérmica.

CLASE II

Hendidura del segundo paladar: situados por detrás del agujero incisivo por falta de fusión de los dos procesos palatinos.

CLASE III

Hendidura del primer y segundo paladar. (13)

MANIFESTACIONES CLINICAS.

El paladar hendido aislado, ocasionalmente se acompaña de microgenia constituyendo el síndrome de Pierre Robin. (1)

La fisura palatal hace difícil la alimentación, pues parte del alimento sale por la nariz y debido a la mala higiene se presenta incidencia de caries, por el acumulamiento de alimento así como también está presente la mala fonación y deglución. (14)

Son frecuentes la infección de la nasofaríngea y el catarro crónico. Sobrevienen afecciones de los

oídos por la vía de la Trompa de Eustaquio. Puede resultar una otitis media y en el 30 al 40% de los pacientes está alterada la audición y no es raro que el niño quede permanentemente sordomudo. Se ha observado la inflamación del laberinto con alteraciones del equilibrio. Las infecciones locales pueden complicarse con bronquitis y neumonía.

El niño queda desnutrido y de escaso peso. Las dificultades de pronunciación se acrecientan con el tiempo, especialmente los sonidos guturales y labiales.

En la fisura, el arco dental es generalmente muy irregular y la maloclusión es común. Los incisivos están mal alineados, invertidos o brotan en labioversión o están torcidos con las raíces curvadas o deformadas de otra manera. (11)

Levin, notó que casi el 30% de los pacientes con paladar hendido aislado presentaban deficiencia antero posterior en el tercio central de la cara y la anchura nasofaríngea es mayor de lo normal. (18)

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Su pronóstico es favorable, la determinación del tiempo oportuno para obtener mejores resultados depende del método y técnica a emplear.

Su tratamiento es quirúrgico, en combinación con prótesis, método de ortodoncia, psicoterapia y corrección del lenguaje.

Su cierre es de gran importancia para el odontólogo debido a los trastornos oclusales que presenta afectando a la dentición, su objetivo principal es lo funcional.

Generalmente el cierre se logra movilizándolo la mucosa nasal, desde la pared lateral de las cavidades nasales y la faríngea, algunas veces desde el séptum nasal por medio del colgajo desde el vómer. Después se moviliza la mucosa bucal y se cierra, cubriéndose el defecto por una doble capa de tejido mucoso.

Su terapia ortodóntica consiste en utilizar un obturador para facilitar la masticación y aproximar los segmentos de la hendidura. (14)

C) LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.

El labio leporino y el paladar hendido son dos afecciones congénitas cuya incidencia va en aumento en el mundo, por lo que cada vez cobran mayor interés desde los puntos de vista médico, quirúrgico, ortopédico, protésico, etc. (14)

Embriológicamente representan dos afecciones congénitas diferentes por razones cronológicas en el desarrollo del embrión.

El paladar hendido se puede considerar como una complicación del labio leporino, pero nunca el labio leporino del paladar hendido. (7)

ETIOLOGIA.

Durante mucho tiempo se consideró que existía una base genética como el factor más importante en la formación del paladar y labio hendido y de un 20 al 25% de los casos tomaba parte la herencia como causante de ésta anomalía. (14)

Cuando uno de los padres tenga una lesión mínima del labio, sus descendientes pueden presentar fisuras uni ó bilaterales complicadas con paladar hendido, siendo pues el síndrome el que se hereda y no la magnitud de él. (5)

También intervienen diversos factores exógenos en el proceso de dichas malformaciones tales como: ataque de enfermedades graves infecciosas como la rubéola, sarampión ó parotiditis durante el primer trimestre del embarazo; así como la exposición de Rx, deficiencias de oxígeno, trastornos dietéticos y ciertas drogas y

medicamentos. (14)

INCIDENCIA Y CLASIFICACION.

En general la frecuencia del labio leporino y paladar hendido se estima de 1:1000. Sin embargo pueden observarse diferencias raciales, siendo más elevada en las razas orientales (aproximadamente 1.7 x 1000 nac.) y más bajo en la raza negra (1 x 35000 nac.) Es más frecuente en varones. (14)

El labio hendido-paladar hendido constituyen aproximadamente el 50% de los casos y el labio hendido y paladar hendido aislado suman aproximadamente el 25% cada uno, independientemente de la raza. (3)

En 1922, Davis y Ritchie (19) propusieron una clasificación basada en que la apófisis alveolar era fundamental para agrupar estas hendiduras: (13)

- a.- Hendidura prealveolar: labio hendido con apófisis alveolar normal. (H. del Paladar).
- b.- Hendidura Post-alveolar: paladar hendido con apófisis alveolar normal. Puede variar desde una simple escotadura en la úvula hasta hendidura completa de los paladares duros y blandos. (H. del labio).
- c.- Hendidura alveolar: uni ó bilateral ó mediana del alvéolo (H. del labio y paladar).

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Clinicamente hay una gran variabilidad en la intensidad de la formación de las hendiduras. Los grados mínimos incluyen anomalías como la úvula bífida indentaciones labiales lineales o las llamadas hendiduras curadas intrauterinamente y la hendidura submucosa del paladar blando. (13)

Hay dificultad para la alimentación ya que parte del alimento sale por la nariz, ocasionando un estado de desnutrición. De un 30 al 40% se llega a alterar la audición. Si no se corrige tempranamente, la dificultad de pronunciación se hace presente así como los problemas psicológicos. (11)

Generalmente se considera que el labio leporino y paladar hendido asociados, limitan la parte central de la cara. Graber, encontró perfil cóncavo, maxilar retraído e incisivos desviados lingualmente. También había deficiencias en las dimensiones verticales y lateral del maxilar. Los dientes suelen faltar en la región de la hendidura o son supernumerarios. Hay dientes fisural mediano en un 50% con hendidura del labio y del alvéolo. Se presenta agenesia dental en la región de la hendidura en un 15%. (13)

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

Entre más temprano se lleva a cabo la intervención quirúrgica, las dificultades que llega a presentar disminuirán y el pronóstico será favorable.

El labio leporino y paladar hendido son deformidades congénitas que debido a su frecuencia y localización en la región maxilofacial son de gran importancia para el odontólogo ya que es en esta región donde se desenvuelve ampliamente.

Su tratamiento es quirúrgico por medio de trasplantes e injertos óseos (cresta ilíaca). (14)

En general los tratamientos de los trastornos de labio leporino y paladar hendido por la importancia que tienen, se llevarán a cabo mediante un equipo de especialistas para así obtener mejores resultados. Cada especialista desempeñará un papel importante como veremos a continuación:

CIRUJANO PLASTICO.

Su función principal es corregir todo defecto que subscribe al tratamiento devolviendo la estética y función.

ORTODONCIA.

Revisa los resultados que se obtuvieron en la ciru
gía dental, controlando la erupción dentaria.

MAXILOFACIAL.

Su objetivo principal es lo funcional, tomando en
cuenta los factores que más convengan al paciente.

OTORRINOLARINGOLOGO.

Se encarga de la salud de los tejidos nasofarín -
geos, amígdalas y adenoides así como las estructuras -
del oído. Es muy común que el canal auditivo segregue -
secreción en los niños con fisura palatina.

PROTESISTA

Su propósito fundamental es dar función masticato -
ria, estética y fonación. Es importante prevenir el co -
lapso del segmento alveolar. Se utiliza más la próte -
sis fija que previene la reabsorción del segmento al -
veolar. (4)

Para llevar a cabo la elección del tipo de trata -
miento a elegir, es necesario tomar en consideración -
ciertos factores:

- a.- Tiempo de operación.
- b.- Educación del paciente.
- c.- Estados de salud del paciente.

a.- Tiempo de operación.

La época en que debe llevarse a cabo la operación ha sido causa de polémicas dividiéndose la operación en dos grupos: operación precoz y operación retardada.

Sin embargo, todo depende de la vitalidad del niño y de la gravedad de la lesión anatómica. En general hay que esperar algún tiempo, 4 a 5 meses procurando ser antes de la dentición, pero en labio leporino complicado, se esperará dos años o más según el caso. (4)

Kemper (1946), dice que es necesario reparar el labio leporino en cuanto se ha alcanzado otra vez el peso del nacimiento y el niño aumente diariamente de peso, lo que sucederá a la edad de un mes. (20)

El tratamiento ortodóntico temprano es también más fácil, ya que las férulas de retención y expansión pueden ser mejor estabilizadas en la dentición decidual completamente desarrollada. (14)

b.- Educación del paciente.

Es muy importante motivar primeramente a los familiares en el cuidado del tratamiento así como explicar

les las causas del trastorno y los medios preventivos existentes para su restablecimiento.

Los pacientes deben instruirse acerca de la higiene oral para evitar complicaciones protésicas que ocasionarían un retardo en el restablecimiento general.

c.- Estado de salud del paciente.

Esto es importante de tomarlo en cuenta, ya que de ello dependerá el éxito del tratamiento y el tiempo que se ocupará para lograrlo. (4)

C A P I T U L O I I I

MANEJO DE PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

Se ha comprobado que los cirujanos dentistas en general tienen muy poca información acerca de estos trastornos y por lo tanto el manejo de estos pacientes en el consultorio dental no es el adecuado.

Considerando lo anterior, es importante tener ciertas nociones sobre este tipo de padecimientos para dar una mejor atención al paciente, principalmente psicológica que vendría a repercutir en el éxito del tratamiento odontológico a elegir.

Un reciente estudio que se realizó en Australia sobre el cuidado de pacientes con fisura de labio y paladar, demostró que la mayoría de los cirujanos dentistas de práctica general tenían poco e inadecuado conocimiento del manejo de pacientes con labio y paladar hendido. Esto sugiere que es muy probable que los odontólogos de otras comunidades se encuentren en las mismas circunstancias.

Lo anterior probablemente se debe a que en la mayoría de las universidades se estudia superficialmente lo que corresponde a fisuras en labio y paladar y solo

algunos estudiantes realizan algún procedimiento clínico (frecuentemente protésico). (14)

Para el estudiante y odontólogo de práctica general es ocasional la atención de pacientes con este problema y es en departamentos dentales de hospitales pediátricos donde los cirujanos dentistas generales tienen que discutir el problema con personas más capacitadas.

Por esto es importante el tener conocimiento tanto teórico-práctico de este tipo de lesiones para tratar de solucionar este problema y aún cuando no sea el odontólogo de práctica general el que vaya a dar atención a estos pacientes, sí tener conocimiento y saber explicar al paciente su padecimiento y derivarlo al especialista indicado.

En nuestro país, aunque sin estadísticas comprobables existe una alta incidencia de pacientes con labio y paladar hendido, que desgraciadamente en su gran mayoría son personas de recursos socio-económicos bajos, en donde la alteración es considerada como un castigo o vergüenza para la familia y es precisamente a nosotros como cirujanos dentistas que nos corresponde el guiar y orientar a éstas personas para su mejor atención, motivándolos a darse cuenta de que su problema tiene solución y evitar efectos que por la tardanza en su tratamiento repercuten directamente en la salud del

individuo afectado. (4)

Los principales efectos que se producen en pacientes sin atención adecuada son los siguientes:

A) ALTERACIONES FUNCIONALES.

Las perturbaciones funcionales varían según la profundidad y extensión de la malformación.

La fisura palatal hace difícil la alimentación, parte del alimento sale por la nariz. son frecuentes las infecciones de la nasofaringe y el catarro crónico.

Sobrevienen afecciones de los oídos por la vía de la Trompa de Eustaquio. Puede resultar una otitis media y en el 30 al 40% de los pacientes está alterada la audición y no es raro que el niño quede permanentemente sordomudo.

Se ha observado la inflamación del laberinto con alteraciones del equilibrio. Las infecciones locales pueden complicarse con bronquitis y neumonía.

Además el niño puede presentar estado de desnutrición que da como consecuencia pérdida de peso y adelga

zamiento. Esto es importante de tomarlo en cuenta para llevar a cabo el tratamiento ya que antes de efectuarlo se alimentará con una dieta balanceada para restablecerlo en su peso normal. (11)

Las dificultades de pronunciación se acrecientan con el tiempo, especialmente para los sonidos guturales y labiales. A causa de la sordera, estos defectos no se corrigen fácilmente en los niños mayores, aún teniendo éxito el tratamiento quirúrgico de cierre de fisuras. (12)

El objetivo primordial del cierre palatino es funcional y lograr un lenguaje normal. La separación de la cavidad bucal de la nasal, es importante para la higiene y la masticación. (14)

Otros defectos que suelen presentarse son los orofaciales: está presente la desnutrición, debido al desviamiento del alimento hacia la nariz, la fístula oronasal provoca problemas en fonación y respiración, hay escape de aire nasal con pobre dicción; presencia de dientes supernumerarios, incisivos adyacentes a la fisura, erupción tardía de permanentes y prolongación del tratamiento ortodóntico que ocasiona dificultad para mantener una buena higiene desencadenando enfermedad parodontal con rotación dentaria en fisura. (4)

B) EFECTOS PSICOLÓGICOS.

Es importante que el dentista general esté pendiente de las reacciones del paciente, familiares y maestros y de las reacciones congénitas y complejidad del tratamiento. (4)

El desarrollo psíquico de la mayor parte de los pacientes es normal, con excepción de los casos asociados con enfermedades del cerebro, como la hidrocefalia. Pero las personas afectadas, especialmente si no han recibido tratamiento, dan la impresión de degeneración mental a causa de la dificultad de pronunciación.

Los problemas estético, faciales y orales, agravan los sentimientos de los adolescentes, encontrando dificultad para relacionarse y tomar responsabilidades como adulto. (11)

Es por eso, que el protesista debe sensibilizar a los pacientes y familiares y del tratamiento de pacientes con fisura palatina no solo involucrará la restauración de la fonación y apariencia sino también la salud oral de toda la vida. (4)

El niño al perder sus piezas dentarias no sólo pierde eficacia masticatoria y se convierte en terreno fértil para la instalación de malformaciones; sino que

además debemos pensar que en la cavidad bucal de un niño la más mínima alteración es capaz de engendrar grandes desequilibrios. (10)

También presenta algunos problemas generales, como la dificultad para motivarlos, que ocasiona un deterioro de la higiene oral provocando un incremento de caries dental seguido de enfermedad parodontal, es por eso que el tratamiento muchas veces requiere de varias citas, provocando en los niños pérdida de la escuela y ocasionando una actividad social restringida. (4)

EL CUIDADO DE UN PACIENTE CON FISURAS.

El adolescente con fisura de labio y paladar debe haberse corregido desde su nacimiento. En algunos hospitales, se cuenta con especialistas médicos y dentales para estos tratamientos.

Sin embargo, en algunos lugares donde esto no es posible, el dentista general juega un papel muy importante en el cuidado de estos pacientes. (4)

El no debe sólo tener un programa preventivo o restaurativo, sino que debe actuar como coordinador en el tratamiento dental, cirugía maxilofacial y todo lo que se necesite para ayudar a este paciente.

Es importante coordinar al paciente para conocer a su familia y poder detectar la etiología genética de estos defectos y así disponer de los objetivos y técnicas del tratamiento según la fisura y así solucionar los problemas sociales en los adolescentes con las diferencias faciales aparentes. (4)

MEDIDAS QUE DEBE TOMAR EL DENTISTA.

- a.- Debe obtener información adecuada acerca de estos problemas, dándonos más sentido y confianza para atender al paciente. En los adolescentes es importante ganar la confianza.
- b.- Mantener contacto con los cirujanos del paciente.
- c.- Conocer bien los eventos quirúrgicos a realizar y los medios ortodónticos.
- d.- Conocer al paciente y familiares para ver los intereses del paciente.
- e.- Revisión del paciente en menos de 6 meses y motivar la higiene oral estableciendo un programa preventivo.
- f.- Realizar medidas preventivas en el paladar al erupcionar premolares y molares viendo si es necesario restaurarlos, extraerlos o algún

otro tipo de tratamiento sea terapéutico o res
taurativo.

g.- Si no se presenta problema alguno, dirigirlo a
revisión quirúrgica con el cirujano maxilofa -
cial.

h.- Ver si tiene solvencia financiera, observar si
presenta problemas psicológicos para ayudar -
lo. (4)

El labio leporino y paladar hendido son más fre -
cuentes en personas de escasos recursos económicos, te
niendo en cuenta su alimentación o desnutrición, ya -
que estos pacientes provienen de áreas rurales. (2)

En el área educacional se debe considerar lo si -
guiente:

El personal que intervendrá en este tipo de tras -
tornos deberá formarse en base a un aprendizaje y ense -
ñanza con una filosofía preventiva además de curativa -
y restauradora.

Mantener una actitud en los egresados, induciéndolo -
s a establecerse en zonas con necesidad asistencial -
y recibiendo una adecuada preparación en instituciones
profesionales. (4)

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

Por lo anteriormente descrito, se considera la importancia clínica y la repercusión que tiene en el paciente la presencia de dichos trastornos.

Debido a su frecuencia y localización en la región maxilofacial, el cirujano dentista en general desempeña primordialmente junto con otros especialistas un papel esencial en la rehabilitación bucal del paciente.

Hay que tomar en cuenta el grado en que esté el labio leporino y el paladar hendido, ya que de ello dependerá el tipo de tratamiento a seguir y la conducta que se debe llevar a cabo en el manejo del paciente.

Se debe de tener presente la problemática en que se encuentra el paciente, ayudándolo a sobresalir en sus actividades diarias y concientizándolo a que el defecto que presenta tiene solución.

Esto también es importante de tomarlo en cuenta en pacientes pequeños ya que de ello dependerá su desarrollo normal.

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

- 1.- Asencio E. Oscar, Acta Odontológica Venezolana, Año IX, Núm. 3, Diciembre 1971, Págs: 229 a 239.
- 2.- Bayona U. Alvarado, Revista De La Federación Odontológica Colombiana, Vol. XXVIII, Octubre-Diciembre 1980, Núm. 135, Págs. 37 a 39.
- 3.- Davis Christopher Sabiston, Tratado de Patología Quirúrgica, Undécima Edición, México, D. F., Interamericana, 1981, Págs: 1406 a 1418.
- 4.- Hall K. R., International Dental Journal FDI, Vol 36, Núm. 3, Septiembre 1986, Pags: 120 a 130.
- 5.- Langman Jan, Embriología Médica, Tercera Edición, México, D. F., Interamericana, 1976, Capítulo 18, Págs: 354 a 362.
- 6.- Latarjet Testut A. L., Anatomía Humana, Primera edición, Tomo IV, Barcelona, Salvat, 1978, Capítulo I, Págs: 3.
- 7.- Pansky Ben, Embriología Médica, Primera Edición, Buenos Aires Argentina, Médica Panamericana, Junio 1985, Págs: 157.

- 8.- Sandoval Martínez, Anatomía, Primera Edición, Guadalajara, Jal., UAG., 1981, Capítulo XXIII, Págs: 126.
- 9.- Shafer G. William, Tratado de Patología Bucal, Tercera Edición, México, D. F., Interamericana, 1982, Págs: 12 a 17.
- 10.- Testa De Madrid L. Adolfo, Revista del Círculo Argentino de Odontología, Vol. 44, Núm. 159, Junio 1982, Págs: 44 a 46.
- 11.- Thoma H. Kurt, Patología Bucal, Segunda Edición, Tomo I, México, D. F., Hispano Americana, Capítulo XVIII, Págs: 558 a 566.
- 12.- Thoma H. Kurt, Estomatología, Tercera Edición, Barcelona Madrid, Salvat, 1962, Capítulo XII, XVIII, Págs: 13 a 14, 385 a 387.
- 13.- Thoma H. Kurt, Patología Oral, Primera Edición, Barcelona, Salvat, 1975, Capítulo I, Págs: 51 a 75.
- 14.- Waite E. Daniel, Tratado de Cirugía Bucal Práctica, Segunda Edición, Continental S. A., de C. V. 1984, Capítulo XXV, Págs: 491 a 507.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 15.- Stark R. B., Embriología Médica, Langman Jan, -
Pág: 360.
- 16.- His W., Patología Oral, Thoma H. Kurt, Págs: 64.
- 17.- Le Monier, Patología Bucal, Thoma H. Kurt, Págs:
560.
- 18.- Levin, Patología Bucal, Thoma H. Kurt, Págs:562.
- 19.- Davis y Ritchie, Patología Oral, Thoma H. Kurt,
Págs: 64.
- 20.- Kemper J. W., Patología Bucal, Thoma H. Kurt, -
Págs: 564.