

342
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FISURAS CONGENITAS DE LABIO Y PALADAR

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Maria Elena Zambrano Martínez



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993.



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.

I N D I C E

Introducción.

CAPITULO I

I. Crecimiento y Desarrollo

- A. Desarrollo embrionario normal
- B. Embrión humano en sus diferentes etapas y períodos
 - 1.- Período de huevo
 - 2.- Período embrionario
 - 3.- Período fetal
- C. Desarrollo de los tejidos duros
 - 1.- Maxilar inferior
 - 2.- Maxilar superior
 - 3.- Paladar
 - 4.- Premaxila
- D. Anomalías que se presentan durante el desarrollo embrionario.

CAPITULO II

II. Etiología de la fisuras congénitas

- A. Factores hereditarios
- B. Factores Ambientales
- C. Factores emocionales
- D. Alteraciones del niño con labio y/o paladar fisurado.
 - 1.- Anatomicos
 - 2.- Funcionales
 - 3.- Psicológicos

CAPITULO III

III. Clasificación de las fisuras congénitas

- A. Labio fisurado (leporino)
 - 1.- Unilateral
 - 2.- Bilateral
- B. Clasificación clínica de labio fisurado
 - 1.- Labio leporino cicatrizal
 - 2.- Labio Leporino simple
 - 3.- Labio leporino total
 - 4.- Formas asimétricas de labio leporino
 - 5.- Labio leporino central
 - 6.- Labio leporino inferior
- C. Clasificación de fisuras palatinas
 - 1.- Fisura palatina simple
 - 2.- Fisura palatina central
 - 3.- Fisura palatina total
 - 4.- Fisura palatina alveolar
 - 5.- Labio fisurado y división palatina

CAPITULO IV

- IV. Tratamiento de las fisuras de labio y/o paladar fisurado
 - A. Tratamiento de los pacientes con labio y/o paladar fisurado.
 - B. Anestesia general en el tratamiento quirúrgico de labio y/o paladar fisurado.
 - C. Tratamiento quirúrgico de labio y paladar fisurado.
 - D. Tratamiento posoperatorio.

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCION

La malformación del labio y/o paladar fisurado causan problemas funcionales y estéticos.

Las hendiduras labiales y palatinas congénitas contribuyen la malformación más frecuente y una de las más comunes del organismo.

Estas dos malformaciones en algunas ocasiones vienen unidas, aunque también es común encontrarlas por separado y se les conoce con los nombres de "labio leporino, paladar hendido y labio y paladar hendido".

Este par de problemas se agrava cuando pensamos en las consecuencias fisiológicas que originan y los trastornos psicológicos que acarrearán ya que en el niño que nace con estas malformaciones va a tener grandes dificultades en la alimentación, respiración y fonética, además del aspecto estético que en algunas ocasiones es verdaderamente desagradable, lo cual implica un desorden psicológico no sólo en el niño sino también en sus padres.

Las deformaciones mencionadas se han presentado a todo lo largo de la historia, por lo que las preguntas acerca de sus causas y posibles tratamientos no son de ninguna manera algo nuevo, aunque no han sido hasta épocas recientes que se ha logrado responder a dichas preguntas en una forma realmente certera.

En este trabajo trataré de exponer algunas de las soluciones que se dan recientemente a este problema, pero de antemano podemos decir que estas malformaciones congénitas necesitan de un tratamiento un poco complicado, lo que implica la intervención de un sin número de especialistas, logrando al final una rehabilitación total.

CAPITULO I

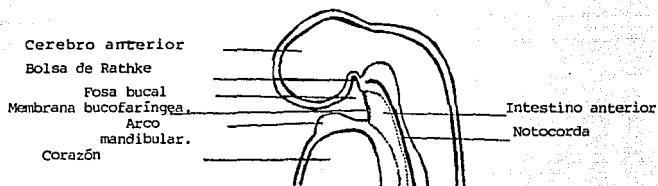
CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Como dos gemelos unidos por la cabeza, el crecimiento y el desarrollo son prácticamente inseparables. Según Todd, "el crecimiento es un aumento de tamaño, el desarrollo es el progreso hacia la madurez". Pero cada proceso se vale del otro y, bajo la influencia del patrón morfogenético, "el proceso triple realiza sus milagros: automultiplicación, diferenciación, organización, cada uno según su naturaleza.

El desarrollo de la cara y de la cavidad oral está constituido por una serie dinámica de hechos que comienzan al segundo mes de la vida intrauterina. El origen de esta región es complejo pues proviene de diferentes centro de crecimiento que se desarrollan a partir de siete procesos diferentes que crecen y se unen en forma variable. Estos procesos son:

- Dos procesos maxilares
- Dos procesos mandibulares
- Dos procesos nasales laterales
- Un proceso nasal medio

Los procesos maxilares y mandibulares provienen del primer arco branquial; y los nasales laterales y el nasal medio provienen de los procesos frontonasales que ha su vez se originan en la prominencia que cubre al cerebro anterior. (1)



ESQUEMA DE UN CORTE MEDIO A TRAVES DE LA CABEZA DE
 UN EMBRION HUMANO.

A. DESARROLLO EMBRIONARIO NORMAL.

En el embrión humano de 3mm. de longitud, la mayor parte de la cara consiste en una prominencia redondeada formada por el cerebro anterior o prosencéfalo, que está cubierto de una capa delgada de mesodermo y de ectodermo. (12).

Debajo de la prominencia redondeada hay un surco profundo, la fosa bucal primaria llamada también estomodeo o depresión estomodeal limitada caudalmente por el arco mandibular, lateralmente por los procesos maxilares y hacia la extremidad cefálica por el proceso frontonasal.

Durante las fases tempranas del desarrollo, se pueden observar dos salientes situadas en la porción lateral y anterior sobre el arco mandibular y se encuentran unidas en su parte central por un cópula, estas salientes desaparecen más tarde. (12)

El estomodeo o fosa bucal va a encontrarse con el fondo del saco del intestino anterior, éstos se encuentran separados por una membrana bucofaringea compuesta por dos capas epitaleliales, una de origen ectodérmico y otra de origen endodérmico.

El revestimiento del estomodeo es de origen ectodérmico por la cavidad bucal y nasal, el esmalte de los dientes y de las glándulas salivales son de origen ectodérmico; una bolsa ectodérmica adicional derivada del estomodeo, la bolsa de

Rathke, que forma el lóbulo anterior de la hipófisis. El revestimiento faríngeo es de origen endodérmico pues proviene del intestino anterior.

La comunicación entre la cavidad bucal primitiva y el intestino anterior se realiza alrededor de la tercera o cuarta semana de vida intrauterina cuando se rompe la membrana bucofaríngea. (12)

El primer cambio importante que se presenta durante la formación de la cara es consecuencia de la rápida proliferación del mesodermo que cubre el cerebro anterior. Esta prominencia -el proceso frontonasal- formará la mayor parte de las estructuras de las porciones superior y media de la cara.

A continuación lo más notable es la formación y el ahondamiento del estomodeo, de las fositas olfatorias y de la división de porción caudal del proceso frontonasal en los procesos nasal medio y en los nasales laterales. Los procesos nasales laterales están junto a los maxilares y separados de éstos por medio de surcos poco profundos.

A los surcos nasomaxilares antiguamente se les llamaba surcos nasolagrimales, pero ahora se reconoce que estos surcos -los nasolagrimales- solo dan origen a los conductos del mismo nombre y que se encuentran en una situación paralela y media a los surcos nasomaxilares.

El proceso nasal medio, al principio, es mayor que los procesos nasales laterales, pero después se retrasa su

crecimiento; sus ángulos inferolaterales, redondeados y prominentes, se conocen como procesos globulares y están originalmente con los procesos de ambos maxilares, sitios en donde no se produce fusión. Los procesos nasales laterales no contribuyen a formar el límite superior del orificio bucal. (1, 2)

B. EMBRION HUMANO EN SUS DIFERENTES ETAPAS O PERIODOS.

El desarrollo de la cara se ha dividido en tres etapas o periodos:

1. PERIODO DEL HUEVO

Comprende desde la fecundación hasta el fin del día 14, al iniciarse las primeras segmentaciones de las células del huevo fecundado se observa una unidad que permite caracterizar al ser como un individuo biológico. (12)

Desde la concepción hasta el cuarto día, el ovulo se dirige al útero a lo largo de la trompa y por las divisiones que se llevan a cabo se forma la mórula. Del quinto al décimo día se realiza la fijación en el endométrio llegando entonces a la fase de la gástrula. En los ocho días siguientes aparecen las tres hojas blastodérmicas y se hace visible el canal neuronal. Cuando termina este periodo el huevo mide 1.5 mm. de largo. (1, 2)

2. PERIODO EMBRIONARIO.

Este periodo comprende del día 14 al 56. Veintiún días después de la concepción, cuando el embrión humano mide solo 3mm. de largo, la cabeza comienza a formarse. En este

momento, antes de la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino primitivo, la cabeza está compuesta principalmente por el prosencéfalo, cuya parte inferior se convertirá en la prominencia o giba frontal que se encuentra encima de la hendidura bucal en desarrollo. Rodeándola lateralmente se encuentran los procesos maxilares rudimentarios.

Existen pocos indicios, en este momento, de que estos procesos migrarán hacia la línea media y se unirán con los componentes del proceso nasal medio y de los procesos nasales laterales del proceso frontal bajo el surco bucal se encuentra un amplio arco mandibular. La cavidad primitiva, los dos procesos maxilares y el arco mandibular se denominan estomodeo.

Entre la tercera y octava semana de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara. Se profundiza la cavidad bucal primitiva, y se rompe la capa bucal, compuesta de dos capas endodérmica y ectodérmica.

Durante la cuarta semana cuando el embrión mide 5 mm. de largo, es fácil ver la proliferación del ectodermo a cada lado de la prominencia frontal; estas placas nasales o engrosamientos, formarán posteriormente la mucosa de las fosas nasales y el epitelio olfatorio. (1, 2, 3)

Las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia frontonasal para formar el maxilar superior. Como el proceso nasal medio crece hacia abajo más

rápidamente que los procesos nasales laterales, éstos últimos no contribuyen a las estructuras que posteriormente formarán el labio superior, la depresión que se formará en la línea media del labio superior se llama philtrum e indica la línea de unión de los procesos nasa medio y maxilares.

El tejido primordial que formará la cara observa fácilmente en la quinta semana de vida intrauterina. Debajo del estomodeo y de los procesos maxilares, que crecen hacia la línea media para formar las partes laterales del maxilar superior, se encuentran cuatro sacos faríngeos, que forman los arcos y surcos branquiales.

Las paredes laterales de la farínge están divididas por dentro y por fuera en arcos branquiales, solo los dos primeros reciben nombre: maxilar inferior e hioideo. Los arcos se encuentran inervados por núcleos eferentes viscerales especiales del sistema nervioso central.

El desarrollo embrionario comienza más tarde, después de que el primordio de éstas estructuras craneales como cerebro, nervios cerebrales, ojo, etc., ya se han desarrollado. En este momento aparece tejido mesenquimatoso alrededor de estas estructuras, tejido que también aparece en la zona de los arcos branquiales. En la quinta semana se distingue también el arco mandibular rodeando caudalmente la cavidad bucal.

Durante las siguientes dos o tres semanas desaparece poco a poco la escotadura media que marca la unión del

primordio, de tal manera que en la octava semana existe poca diferenciación entre la región de unión y la de fusión. (1, 2, 3)

El proceso nasal medio y los procesos maxilares crecen hasta casi ponerse en contacto. La fusión de los procesos maxilares sucede en el embrión de 14.5 mm. durante la séptima semana de vida, en este momento los ojos se mueven hacia la línea media.

El tejido mesenquimatoso de la zona de la base del cráneo y de los arcos branquiales se convierte en cartílago. De esta manera, se desarrolla el primordio cartilaginoso o condrocráneo. El tejido mesenquimatoso condensado se reduce por lo tanto a una delgada capa -el pericondrio- que cubre al cartílago. (1, 2, 3)

La base del cráneo es parte del condrocráneo, y se une a la cápsula nasal al frente y con las ópticas a los lados, aparecen los primeros centros de osificación endocondral, siendo reemplazado el cartílago por hueso, dejando solo las sincondrosis, o centros de crecimiento cartilaginoso.

Se inicia la condensación del tejido mesenquimatoso del cráneo y de la cara, y comienza la formación intramembranosa del hueso. Al igual que lo que sucede con el cartílago, existe condensación en el tejido mesenquimatoso para formar periostio. (1, 2, 3)

Al comienzo de la octava semana, el tabique nasal medio

se ha reducido aún más, la nariz es má prominente y empieza a formarse el pabellón del oído. Al final de esta semana el embrión ha aumentado cuatro veces su longitud. Las fosetas nasales aparecen en la porción superior de la caviad bucal y ahora se les puede denominar narina. Al mismo tiempo, se forma el tabique cartilaginoso, a partir de célula mesenquimatosas de la prominencia frontal y del proceso nasal medio. El paladar primario se ha formado y existe comunicación entre las cavidades nasal y bucal a través de la coanas primitivas, al desarrollarse el paladar primario forma la premaxila, el reborde alveolar subyacente y la parte interna del labio superior.

Los ojos, sin párpados, comienzan a desplazarse hacia la línea media o plano sagital medio, en este momento las mitades laterales del interior del maxilar se han unido, pero el maxilar inferior o mandibula es relativamente corto.
(1, 2, 3)

Al terminar este periodo embrionario, al final de la octava semana de vida intrauterina, la cabeza empieza a tomar forma y proporciones humanas.

3. PERIODO FETAL

Este periodo abarca del día 56 al nacimiento, en este momento el feto triplica su longitud de 20 a 60 mm. se forman y se cierran los párpados y narinas; aumenta el tamaño del maxilar inferior, y la relación anteroposterior maxilomandibular se asemeja a la del recién nacido.

Durante este periodo existen grandes cambios, pero los principales son el aumento de tamaño. y los cambios en la proporción. (1, 2, 3)

DESARROLLO DE LOS TEJIDOS DUROS.

1.-maxilar inferior.

Entre la octava y decimosegunda semana de vida intrauterina existe una gran aceleración en el crecimiento del maxilar inferior.

Por el aumento de su longitud el meato auditivo externo se mueve en dirección posterior. Cercanos al condocráneo se observa el yunque, martillo y estribo que están casi totalmente formados a los tres meses.

El crecimiento del maxilar inferior es debido al cartílago delgado o de Meckel que aparece al segundo mes de vida intrauterina; se comienza a formar hueso a los lados de éste, durante la séptima semana y continúa hasta que se encuentra cubierto de hueso. La osificación cesa en el punto que posteriormente será la espina de Spix. El resto del cartílago de Meckel formará el ligamento esfenomaxilar y la apófisis espinosa del esfenoides.

La osificación del cartílago comienza hasta el cuatro o quinto mes de vida y termina hasta el vigésimo año. (1, 2)

2. Maxilar superior.

Dixon divide al maxilar superior en dos áreas, ya que

surge de un solo centro de osificación; estas áreas son: áreas neuroal y alveolar; y apófisis frontal, cigomática y palatina.

El maxilar superior es un hueso membranoso con excepción de algunas zonas como los procesos parasanales de la cápsula nasal y las zonas cartilaginosas del borde alveolar de la apófisis cigomática. (1, 2)

3. Paladar

La porción principal del paladar surge de la parte del maxilar superior que se origina de los procesos maxilares.

El proceso nasal medio también contribuye a la formación del paladar, ya que su porción más profunda da origen a una región triangular media pequeña del paladar que es la premaxila. Los segmentos laterales surgen como proyecciones de los procesos maxilares que crecen en la línea media.

Al proliferar hacia abajo y hacia atrás del tabique nasal, las proyecciones palatinas se aprovechan del crecimiento rápido del maxilar inferior, lo que permite que la lengua caiga.

Los procesos palatinos siguen creciendo hasta unirse en la porción anterior con el tabique nasal que prolifera hacia abajo, formando así el paladar duro, fusión que progresa de adelante hacia atrás hasta unirse con el paladar blando.

4.- Premaxila

La premaxila representa en el adulto la región que ocupan los incisivos anteriores. Esta aparece por lo general, algo más tarde que el maxilar, puede preceder en su osificación a la del maxilar con el que se une posteriormente sin hacerse visible la unión.

Por su crecimiento, que es hacia arriba, la premaxila llega a formar el proceso nasal del maxilar, las dos mitades de ésta se encuentran separadas en el período embrionario y presentan pequeñas digitaciones entre los gérmenes de los incisivos, que crecen primero hacia atrás y alcanzan la parte posterior de los gérmenes, y ascienden para formar la pared palatina de éstos.

Las dos mitades se separan por una invaginación de la membrana mucosa que las cubre, y si se observan desde abajo forman una especie de cuña que se proyecta hacia atrás y se encuentran separadas por una fisura. Masas que constituyen el paladar duro. (1, 2)

D. ANOMALIAS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL DESARROLLO EMBRIONARIO.

El período que comprende entre el día 18 después de la fecundación y la décima semana de vida intrauterina, se considera como el más factible para el desarrollo de alteraciones. Se ha dicho que si en estos dos primeros meses de gravidez, la madre sufre enfermedades leves, éstas pueden ocasionar severas embriopatías.

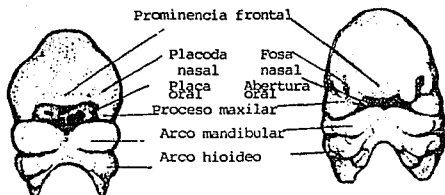
Los problemas de labio leporino y paladar hendido se presentan entre la cuarta y décima semanas de vida intrauterina, como la combinación de la falta de unión normal y del desarrollo insuficiente.

Durante la sexta y séptima semanas los procesos maxilares del primer arco branquial crecen hacia adelante para unirse con los procesos nasales laterales y posteriormente con el proceso nasal medio formándose el labio superior, las fosas nasales y el paladar primario. Los tejidos aumentan de tamaño, la lengua crece verticalmente, las proyecciones palatinas se expanden a la línea media y mientras más crece la cara, la lengua desciende a su posición primaria. (1, 2)

Entre la octava y novenas semanas las proyecciones palatinas se extienden hasta llegar a formar la separación entre las cavidades bucal y nasal; pero cuando no se lleva a cabo este desarrollo armónico, se experimentan las anomalías en el desarrollo embrionario. Aquí van a existir fallas en la proliferación mesodérmica que producen la falta de unión del tejido conectivo por lo que se forman las fisuras. Al no existir esta unión mesodérmica, los componentes del labio se separan. (1, 2)

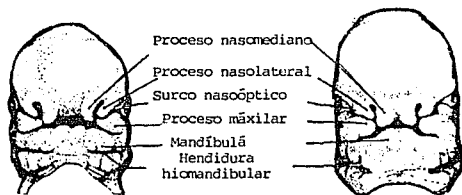
Cuando existen hendiduras bilaterales se observan deficiencias centrales progresivas del segmento intermaxilar y del prolabio. (1, 2)

En las hendiduras graves bilaterales del labio y paladar primario se encuentran involucradas estructuras de la línea media. (1, 2)



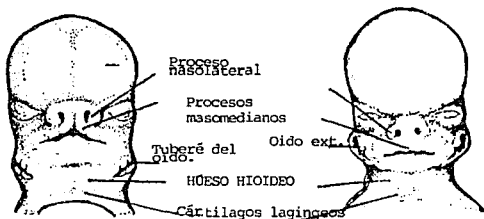
A. CUATRO SEMANAS (3.5 mm)

B. CINCO SEMANAS (6.5 mm)

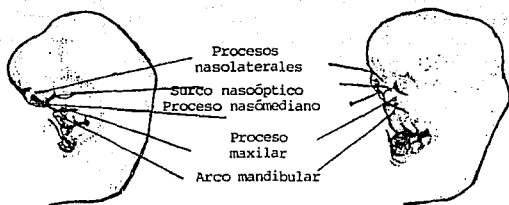


C. CINCO SEMANAS Y MEDIA (9mm)

D. SEIS SEMANAS (12 mm)

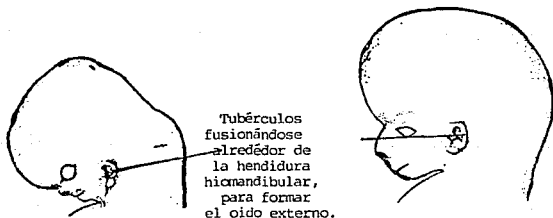


VISTA FRONTAL DE LAS ETAPAS IMPORTANTES EN LA FORMACION DE LA CARA.



Cinco semanas y media (9-10 mm)

Seis semanas (12-14 mm)



Siete semanas (18-20 mm.)

Ocho semanas (27- 30 mm)

ETAPAS IMPORTANTES DE LA FORMACION DE
 LA CARA Y EL OIDO EXTERNO:

CAPITULO II

ETIOLOGIA DE LAS FISURAS CONGENITAS

Son varias las teorías sobre el origen de las fisuras del labio y el paladar; casi todas pueden agruparse en alguna de la siguientes categorías:

- 1.- Factores vinculados a la herencia.
- 2.- Elementos ambientales.

Desde un punto de vista embriológico, la falta de desarrollo del paladar primario ocasiona fisuras labiales, se puede afectar la embriogenia desde antes de la cuarta semana de gestación. Es vasto el número de circunstancias que en hipótesis pueden generar la formación de las fisuras pero todas coinciden con la insuficiente cantidad de células mesenquimatosas en la porción lateral y media del proceso nasal. (15)

El paladar secundario es una estructura embrionaria que origina al paladar blando y al paladar duro desde su límite posterior hasta el conducto nasopalatino. En el embrión humano, su formación concluye alrededor de la séptima semana de vida intrauterina, tres semanas después de que termina la formación del paladar primario. (15)

Ningún factor por sí solo ha sido identificado como causante de labio y/o paladar fisurado, la lesión parece ser básicamente el resultado de la acción de múltiples factores. (16)

Estos factores pueden ser divididos en tres áreas:

- a) Genéticos
- b) Ambientales
- c) Emocionales

Sin embargo cabe especificar que aún cuando un sólo gene sea el causante o varios de ellos como parte de otras manifestaciones generales, esto no significa que la genética sea el único agente causal.

A. FACTORES GENETICOS.

En esta área se encuentran los llamados síndromes genéticos, cuya principal característica es el labio o paladar fisurados. Cuando se heredan las fisuras, generalmente la herencia es de tipo autosómico dominante.
(16)

Entre los aspectos genéticos es conveniente recordar que los estudios han cambiado principalmente a:

Raza: Probablemente más frecuente entre los orientales.

Sexo: Existe una discrepancia de datos sin llegar a ninguna conclusión suficientemente clara ya que algunos afirman que tiene preferencia por el sexo masculino, y otros por el femenino.

Edad de los padres: Parece ser ligeramente mayor cuando la madre rebasa los 40 años, pero sin existir datos significativos.

Herencia: Parece ser el factor más importante, el riesgo de 1/1000 que es el general, se eleva a 4/1000, si uno de los padres tiene el defecto y a 10/1000 si ambos lo tienen.

Enfermedades endocrinas y del metabolismo: El riesgo parece ser 8.7 veces mayor en hijos de madres diabéticas (16)

B) FACTORES AMBIENTALES.

Dentro de esta categoría se incluye aquellos afectos que surgen de factores del medio ambiente que alteran el desarrollo intrauterino normal.

Exámen pélvico con rayos X: Sexén (1974) encontró datos significativos, pero además de la posibilidad de radiacios ovárica interviene la patología por la cual se hizo el exámen y el tratamiento de las mismas (16)

Alcohol y tabaco: Henriksson (1970) y Sexén (1974), ambos encontraron cierta relación positiva, pero aceptan que el consumo tanto de alcohol como del tabaco podrían tener un fondo emocional. (16)

Nutrición: Desde hace mucho tiempo se dice que las madres de niños con fisuras congénitas tienen dieta deficiente.

En Alemania en (1949) Thoma observó en los zoológicos de Londres y Berlín estas lesiones en cachorros de tigre y león hijos de madres mal alimentadas que mejorando su dieta daban nuevas camadas normales.

Agentes infecciosos: Sexén (1975) encontró que pequeñas infecciones durante las primeras semanas de gestación, sin datos significantes tenían relación positiva a salicilatos, analgésicos antipiréticos como pirazolona, derivados de la anilina e indometazina, opiáceos como la codeína, ciertas drogas como el diazepam y anticonvulsivantes como el dilatín. (16)

C) FACTORES EMOCIONALES:

Bajo este rubro consignaremos aquellos estudios realizados sobre influencias intangibles, pero que parecen tener también efecto, importante en la etiología de otros padecimientos.

Stress emocional: Stean y Pear (1956) agentes estresantes como ejercicio, traumatismo, quemaduras, etc., pueden excitar la actividad de la corteza suprarrenal a través del lóbulo anterior de la pituitaria dando como consecuencia el aumento de hidrocortisona circulante, la que, en ratones, evita la fusión celular. (16)

D) ALTERACIONES DEL NIÑO CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO.

Se observa una hendidura que abarca de la cavidad bucal hasta el piso nasal, con marcada deformidad del ala nasal, continuando al proceso alveolar, paladar duro y blando desde el punto de vista muscular existe alteración de los orbiculares del labio y borde bermellón las arterias coronarias, ramas de la facial se anastomosan en la porción

central con la arteria septal ascendente y lateralmente con la arteria nasal.

En el paladar blando la alteración de los músculos de la úvula, periestafilino externo e interno, faringoestafilino y gloscestafilino.

Desde el punto de vista dentario, existen órganos dentarios supernumerarios y son conocidos como eumórficos presentando características clínicas similares a los normales. (16)

Alteraciones funcionales:

Las fisuras labiales y palatinas producen alteraciones funcionales variadas, la primera que se encuentran los padres es para su alimentación ya que existe dificultad para la succión, alteración del lenguaje por la incompetencia velofaríngea, hablan con hiperrinofonía o hipernasalidad.

El colapso de los segmentos maxilares cuando no se lleva un tratamiento Ortopédico adecuado, provoca mal oclusión dentaria y por lo tanto aumento de caries por la dificultad de un cepillado eficiente, que propicia cierto grado de enfermedad periodontal.

Los problemas auditivos vienen a agregarse a los anteriores ya que presentan infecciones en oído medio y por consiguiente disminución de la agudeza auditiva. (16)

Aspectos psicológicos:

Estos pacientes desde su nacimiento reciben una serie de agresiones ya que son sometidos a interenciones quirúrgicas desde muy temprana edad son protegidos en demasía o rechazados, cuando ya tienen conciencia de su problema, lo comparan con sus hermanos, compañeros y amigos tanto físicamente como su trastorno de lenguaje, por lo que sufren desajuste social. (16)

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LAS FISURAS CONGENITAS.

Existe una tendencia de conceptualizar el labio y el paladar fisurado como un anomalía homogénea. Si eso fuera cierto, se podría formular un plan de tratamiento que sería aplicable en todos los casos. En cambio, la realidad indica que los niños nacidos con fisuras difieren mucho en su presentación clínica. (2)

En el labio malformado existen todos los elementos anatómicos de labio normal, aunque estén desplazados y muchas veces con hipoplásia. (2)

LABIO FISURADO O "LEPORINO" UNILATERAL.

La fisura está situada por fuera de la cresta. Todos los elementos de la parte media del labio forman parte del borde inferior de la fisura. El músculo orbicular de los labios, aunque bien conformado, presenta una retracción muscular. Esto es debido a que le falta su punto de unión con la parte opuesta. La aleta de la nariz del lado afectado está aplanada e hipertrofiada. (6)

LABIO LEPORINO BILATERAL

El centro del labio, está separado a veces completamente de las dos partes laterales. E insuficiente desarrollo es siempre manifiesto sobre la parte central. En el labio

leporino bilateral la hipoplasia se extiende a la parte inferior de la nariz. La columela es corta y a veces casi inexistente. Las aletas nasales presentan las mismas características que en el labio unilateral. (6)

B) CLASIFICACION CLINICA DEL LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA

1.- LABIO LEPORINO CICATRIZAL.

Lo podemos considerar como la variedad más benigna de labio leporino. La malformación consiste en una ligera depresión del borde mucoso asociados a un surco vertical en el labio cutáneo. (6)

2.- LABIO LEPORINO SIMPLE.

Encontramos una muesca más o menos profunda en el labio superior, que abarca todo el bermellón hacia el labio cutáneo. La muesca puede comprender todo el labio cutáneo o sólo parte de él. En el primer caso decimos que las hendiduras abarca $\frac{3}{3}$ del labio cutáneo. Puede comprender los $\frac{2}{3}$ o sólo $\frac{1}{3}$ del labio cutáneo. Existe continuidad de la arcada alveolar. El suelo de la nariz está conservado, aunque siempre algo ensanchado.

Los dientes son frecuentemente anómalos o están desviados puede ser unilateral o bilateral. (6)

3.- LABIO LEPORINO TOTAL.

Es una hendidura que afecta la totalidad del labio y del paladar primario limitado por detrás por el agujero palatino anterior.

La arcada alveolar está dividida, la nariz está ensanchada por alargamiento e hipertrofia de la aleta nasal. Puede ser también unilateralo bilateral. (6)

4.- FORMAS ASIMETRICAS DE LABIO LEPORINO.

Las formas del labio leporino bilateral pueden ser muy variadas: simple de un lado o total del otro. En estos casos los catalogamos como formas asimétricas. Pueden asimismo estar asociadas a una división palatina simple o total, unilateral o bilateral.

5.-LABIO LEPORINO CENTRAL.

Es una hendidura que abarca la totalidad del labio, tanto en el lado derecho como en el izquierdo, con agenesia total del prelabio y premaxila. (6)

6.- LABIO LEPORINO INFERIOR.

Es una fisura que comprende el bermellón y puede extenderse por la zona cutánea del labio. Según la cantidad de zona afectada se dice que comprende los $\frac{3}{3}$, $\frac{2}{3}$ o simplemente $\frac{1}{3}$ del labio. Puede asentar en la parte medio del labio como generalmente ocurre en esta rara malformación, o bien localizarse en el lado izquierdo o derecho del labio (3)

C) CLASIFICACION CLINICA DEL FISURAS PALATINAS

1.- FISURA PALATINA ALVEOLAR.

Está fisurado unicamente el reborde alveolar.

FISURA PALATINA SIMPLE.

El paladar está fisurado, pero el reborde alveolar está intacto. La deformación puede limitarse al paladar blando, o estar afectando también el paladar óseo hasta el agujero palatino anterior (6)

La forma más leve es la fisura submucosa en la que estando conservada la mucosa, la fisura se limita a la zona muscular del paladar blando. Esta siempre asociada a úvula bifida.

FISURA PALATINA TOTAL.

Puede ser unilateral o bilateral. En la fisura unilateral total la hendidura pasa entre el hueso incisivo y el maxilar superior del lado correspondiente, extendiéndose hacia atrás entre las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales del palatino. El tabique nasal está inserto en la apófisis palatina del lado opuesto. (6)

En la fisura bilateral, el hueso intermaxilar está completamente separado del reborde alveolar de ambos lados. Está desplazando hacia adelante y arriba.

FISURA PALATINA CENTRAL.

Va asociada siempre a un labio leporino central. Presenta una agenesia total de las apófisis palatinas de los maxilares superiores, de las láminas horizontales del palatino y del paladar blando.

LABIO LEPORINO Y DIVISION PALATINA.

Lo más frecuente es que una fisura palatina total esté asociada a un labio leporino también total, ya sea unilateral o bilateral. (6)

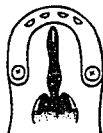
CLASIFICACION DE FISURAS PALATINAS.



Div. palatina submucosa



Div. palatina simple



Div. palatina simple total



Div. palatina unilateral total



Div. palatina bilateral total



Div. palatina alveolar



Div. palatina central.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LAS FISURAS DE LABIO Y/O PALADAR FISURADO.

El tratamiento integral del paciente son esta malformaciones deben efectuarse por un grupo de clínica de labio o paladar, en donde participan tanto cirujanos pediatras, cirujanos plásticosm otorrinolaringologos, así como los especialista de ortopedia maxilofacial, ortodoncia, terapia del lenguaje, foniatras, psiquitras y trabajo social. (4, 12)

La técnica quirúrgica solo es una parte del tratamiento, pero indispensable. Los meses que preceden a la operación deben ser contr5olados por los diferentes especialistas ya mencionados, con el fin de llevar las mejores condiciones generales y locales del paciente, y así lograr elmáximo de resultados estéticos y funcionales de la región. (7, 11)

1. TRATAMIENTO PREOPERATORIO DE LAS PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO.

El tratamiento del paciente fisurado comienza con la atención inmediata de las necesidades del recién nacido. A menudo se asocian problemas de alimentación con el bebe que presenta fisura palatina, haciendo difícil mantener una nutrición adecuada. Estos problemas incluyen insuficiente succión como para sacar leche del pezón, entrada exesiva de aire durante la alimentación, sofocamiento, descarga nasal y demasiado tiempo para la alimentación. (5)

Para solucionar este problema antes del tratamiento quirúrgico se debe fabricar un obturador intraoral maxilar superior, para formar un paladar artificial. Las ventajas de este tratamiento protésico incluye: (10)

- La presencia de un paladar also contra el cual el bebé puede afectar succión, reduciendo la incidencia de las dificultades en la alimentación de los recién nacidos y ayudandolo a mantener la nutrición adecuada .

- Ofrece estabilidad de la arcada maxilar superior evitando el colapso de la arcada después de la queiloplastia (cierre quirúrgico) definitiva.

- Moldeo ortopédico de los segmentos fisurados del maxilar para su aproximación antes de los injertos óseos alveolares primarios.

Se instruirá a los padres acerca de la insercción y el retiro del aparato y su limpieza diaria. En mayor parte de los casos, este aparato y su limpieza diaria, servirá hasta el momento del cierre inicial del labio, aproximadamente a los 3 meses de edad. (5)

En algunos casos de fisura labio palatina bilateral, el niño tiene un segmento premaxilar que esta ubicado muy adelante de los segmentos del arco maxilar superior o bien está ubicado muy adelante de los segmentos del arco maxilar superior o bien está desviado lateralmente hacia un lado de la fisura. Esto representa un difícil desafío clínico para el cirujano antes del cierre quirúrgico del labio. Si se emprende la cirugía del labio con premaxilar en esa posición anormal, las posibilidades de dehiscencia labial (separación del labio por aumento de tensiones en las líneas de la sutura) aumentan (5)

Después de la instalación del obturador se deja que el niño se acostumbre al aparato durante una semana. En la segunda visita se adapta un aparato para la retracción del premaxilar.

Se hace un gorrito para el bebé de manera que brinde un anclaje tipo "casquete" para una banda de retracción protuido y se ancla a la cabeza del bebé por medio de un gorrito. (5, 9)

Mediante la aplicación secuencial de fuerzas diferenciales crecientes iguales al premaxilar, éste se reubica una posición más normal con respecto a los segmentos maxilares. Este aparato de gorrito y banda elástica se usa las 24 horas del día y se retira solamente para la alimentación. El movimiento deseado puede lograrse usualmente en 6 a 8 semanas. (6)

2. ANESTESIA GENERAL EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL LABIO Y/O PALADAR FISURADO.

Se prefiere anestesia general endotraqueal con el tubo endotraqueal saliendo de la boca al cruzar la porción media del labio inferior. Se debe tener el cuidado de no aplicar tensiones sobre el labio superior ni sobre las comisuras. Si se emplea una anestesia local con epinefrina para tener un campo operatorio más seco y un plano de anestesia más superficial no debemos excedernos arriesgarnos excediendo la dosis máxima recomendada de epinefrina para el agente anestésico usado. (4)

3. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LABIO Y/O PALADAR FISURADO.

La cirugía siempre es selectiva y el niño debe estar libre de infección y en óptimo estado físico antes de realizarla.

La mayoría de la fisuras palatinas se corrigen de manera quirúrgica en los niños de edad de 18 meses a tres años, con un promedio de edad de 2 años, para evitar que adquirieran hábitos perniciosos de fonación, por lo que al proveerles un mecanismo velofacioso de fonación, adecuado con la cirugía se logra también la ventaja psicológica al paciente. (12, 13)

La técnica quirúrgica es variable, pero por lo general se siguen estos pasos:

- Liberación extensa de los planos blandos en ambos lados del defecto, por disección roma del vestíbulo alveolar.

- Se escoge la técnica según la severidad de la lesión, pero siempre respetando al arco y el tubérculo de cupido.

- En cualquier tipo de técnica que se use debe hacer la sutura en tres planos: (13, 14)

- . Cargut de 5 a 6 ceros para los músculos.
- . Seda de 5 a 6 ceros para la piel.
- . Catgut de 4 a 5 ceros para la mucosa bucal.

- En el labio bilateral la técnica a seguir depende del

prolabio y de la columnela. Cuando el prolabio es de dimensiones normales, como sucede en la variedad de labio bilateral incompleto; que es el más raro, la intervención se realiza en dos sesiones tratando cada lado como si fuera unilateral.

- Se debe evitar la fractura o sección del vómer para reducir la premaxila, pues puede provocar la hipoplasia de esta.

Estas técnicas para labio son las siguientes:

- Técnica de colgajos cuadrangulares.
- Técnica de colgajos triangulos.
- Técnica de Victor Veau.
- Técnica de Millar.
- Técnica para labioleporino bilateral de Broadbent.

Tratamientos de técnica quirúrgica para paladar fisurado:

- División simple del velo.
- División del velo y de la bóveda.
- Plastía tipo Von Langenbeck.
- Palatoplastía. (12)

4. TRATAMIENTO POSOPERATORIO.

- Después de la intervención quirúrgica debe mantener al niño con suero.

- Una vez pasado el efecto anestésico iniciar la alimentación con dieta líquida.

- Se sujetará al niño para que no se toque la herida.

- Se aplicaran antibióticos.

- Se debe limpiar la herida 2 veces al día con suero fisiológico.

- Se separán los puntos de seda entre el cuarto y quinto día.

Se debe seguir el control del paciente en todo momento por los especialistas antes mencionados para el desarrollo mental y físico de el paciente fisurado, para su desarrollo dentro de la sociedad.

CONCLUSIONES

Como hemos visto, los problemas de labio y paladar fisurado son bastante complicados, tanto por su origen congénito, como por el tratamiento que se debe seguir para llegar a la rehabilitación del paciente.

Es importante el habernos dado cuenta de que los padres de un niño que nace con estas malformaciones, debe tomar conciencia del problema que padece su hijo y de la dificultad que presenta su solución, ya que así, se harán responsables del caso y cuando llegue el momento de la intervención quirúrgica y se obtenga resultados positivos, se produzca en ellos una satisfacción lógica. Por lo tanto, el evitar que los padres vean a su hijo por el aspecto desagradable que pueda presentar, no es recomendable.

Además se debe concientizar a los padres de los problemas que esta malformación implica en la vida futura de su hijo, y darles también a ellos terapias de lo importante que es el tratamiento del paciente confisura de labio y/o paladar.

Nosotros como dentistas generales debemos conocer todas las características de los pacientes con fisura labiopalatina de tal modo que nuestra intervención sea activa y determinante en la atención brindada con otros especialistas.

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

BIBLIOGRAFIA

1. BOYD, HAMILTON, MASSMAN. Embriología Humana. Interamericana, Buenos Aires 1969.
2. BRADLEY M. PATTEN Embriología Humana. El Ateneo. Buenos Aires 1973.
3. GRABER. Ortodoncia Técnica y Práctica. Interamericana -- México, D. F. 1976.
4. LORE Cirugía de Cabeza y Cuello. Ed. Panamericana, Argentina 1988.
5. McDONAL AVERY. Odontología Pediátrica y del Adolescente Interamericana. Argentina 1991.
6. TRESSERRA LUIS. Tratado de Labio Leporino y Fisura Palatina. Ed. Jims. Barcelona 1977.
7. Odontologo Moderno. Fisiopatología de la Pacientes con - Anomalías Congénitas de Paladar Fisurado. Abril-mayo 1981 Dr. GERARDO MARTINEZ T., Dr. LAZARO DOMINGUEZ F.
8. Revista ADM. Modificación de Labioplastia de Rotación y - Avance para Labio uni o bilateralmente Hendididos. Vol. L . No. 1 Enero-febrero 1993. DR. ALBERTO CAMPOS MOLINA Y - - DRA. MARIA L. LOPEZ SALGADO.
9. Revista ADM. Clínica de Labio y Paladar hendido en la Cruz Roja Mexicana. Del. Ensenada. Vol. XLIX No. 6 nov.-dic.192 DR. BENITO LUVIANO ERBE.

10. Revista de Actualidad Odonto-Estomatologica Española. -
Art. Protésis Especiales en un paciente con Labio y Pala-
dar hendido. No. 416 Sep. 1992. DR. LUIS TOSELLA ALBERTI
DR. T. SANCHEZ SANCHEZ.
11. Revista de la Asociación Odontologica Argentina. Art. --
Fisura Labio-Alveolo-Palatina Equipo Multidisciplinario
para su atención. Vol. 79 No. 3 Jul.-Sep. 1991
12. Practica Odontologica. Art. Corrección Quirúrgica de las
Fisuras Labiales. Vol. 11 No. 3 marzo 1990 DR. KIMURA -
TAKAO
13. Práctica Odontologica. Art. Corrección Quirúrgica de Fisura
Palatina. Vol. 11 No. 7 julio 1990.
14. Práctica Odontologica. Art. Cierre Secundario de Fisura
Alveolopalatina con la Colocación de Injerto Oseo. Vol. -
11 No. 7 julio 1990. DR. DUARTE RONCES MANUEL A.
15. Práctica Odontologica. Fisuras de Labio y Paladar Enfo-
que Multidisciplinario Vol. 10 No. 1 enero 1989. DR. --
ADES GUINDI, A. DR. RAMOS TERCERO JOSE ANTONIO
16. Práctica Odontologica. Art. Malformaciones Geneticas Labio
y Paladar Fisurado. Vol. 5 No. 7 agosto 1984. DR. JOSE --
LUIS MOLINA MOGUEL.