

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

FISULA LABIAL

T  
E  
S  
I  
S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
PRESENTA  
RODRIGO VALDIRI BERDUGO

MEXICO, D. F.

1967



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



CONTABILIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FISULA LABIAL

TESIS PROFESIONAL

RODRIGO VALDERRAMA BERDUGO

MÉXICO, D. F.

1967

A MIS QUERIDOS PADRES  
ING. LUIS VALDINI GONZALEZ,  
SRA. CARMEN BERDUGO DE VALDINI,  
POR EL CARINO Y LA CONFIANZA QUE  
HAN TENIDO EN MI.

A MI HERMANA MAYOR  
ESTELA VALDINI BERDUGO,  
QUE CON SU ORIENTACION Y APOYO  
SEMRA HICIERON DE MI UN PROFESIONAL,

CON CARINO Y DESEANDO QUE REALICEN  
PRONTO SUS DESEOS A MIS HERMANOS,  
LUIS E. VALDINI BERDUGO  
ALFONSO VALDINI BERDUGO  
CESILIA VALDINI BERDUGO  
MARIA DEL SOCORRO VALDINI BERDUGO.

A MIS TIOS:

ROBERTO BERDUGO DEL CASTILLO.

FABIO BERDUGO DEL CASTILLO.

HORTENSIA BERDUGO DE PENA OTERO.

AL SR. DR. ROBERTO SOLJO DE LA VEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA -  
BUCO-DENTO-MAXILAR DEL HOSPITAL DE LA HABA  
ASESOR DE ESTA TESIS. CON GRAN CARINO Y -  
PROFUNDO AGRADECIMIENTO.

CON RESPETO Y ADMIRACION AL SR.  
DR. FRANCISCO MARTINEZ MASO. -  
POR SUS ESPERANZAS EN EL CAMO -  
DE CIRUGIA BUCAL.

AL HONORABLE JURADO

## INDICE

- I HISTORIA
- II EMBRIOLOGIA
- III ANATOMIA DE LA BOCA Y LABIOS
- IV ETIOLOGIA
- V VARIEDADES DE LA DEFORMIDAD
- VI TRATAMIENTO PREOPERATORIO DE NIÑOS QUE PADECEN  
DE QUEILOSQUISIS Y URANOSQUISIS.
- VII TECNICAS QUIRURGICAS DE LA QUEILOPLASTIA
- VIII TRATAMIENTO POSOPERATORIO
- IX INDICACIONES DE LA PROTESIS
- X PROBLEMAS PSICOLOGICOS
- XI CONCLUSIONES.

## HISTORIA

Smith y Dawson, en su trabajo "Monjas Egipcias", hacen la primera referencia al paladar. Cullen lo observó y lo denominó "lagochelios". El padecimiento fue descrito en los siglos I y III por varios médicos árabes.

En el año de 1763, Le Monnier, consigna el primer tratamiento quirúrgico. Posteriormente, Roux, Stevens y Von Graefe, desarrollan el procedimiento de la estafilorrafia. Walter, en 1834, informa de la curación de veinte pacientes, dando la impresión, en su reporte, de sólo tratar quirúrgicamente el paladar posterior, ya que el paladar anterior era cubierto con un obturador.

Antes del descubrimiento de la anestesia, estas intervenciones fueron hechas hasta la edad en que el paciente, pudiera cooperar y fue hasta 1881, fecha en que se aplicó la anestesia al procedimiento, cuando Ferguson y Warren, iniciaron operaciones en niños de 3 á 4 años de edad.

II.- EMBRIOLOGIA.

A.- Desarrollo de las cavidades bucal y nasal.

Para atender las diferentes variedades de labio y paladar, es necesario el estudio del desarrollo de los tejidos de la cara, lo cual demuestra claramente, la manera en que se originan.

La "Quelionquisis" ( Cheilos-labior y Schisis-fisura ) y la "Uranoquisis" ( Uranos-paladar y Schisis-fisura ).

Antes de las dos primeras semanas de la vida intrauterina las cavidades bucal y nasal, forman una sola, en forma de depresión que se encuentra situada entre la cabeza y el pericardio y que constituye la boca primitiva; está separada del intestino primitivo por la membrana bucofaríngea que empieza a desaparecer el séctimo-quinto día. La boca primitiva pronto empieza a cambiar, debido a varias prominencias que aparecen arriba y a los lados, y de las cuales se desarrollan las diferentes partes de la cara.

Hacia la quinta semana, se forman, a expensas del primer arco visceral, las protuberancias mandibulares que constituyen los límites inferior y laterales de la boca primitiva, las que crecen y se unen de la línea media para formar la mandíbula inferior.

A las cinco semanas y media, a los lados y en la base de las protuberancias mandibulares, salen las protuberancias maxilares, que crecen hacia arriba y dentro, formando las comisuras de la boca. Al mismo

tiempo, empieza a aparecer la protuberancia frontonasal, en la parte media y superior de la boca primitiva, creciendo hacia abajo e iniciándose en la superficie anterior de ella, dos pequeñas depresiones bucales (rudimentos de las narinas) que al crecer dividen las protuberancias fronto-nasal en tres partes, formando los procesos nasales medio y laterales.

En la sexta semana, empieza a desarrollarse, a cada lado de la protuberancia nasal media, la protuberancia glabular, a expensas de la cual se forma la columela y la parte más baja y anterior del tabique nasal, así como del premaxilar y el maxilar. De las protuberancias nasales laterales, se forman las alas de la nariz.

A la séptima semana, las protuberancias maxilares crecen hacia adentro, por debajo de los ojos para unirse a los procesos glabular y nasales laterales, a fin de completar los límites inferiores de la nariz.

En la octava semana, la protuberancia glabular se cierra para constituir el labio superior.

Al mismo tiempo que se forma el labio, la boca primitiva se divide en dos cavidades: la bucal y la nasal. En la parte anterior, la protuberancia glabular crece hacia atrás para formar el premaxilar; las protuberancias maxilares crecen horizontalmente hacia la línea media para unirse con el premaxilar y formar el paladar anterior (cavidad bucal) el que continúa creciendo hacia atrás para formar el paladar blando, el cual se une en la línea media hasta formar la úvula hacia la décima semana.



LA HEIDEGGER HECA A LA WITTSB  
DEL 19010

### III. - ANATOMIA DE LA BOCA Y LABIOS.

#### A. - ESTRUCTURA ÓSEA.

La estructura ósea de la boca, está formada por el paladar duro, - apófisis alveolar superior, la mayor parte del cuerpo y ramas de la - mandíbula y apófisis inferior.

El orificio bucal, es una ranura transversal, de longitud variable, limitada por pliegues mucosos salientes, los labios, los cuales - están compuestos de capas musculares y cubiertos de piel en su cara externa y de mucosa en su cara interna. El labio inferior, es el más - grande, más grueso. El superior, tiene una faceta de la mitad de su - longitud con una depresión subnasal que pasa desde el tabique nasal. - El tubérculo medial, es una leve prominencia del margen inferior del - labio superior, que interrumpe la línea recta de éste, haciendo que se forme el "berzillón" o "arco de Cupido".

Las aducciones de los labios son complicados entrecruzamientos de - fibras de diverso origen. Tenemos el orbicular de los labios elevador - común del ala de la nariz y del labio superior, elevador propio del labio superior: zigomático mayor y menor, canino, risorio y buccionador.

El orbicular de los labios es muy difícil de fijar en posición - normal sus fibras, al ejecutarse la operación plástica para corregir - el defecto del labio fissurado. Por lo tanto, hay con frecuencia la deficiencia de la función, que se observa al sonreír el paciente. Nuevos estudios sobre la asociación del orbicular, conducirán al mejoramiento de la técnica quirúrgica.

## B. - Paladar

El cielo de la cavidad bucal, está formado del paladar duro lámina ósea cóncava, elíptica, compuesta por las apófisis palatinas de los maxilares, por las apófisis piramidales de las tuberosidades de los huesos palatinos y por las apófisis alveolares.

Se encuentra dividido en paladar duro y blando. El duro, está adherido a la superficie de los huesos por medio de tejido conjuntivo denso, que es más espeso en los lados y contribuye a llenar el ángulo entre el cielo de la boca y las apófisis alveolares, formando la mucosa palatina fibrosa dura, en rugosa de color rosado.

El paladar blando ó velo del paladar, consta de un pliegue de membranas mucosa que se continúa con el paladar en capas de fibras entrelazadas. Es cóncavo, en cada lado presenta en la línea media, la úvula central, cuyo tamaño es variable. Cuando se cierra la boca, el paladar blando y la úvula descienden sobre la lengua. Al abrirse, cuelga libremente la úvula. El paladar blando se puede elevar hasta ponerse en contacto con la parte posterior de la faringe, con la cual se cierra toda comunicación entre boca y nariz. Esta peculiaridad anatómica es muy importante para corregir la fístula palatina quirúrgicamente.

Hay seis músculos en el paladar blando que el cirujano debe de considerar al hacer la uranoestafilocrafía, todos los cuales desempeñan una función importante en la función de la articulación de los sonidos.

C.- Músculos del paladar blando:

- 1o.- Músculo tensor del velo del paladar (estafilino externo)
- 2o.- Músculo elevador del paladar (estafilino interno)
- 3o.- Uvula (según algunos autores)
- 4o.- Palatogloso.
- 5o.- Palatofaríngeo (faríngeopalatino)
- 6o.- Constrictor superior de la faringe.

D.- Irrigación sanguínea:

El éxito de la reconstrucción de un tejido, depende mucho de la irrigación sanguínea de éste.

La irrigación sanguínea de los labios, se deriva principalmente de la arteria maxilar externa y facial (rama de la carótida externa). Mediante las ramas que se derivan: labial superior e inferior para los labios correspondientes. La arteria labial superior se deriva de la maxilar externa en un sitio superficial de ésta, entre el músculo zigomático mayor y la cabeza zigomática del mesor. Sigue en curso tortuoso y desprende una ramita en la porción anterior del tabique nasal que se anastomosa con la arteria del lado opuesto.

La irrigación sanguínea del paladar duro y blando se deriva principalmente de la arteria palatina posterior descendente, rama de la maxilar interna.

Todas las incisiones laterales en el paladar duro, deben hacerse siempre, de manera que no se desgarran los vasos sanguíneos que surten esa región anatómica, para evitar necrosis de la mucosa.



JABIO HENDIDO  
UNILATERAL COMPLETO

#### IV. - ETIOLOGIA:

Mucho se ha escrito sobre las posibles causas que producen la deformidad, pero en realidad poco se conoce de su etiología. La Escuela Francesa atribuye a las ideas gran parte de la culpa, pero no obstante, una explicación satisfactoria no la hay.

##### A. - Incidencia:

La deformidad, aquí en México y de datos obtenidos del Hospital Infantil, se presenta una vez en cada 6,000 ó 7,000 nacimientos.

##### B. - Herencia:

Es bien sabido que un considerable número de pacientes con esta deformidad, son miembros de familias en las cuales el mismo defecto se manifiesta; esta circunstancia es difícil de investigar mediante el interrogatorio, debido a que desconocen los antecedentes de más allá de la tercera generación, y por otra parte, en muchas ocasiones son ocultados por alguno de los progenitores, que se suponen culpables de la deformidad.

Se ha observado frecuentemente que varios hermanos tienen el mismo defecto, o que el hijo lo hereda de alguno de los padres.

##### C. - Infección:

La sífilis es la más frecuentemente invocada, pero no se ha confirmado. Las infecciones agudas en la madre, durante los tres primeros meses del embarazo, sobre todo los producidos por virus parecen estar -

relacionadas con el padecimiento de su hijo.

### D. - Desnutrición:

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

Brophy, en los Jardines Zoológicos de Berlín, observó que en cuatro años, nacieron 32 jaguares de una hembra cubierta siempre del mismo macho; los 32 jaguares tenían paladar hendido y todos murieron.

Los progenitores eran alimentados en aquella época, con alimentos impropios para jaguares: carnes frescas, desprovista de sangre. Esto sucedió en el período de un año tras otros después, de aquellos animales nutridos con carne fresca, rica en sangre, nacieron 25 cachorros y ninguno de ellos tuvo hendidura palatina, comprobando las avitaminosis.

### E. - Teoría Mecánica:

Brophy, creía que la presión de la lengua sobre el paladar, cuando hay flexión exagerada de la cabeza, puede impedir la unión correcta de las diferentes protuberancias.

### F. - Como deformidad asociada:

Frecuentemente se ha comprobado la asociación de otro tipo de malformaciones coexistiendo con ésta. Las fistulas ciegas del labio inferior, descubiertas en varias ocasiones, ha estado siempre asociada a la malformación que trato.

### V. - VARIEDADES DE LA DEFORMIDAD:

La falta de unión de las diferentes proyecciones que forman los labios y el paladar, puede producir la deformidad en diferentes grados, desde la úvula bifida, hasta la falta total del paladar y labio hendido bilateral.

Macrostoma

Coloboma

Labio hendido medio

Labio hendido unilateral

Labio hendido bilateral

Promaxilar

Columnela

----- Simple incompleto

Completo

----- Incompleto simétrico

Incompleto asimétrico

Completo simétrico

Completo asimétrico

----- Desviado en labio unilateral

Desviado en labio bilateral

----- Ausencia en labio bilateral

----- Úvula bifida

Paladar hendido posterior

Paladar blando y medio posterior

Hendido el duro

Total blando y todo el duro

bilateral.

Blando y duro unilateral.



BILATERAL  
COMPLETO  
ASIMÉTRICO

## VI. - TRATAMIENTO PREOPERATORIO DE NIÑOS QUE PADECEN DE QUIETOSIS Y HEMORRAGIAS.

### A. - Estado general del paciente.

Una de las cosas más importantes en toda operación quirúrgica, es el estado general del paciente. Para operar a un niño con el menor - - riesgo, es necesario la cooperación entre el cirujano y el pediatra. - Se observará que no haya ningún trastorno gastro-intestinal, así como su nutrición.

### B. - Plan preoperatorio.

1. - Todos los niños menores de cinco años, en quienes se ha comprobado por radiografía, la hipertrofia del timo, serán sometidos a una serie de aplicaciones roentgenoterápicas.

### 2. - Reacción de Khan.

1. - Al ingresar a la clínica, se dan instrucciones para administrar al niño, líquidos.

2. - Higiene bucal rigurosa.

3. - Tratamiento preventivo de la acidosis, a base de bicarbonato de sodio disuelto en agua. ( cantidad de acuerdo con la edad del paciente ).

4. - Enema con agua salina ( con sonda ) en la mañana de la operación.

7.- Narcótico y Atropina, dosificados según edad y peso.

8.- Al ingresar en el hospital se pone a todos los niños en posición, en la cual habrá de colocárselas después de la operación, para evitar las afeciones del tórax medio.

## VII. - TECNICA QUIRURGICA DE LA QUEILOPLASTIA:

### A. - Objeto:

La queiloplastia tiene por objeto recortar los bordes de la fisura, afrontarlos, unirlos y conservarlos en contacto para que se cicatricen totalmente, formando la unidad.

### B. - Qualquiera de las (labio hendido)

Para mayor concisión descriptiva, la dividiremos en cuatro tiempos:

- 1o. - Separación de la unión del labio con el maxilar.
- 2o. - Corte de los bordes de la hendidura, para obtener la simetría de las ventanas de la nariz y lograr que quede una cicatriz imperceptible en el labio y este bien contorneada la porción roja de éste.
- 3o. - Ejecución de los puntos de sutura en piel y en la mucosa.
- 4o. - Prevención de la tensión lateral.

### C. - Desarticulación (tiempos)

1o. - Para tener un labio bien formado, es de mucha importancia despegarlos totalmente de sus inserciones en el maxilar. En particular, el ala de la nariz, se ha de desprender de su inserción ósea, de tal manera que la ventana nasal aplana, tome la forma y el tamaño del lado opuesto.

Después de hacer una incisión por debajo del hueso, se despegan --

los tejidos blandos con un instrumento roma. La hemorragia es muy leve con este método, si fuera copiosa, se cohibirá por medio de presión, con una torunda con suero fisiológico caliente.

La porción del labio que se desprende del hueso, depende de la anchura de la grieta, y si no se hace esto de manera que las porciones que se han de unir puedan poseer un contacto, sin que queden estiradas, no se podrá tener un buen éxito, desde el punto de vista estético.

10.- Este tiempo debe de hacerse cuidadosamente, a fin de obtener la armonía entre los orificios nasales, una línea subcutánea bien formada y evitar la cicatriz. La coaptación ha de hacerse de modo que se unan exactamente mucosa con mucosa y piel con piel. Muchos cirujanos procuran utilizar todo el tejido limitado y sus bordes son paralelos. La preparación de los bordes, depende del grado de deformidad, por lo que no siempre se puede seguir el mismo método.

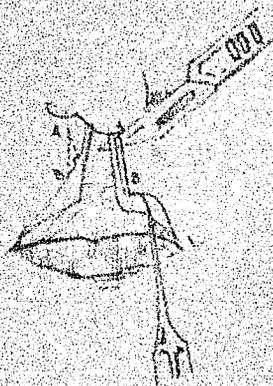
## B.- ~~Método de Zanzig~~

### 10.- ~~Método de Heister~~

Este método, se emplea cuando es de tamaño moderado la fisura labial. No comprende todo el labio, ni llega hasta dentro de la ventana nasal, esta es cuando es simple escotadura o labio leporino parcial.

La operación se efectúa, haciendo una incisión en el labio, por encima del ángulo paralelo al defecto. Se tira hacia abajo el borde inferior de la herida, se suturan los bordes de ésta, lo cual hace que el borde rojo corra una saliente hacia abajo. Se afirma la contracción cicatrizal para que el labio quede normalmente conformado.

CONTORNO DEL LABIO



LA LÍNEA OSCURA REPRESENTA LA PIEL QUE SE DEBE QUITAR



DESTRUCCION DE LA PIEL DE LA COLUQUELA



SE LIBERA LA INFERENCIA DE LA DENTE DEL ALA

### 2o. - Método de Graefe:

Este método de al labio forma mejor. Se hace una incisión semicircular, por encima del defecto, y es muy eficaz cuando la hendidura no es muy grande.

### 3o. - Método de Zonig:

Cuando la hendidura es más extensa, se usa este método, el cual se ejecuta haciendo dos incisiones verticales para recortar los bordes de aquellos. Hecho esto, se hace una incisión sesgada de cada lado, uniéndolo por tracción los bordes de la herida, manteniéndolos unidos, y se dan las puntadas necesarias para obtener un buen prolapio.

### 4o. - Técnica Blair Mikull:

Es otra de las técnicas aplicadas al labio hendido parcial. En la mayor parte de los pacientes operados, esta técnica es la que mejores resultados ha dado. Se hace una incisión curvilínea, con la convexidad hacia abajo, desde la cantina nasal, que separa de la piel el borde rojo. Luego se hace en un lado la incisión sesgada hacia la hendidura, y en el otro lado, se hace hacia abajo otra incisión.

### Técnica de Blair Mikull:

Antes de despejar los tejidos, se marcan en el labio los puntos A, B, C y A', B', C'. A, se coloca en el borde subcutáneo en la base del tabique nasal ó columela. B, en el borde subcutáneo, frente al vértice del surco nasolabial. C, se continúa precisamente en medio de A y B. -

A' se pone en donde la base del uia pasa al labio cuando éste se estira. C' se coloca por debajo y un poco dentro de A'. A' C' ( ha de ser igual a A' B' y la incisión se ha de hacer angular o curva, para lograr lo antes expuesto.

B' está en la línea mucocutánea, a una distancia de C' igual a la de B' A' B'. El borde rojo del lado corto del labio se corta desde B', hacia la comisura, en el lado corto, en dirección inclinada hacia abajo, hasta un punto donde el labio inferior toca normalmente al superior. Los colgajos se se pujan con mucha tensión. Las incisiones se hacen un poco más cerca del extremo distal del colgajo de la que aparentemente es necesario. La incisión corta la mucosa sólo en la superficie anterior del colgajo y no se despegan totalmente de la parte distal, se vuelve luego en la dirección de la incisión, pero siempre inclinándola hacia abajo. El borde mucoso rojo del lado largo del labio, se ajusta en este corte en forma de "Z".

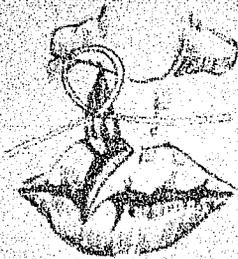
El zigzag del borde rojo, permite hacer un labio aún engrosamiento ni sella. Debajo del labio, la mucosa se aprieta un poco, para lo cual se recorta algo, a cada lado antes de suturarlo. Se hacen luego las suturas, superficial y profunda en la mucosa y el músculo del labio, de tal manera, que el labio sea apretado por debajo para empujar la base labial hacia adelante. Las puntadas de retención son de doble cuerda de caballo y se hace por debajo del labio para unir profundamente la mucosa y el músculo de la piel. En cada extremo se hace una puntada de retención, a través de lámina delgada de plomo, dando del plie-

que labial del ala del lado de la fisura, atravesando por debajo del suelo de la ventana, la base del tabique nasal hacia adentro de la ventana sana y luego se vuelve al punto de donde comenzó. A veces conviene colocar bajo el labio, una pequeña compresa de gasa para evitar la hemorragia, pero la mayoría de las veces no es necesario.

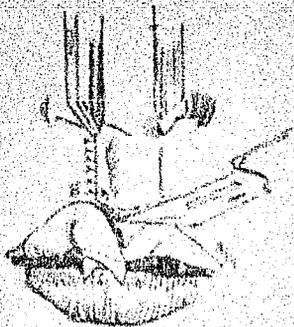
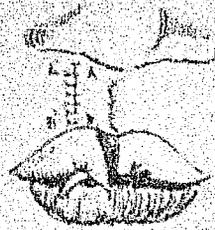
Esta técnica es la más usada con más o menos modificaciones hechas a juicio y criterio del cirujano.

En la Facultad de Odontología, en Cirugía Bucal, se ha encontrado muy práctica y con magníficos resultados, el afrontar los labios de la herida y ver cual es el que excede, según sea el caso, se recorta de tal manera que quede un labio casi perfecto. Esta modificación ahorra mucho tiempo y ha dado magníficos resultados estéticos.

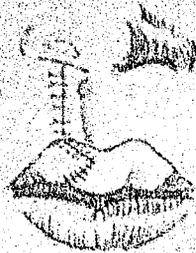
SUTURA DE LA MUCOSA



SUTURA DE LA PIEL



SUTURA DE USO DE LOS  
COLGANCOS DE BORDE MUCO-CUTANEO



RESECCION DE PARTE DE LA  
PIEL DEL BORDE DEL OLA

VIII.- TRATAMIENTO POSOPERATORIO.A.- GRANADA.

Después de ejecutar las operaciones para corregir la hendidura palatina o labial, es muy importante el tratamiento postoperatorio, principalmente en los niños de corta edad.

Se emplea el siguiente método:

- 1o.- Abundancia de líquido con 5% de glucosa, por vía bucal, a todo paciente operado, tan pronto como los tolere.
- 2o.- Se mantiene el paciente abrigado desde su regreso de la sala de operaciones. Las frías no se le quitarán hasta después de que el paciente se recupere de la anestesia.
- 3o.- La alimentación artificial, se empieza de 2 a 6 horas después de la operación y se toma nota de todas las tomas.
- 4o.- A los niños mayores se les da, leche hervida glucosada, jugo de naranja, agua, pero todo estéril.
- 5o.- Posición moderada de Fowler.
- 6o.- Irrigaciones bucales ordenadas, hasta dar de alta al paciente.

## IX. - DIRECCIONES DE LA PRÓTESIS.

### 1o. - CORRECTIVA.

Indicada en defectos estéticos cuando hay hundimiento del labio superior, lo que generalmente se debe a que el premaxilar fué empujado hacia atrás durante la intervención, más de lo normal, o que existe atrofia del mismo, consecutiva a la sección del hueso o resección de -  
caña en el tabique. Estos casos, encontramos como principal indicación de la prótesis, la corrección de un defecto estético. Colocando aparatos que llamamos "relleno", generalmente removibles, se logra empujar hacia adelante el labio, colocándole en situación más cerca de lo normal.

### 2o. - SUSTITUTIVA.

Usada muy frecuentemente en casos en que, como los anteriores el premaxilar está atrofiado o totalmente perdido, en cuyo caso se hace necesario recurrir a la aplicación de aparatos removibles para reemplazar a los dientes faltantes.

### 3o. - OCLSIVA.

Las prótesis oclusivas, tienen que ser usadas en los casos, no poco frecuentes, de comunicaciones buconasales a nivel del paladar anterior en éstas, la colocación de aparatos que obturen el orificio hermeticamente, impedirá la salida del aire y alimentos, favoreciendo de modo franco la masticación y la fonación. El tipo de aparatos dentarios - que usamos en tales casos puede ir aplicado a los cuellos dentarios, -

cuando se trata de pacientes cuyos dientes permanentes han salido, o prótesis que no estén flojas los dientes, cuando se trata de niños más pequeños en los cuales el aparato ha de modificarse con cierta frecuencia.

Por lo general, en las tres indicaciones descritas, encontramos a menudo que los problemas se juntan y en pacientes con pérdidas de prótesis maxilar, por ejemplo, se manifiestan por lo menos dos problemas, el del técnico y el de la falta de dientes, aunque también pueden existir las complicaciones; entonces los aparatos protésicos pueden ejercer a la vez todas estas anomalías.

#### 42. - Para ayuda del lenguaje.

Los aparatos protésicos para ayuda del lenguaje, deben de usarse en casos en que la cirugía ha fracasado, dejando fisura más o menos grande, del paladar blando, o cuando éste es demasiado corto. El base principal, estriba en formar un punto de apoyo a los bordes del velo que le permitan abrir o cerrar la comunicación con las fosas nasales. Consiste de tres porciones:

- A. - Palatomaxilar
- B. - Palatovealar
- C. - Faringea

Con ésto se cubre la fisura palatina más allá del margen del paladar en reposo y su extensión dependerá del tamaño de la fisura; así que cada aparato será individual.

Para mejorar funcionamiento, el aparato debe llenar los siguientes requisitos:

10.- Debe de restablecer la oclusión, para facilitar la exacta pronunciación de los sonidos.

11.- Debe de ser lo suficientemente largo hacia atrás para permitir contacto libre con las mucosas faringosas, sin tocarlas. Un contacto demasiado fuerte con ellas, traería como resultado irritación en la trompa de Eustaquio. Por lo contrario, la falta de contacto suscitara con el aparato a este nivel, percibirá al sonido y al aire, escapar hacia la cavidad nasal.

12.- La prótesis debe ser amplia, para permitir un movimiento ficial y apropiado del paladar blando, sin perder contacto con los bordes durante las actividades de conversación y deglución. Estos movimientos del paladar blando, se registran generalmente, más bien lejos de las superficies laterales de la prótesis y permitirá también el escape de aire y sonido hacia la cavidad nasal.

13.- Debe ser arqueada, tanto como sea posible automática y protésicamente. Suficiente espacio oral es indispensable para permitir el libre, fácil y rápido movimiento de la lengua durante la conversación.

14.- Debe de ser fácil modificación o alteración. El material debe permitir la extensión o reducción, ya que frecuentemente se hacen necesarias las alteraciones, a medida que los músculos mejoran su desarrollo, y para mantener la efectividad del aparato, los cachos deben llevarse a cabo para acomodarse a la mejoría de la función muscular.

15.- Debe ser cómodo, de material ligero en peso y fácil de limpiar.

## X - PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

El niño con labio leporino hendido, es un problema fundamental de rehabilitación, en el que debe intervenir cierto número de personas: entrenadas cada una en un aspecto especial. El médico de familia y el pediatra que ven al niño al principio, empiezan una labor de psicoterapia o higiene mental, que más tarde, a de continuar el especialista del lenguaje y el psiquiatra. Hay un aspecto práctico que calma la ansiedad y expresados así " el defecto de un niño tiene remedio, debe atenderse cuanto antes, tenemos los cirujanos y los centros donde atenderlos adecuadamente ".

Ningún programa de psicoterapia, dará resultado alguno, mientras un caso determinado no se haya resuelto quirúrgicamente.

El papel del especialista en lenguaje, se torna fundamentalmente importante es, a veces, el problema más difícil de la rehabilitación. El psiquiatra, al ponerse en contacto con los padres, tendrá más un papel de higienista que de terapeuta: calmar a una madre, fortalecer su seguridad, evitar la resultante del niño sobreprotegido o rechazado, que más tarde tendrá reacciones globales de agresividad timidez o aislamiento.

La actividad del médico que por primera vez ve al niño, es importante, consecuentemente. El interrogatorio que investiga otros defectos físicos en la familia, como consanguinidad o sífilis de los padres, no le aporta ninguna ventaja diagnóstica real, pero sí remueve en los padres sentimientos de culpa, ansiedad o inseguridad frente a su problema. Quien ejecuta el primer y más importante aspecto en la solución del ---

problema es el cirujano, puesto que de una vez resuelve la caecia del  
crástorio. Idealmente, el especialista en lenguaje y el psiquiatra, de-  
be tratar al lado del cirujano, a estos niños y padres. Crea que el pe-  
diatra, que por razón de su especialidad resultará el primero en ser  
llamado a decidir la situación de tales niños al nacer, debe de hallar-  
se bien informado de los componentes esenciales del problema que va a  
decidir.

## XI. - CONCLUSIONES.

De los enfermos operados, un grupo de ellos llega a hablar perfectamente, sin la ayuda del técnico, pero en tales casos se trata de pacientes en los que la ayuda de los padres es continua, siempre tratando de corregir las palabras mal pronunciadas y enseñándoles la forma correcta, aún a costa de repeticiones diarias y prolongadas.

Después de haber leído y escuchado a las malformaciones de labio y paladar, y su tratamiento, llego a la conclusión de que:

1o.- El cirujano dentista, ya no es el "práctico", sino que es necesaria su aportación científica, para el éxito de estas intervenciones, no solamente en el aspecto de la cirugía, sino también en el de la estética y funcional.

2o.- Estas intervenciones, aparentemente sencillas traen consigo una serie de complicaciones, que de ser descuidadas, dejarán una huella ind borrable en el paciente.

3o.- El dentista, en unión del pediatra, el cirujano, el otorrinolaringólogo, el psiquiatra y el técnico de lenguaje, tienen que formar un equipo de mutua cooperación; de lo contrario, ninguno por sí sólo, podrá corregir el defecto o los defectos totalmente.

4o.- La labor de conciliación del pediatra, es de importancia, alando al que está en contacto con el paciente, cuenta con la confianza de los padres, y fácilmente puede influir sobre la conducta a seguir por el paciente y los padres de éste.

5o. - Las técnicas operatorias, todas sufren modificaciones dependiendo estas de: habilidad y experiencia del cirujano, facilidades con que cuente técnica a seguir en la intervención, etc.

6o. - La anestesia general, es la indicada en estos casos, ya que el cirujano tiene mayor control sobre el paciente.

7o. - Lo último, pero no menos importante es: que se ha cumplido con " Dios y la Sociedad ", al devolver al mundo en que vive, un individuo sin complejos, por haber sido eliminado su defecto físico o estético, el cual podrá disfrutar la vida como todos los demás, y que veiga la pena seguir viviendo.

## BIBLIOGRAFIAS

- 16.- Barbus, Elie. "The Child with a Cleft Palate",  
University of Michigan.
- 18.- Burns, J. Arthur. "Cleft Palate and Cleft Lip",  
Journal of Orthodontics, A.D.A.
- 33.- Cooper, Herbert P.. "Cleft Palate: Dentistry's  
Opportunity", J. A.S.A.
- 41.- Davis J.E. "The Role of Orthodontia Following  
Cleft Lip Palate", A.D.A.
- 54.- Schlier via Tandier. "Anatomia para Dentistas".
- 60.- Cacho, Felipe. "Malformaciones de Labio y Paladar".
- 70.- Estadísticas Médicas del Hospital Infantil de México.