

127
2ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"CLINICA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO"
UNIDAD HOSPITALARIA XOCHIMILCO
1985-1993

T E S I S

QUE PRESENTA:

GONZALEZ MARTINEZ CLAUDIA MAYA

Para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA

Dirigió y Superviso:
DR. GUILLERMO ZARZA CADENA

MEXICO, D.F. 1994



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

A MIS PADRES

POR SU APOYO, AMOR Y GUIA PARA LOGRAR UNA MAS DE MIS METAS

A YOLANDA

POR ESTAR CONMIGO SIEMPRE Y Luchar HOMBRO CON HOMBRO

A JESUS

POR ENSEÑARME EL SER UNIVERSITARIO Y DARME TU SEGURIDAD

A MIS HERMANOS

TONY

YA QUE POR TU ENTUSIASMO CARIÑO Y TODO LO QUE ME HAS ENSEÑADO CON TU EJEMPLO, HE LOGRADO REALIZARME COMO PROFESIONISTA.

JESUS

POR SER MI AMIGO Y ACONSEJARME Y SOBRE TODO POR TU SEGURIDAD.

LINDA

POR TU AMOR, PACIENCIA Y ESTAR SIEMPRE EN LAS BUENAS Y EN LAS MALAS.

A MI CUÑADA Y SOBRINO

AMPARO

POR TU CARÍÑO Y SOBRE TODO POR SER MI AMIGA.

JULIAN

POR TU SONRISA QUE ME LLENA DE VIDA DIARIAMENTE

A MIS TIOS Y PRIMOS Y SOBRINOS

QUE SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO; EN ESPECIAL A: RODOLFO, JESUS
EDGAR, EDUARDO, LINDA, CARINA, JAIR, ESMERALDA, EBELYN Y JESSICA ;

POR QUE SE REALICEN PROFESIONALMENTE.

A MIS AMIGOS DE TODA LA VIDA

ARELI, CLAUDIA, GUSTAVO, MIGUEL, JOSE C., JOSE B., MIREYA, SILVIA, GABRIELA, ANGELINA,
MARISA, JOSE CRUZ Y GERMAN.

A LA ESCUELA PRIMARIA

"PEDRO HENRIQUEZ UREÑA", POR INICIARME COMO ESTUDIANTE

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

POR ALBERGARME EN SUS AULAS DESDE MI INICIACION UNIVERSITARIA
EN LA E.N.P. # 2 "ERASMO CATELLANOS QUINTO"

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

POR DARME EL CONOCIMIENTO, EL AMOR Y LA ETICA DEL CIRUJANO DENTISTA A TRAVES DE
TODOS SUS PROFESORES

AL C.D. GUILLERMO ZARZA CADENA

POR SUS CONSEJOS, GUIA Y EXPERIENCIA PARA LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

GRACIAS...

INDICE

PARTE I

INTRODUCCION	....1
CAPITULO 1	
ESTADISTICA DE POBLACION	....4
TABLA (SEXO)	....5
GRAFICA (SEXO)	....6
TABLA (EADADES)	....7
GRAFICA (EADADES)	....8
TABLA (PROCEDENCIA)	....9
GRAFICA (PROCEDENCIA)	....10
CAPITULO II	
ESTADISTICA DE RECURSOS	....11
CAPITULO III	
ESTADISTICA DE SERVICIOS	....14
TABLA (HOSPITALIZADOS)	....15
CAPITULO IV	
ENCUESTAS SANITARIAS	....16

PARTE II

INTRODUCCION	....18
CAPITULO V	
5.1 ANALISIS CLINICOS	....21
5.2 EXAMENES RADIOGRAFICOS	....26
5.3 MODELOS DE ESTUDIO	....28
DIBUJO 1	....29
5.4 APARATOLOGIA ORTODONTICA	....30
DIBUJO 2	....32
5.5 ORTOPEDIA PREQUIRURGICA	....33
DIBUJO 3	....35

CAPITULO VI

6.1 CORRECCION QUIRURGICA	...36
6.2 QUEILORRAFIA	...36
A)	...37
B)	...38
DIBUJO 4	...40
6.3 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOSSECUNDARIOS	...42
DIBUJO 5	...43
DIBUJO 6	...44
TABLA (PATOLOGIA)	...45
TABLA (DIAGNOSTICO)	...46
TABLA (CIRUGIAS)	...47
TABLA (COMPLICACIONES)	...48

CAPITULO VII

TRATAMIENTO PSICOLOGICO	...49
-------------------------	-------

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO DE FONETRIA	...53
DIBUJO 7	...54

CONCLUSIONES	...58
GRAFICA (TX. QX.)	...59
GRAFICA (INFORME FINAL)	...60
GRAFICA (TRATAMIENTO DE APOYO)	...61

BIBLIOGRAFIA	...62
--------------	-------

ARTICULOS	...64
-----------	-------

PARTE I

**INTRODUCCION
ECONOMICO-ADMINISTRATIVO**

Se establecerá una investigación en la Unidad Hospitalaria Xochimilco, de la facultad de Odontología de la UNAM, de manera estadística de los casos atendidos en la clínica de labio y paladar hendido.

El conocimiento y entendimiento de la información estadística pasada y presente, indudablemente modifican el juicio científico y administrativo y por lo tanto las decisiones futuras. Realizaremos estadísticas de; Población, Recursos, Servicios, Encuestas Sanitarias, Datos de la Clínica de LPH en la Unidad Hospitalaria Xochimilco, datos de la cirugía de LPH, de tratamiento psicológico y de fonetría.

La palabra "ESTADÍSTICA", originalmente significa; el conjunto de datos demográficos y económicos de importancia vital para el estado, convirtiéndose, en un método científico de análisis, tomando muestras de una población total; por tener recursos limitados, datos disponibles limitados y pruebas destructivas (son las que no se pueden comprobar inmediatamente).

La investigación se basará en expedientes de la Unidad Hospitalaria Xochimilco de 1985 a 1993, siendo un total de 122 expedientes llegando a conocer:

- Sexo
- Edad
- Patología
- Procedencia
- Diagnóstico
- Complicaciones
- Número de días de hospitalización

Para la comprensión y ordenamiento de los datos mencionados, deberemos establecer términos como:

- Estadística de población
- Estadística de recursos
- Estadística de servicios
- Encuestas sanitarias

DEFINICIONES

ESTADISTICA DE POBLACION

Se refiere al número total de habitantes, son una información fundamental para cualquier organismo de salud para determinar recursos y evaluar resultados, influyendo factores cualitativos subyacentes, como la distribución geográfica, estructura por edad, sexo, características socioeconómicas y dinámicas de los integrantes de la comunidad.

ESTADÍSTICAS DE RECURSOS

Se refieren a todos los medios de que se dispone en la atención a la salud para resolver los problemas de la misma o bien para evitarlos se clasifican:

RECURSOS{	{INESPECIFICOS	{Comunales	{Físicos	{hospitales {clínicas {camas de hospital
	{ESPECIFICOS	{Familiares	{Humanos	{médicos {odontólogos {químicos {enfermeras, etc.

ESTADÍSTICAS DE SERVICIOS

Se refieren al aprovechamiento de los recursos específicos disponibles. Este tipo de estadísticas convierte la demanda satisfecha. Se presentan tanto en forma absoluta como en forma relativa. Podemos obtener un censo diario o un promedio de días de estancia, porcentaje de ocupación de Hospital para obtener la demanda de camas de hospitalización, ingresos, egresos, traslados, pases, etc.

ENCUESTAS SANITARIAS

Es un método de investigación que se lleva a cabo en una extensión geográfica determinada por personal adiestrado, para conocer situaciones generales, especiales y particulares que puedan influir directa o indirectamente sobre la salud individual o colectiva.

Los datos recogidos sirven de base para formular y desarrollar planes racionales, para promover, mantener, proteger y superar la salud del individuo y de la colectividad. Se recurre a cuestionarios, formularios, etc.

CAPITULO I
ESTADISTICA DE POBLACION

Se refiere al número total de habitantes, son una información fundamental para cualquier organismo de salud para determinar recursos y evacuar resultados, influyendo factores cualitativos subyacentes, como la distribución geográfica, estructura por edad, sexo, características socioeconómicas.

La distribución geográfica comprende: Número por procedencia, ubicación en Rural o Urbana y densidad particular de cada estado.

La estructura por edad y sexo es básica por la diferencia que existe entre los estados de Salud-Enfermedad en cada caso, dando así como porcentaje de evolución de la fecundidad, mortalidad y movimientos migratorios.

Las características socioeconómicas de los componentes de la población son las siguientes:

- a) Estado Civil**
- b) Aspectos Económicos**
- c) Aspectos Educativos**
- d) Situación en Estructura Familiar**

Un análisis de la Estructura según en Estado Civil permite determinar de manera indirecta la influencia que ejerce sobre la fecundidad de la Población, el efecto de no casarse y la edad en que se contrae matrimonio, las consecuencias de ser viuda y la separación sobre la fecundidad.

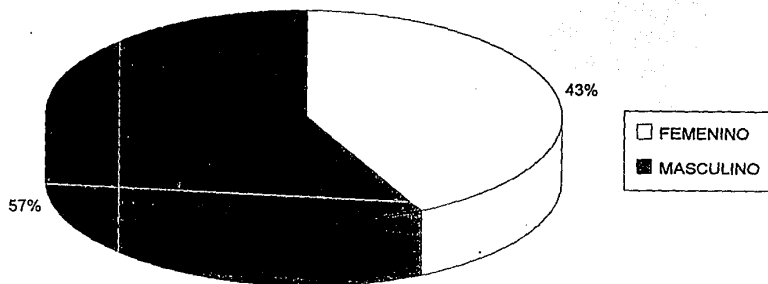
La dinámica de la población se relaciona con los aumentos y disminuciones de la misma.

La estadísticas de Población de la Unidad Hospitalaria Xochimilco se basaron en 122 expedientes de pacientes de Labio y Paladar Hendididos, obteniendo las siguientes Gráficas Estadísticas de Población.

SEXO

SEXO	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
FEMENINO	52	1	8	10	8	4	9	5	5	2
MASCULINO	70	2	13	16	7	7	10	8	5	2
TOTAL	122	3	21	26	15	11	19	13	10	4

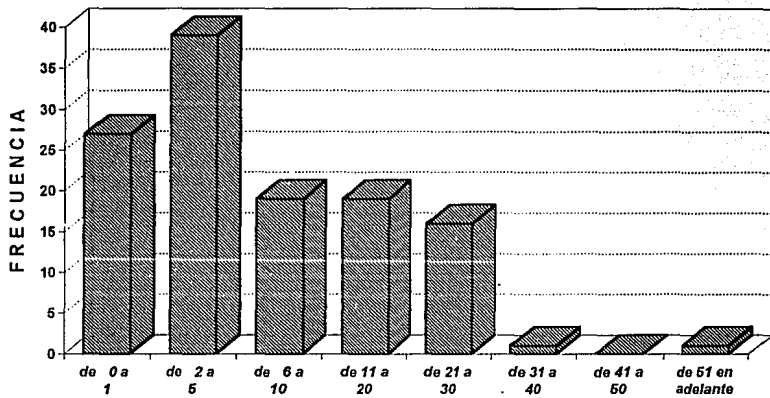
SEXO



E D A D E S

EDADES	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
de 0 a 1	27	1	3	6	3	4	4	4	1	1
de 2 a 5	39	0	6	8	2	3	9	4	6	1
de 6 a 10	19	1	5	5	5	0	1	2	0	0
de 11 a 20	19	1	4	4	2	0	3	2	2	1
de 21 a 30	16	0	3	3	2	3	2	1	1	1
de 31 a 40	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
de 41 a 50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de 51 en adelante	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	122	3	21	26	15	11	19	13	10	4

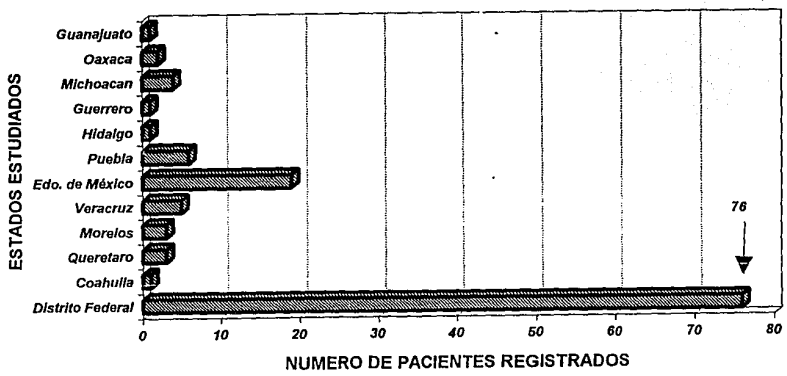
EDADES PRESENTADAS



PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Distrito Federal	76	1	12	18	14	4	11	8	5	3
Coahuila	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Queretaro	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Morelos	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Veracruz	5	0	2	1	0	0	0	1	1	0
Edo. de México	19	2	2	5	1	1	3	3	3	0
Puebla	6	0	3	1	0	1	1	0	0	0
Hidalgo	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Guerrero	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Michoacan	4	0	0	1	0	1	1	0	1	0
Oaxaca	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Guanajuato	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL	122	3	21	26	15	11	19	13	10	4

PROCEDENCIA



CAPITULO II
ESTADISTICA DE RECURSOS

Se refiere a todos los medios de que se dispone en la atención de la Salud para resolver los problemas de la misma o bien para evitarlos.

Los recursos se clasifican en inespecíficos y específicos; los específicos consideran los recursos físicos y humanos, siendo los físicos Centros de Salud, Hospitales, Clínicas, Camas de Hospital, Aparatos de R-X y Equipo, directamente relacionados a acciones de salud, que constituyen la capacidad instalada. Los Humanos son Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químicos, Enfermeras, Camilleros, etc.

La cama de intervención o cama censable, es el recurso físico más conocido y utilizado en Servicios Hospitalarios, interesando la capacidad anual, en número total, la capacidad de camas y las camas de dotación que son las que se encuentran instaladas.

La capacidad total da la importancia de cantidad relacionada con la Población. La capacidad de camas se refiere al número óptimo de camas en un piso, servicio u hospital.

USO Y CONSUMO

Como Cirugía de Especialidad bajo anestesia general, cada Cirugía de Labio y Paladar Hendido, requiere instrumentos de Cirugía General, instrumental Especializada y Ropa.

I.- Ropa con características y cantidad para cada intervención Quirúrgica.

1) Bulto Estéril para campo operatorio compuesto de:

- 2 compresas dobles de envoltura
- 1 sabana doble (mesa de riñón)
- 1 sabana hendida (campo operatorio)
- 4 campos dobles
- 4 batas quirúrgicas
- 4 toallas para secado de manos

2) Instrumental

- 1 funda Mayo
- 2 Compresas p/cánula
- 2 compas dobles
- 2 compresas p/mando de lampara
- 2 compresas para tubo látex

3) Equipo de Aseo

- Compresas dobles

4) Mesa de operaciones

- 1 sabana (no estéril)
- 1 compresa sencilla (cabeza)
- Cirujano, Instrumentista
- 1er y 2o. ayudante

5) Anestesiólogo

- 2 compresas p/bulto geringa
- 2 compresas p/tubo látex
- 2 compresas p/tubo cánula aspirado

6) Ropa Cirujano

- 1 filipina
- 1 pantalón
- 1 botas lona

7) Pacientes encargados

- 2 sábanas por cama
- 1 funda
- 1 colcha
- 2 cobertores

8) Ropa Residentes

- 2 sábanas
- 1 funda
- 1 colcha

9) Para secado

- compresas de envoltura del mismo equipo
- Instrumental

10) Oxígeno (C.X.)

- 5lt por minuto a presión por consumo aproximado por tanque
- 12 horas por tanque
- Tiempo de cada intervención con anestesia general (2 a 3 horas).

CAPITULO III
ESTADISTICAS DE SERVICIO

Se refiere al aprovechamiento de los recursos específicos disponibles: Ex Rx, Ex de Lab., Modelos de Estudio Aparatología Ortodóntica.

Este tipo de Estadística convierte la demanda satisfecha, siendo absoluta o relativa.

Obtenemos un censo diario o un promedio de días de estancia, porcentaje de ocupación de la Clínica para obtener el requerimiento de camas de Hospitalización, ingresos, egresos y traslados.

Las demandas estadísticas de servicio se refieren:

- a) **CENSO DIARIO**: Información sobre el número de pacientes que están ocupando una cama en el Hospital en un momento dado.
- b) Promedio de días de estancia.
- c) Porcentaje de ocupación del Hospital, señala la presión de la demanda sobre las camas de Hospitalización.
- d) Promedio de ocupación, correspondiente al promedio diario de enfermos hospitalizados.
- e) Coeficiente de atención hospitalaria, relacionando el número de ingresos anuales, es un indicador de usos de servicios y movilidad.
- f) **INGRESOS**: Es la entrada oficial de un paciente en un servicio de hospitalización con fines de diagnóstico, tratamiento o estudio (Admisión).
- g) **EGRESOS**: Es la salida de un paciente de un servicio de hospitalización que puede ser por curación, mejoría voluntaria, fuga, defunción o traslado (Alta).
- h) **TRASLADO**: Es la transferencia de un paciente de un servicio a otro con el propósito de que continúen su tratamiento.
- i) **PASE**: Es la transferencia de un paciente de un servicio a otro dentro del mismo Hospital.

HOSPITALIZADOS

NUMERO DE DIAS HOSPITALIZADOS	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
1	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0
2	54	0	10	10	3	6	13	5	4	3
3	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NO	63	2	11	16	11	4	6	7	5	1
TOTAL	122	3	21	25	15	11	19	13	10	4

CAPITULO IV
ENCUENTAS SANITARIAS

La Encuesta Sanitaria es un método de investigación que se lleva a cabo en una extensión geográfica determinada, por personal adiestrado, con objeto de conocer las situaciones generales, especiales y particulares de una Institución que influyen o puedan influir directa o indirectamente sobre la Salud individual y colectiva.

Los datos recogidos sirven de base para formular y desarrollar planes racionales, para promover, mantener, proteger y superar la salud del individuo y de la colectividad. Las encuestas se realizan con formularios, cuestionarios o entrevistas personales.

Los objetivos de las encuestas son los siguientes:

- 1) Investigar y analizar los recursos y los servicios de salud que existen.**
- 2) Obtener conocimiento completo y claro de los problemas individuales y colectivos que puedan afectar la salud de la comunidad.**
- 3) Determinar la frecuencia de las enfermedades que requieran servicios de salud.**
- 4) Investigar y valorar la cantidad y calidad de las actividades y los servicios proporcionados, analizando eficacia y determinando eficacia del personal empleado.**
- 5) Estudiar el costo de los servicios de salud en relación con los resultados obtenidos.**
- 6) Interesar a los individuos de la comunidad hacia las labores de salud.**
- 7) Reconocer las relaciones existentes entre los organismos de salud pública y la colectividad.**
- 8) Aplicar la investigación sanitaria.**

Las fases para el desarrollo de una encuesta sanitaria son las siguientes:

I.- Fase preliminar o de Preparación, se divide en:

- a)** Información bibliográfica; Bioestadística, Informes Oficiales, Informes particulares, Datos Geográficos, Datos Históricos, etc.
- b)** Fijación de objetivos
- c)** Determinar la magnitud de la muestra
- d)** Elaboración del contenido
- e)** Preparación del equipo
- f)** Presupuesto
- g)** Adiestramiento del Personal
- h)** Preparación de la comunidad

II.- Fase de Desarrollo de la encuesta.

Recolección de datos con base en el contenido previamente elaborado.

III.- Fase de Tabulación y Análisis de Datos.

IV.- Fase de Elaboración de conclusiones y Recomendaciones.

V.- Fase de Información al Público y a las Autoridades.

VI.- Fase de formulación del programa Sanitario-Social.

El contenido de una Encuesta Sanitaria General es el siguiente:

- a)** Factores de Ambiente
- b)** Estadísticas de Población, Vitales, de Recursos, de Servicios y de Morbilidad.

PARTE II

INTRODUCCION

La ODONTOLOGIA es una rama especializada de la medicina; la demanda de sus servicios ocupa uno de los primeros lugares de Consulta Externa, efectuando labores de promoción, prevención, reparación y rehabilitación, la cuál debe ser guiada por una administración para determinar; atención, valorar tratamiento, consultas, etc.

El labio fisurado (Queiloquisis) y el paladar fisurado (Palatosquisis), son patologías congénitas, que se clasifican según la posición normal del conducto nasopalatino que separa las hendiduras del labio y borde alveolar (paladar primario), de las de paladar duro y paladar blando (paladar secundario)

Tienen una frecuencia que varía según la raza (OMS) 1x100,000 nacidos vivos 1 por cada 700 en nacimientos causativos vivos, 1 por cada nacimiento de raza negra y 1 por cada 400 orientales vivos, en Hawai 1 por cada 280 nacidos vivos y en México 1 por cada 700 nacidos vivos.

Su etiología es de base genética no predecible, de un 25 a un 30% es de evidencia familiar; anomalías cromosómicas, síndromes, trisomía autosómica, incluyendo Labio y Paladar Hendido; factores familiares, disminución de nutrición, drogas, energía radiante, alteraciones de líquido amniótico, hipoxia y afecciones vírales.

La incidencia varía según la época del año, clase social, grupos étnicos y grupos religiosos. Hay recurrencia de 4% después del primer hijo, 9% después del segundo hijo, y 17% de un padre afectado con un hijo afectado. En la mujer aumenta el riesgo para tener un hijo con Labio y Paladar Hendido. A mayor grado de expresión del defecto en los padres afectados mayor es el riesgo.

El Labio y Paladar Hendido es la falta de unión de los segmentos maxilares, puede ocurrir entre la primera y cuarta semana de vida intrauterina. Presenta alteraciones en LPH no operados tales como:

- Crecimiento del tercio medio normal
- Protusión maxilar con tendencia a clase II esquelética
- Dimensión transversal aumentada
- Crecimiento mandibular normal
- Overjet aumentado
- Incisivos superiores vestibularizados

Las alteraciones que se presentan en pacientes operados son las siguientes:

- Hipoplasia maxilar
- Retrusión del tercio medio
- Pseudoprogнатismo
- Mordida cruzada posterior y anterior

El índice de deformidades congénitas presenta los siguientes porcentajes; 25% de LPH aislado, 50% de LPH combinados, 82% de grado IV y en labio unilateral grado III (VEAU), 38% secuela de hipoplasia maxilar en pacientes operados de LPH.

La Asociación Americana de Labio y Paladar, presenta la siguiente clasificación:

1) PREPALADAR

- a) LABIO
- b) PROCESO ALVEOLAR

2) PALADAR

- a) PALADAR DURO
- b) PALADAR BLANDO

LA EVALUACION DE HENDIDURAS

GRADO MINIMO Anomalías incompletas respetando la porción nasal y proceso alveolar como palatino.

GRADO MAXIMO Alteraciones combinadas de labio y paladar hendido completa con un 82% de frecuencia.

Para la atención de pacientes con Labio y Paladar Hendido, requiere de un equipo multidisciplinario para su atención, como lo son:

PERSONAL QUIRURGICO

- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Reconstructiva

PERSONAL DE APOYO Ortopedia Maxilofacial
Ortodoncia
Rehabilitación
Odontopediatra
Prótesis Estomatológica
Terapeuta de Lenguaje
Foniatra

PROCEDIMIENTO PREVIO DE CIRUGIA DE LPH

- Consejo genético básico
- Orientación Familiar y de la pareja
- Indicaciones de conductas a seguir hacia el hijo afectado y en el medio social
- Valoración pre-quirúrgico
- Valoración y aplicación de aparatos ortopédicos maxilares
- Evaluación conjunta de la Clínica

El objetivo de la cirugía de LPH es lograr, estética, armonía de labio y nariz, lograr el cierre adecuado y completo de la boca para la succión y alimentación, estabilidad y simetría de labio en relación a la cara.

El tratamiento quirúrgico es bajo anestesia general, con las características clínicas requeridas para la intervención, si se realiza a un tiempo oportuno se tiene un 50% de éxito.

En casos leves la cirugía correctiva y precoz del labio fisurado es única. En casos complejos de labio bilateral completo, asociados a PH y procesos alveolares, el número de procedimientos incluyen 3 o más cirugías adicionales.

Hay un tipo quirúrgico de segundo nivel: Plastía de labio incompleto unilateral sin alteraciones nasal importante. La cirugía de tercer nivel de labio y paladar, en fisuras unilaterales complejos y amplias de grado III.

Las técnicas quirúrgicas de queiloplastía son variables como las de Millard, Rotación-Avance, Tennison-Randall, Lemesuire, Cronir, Verdeja. La ventaja de incisiones angulares que evita el acortamiento de el labio superior postoperatorio al interrumpir la cicatrización con colgajos cuadrados y triangulares.

CAPITULO V
CLINICA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO
(PRE CLINICA)

5.1.- ANALISIS CLINICOS

Son métodos auxiliares de diagnostico, llamados exámenes de laboratorio, utilizados para la mayor parte de procedimientos quirúrgicos bucales.

En relación a costos, es mejor individualizar las pruebas de laboratorio que se apoyan en la historia completa del paciente y en el examen físico.

Previo el conocimiento de la anamnesis, tendremos marcado interés en la exploración cardiocirculatoria y respiratoria, señalando la importancia de descubrir otras malformaciones asociadas a la fisura palatina, Labio Hendido y Síndrome de Pierre Robin, con la que hay que contar y no es infrecuente hallar, como son: CIA, la C.I.V. y el Famot entre otras, las cuales condicionan nuestro proceder y hasta posponer la intervención de dicho problema complementaremos esta exploración con el pulso y C.A.T.A.

EDAD	FRECUENCIA	T.A.
	PULSO/MINUTO	
Recién Nacido	120	75/30
6 Meses	120	85/65
9 Meses	115	90/65
1 Año	115	95/65
2 Años	110	95/60
6 años	95	100/60

Al descartar un estado febril de gran interés para descubrir los pródromos de una enfermedad infecto contagiosa que obligue a suspender la intervención. Valoremos el desarrollo ponderal mediante el peso y la talla.

E D A D	PESO (kg)	TALLA (CM)
Recién Nacido	3	50
6 Meses	6	66
9 Meses	9	71
1 Año	10	75
2 Años	13	87
4 Años	16	103
6 Años	22	117

Como pruebas complementarias incluimos la RX de Tórax; las pruebas de Laboratorio en Sangre y Orina.

HEMATOCRITO Y HEMOGLOBINA

Si existe la sospecha clínica de anemia (Pálidez, Dieta deficiente, Retraso en el desarrollo, Infestación Parasitaria, Indiferencia) o hay antecedentes de esta, se realiza una cuantificación precoz de Hematócrito y Hemoglobina. Cuando el procedimiento presupone pérdida significativa de sangre o posible transfusión, o ambas, deberá efectuarse la misma determinación. Las concentraciones normales de electrolitos y hemoglobina (Hematócrito), indican hidratación normal, mientras que las elevaciones de Sodio y Hemoglobina sugieren deshidratación.

HEMATOCRITO.- Es el porcentaje de la masa celular roja de la sangre, proporcionan datos de anemia, policitemias y leucopenias.

HEMOGLOBINA.- Compuesto cargador de oxígeno contenido en las células rojas de la sangre. Si su valor está aumentado indica anemia hemofílica o lagunas hemofílicas intravasculares. Si es disminuido, anemias y hemorragias.

HEMATOCRITO Y HEMOGLOBINA.- Solo si existe sospecha clínica de anemia, o hay antecedentes de esta.

QUIMICA SANGUINEA

A) ANALISIS DE SUERO SANGUINEO.

COMPONENTES	VALORES NORMALES
a) Glucosa	80-120 mg.
b) Acido Urico	4.3-8 mg/100 ml. 2.36mg/100 ml.
c) Urea	15-38mg/100 ml.
d) Creatinina	0.8-14mg/100 ml. 0.6-0.9mg/100 ml.
e) Fósforo	3.45 mg%
f) Fosfatasa Alcalina	0.8-2 unidades
g) Proteínas totales	6.8 g. %
h) Albúmina	3.5-5.5 g. %

a) *GLUCOSA*.- Producto del Metabolismo de los Carbohidratos, es la principal fuente de energía, de los Seres Vivos y es el principal glúcosido circundante.

HIPERGLUCEMIA.- Diabetes mellitus, gigantismo, Stress, estados convulsivos.

HIPOGLUCEMIA.- Enfermedades pancreáticas, fibrosarcoma, enfermedad endocrinas.

b) *ACIDO URICO*.- Producto final del metabolismo de purinas y se excreta por orina, su presencia es importante en disfunciones renales.

c) *UREA*.- Producto terminal del metabolismo proteico excretado por la orina. Es un índice importante de la función renal.

e) *FOSFORO*.- Indispensable en mineralización de huesos y dientes. Su aumento se presenta en la insuficiencia renal y disminuye en el hiperparatiroidismo.

f) **FOSFATASAS ALCALINAS.**- Valores aumentados de ictericia obstructiva, tumor metastásico óseo, enfermedad de Piaget, embarazo con influencia de la calcificación de huesos.

g) **PROTEINAS TOTALES.**- Albúmina y globulinas sintetizadas en hígado una disminución puede tener graves consecuencias como Edema o Debilidad del Huésped a infecciones. Son degradadas para formar aminoácidos.

h) **ALBUMINA.**- Se forma en los músculos, es un índice del metabolismo endógeno.

B) VALORES NORMALES ELECTROLITOS.

COMPONENTES	(Símbolos)	V. NORMAL
COLORO	Cl	100mEg/1 (96-100)
POTASIO	K	4.5.mEg/1 (4.5-5)
SODIO	NA	142mEg/1 (135-46)
MAGNESIO	Mg	1.5-2.5mEg/1

COLORO.- Regulador de ION Bicarbonato contenido en el fluido extracelular.

POTASIO.- Función de excitabilidad muscular. Considerado el catión principal intracelular del organismo.

SODIO.- Principal electrolito relacionado con el sostenimiento del balance Agua-Sal. Con altos niveles se retiene y disminuido estimula la excreción de agua.

MAGNESIO.- Importante en la unión neuromuscular, regulando enzimas especiales, facilita el transporte de NA y K a través de la membrana celular. El aumento ocurre en casos de insuficiencia renal, y su disminución en casos de alcoholismo crónico, diarreas, pancreatitis aguda y quemaduras graves.

ANALISIS DE CUAGULACION

El recuento total de plaquetas y el tiempo de coagulación confirman los efectos en el mecanismo de coagulación primario. El tiempo de TP y el TPT detectan defectos en el proceso de coagulación. Pruebas de función plaquetaria y la determinación del factor específico se realizan para precisar la fisiopatología de un trastorno de la coagulación.

a) Tiempo de sangrado.- Valores normales, método de Duke, 1-4 min., Tiempo prolongado, Desordenes plaquetarios, defectos de coagulación.

b) Tiempo de Tromboplastina.- (TPT) Anormalidades deficientes en los factores de coagulación I, II, V, VI, IX, X, XI.

c) Tiempo de Protombina.- (TP) En manejo de pacientes con terapéutica anticoagulante. Anormalidades, deficiencias en factores II, V, VII, X.

d) Contaje de Plaquetas.- Intimamente ligadas a la hemostasia. Promedio normal 150,000-350,000/mm³

En niños sanos no se recomiendan análisis de (TPT, TP), sin excluir preguntas acerca de hemorragias o hematomas en el paciente o sus familiares.

URIANALISIS

Se indican cuando el paciente presenta antecedentes de infecciones de vías urinarias, retraso de crecimiento, hipertensión arterial, o historia familiar de defectos renales, solo en ese momento son recomendables en niños sanos. Además es útil cuando la cirugía será prolongada o se requerirán líquidos de reposición por vías intravenosa o transfusiones voluminosas.

El color de la orina depende de la gravedad específica, puede ser turbia sino se presenta adecuadamente como resultado de una proliferación de bacterias. Si aparece un color de apariencia normal en un espécimen fresco se debe descartar la posibilidad de ingestión de alimentos, drogas o tintes.

ELEMENTOS	CARACTERISTICAS
Color	Pajizo
Olor	Moderado
Aspecto	Transparente
Densidad	1025-1030
pH	4.5-8.0
Proteínas	Ninguna
Glucosa	Ninguna
Cetonas	Ninguna
Otros azúcares	Ninguna

PESO ESPECIFICO.- Aumenta con la fatiga, sudoración, diarreas, diabetes, disminuye con la excesiva ingestión de líquido. Su peso normales. Datos anormales obligan a realizar estudios accesorios en orina y sangre. Al encontrarse glucosuria e hiperglucemia leves se utiliza la prueba de tolerancia a la glucosa para detección de diabetes.

pH.- El cambio puede ser una indicación de la habilidad del riñón en excretar el exceso de ION Hidrógeno. En ciertas ocasiones el pH de la orina puede estar controlado dentro de un registro alcalino con drogas y dietas.

5.2.- EXAMENES RADIOGRAFICOS

Es necesario un examen radiográfico completo para destacar:

- A)** Estados periapicales patológicos cuyo tratamiento puede requerir inmovilización de la mandíbula después de la intervención.
- B)** Para estimar la estabilidad de dientes en los tejidos de sostén y su facultad para soportar el esfuerzo de aparatos de fijación.

Al tomar radiografías, ya sean de tórax, dentoalveolares, oclusales, panorámicas, laterales o posteroanteriores, tendremos información que la inspección, palpación, percusión ó auscultación no nos dan.

Para cada problema de deformación individual o patológico, existe una solución apropiada, apoyada de los auxiliares de diagnóstico.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

A menos que haya antecedentes de asma, atelectasia, neumonía, infecciones sinopulmonares, defectos congénitos (quiste pulmonar), o hallazgos anormales en la auscultación del tórax, no hay causa que justifique radiografías de tórax preoperatorias en niños, ya que dichos exámenes constituyen una exposición innecesaria a la radiación.

RADIOGRAFIA DENTOALVEOLAR

Información precisa en morfología dental con relación en el plano frontal, sin apreciar la dirección del diente, forma y longitud, así como su posición patológica primaria. Por el contrario observamos los tejidos internos del diente, del parodonto y estructurado anatómicas adyacentes.

RADIOGRAFIA INTRAORAL OCLUSAL

Analiza relaciones en el plano horizontal, sobre la bóveda palatina o relación vestibulo lingual.

- Diagnóstico de fracturas intermaxilares.
- Visualización de conductos lacrimonasales.
- Determina posición palatina o vestibular de dientes incluidos.
- Localización de procesos quísticos.

Distinguimos

- Arcada Superior
- Sutura Intemaxilar, conductos lagrimo nasales, agujero palatino anterior y fosas nasales.
- Arcada inferior
- Apófisis Geni

RADIOGRAFIA PANORAMICA (ORTOPANTOGRAFIA)

Radiografía extrabucal por corte corporal, que permite ilustrar en una sola lámina todo un maxilar o ambos maxilares.

Hay 3 técnicas diferentes: De Uno, Dos y Tres ejes

a) P. DE UN EJE.- Imagen soberbia de la sínfisis mentoniana con deterioro de imagen a medida que nos acercamos a los cóndilos, presenta fuerte irradiación de las mucosas.

b) P. DE DOS EJES.- Representa una mandíbula como una estructura curva compuesta por dos arcos de distinto centro (derecho e izquierdo). Ambas exposiciones comparten una sola película sensible una del lado izquierdo y otra del lado derecho. Se presenta doblemente la región mentoniana, por su doble exposición.

c) P. DE TRES EJES.- Concibe la mandíbula como una curva compuesta de tres arcos de diferente centro, uno central y dos laterales. Se observa la arcada dentaria superior, los senos maxilares, las fosas nasales, el proceso pterigoides, el proceso estiloides y los arcos cigomáticos como estructuras relevantes.

RADIOLOGIA CRANEANA LATERAL

Las imágenes representadas en esta radiografía son:

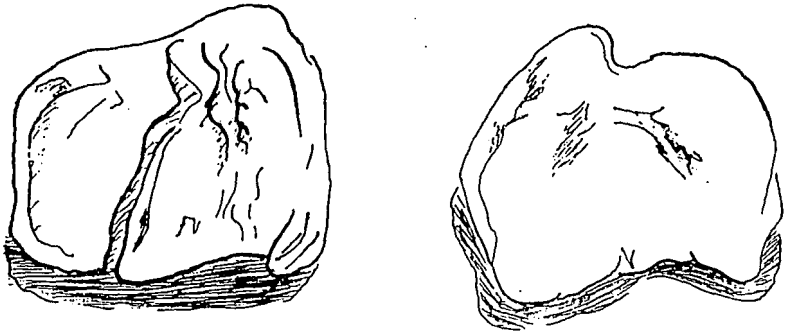
- Bóveda Craneana
- Silla Turca
- Seno Esfenoidal
- Maxilares

5.3.- MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de piedra artificiales, son imprescindibles para estudios preoperatorios de la relación oclusal.

Los primeros modelos indican la oclusión preoperatoria del paciente, y se pueden comparar con los resultados postquirúrgicos.

DIBUJO 1



Formas ancha y estrecha y que puede presentarse una fisura palatina desde el nacimiento. De gran interés para indicar o no un tratamiento ortopédico preoperatorio

Los modelos preoperatorios; indican los ajustes pre-operatorios de oclusión, que se llevaran a cabo en un movimiento conjunto de los dientes inferiores durante la intervención.

Al ocluir los modelos en la relación deseada, se encontrarán contactos prematuros. Se realiza la equilibración pre-quirurgica, desgastando uno a uno los planos inclinados de cada diente en el modelo. El mismo ajuste de cada diente, se realiza en boca. Se realiza un equilibrio final cuando hay movimiento, previa cicatrización.

Al emplear osteotomía mandibular, los modelos de estudio se seccionan preoperatoriamente. Se cortan secciones medidas a cada lado del arco para determinar la relación oclusal y de las arcadas.

Se consideraran modelos de estudios al estar montados en un articulador semiajustable. Si han sido montados con ayuda de un arco facial y si el articulador ha sido ajustado con registros oclusales laterales, se puede conseguir una imitación razonablemente exacta de los movimientos madibulares.

De los modelos de estudio articulados se puede sacar una gran cantidad de información, que va a ser de gran ayuda para diagnosticar los problemas existentes y para establecer un plan de tratamiento o tratamientos que mejor cumplen las necesidades del caso, la dirección y el grado de movimientos de los segmentos se establecen el movimiento ortodóntico antes o después de la operación. Se construyen sobre los movimientos seccionados soportes guías operatorios exactos y férulas de inmovilización post-operación. (Ver dibujo 1).

5.4.- APARATOLOGIA ORTODONTICA (Movimientos de dientes)

Desde los primeros días que siguen a la reconstrucción primaria del labio y del paladar fisurados se observa un desplazamiento del maxilar superior consistente en colapso de los fragmentos óseos en sentido transversal y retroposición de los mismos en sentido anteroposterior. Estas alteraciones morfológicas óseas que comienzan en el postoperatorio inmediato no se detienen sino que van evolucionando a lo largo de todo el crecimiento. En consecuencia la endognatia se agrava.

La única arma terapéutica que disponemos para evitar estas deformidades en la ortodoncia.

Actualmente no podemos admitir la cirugía sin la ortodoncia, ya que su importancia es de igual magnitud que el quirúrgico y sus objetivos también son estéticos y funcionales.

ORTODONCIA PURA

Se inicia alrededor de los once años. En esta fase deben corregirse las malformaciones dentarias consiguiendo una articulación normal.

En la última fase, queda coronada con la colocación de una prótesis dentaria que al mismo tiempo que reemplazaría la pérdida de los dientes, mejorando es aspecto estético, cumplirá con sus otras dos funciones la de contención y la de masticación. (Ver dibujo 2)

Cada una de estas fases dura más de un año. Están separadas por periodos de contención durante los cuales se reeduca al niño fonéticamente.

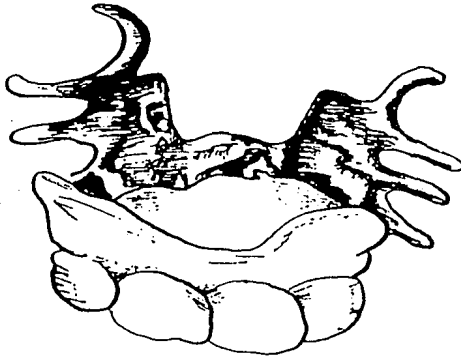
La vigilancia del Estado de los dientes debe ser especialmente cuidadosa en todo momento, a fin se conservar al máximo el elemento fundamental en el que se apoya el tratamiento: El Diente. El tratamiento se ha dividido en tres fases:

- 1.- Cirujano Maxilofacial
- 2.- Cirujano y Ortodoncista
- 3.- Ortodoncista

Llegan casos al cirujano como al ortodoncista, niños e incluso adultos en que todo su tratamiento se limitó al cierre del labio y paladar. En todos ellos las deformaciones esqueléticas, especialmente referidas al maxilar superior, son evidentes. Lo más frecuente es hallar un maxilar superior pequeño y en retroposición. Le siguen en orden de frecuencia el maxilar superior pequeño y en retroposición asociado a un maxilar inferior grande y adelantado, que se debe a que el maxilar inferior, al ocluir en posición invertida, no tiene el freno del crecimiento que representa la oclusión norma con los incisivos superiores. En estos casos, si se trata todavía de un hueso en crecimiento, podemos intentar su corrección mediante aparatología mixta (placas de expansión y mentoneras). En los casos en que puede considerarse que el hueso ha finalizado ya su desarrollo (14-16 años), sólo un arma terapéutica podrá restablecer el aspecto físico y funcional del paciente: LAS OSTEOTOMIAS MAXILARES.

DIBUJO 2

Prótesis dentaria colocada al final del tratamiento para mejorar la estética, la masticación y asegurar la contención.



5.5.- ORTOPEDIA (MOVIMIENTO DE MAXILARES)

FINALIDAD: Regularizar la Arcada maxilar, evitando y corrigiendo:

- Deformidades óseas
- Anomalías de erupción dentaria
- Trastornos de crecimiento

En el tratamiento ortopédico-ortodóncico del fisurado distinguiremos tres fases:

- I.- Ortopedia Pura
- II.- Mixta u Ortodontopédica
- III.- Ortodoncia Pura

ORTOPEDIA PURA

Coloca los fragmentos óseos en que se halla dividido el maxilar superior en posición normal respecto a las bases craneales y respecto al maxilar inferior.

ORTOPEDIA PREOPERATORIA

Comienza antes del cierre de la fisura labial. Está indicada sólo en formas especiales de labio fisurado.

A) ORTOPEDIA PRE-QUIRURGICA DEL LABIO UNILATERAL TOTAL CON FISURA PALATINA UNILATERAL TOTAL. El Tx se realiza en aquellas formas en que los fragmentos maxilares son hipoplásicos y además están colapsados ya ante la intervención labial.

En estos casos colocamos una placa de resina partida siguiendo la fisura con un tornillo de expansión colocado anteriormente y una fijación posterior a fin se conseguir una expansión de abanico.

La fijación de este tipo de placa puede conseguirse mediante anclaje extraoral.

En la actualidad se ha suprimido este anclaje comprobando que la placa si está bien adaptada se sostiene por si sola sin dificultad. (Ver dibujo 3)

A las 48 horas después de la intervención labial, que en estos casos va acompañado de un injerto óseo primario, colocaremos una placa de contención similar a la anterior pero rígida (sin estar partida y sin tornillos de expansión) y la mantendremos durante 5 meses.

B) ORTOPEDIA PREOPERATORIA DEL LABIO BILATERAL TOTAL CON FISURA PALATINA BILATERAL TOTAL. (Formas dependientes de la protusión de la premaxila).

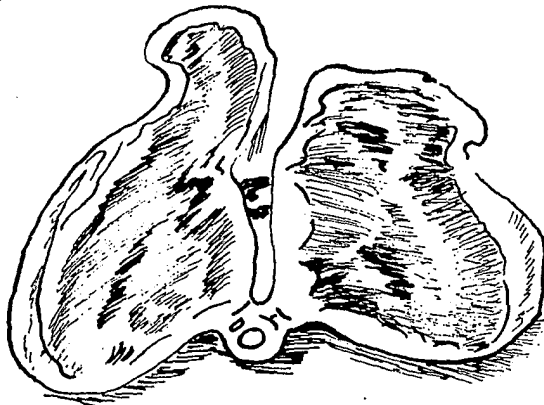
La indicación de instaurar un Tx pre-operatorio viene determinada de 2 factores:

- Por el grado de protusión de la premaxila
- Por el momento en que es visto el paciente.

Su misión es retroceder la premaxila protruida. En las formas de pequeña protusión no instauraremos Tx Ortopédico, nos limitaremos a cerrar el labio, el cual por la presión que ejercerá sobre la premaxila hará que esta retroceda a su posición normal.

En formas de mediana protusión se realizará un Tx Ortopédico con el fin de retroceder la premaxila. la aparatología consta de una placa palatina que no incluye la porción de la premaxila con anclaje extraoral y un gorro.

DIBUJO 3



Placa de expansión sin fijación externa, utilizada en la fase de ortopedia pura preoperatoria.

CAPITULO VI
CIRUGIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

6.1.- CORRECCION QUIRURGICA

La corrección quirúrgica es un tratamiento de prevención secundaria, el labio puede operarse después de los tres meses, el paladar a los 18 meses, en un tratamiento efectivo, con una gran variedad de tipos de labio hendido, y por lo tanto, es incorrecto tratar de resolver con una sola técnica todos los casos, ya que no todos los labios son idénticos, ni las hendiduras palatinas tienen el mismo grado de deformidad.

Las dificultades técnicas para reparar un labio bilateral son mayores que en las fisuras labiales unilaterales y los resultados no son tan satisfactorios.

La operación generalmente se efectúa en la 3a. y 4a. semana de edad, cuando el lactante normal ha recuperado el peso que tenía al nacer.

Ya que hay grandes variaciones en el grado de deformidad como se aprecia en el ancho de la fisura, que en la calidad y la cantidad de los tejidos, no puede fijarse un tiempo único para obtener los mejores resultados quirúrgicos. Sin embargo, la mayor parte de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente entre las edades de 18 meses a tres años. Los cirujanos que aconsejan la palatorrafia antes de los 9 meses de edad, subrayan la ventaja del desarrollo muscular en la restauración de la posición funcional para la deglución, la fonación temprana y la acción en la trompa de Eustaquio.

Los partidarios de intervenir a los 6 años o después subrayan la necesidad de evitar alteración quirúrgica a las partes en desarrollo de los maxilares, y tener músculos más grandes y precisos.

6.2.- QUEILORRAFIA

La queilorrafia, es la reparación quirúrgica del labio Hendido, en pacientes con optima condición física, realizándose en la 3a. a 4a semana de edad.

El primer problema de alimentación se ha solucionado por medio del adiestramiento cuidadoso, usando un biberón blando con abertura grande o una pera de caucho para dar la fórmula alimenticia.

Los defectos estructurales de la hendidura labial y palatina impiden la presión bucal negativa necesaria para una succión efectiva.

Ya que se requiere mayor volumen de aire, el lactante debe alimentarse lentamente mientras se sostiene con la cabeza elevada.

A) ANATOMIA QUIRURGICA.

Labio hendido.

La fisura del labio superior comprende la pérdida del importante complejo muscular del orbicular de los labios. Sin el control de este grupo muscular que actúa de Esfínter, las partes en desarrollo del maxilar fisurado se desvían para acentuar la fisura del reborde alveolar cuando se lo observa en el momento del nacimiento.

En todas las fisuras del labio existe un defecto de nariz, que varía desde una leve asimetría hasta la ausencia de las coanas y una grave deformación del cartílago del ala de la nariz y del tabique.

La premaxila y el prolabium se encuentran desviados, alejándose de la fisura en los casos unilaterales y proyectándose hacia adelante en las fisuras bilaterales del labio y paladar, reflejando el crecimiento en estructuras de la línea media, comparando con estructuras laterales.

Así, la premaxila que no está controcada por el labio se desvía para acentuar la fisura en los casos unilaterales y protuye en fisuras bilaterales completas del labio y paladar primario.

El suministro sanguíneo de todas estas estructuras es excelente.

Paladar hendido.

La función palatina es necesario para la formación y la deglución normales. El paladar duro forma la división entre las cavidades bucal y nasal, mientras que el blando funciona junto con la pared faríngea en una importante acción válvular denominada mecanismo velofaríngeo.

En la fonación normal esta acción válvular es intermitente, rápida y variable, para efectuar los sonidos normales y las presiones, desviando las corrientes de aire con sus ondas sonoras hacia afuera de la boca. Sin la acción válvular, la fonación es hipernasal y la deglución esta dificultada.

Los músculos elevador y tensor efectúan una apertura del conducto auditivo además de elevar y tensar el paladar blando.

Puede apreciarse que la pérdida auditiva por infecciones del oído medio, agregada a un mecanismo defectuoso de fonación normal, complica e intensifica la discapacidad del paladar fisurado.

Los tejidos palatinos reciben un copioso suministro sanguíneo por parte de las ramas palatina mayor y menor y nasopalatinas de la arteria maxilar superior. La rama palatina ascendente de la arteria facial y las ramas de la arteria faringea ascendente contribuyen aún más al aporte de sangre. La inervación a los músculos del paladar y la faringe para la acción motora emana principalmente el plexo faríngeo vagal, exceptuando el tensor, que es innervado por la rama motora del nervio trigémino, y el estilofaríngeo que es innervado por el nervio glossofaríngeo.

La intervención sensitiva de la mucosa de esta región proviene de la segunda rama del nervio trigémino, así como de las ramas novena y décima de nervio craneales del plexo faríngeo.

B) OBJETIVOS Y TECNICAS QUIRURGICAS.

Queilorrafia

La seguridad por los refinamientos en la anestesia moderna, que emplea técnicas de intubación endotraqueal por vía bucal, es notable en una cirugía de Labio Fisurado.

En fin es lograr un labio simétrico y bien contorneado, con preservación de todos los reparos funcionales y mínimos tejido cicatrizal en el resultado.

Ya que los márgenes de las fisuras están compuestos por tejidos atróficos, deben ser preparados para proveer capas musculares adecuadas y una definición estructural en todo el espesor.

Todo tejido de calidad se preserva y se utiliza en la operación. En las fisuras unilaterales el lado no afectado sigue como guía de la longitud y la simetría en la restauración del labio.

La preparación de los márgenes de la fisura cambian para ganar longitud, preservar los reparos y compensar la contracción de la escala, se ha desarrollado en numerosos esquemas que aplican a los distintos tipos de fisuras. (Ver dibujo 4).

Para establecer cierto control sobre la musculatura del orbicular de los cambios que recubre a la premaxila desviada y protruida, se ha desarrollado una preparación marginal mínima denominada "Adhesión Labial". Aunque inadecuada para el mejoramiento cosmético, se ha establecido un control muscular que provee la acción de cerrar la fisura alveolar y simplifica notablemente la reparación definitiva al tener el niño aproximadamente un año.

Palatorrafia

El propósito es la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina para la fonación y la deglución normal y realizar esta restauración con mínima afeción al crecimiento del maxilar superior.

La cirugía palatina es siempre efectiva, y el niño debe estar libre de infección y en óptimo estado físico.

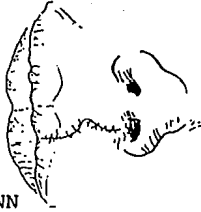
Para la operación se requieren tejidos sanos y un mínimo trauma quirúrgico.

La mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños de edades entre 18 meses y 3 años.

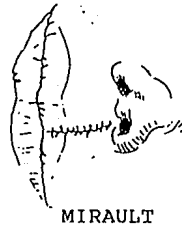
La operación más ampliamente aceptada para las fisuras promedio de los niños alrededor de los 2 años de edad provee un mecanismo velofaríngeo antes de que se adquieran hábitos refinados de fonación, con la ventaja psicológica agregada de la pronta reparación.

DIBUJO 4

TENNYSON-CRONIN



ROSE



WYNN



MIRAULT



MILLARD



HAGEDORN-LEMESURIER



SKOOG



TENNYSON



Esquemas de incisión para la reparación del labio fisurado. La línea de la cicatriz se divide en segmentos para lograr mayor longitud en los márgenes y contrarestar la contracción del tejido cicatricial en planos separamos.

Aunque pueden inducirse ligeras perturbaciones en el desarrollo de maxilar superior con la cirugía en esta zona, un tratamiento correlacionado y racional ortodóntico puede corregir las tendencias a la contracción en el arco superior.

En las técnicas de la palatorrafia no se logra una unión ósea de la zona del paladar duro. Los márgenes de la fisura se preparan y se movilizan los tejidos para la aproximación en la línea media.

La preservación de la longitud y la función de paladar blando es de fundamental importancia.

El cierre de la fisura completas puede dividirse en 2 estadios, separado por 3 meses, en un esfuerzo por impedir la contracción de la cicatriz que tiende a desplazar el paladar blando hacia adelante. (Ver dibujo 5 y 6)

La función velofaríngea depende de la longitud adecuada del paladar. Además de la longitud adecuada, la acción del músculo vector debe desplazar hacia atrás y arriba al paladar blando.

Para ubicar el paladar blando más hacia atrás se han implementado una serie de técnicas quirúrgicas como la de avance, la de Wardill y otras.

La disección quirúrgica para técnicas de prolongación con desplazamiento posterior y el "Colgajo Isla" no es conveniente por cuanto produce la contracción cicatricial del maxilar superior.

Se cierra el paladar blando para establecer la válvula velofaríngea y el paladar duro se deja abierto o se cubre con un obturador removible hasta que el niño tenga 5 o 6 años.

El desarrollo del maxilar superior en el estado más avanzado puede resistir las influencias importantes de la contracción por la elevación de los tejidos en las disecciones para cerrar el paladar duro.

6.3 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SECUNDARIOS

El potencial funcional de un paladar reparado para una fonación efectiva puede diferir de las estimulaciones de la morfología que sugiere un examen clínico.

Pueden estar involucradas una cantidad de acciones compensatorias por la contracción de la faringe lateral y por la existencia de tejido edenoide. Las radiografías cefalométricas laterales para observar los contornos blandos y la cineradiografía (cinefluorografía), son útiles ayudas diagnósticas para las estimaciones de la función palatina.

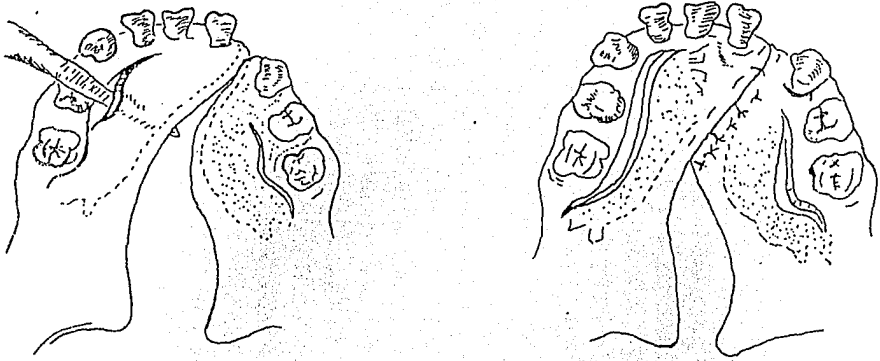
Si no se han logrado o no han podido lograrse cierres del paladar blando, se ha demostrado que el procedimiento conocido como operación a colgajo faríngeo mejora la función velofaríngea.

Quedan entre la nasofaringe y la orofaringe 2 puertos laterales. La acción constrictora media de las paredes laterales faríngeas producen la acción válvular intermitente deseada.

Se han hecho colgajos faríngeos con base superior e inferior, pero el resultado neto parece ser una combinación de sostener el paladar blando hacia atrás, arriba y llevar la parte posterior de la pared faríngea hacia adelante.

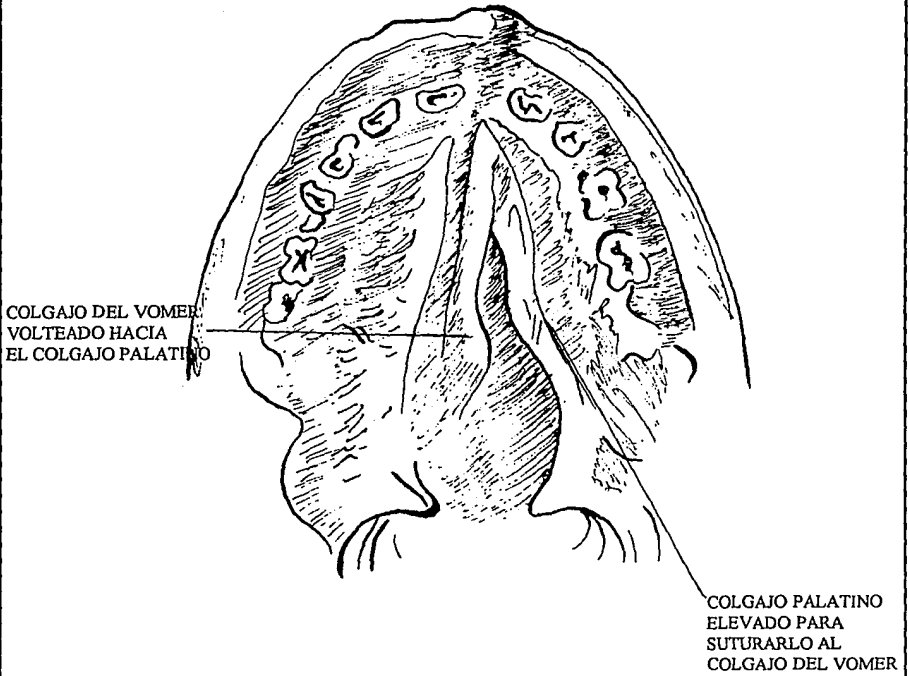
También se han utilizado otra técnicas faringoplasticas y se insertaron materiales para adelantar la pared faríngea posterior en el caso de incompetencia faríngea.

DIBUJO 5



El primer tiempo de la palatorrafia por el método de Von Langembeck.
Desprendimiento de los colgajos mucoperiosticos para ser movilizados
hacia el cierre en la línea media.
Las incisiones relajadoras laterales cicatrizan rápidamente.

DIBUJO 6



Cierre del paladar duro por medio de la operación de colgajo del vómer.

PATOLOGIA

PATOLOGIA	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	0
FISURA ALVEOLAR	3	0	1	0	0	0	1	1	0	0
FISURA LABIAL	13	1	2	3	2	2	1	1	1	0
FISURA PALATINA	22	0	3	6	2	5	3	0	2	1
FISURA ALVEOLO-PALATINA	7	1	2	1	0	0	2	1	0	0
FISURA LABIAL Y ALVEOLO-PALATINA	33	0	4	8	4	2	6	5	4	0
ASIMETRIA ALA NASAL Y UVULA BIFIDA	5	0	0	0	2	0	0	1	1	1
FRENILLO	6	0	1	2	2	0	1	0	0	0
CICATRIZ	5	0	1	1	0	1	0	0	1	1
PROBLEMAS DE LENGUAJE	14	1	5	3	3	0	2	0	0	0
PROBLEMAS PSICOLOGICOS	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SECUELAS DE P.H.	11	0	0	2	0	1	3	3	1	1
SECUELAS DE GORDIN	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL	122	3	21	26	15	11	19	13	10	4

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
LPH UNILATERAL	12	1	1	1	1	0	5	0	2	1
LPH BILATERAL	6	0	0	1	1	1	2	0	1	0
PH BILATERAL	8	1	1	4	1	0	1	0	0	0
PH UNILATERAL	21	0	4	4	5	1	2	3	0	2
LH UNILATERAL	15	0	2	3	1	2	1	3	2	1
LH BILATERAL	5	0	1	1	1	2	0	0	0	0
UVULA BIFIDA	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
FISTULA ANTERIOR	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
CICATRIZ HIPER.	14	1	1	1	2	2	1	3	2	1
DESVIACION TAB NASAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASIMETRIA NASAL	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0
SECUELAS DE S. DE GORDIN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
FRENILLO CORTO	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0
TOTAL	89	3	13	18	13	8	12	10	7	5

CIRUGIAS

CIRUGIAS	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
LABIOPLASTIA	36	2	3	4	3	3	9	2	7	3
PALATORRAFIA	22	1	2	7	1	3	3	2	1	2
PALATOPLASTIA	11	0	0	2	1	1	4	1	2	0
CIERRE DIRECTO	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
FRENILECTOMIA	4	0	0	2	1	1	0	0	0	0
PLASTICA NASAL	9	0	1	3	0	0	3	2	0	0
CIERRE DE UVULA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
CIERRE DE FISTULA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	85	3	8	18	6	8	20	7	10	5

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	TOTAL	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
SI	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
NO	58	1	10	10	4	7	12	6	5	3
TOTAL	59									

CAPITULO VII
TRATAMIENTO PSICOLOGICO

INTRODUCCION

Los niños proporcionan una impresión clara del impacto emocional de la Hospitalización y de la enfermedad, cuando se les invita a expresar sus inquietudes.

¿Me va a doler mi nariz? ¿Va a haber agujas después de la operación?... Se aplastan la nariz y se burlan de mí...No creo ser muy popular.

(Declaración Paciente L.P.H. Femenino 8 años)

La adaptación psicosocial a la hospitalización y a la enfermedad se entiende mejor desde una perspectiva del desarrollo. Los pacientes pediátricos experimentan la hospitalización de manera diferente, dependiente de su entendimiento conceptual (congnitivo) y su nivel de desarrollo psicológico (emocional.)

Los niños con trastornos faciales congénitos o anomalías adquiridas son muy vulnerables. Pueden presentar dificultad psicológica preexistentes como baja autoestima y aislamiento social.

En ocasiones, estos niños sufren una ridiculización considerable por parte de sus amigos, lo que crea en ellos una autoimagen negativa y sentimientos de tristeza.

En general el público está desinformado acerca de los resultados de los procedimientos quirúrgicos craneofaciales, ortognaticos y estéticos. En consecuencia, no es raro que los niños atribulados emocionalmente, que desean con insistencia un cambio en su aspecto tengan esperanzas infundadas en un cambio estético.

Estos pacientes presentan dificultades durante el periodo postoperatorio y muestran un sentimiento de desilusion terrible o de enojo, lo que puede conducir a la depresión y al aislamiento.

La aceptación y satisfacción con la mejoría de la apariencia por parte del chico y de su familia probablemente no ocurrirá de inmediato. La inflamación el dolor e incomodidad física postoperatorios pueden causar desaliento.

Además el proceso de integración de los cambios en la apariencia y autoimagen tiene lugar durante los 6 meses postoperatorios. El paciente tendrá que integrar experiencias de interacción positiva con los amigos, creando mayor autoestima, confianza y felicidad.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La consulta psicológica está indicada en casos de ansiedad incapacitante, depresión, cambios de conducta etc. Las intervenciones en torno a problemas alimentarios o control del dolor se pueden llevar a cabo con tratamiento psicológico de apoyo.

Se debe tener en cuenta, que los niños y sus familiares obtienen información de distintas fuentes en el hospital. Es útil, especialmente en niños mayores y padres, que externen lo que han entendido.

El tratamiento psicológico se divide en 3 etapas:

- I.- Etapa preoperatoria
- II.- Etapa de hospitalización
- III.- Etapa de pos-hospitalización

I.- ETAPA PREOPERATORIA

El cirujano deberá explicar al niño el plan de tratamiento y a los padres.

La presentación debe incluir detalles concretos con relación a los procedimientos hospitalarios, anestesia, dolor-postoperatorio, etc. En pacientes con problemas maxilofaciales se recomiendan múltiples visitas preoperatorias al médico. Durante las visitas, se estimula al niño para que haga preguntas, exprese inquietudes y hable acerca del procedimiento venidero.

Durante esta fase del tratamiento, el cirujano debe estimular al niño y a sus padres a llevar un diario de preguntas para plantearlas durante las consultas. Se debe estimular a la familia para que discuta la futura operación de manera franca y abierta.

El cirujano puede encontrar que la consulta psicológica es de beneficio para el paciente pediátrico cuando:

- 1.- Detecta gran ansiedad en el niño o los padres.
- 2.- Hay conflicto en la relación padre-hijo.
- 3.- Los procedimientos Qx producirán cambios estéticos.
- 4.- Hay falta de comprensión del procedimiento tanto por parte del paciente como de los padres.
- 5.- Hay pasividad o aislamiento interno en el niño .
- 6.- Los padres expresan interés en la intervención psicológica.

También es de beneficio la consulta psicológica en relación con la cronología de la intervención quirúrgica electiva, valorar la conveniencia del procedimiento quirúrgico, así como evaluar la estabilidad familiar.

II.- ETAPA DE HOSPITALIZACION

Los cirujanos deben estimular las rutinas hogareñas familiares y paternas, las criaturas derivan su bienestar de juguetes a los que están acostumbrados. Los padres deben sentirse agusto al llevar a cabo rutinas hogareñas, como contar cuentos a su hijo para que se duerma. Se debe estimular la visita de los miembros de la familia, especialmente de los hermanos.

Para el preescolar, la estancia de uno de los padres durante la noche puede ser una importante medida preventiva y de apoyo. La visita diaria es importante para niños mayores.

Para ayudar a disminuir esta falta de continuidad y facilitar la adaptación se recomienda proporcionar un programa diario de actividades, juegos adecuados a la edad y asignar un tutor cuando la hospitalización sea mayor a una semana.

El niño con actitud responsable puede controlar sus sentimientos de ansiedad e impotencia cuando se le informa cuales son los planes del cirujano y cuando se le permite una participación activa.

Los niños deben estar despiertos y alertas cuando se les examina. El examinar a un niño dormido puede dañar una relación de confianza entre paciente-cirujano.

Cualquier procedimiento que cause dolor o ansiedad debe efectuarse en la sala de tratamiento, y no en casa del paciente. Esto respalda el sentimiento de seguridad del niño y disminuye los trastornos del sueño.

Los padres pueden sentirse incómodos al reprimir a su hijo en un momento doloroso y se debe permitir no hacerlo. No obstante, es conveniente que permanezcan en dichos momentos con sus hijos.

III.- ETAPA POSHOPITALARIA

Las alteraciones del sueño, el incremento de la ansiedad por la separación y un comportamiento de enojo u oposición son frecuentes y pueden tener una duración que va desde unos días hasta dos meses.

Resulta provechoso preparar a los padres para estos cambios posibles. La mejor recomendación es que los padres retornen a las rutinas familiares preoperatorias y que mantengan las reglas y límites relacionados con la conducta del niño.

Si los cambios de la conducta persisten por más de dos meses, se envía al paciente a valoración psicológica.

Los niños con riesgo mayor de problemas de adaptación que requieran apoyo psicológico, son aquellos con hospitalización mayor de una semana, separaciones múltiples o antecedentes de dificultades psicológicas.

CAPITULO VIII
FONETRIA

TRATAMIENTO DE FONETRIA

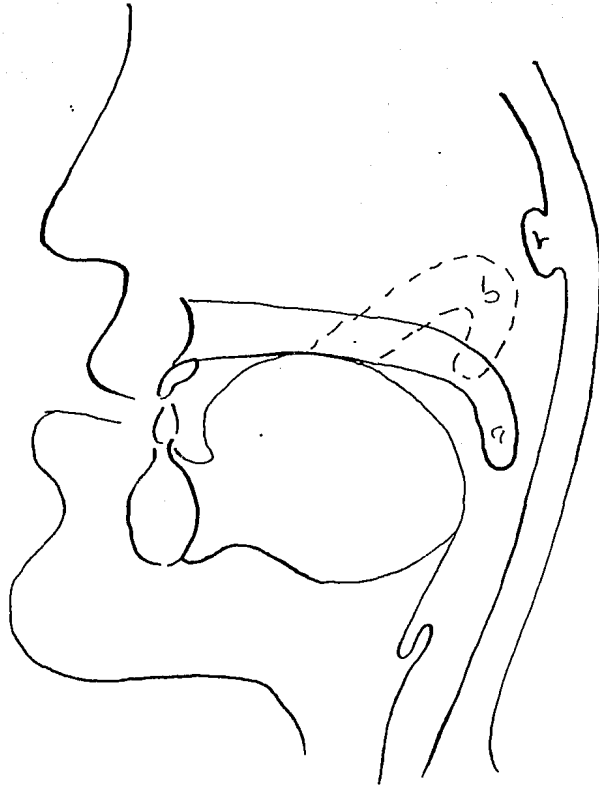
El criterio más interesante de la habilitación del paladar fisurado es el logro de una fonación normal. La importancia básica de la fonación para la personalidad y el logro socioeconómico es apreciada sólo cuando uno se encuentra con un individuo disminuido en cuanto a su capacidad de fonación. La cirugía puede ser capaz de mover estructuralmente un paladar, pero generalmente se requiere entrenamiento foniátrico para lograr su máxima función. El cierre velofaríngeo en la fonación no es una simple acción de esfínter, y los refinamientos de este mecanismo son sumamente exigentes. Además de la acción válvular que determina la calidad de nasalidad en la voz, hay muchos problemas de articulación que se asocian con la fonación del fisurado palatino. Estos problemas puede ser complejos y requerir la habilidad de una foniatría competente.

El estado del tejido linfoide hipertrófico de los adenoides y de las amígdalas es a menudo cuestionado. Tal agrandamiento de tejido puede ocupar espacio y compensar un cierre velofaríngeo insuficiente. Una tonsilectomía y una adenoidectomía puede producir una repentina manifestación de un mecanismo defectuoso y una marca de hipernasalidad de la fonación. El tejido linfoide en esta zona sufre una atrofia gradual después de la pubertad, pero algunos autores creen que la compensación es más favorable con un periodo de atrofia prolongado. Si hay adenoides y amígdalas enfermas que contribuyen a las infecciones con compromiso auditivo, se las debe extirpar. Se requiere una cirugía cuidadosa para tales procedimientos, de modo de evitar el exceso de tejido cicatricial, que reducirá aún más el potencial funcional del mecanismo velofaríngeo.

El otorrinolaringólogo debe manejar el problema de las otitis media serosa crónica, que es 2 veces más común en niños con paladar fisurado que en niños sin el, y que se encuentra en los primeros años de la infancia. La timpanotomía y la colocación de tubos de plástico temporarios serán efectivas para la preservación de la audición, que es tan fundamental en el desarrollo de la comunicación y la fonación. (Ver dibujo 7)

Para valorar adecuadamente el desarrollo del lenguaje en los fisurados, se ha tenido en cuenta, además de los trastornos de habla, una serie de factores que han sido estudiados sistemáticamente. Estos factores han sido:

DIBUJO 7



a: Posición del velo del paladar en la fonación normal

b: Posición del velo del paladar en la fonación del fisurado rehabilitado

c: Rodete de Passavant

A) FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

En condiciones normales, un niño desarrolla más el lenguaje en un ambiente y acogedor que en otras condiciones desfavorables. La llamada oligofrenia de los asilos y hospitalización de los niños son casos demostrativos de la acusada influencia del medio en el desarrollo del lenguaje.

B) LA AUDICION

Estadísticamente se elevan a un 8-15% los niños hipoacúsicos y sordos entre los fisurados velopalatinos. Sin embargo, se ha comprobado que desde que en la intervención quirúrgica de la fisura palatina se ha sustituido la luxación o fractura del gancho de la apófisis pterigoides por la desinserción del músculo tensor del paladar, este índice de sordera e hipoacusias ha descendido notablemente. Con esta modificación de la técnica clásica, evitamos principalmente las hipoacusias de transmisión, producidas por los trastornos en la trompa de Eustaquio, consecuencia de la luxación o ruptura del gancho pterigoideo.

C) EL ESTUDIO NEUROLÓGICO

Un estudio neurológico ha sido realizado sistemáticamente. Se ha practicado un estudio electroencefalográfico en todos los casos que han sido sometidos a la consideración de la reeducación foniátrica.

Se han clasificado como de inmadurez bioléctrica cerebral aquellos casos de maduropatías en los que había consecutivamente un retraso evolutivo de lenguaje.

SINDROME DEL RETRASO EVOLUTIVO DEL LENGUAJE

Se deben estudiar además de los trastornos del habla, los trastornos en la evolución del desarrollo del lenguaje. Aunque todo niño que tenga una fisura tiene generalmente un desarrollo más tardío del lenguaje, se puede decir que normativamente a los 4-5 años tiene que tener un lenguaje lo suficientemente desarrollado como para comenzar la escolaridad y a los 7-8 años un aprendizaje de la lectura-escritura.

Los trastornos evolutivos del lenguaje están cifrados en un vocabulario en el que persiste el lenguaje propio del niño de dos años de edad. Encontramos también sincretismos que hacen que la palabra tenga un valor de jerga, trastornos de emisiones de valores fónicos sin significado en secuencias, invenciones de palabra con significados varios, negativos cuando se le incita a hablar, trastornos de conducta oral, etc.

En estos casos, se deben tratar no tan sólo los trastornos derivados del habla, sino también todos estos trastornos de retraso del lenguaje.

La terapéutica está dirigida más a desarrollar el lenguaje que a hacer ortofonía. La pronunciación será adecuadamente corregida cuando el bagaje de las palabras lo permita.

PLANTEAMIENTO DE LA REHABILITACION

El foniatra plantea sólo la rehabilitación de aquellos pacientes que son remitidos por el cirujano por presentar trastornos en el lenguaje. Pero no todos los pacientes operados son remitidos, sino sólo aquellos que a juicio del cirujano tiene evidentes trastornos en el habla.

El foniatra debe, además de rehabilitar el lenguaje, atender a la escolarización cuando se trata de un niño en edad escolar o preescolar. Si un niño presenta un coeficiente intelectual muy bajo o una sordera muy grave que ya de por sí impiden una escolaridad normal, remitirá al niño a una escuela de educación diferencial según el trastorno más grave (el retraso mental o la sordera) siendo los trastornos del habla por la fisura una dificultad más a añadir a la que representará su educación diferencial. Cuando el trastorno del habla sólo sea consecuencia de su fisura, permitiendo la escolaridad normal, seguirá una educación normal, haciendo compatible la reeducación de sus trastornos del habla con su escolaridad.

El criterio seguido por el equipo de cirujano y foniatra ha sido someter el menor número de niños a reeducación y seguir siempre la escolaridad normal, salvo en los casos en que ha sido imprescindible la escolaridad diferencial.

El niño que precisa de reeducación foniatra acude a sus clases normales y en horas concertadas a la específicas de su rehabilitación. Esta puede ser a días alternos o bien en sesiones bisemanales, según los casos.

La elección del momento del iniciar la reeducación nos puede dar también un éxito devolución más rápido de su retraso de lenguaje. Cuando más pequeño es un niño, se fatiga más, la atención es más labial y las sesiones han de ser más cortas (las de su reeducación del lenguaje) y más largo el periodo de aprendizaje preverbal. Por lo que estos casos hay que internarlos en un jardín de infancia antes de comenzar la reeducación. En el jardín de infancia especial realiza un entreno plurisensorial y psicomotriz, sin comenzar realmente las sesiones de logoterapia.

Cuando el niño es un sobreprotegido, estos problema de inicio se acentúan más. La sola presencia de la madre provoca lloros e intranquilidad motora al niño, que invalida toda acción terapéutica. La oportunidad del terapeuta es saber cuando puede conseguir que el niño colabore; y será cuando consigamos que nos acepte y se separe de la madre.

APARATOS PROTESICOS PARA AYUDAR A LA FONACION

Otra solución para el problema de la insuficiencia velofaríngea puede lograrse por medio de una prótesis. Ocasionalmente, una deformación de paladar fisurado supera la posibilidad de reparación funcional por medio de la cirugía. Los resultados postoperatorios de la fisura palatina puede ser deficientes en su potencial funcional. En tales casos, se ha logrado la habilitación satisfactoria por parte de la diestra construcción de una aparato que ayude a la fonación.

Si un paladar está razonablemente restaurado pero no logra elevarse en forma adecuada para cerrar el istmo velofaríngeo, puede extenderse una prolongación hacia atrás de un aparato dental. A menudo el paladar blando reparado es insensible y puede tolerar el contacto de este aparato y su extensión sin provocar el reflejo del vómito. Si, el paladar es deficiente en la longitud se agrega un obturador en forma de bulbo a la extensión de elevación posterior. La extensión posterior en forma de bulbo del aparato sobre el que puede acutar la musculatura de la faringe. El tamaño del bulbo puede disminuirse gradualmente a medida que se produce una mayor constricción muscular faríngea, logrando un mejor cierre velofaríngeo. Este tipo de aparato puede utilizarse para desarrollar la acción muscular antes de realizar un operación a colgajo faríngeo. Tal aparato puede emplearse también para reemplazar dientes ausentes y cubrir defectos del paladar duro, y ayudar a soportar el labio superior por medio de una prolongación en el flanco vestibular. la retención del aparato se logra anclándolo a dientes sanos y correctamente restaurados.

CONCLUSIONES

La recopilación de expedientes de la clínica de Labio y Paladar Hendido, en la cual se baso esta investigación, tiene como objetivo el mostrar el trabajo realizado en los años de 1985 a 1993, en la Unidad Hospitalaria Xochimilco; logro realizado; por el trabajo de equipo, la excelencia de servicio y la calidad académica que en ella se imparte.

INFORME FINAL

Pacientes atendidos en la clínica de L.P.H.

AÑO	No. DE PACIENTE
1985	3
1986	21
1987	26
1988	15
1989	11
1990	19
1991	13
1992	10
1993	4
TOTAL	9 años
	122 Expedientes

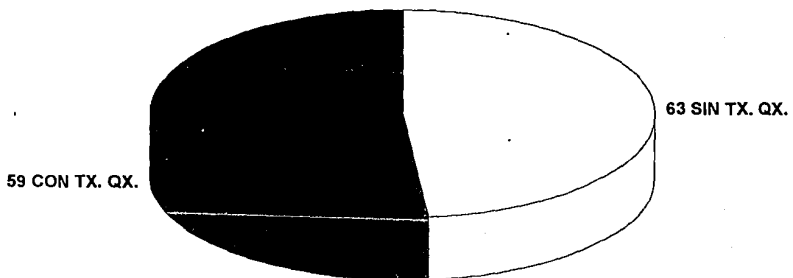
Teniendo un total de 122 paciente, 59 requirieron tratamiento quirúrgico, 63 no tuvieron diagnóstico quirúrgico y 37 solo realizaron el tramite de admisión.

En 24 casos se requirió remitir a terapia de lenguaje, en 1 caso a tratamiento psicológico y en 1 caso a tratamiento de foniatría.

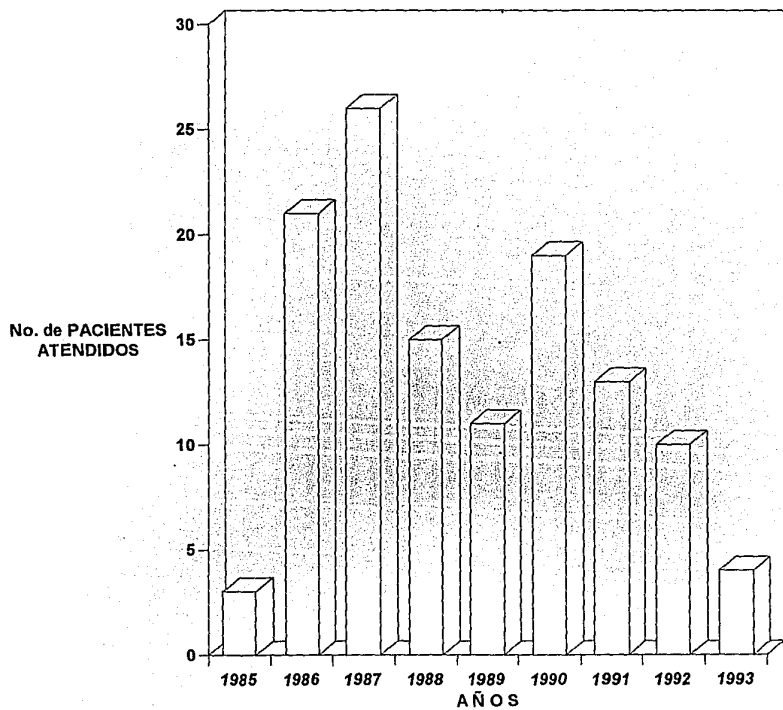
Con este resultado, observamos el avance que se tiene, aún careciendo del equipo sofisticado de quirófanos, demostrándonos la excelencia de los servicios impartido, académicos, de enseñanza, anestesiología, pediatria, cirugia plástica, enfermería e intendencia y sobre todo en clínica de Labio y Paladar Hendido.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

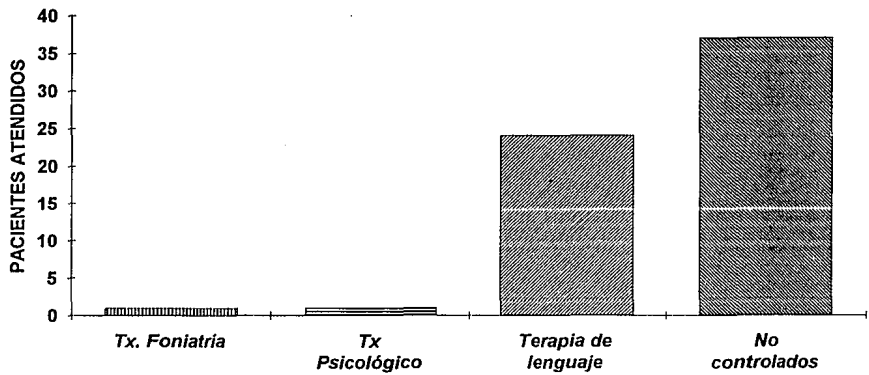
TRATAMIENTO QUIRURGICO



INFORME ESTADISTICO FINAL



TRATAMIENTOS DE APOYO



BIBLIOGRAFIA

**ARCHIVO CLINICO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA XOCHIMILCO
Y CLINICA PERIFERICA XOCHIMILCO
AÑO 1985 a 1993**

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

DR. GUSTAVO KRUGER

4a. Edición

MEXICO 1974 p.p. 356-374

ED. INTERAMERICANA

CIRUGIA BUCO-MAXILOFACIAL

DR. GUSTAVO KRUGER

5a. Edición

MEXICO 1986 p.p. 401-418

ED. PANAMERICANA

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL EN NIÑOS

LEONARD B. KABAN.

ED. INTERAMERICANA

MEXICO 1990 1a. Ed. p.p. 488-494

CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIATRICA

BRUCE ANDER

ED. MUNDI

ARGENTINA 1984 p.p. 427-449

CIRUGIA BUCAL: PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA

GUILLERMO RIES CENTENO

ED. ATENEO 9a ED.

ARGENTINA 1991

CIRUGIA ODONTOESTOMATOLOGICA

H.H. HORCH

ED. CIENTIFICAS Y TECNICAS

ED. MASSON Y SALVAT ODONTOLOGICA

ESPAÑA 1992

ATENCION MEDICA: TEORIA Y PRACTICA ADMINISTRATIVAS
GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
ED. CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A.
MEXICO D.F. 1983

INTRODUCCION A LA ESTADISTICA
T.H. WONNACOTT, R.J. WONNACOTT
6a ED. 1992 MEXICO, D.F.

ANALISIS ESTADISTICO
YA-LUN CHOU
ED. INTERAMERICANA
MEXICO D.F. 1972

ARTICULOS

- 1) THE ADULT PATIENT.
HOBBS J.
CLIN COMMUN DISORD (E.U) FALL 1991, 1(3) p. 48-52 ISSN:1054-8505
INDEX MEDICUS
- 2) PARENTS OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PLATE.
RISK JT.
DEPARTMENT OF SURGERY, DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, DURHAM, NC 27710
CLIM COMMUN DISORD (E.U.) FALL 1991, 1(3) p. 42-7 ISSN:1054-8505
- 3) CLEFT PALATE, SELECT CASE STUDIES.
PHILIPS BJ.
BOYS IOWN NATIONAL RESEARCH HOSPITAL, UMAHA, 68131
CLIN COMMUN DISORD (E.U.) FALL 1991, 1(3) p. 35-41 ISSN:1054-8505
INDEX MEDICUS
- 4) CLEF PALATE AND VELOPHARYNGEAL DYSFUCTION.
MARSH JL.
CLEFT PALATE AND CRANIOFACIAL DEFORMITIES INSTITUTE, ST. LOUIS, 63110
CLIN COMMUN DISORD (E.U.) FALL 1991, 1(3) p. 29-34 ISSN:1054-8505
INDEX MEDICUS
- 5) VELOPHARYNGEAL FUNTION AND DYSFUCTION
JONES DL.
DEPARTAMENT OF UTORARYNGOLOGY/speech pathology, RILEY HOSPITAL, INDIANAPOLIS
CLIN COMMUN DISORD (E.U.) FALL 1991, 1(3) p. 19-25
INDEX MEDICUS
- 6) CLEFT PALATE, INTERVENTATION.
HARDIN MA.
DEPARTAMENT OF COMMUNICATION SCIENCES, CASE WESTER RESERVE UNIVERSITY
CLEVELAND.
CLIN COMMUN DISORD (E.U.) FALL 1991, 1(3) p. 12-8
INDEX MEDICUS

- 7) A PRELIMINARY REPORT ON OPEN TIP RHINOPLASTY AT THE TIME OF LIP REPAIR IN UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE THE ALOR SETAR EXPERIENCE.
IROTT JA. : MOHAN N.
AUSTRALIAN CRANIO-FACIAL UNIT, ADELAIDE, SOUTH AUSTRALIA.
BR J. PLAST SURG (ENGLAND) JUL 1993, 46(5) p. 363-70
INDEX MEDICUS
- 8) LDYSGNATHISM OPERATION IN PATIENTS WITH PREVIOUSLY OPERATED LIP-MAXILLA-PALATE CLEFT S.J.
DYSGNATHIEOPERATIONEN BEI PATIENTEN MIT VOROPERIERTEN LIPPEN-KIETER-BAUMEN SPALTEN.
KROMMINGA R. : HEMPRICH A. : BREIR I.
KLINIK UND POLIKLINIK FUR MUND_UND KIETER_BESICHTSCHIRURGIE, MUSTER FORTSCHR KIETER BESICHTSCHIR (GERMANY) 1993 3B p. 106-8
INDEX MEDICUS, DENTAL
- 9) COMPARARISON OF OSTEOPLASTY OF THE MAXILIARY CLEFT WITH AND WITHOUT SIMULTANEOUS OSTEOTOMY IN PATIENTS WIYH MAXILLARY CLEFTS.
SAMMAN N. : KERSCHER A. : CHEUNG LK. : LIDEMAN H.
FORTSCHR KIETER GESICHTSCHIR (GERMANY) 1993, 38 p. 101-3
INDEX MEDICUS, DENTAL
- 10) UNUSAL FOREIGH BODY COMPLICATE CLEFT LIP REPAIR SITE (LETTER)
AGRAWAL K. : JAYADEV D.
CLEFT PALATE CRANIOFAC J (E.U.) MAY 1993, 30(3) p. 352
INDEX MEDICUS, DENTAL
- 11) SOFT TISSUE RESPONSE TO ORTHOGNATHIC SURGERY IN PERSON WITH UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE.
TWING M. : ROSS RB.
HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, TORONTO. ONTARIO, CANADA
CLEFT PALATE CRANIOFAC J (E.U.) MAY 1993, 30(3) p. 320-7
INDEX MEDICUS, DENTAL

- 12) DENTAL CASE STUDY ADULT PATIENTS WITH UNTREATED UNILATERAL CLEFT LIP OR CLEFT LIP AND PALATE IN INDONESIA COMPARED WITH SURGICALLY TREATED PATENTS IN THE NETHERLANDS.
SPAUWEN PH. : HARDJOWASITO W. : BOERSMA J. : LATIEF BS.
DEPARTMENT OF PLASTIC SURGERY, UNIVERSITY OF IN IMEGEN, THE NETHERLANDS
CLEFT PALATE CRANIOFAC J (E.U.) MAY 1993 30(3) p. 309-12
INDEX MEDICUS DENTAL
- 13) QUANTITATIVE EVALUATION OF THE SHAPE AND THE ELASTICITY OF REPAIRED CLEFT LIP
SUSAMI L. : KAMIYAMA H. : UJI M. : MOTOHASHI N. : KURODA L.
SECOND DEPARTMENT OF ORTHODONTICS, FACULTY OF DENTISTRY, IOKYO MEDICAL
AND DENTAL UNIVERSITY, JAPAN
CLEFT PALATE CRANIOFAC J (E.U.) MAY 1993, 30(3) p. 309-12
INDEX MEDICUS, DENTAL
- 14) REPAIR OF CLEFT LIP AND PALATE: 2. EVALUATION OF SURGICAL TECHNIQUES.
SANDY JR. : ROBERTS-HARRY D.
DEPARTMENT OF CHILD DENTAL HEALTH, BRISTOL, UK.
DENT UPDATE (ENGLAND) JAN-FEB 1993, 20(1) p. 35-7
INDEX MEDICUS, DENTAL
- 15) LATE RESULT OF THE SURGICAL TREATMENT IN UNILATERAL COMPLETE CLEFT
LIP AND PALETE UCCLUSAL AND CRANIOFACIAL CHARACTERISTICS
POLACZEK L.
DEPARTMENT OF PLASTIC SURGERY, CENTER FOR POSTGRADUATE MEDIACAL
EDUCATION, WARSAW, POLAND
ACTA UHIR PLAST (CZECHOSLOVAKIA) 1992, 34(2) p. 215-23
INDEX MEDICUS
- 16) CONFIGURATION OF FACIAL PROTILE IN ADULTAS WITH CLEFT LIP WITH OR WITHOUT
CLEFT PALATE
SMAHEL Z. : POLIVKOVA H. : SKAVARILOVA B. : HORAK L.
INSTITUTE OF EXPERIMENTAL MEDICINE, DZECH ACADEMY OF SCIENCES, PRAGUE
ACTA UHIR PLAST (CZECHOSLOVAKIA) 1992, 34(2) p. 190-203
INDEX MEDICUS

- 17) SPEECH OUTCOME IN CLEFT PALATE PATIENTS WITH SIMULTANEOUS PRIMARY PALATAL REPAIR AND ADENOIDECTOMY
HAAPANEN ML. : VEIJA M. : PETTAY M.
CLEFT CENTER, DEPARTMENT OF PLASTIC SURGERY, HEISINK, UNIVERSITY CENTRAL
CENTRAL HOSPITAL, FINLAND
ACTA OTOLARYNGOL (STOCKH, SWEDEN) JUL. 1993, 113(4) p. 560-2
INDEX MEDICUS
- 18) CORRELATES OF GENETIC RISK FOR NON-SYNDROMIC CLEFT LIP WITH OR WITHOUT
CLEFT PALATE.
MITCHEL LT. : RISCH N.
DIVISION OF BIostatISTICS, WASHINGTON UNIVERSITY, SCHOOL OF MEDICINE, ST. LOUIS
CLINT BENET (DENMARK) MAY 1993, 43(5) p. 255-60
INDEX MEDICUS
- 19) A PRELIMINARY REPORT ON OPEN TIP RHINOPLASTY AT TIME OF LIP REPAIR IN UNILATERAL
CLEFT LIP AND PALATE: THE ALOR SETAR EXPERIENCE
IROTT JA. : MOHAN N.
AUSTRALIAN URANIO-FACIAL UNIT, ADELAIDE, SOUT AUSTRALIA
BR J PLAST SURG (ENGLAND) JUL 1993, 46(5) p. 363-70
INDEX MEDICUS
- 20) DERMATOLOGY IN CLEFT LIP AND CLEFT PALATE ANOMALIES
BALGIR RS.
DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY, PANIAB UNIVERSITY, CHANDIGARH
INDIAN PEDIATR (INDIA) MAR 1993, 30(3) p. 341-6
INDEX MEDICUS