

318322

5
2ij

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA S. C.

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M.**



**"REPORTE EPIDEMIOLOGICO DE 100 PACIENTES
CON LABIO Y PALADAR HENDIDO
DEL SERVICIO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL DEL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA".**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :
LAURA ALEJANDRA FLORES ALVARADO
GLORIA ELENA MARTINEZ FLORES**

MEXICO, D. F.

1995

FIAALIA DE ORIGEN



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 Dios Nuestro Señor
GRACIAS

A mis Padres
por preocuparse por mi formación
espiritual y profesional,
por su total entrega,
Mi más grande amor y agradecimiento...
Y a Dios por permitirme ser su hija.

A Claudia y Mario
Por su apoyo y Cariño

A Ana María
por saber ser una excelente amiga.

A Michael
porque siempre estás
por la magia de ser un alma gemela.

A F.

Al Dr. Arturo Soto
por su desinteresada
enseñanza y guía,
por su colaboración
en el presente trabajo
Profundo Agradecimiento

A los doctores Alejandro Ortiz, Rafael Rojas y Fernando Castro
Por sus enseñanzas y su amistad Gracias

A Paco Magaña
profesor, amigo y tutor,
respaldo y orientación,
apoyo incondicional
y confianza plena.

Al Dr. Antonio Zimbrón
por su desinteresado apoyo y comprensión.

A los Doctores:
Manuel Rodríguez
Luis Celis
Oscar Zetina
Pablo Zimbrón
Ricardo Muzquiz
Juan Carlos López Noriega

Por su calidad profesional,
por su ética,
porque fueron fuente de mi
preparación,
porque sus personas son inolvidables

A la Universidad Latinoamericana
Alma Mater de mi preparación.

A mi Padre
Por que tu ejemplo es mi guía
y por que inculcaste en mi el deseo de superación.
Por tu apoyo Gracias

A mi Madre
Por tu cariño, preocupación
y porque tus desvelos me ayudaron día con día
a realizar uno de mis más grandes anhelos.

A mis Hermanas
Por ser mis mejores amigas
y por hacerme sonreír en los momentos más oportunos

A Rubén
Por que tu amor y tu apoyo
me dieron confianza en todo momento.
Te Amo

**Al Doctor Francisco Magaña
Con admiración y respeto
por saber ser maestro y amigo**

**Al Doctor Arturo Soto Miranda
Con afecto y agradecimiento
por su orientación y guía para la realización
de este trabajo y por su amistad**

**Al Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica del Hospital General Centro Médico
la Raza**

A mis Maestros y Amigos

A la Universidad Latinoamericana.

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I. EMBRIOLOGIA

I.1 Desarrollo	4
A. Período embrionario.	4
B. Período fetal.	5
I.2 Desarrollo maxilofacial.	6
I.3 Arcos braquiales que intervienen en la formación de labio y paladar hendido.	
A. Primer arco braquial.	7
B. Segundo arco braquial.	8
I.4 Embriogénesis de labio y paladar hendido.	9
A. Labio hendido.	9
B. Fisura labial media.	10
C. Paladar hendido	10

CAPITULO II. ETIOLOGIA.

II.1 Factores endógenos	12
II.2 Factores exógenos.	13
A. Agentes infecciosos	13
B. Radiación.	14
C. Agentes químicos.	14
D. Etilismo	15

E. Desnutrición.	15
F. Clase social,	15
G. Edad de los padres.	16
CAPITULO III. FRECUENCIA E INCIDENCIA.	
III.1 Incidencia.	17
III. 2 Frecuencia.	21
CAPITULO IV. CLASIFICACION.	
IV.1 Clasificación de Davis y Ritchie.	25
IV.2 Clasificación de Veau.	27
IV.3 Clasificación de Harkins.	28
IV.4 Clasificación de Vilar - Sancho.	29
IV.5 Clasificación de Kernahan - Stark.	30
IV.6 Clasificación de Schuchardt.	32
IV.7 Clasificación Internacionalmente aprobada.	33
IV.8 Clasificación de Tessier.	34
IV.9 Clasificación de la Y	35
CAPITULO V. MATERIAL Y METODO.	
V.1 Material	38
V.2 Metodo	42
CAPITULO VI. RESULTADOS.	43
RESUMEN Y CONCLUSIONES.	
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION

La fisura labiopalatina es una malformación congénita que ha acompañado al hombre desde los albores de la humanidad, la cual no tiene predilección por grupo étnico, por sexo o por estrato socioeconómico. Aunque la mayor incidencia ha sido reportada en la raza amarilla y la menor en la raza negra, se desconoce hasta la actualidad la causa que motiva esta predilección, así como el factor etiológico que ocasiona la disrupción que originará esta patología durante el desarrollo embrionario.

Esta anomalía ha sido motivo de interés en diferentes épocas de la historia y en las diferentes culturas, como se muestra en investigaciones que datan de 950 años d.C. en donde al labio leporino se le llamaba Bec-de-lievre (boca de liebre), nombre que fué conservado hasta el siglo XIV en que en el Libro Leech del anglosajón británico adoptó el término "hairlip" como resultado de un error en la traducción. Ya en la Dinastía Chin que data del año 390 d.C. fué descrito como labio leporino o Tu Ch'ueh.

En América en la Cultura Mochica establecida en Perú y que posiblemente pertenece al período que comprende del año 200 al 400 d.C., se describen las malformaciones como prueban las esculturas cerámicas con fisuras en la cara humana, expresiones y deformidades en la nariz y en el labio, hendiduras bilaterales labiales, hendiduras unilaterales con exposición de la premaxila deformada, dientes malposicionados y deformidad nasal típica.

En el siglo II d.C. (aproximadamente en el año 170 d.C.), Galeno mencionó al labio hendido empleando el término "Coloboma". En México se describen los hallazgos de una escultura de un jefe o jerarca con una fisura labial encontrada en la costa oeste de Nayarit y que data del año XII d.C. 16

En resumen, através de los siglos la hendidura bilateral de labio y paladar con proyección de la premaxila se ha referido como "hocico de lobo" y la fisura labial palatina ha sido llamada en muy diversas formas y en diferentes idiomas como: Tu Ch'ueh, Lagocheilos, Bec-de-lievre, Hasencharte, Labis leporino y Labio leporino. 16

Este tipo de malformaciones congénitas ha despertado gran interés en el presente siglo debido a la mayor frecuencia y al impacto social que representan los pacientes con patología de labio y paladar hendido, lo que ha generado múltiples estudios en diferentes partes del mundo. Sin embargo, en México nacen estudios formales hasta la década de los setenta aunque con reportes aislados, incompletos e individualizados. La fisura labiopalatina se considera una malformación congénita de tipo dismórfica de estructura y función genéticamente determinada, resultado de una interferencia ambiental que condiciona la falta de fusión de los procesos que darán origen a la futura cara del individuo y que se manifiesta desde el momento del nacimiento.

Esta malformación se encuentra ocupando el noveno lugar en frecuencia entre las anomalías del desarrollo, según los estudios de Antich y Ballesta 6 y Sesgin y Stark 22, pero en México es descrita en el cuarto lugar de ellas, según los

estudios practicados por Salamanca en 1990 en población derechohabiente al IMSS en el D.F.2

El Hospital General Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social es un hospital de concentración que protege una cobertura de cerca de siete millones de derechohabientes amparados, por lo que representa su estadística un modelo apropiado que juzgue y refleje la epidemiología universal del país.

Dentro del Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica, en el año de 1994 se reportó un total de 534 pacientes que acudieron a consulta por primera vez para la resolución ortopédico quirúrgica de dicha patología.

El observar al gran número de pacientes que acuden al servicio para su atención, nos motivó a realizar una encuesta epidemiológica en 100 de estos pacientes con el objeto de obtener una muestra representativa para conocer los factores predisponentes que condicionan la aparición de esta patología, así como su frecuencia e incidencia.

CAPITULO I

EMBRIOLOGIA

I.1. DESARROLLO

Se distinguen dos períodos de desarrollo:

1. El desarrollo prenatal que va desde la fecundación hasta el nacimiento, comprende dos fases: El período embrionario, hasta el tercer mes de embarazo y el período fetal, desde el tercer mes de embarazo hasta el nacimiento.

A. PERIODO EMBRIONARIO

Tres días después de la fecundación llega el cigoto al útero, posteriormente tiene lugar la implantación en el endometrio. Durante este tiempo se produce la segmentación y la diferenciación en embrioblastos con membrana trofoblástica. Al final del primer mes el embrión tiene una longitud de unos 6 - 8 mm y posee la forma corporal típica del embrión humano joven con un voluminoso cerebro, existen los esbozos de todos los sistemas orgánicos, el corazón comienza a latir.

En el segundo mes desaparecen las branquias y la prolongación caudal, se reconocen los órganos sensoriales externos y aparecen los segmentos de las extremidades.

B. PERIODO FETAL

Durante el tercer mes termina la organogénesis, las formas corporales externas se hacen cada vez más humanas aún cuando todavía resaltan las porciones embrionarias con la enorme cabeza y las extremidades cortas, desaparece el revestimiento veloso en la decidua y se forma la placenta. Los ojos, en la etapa inicial orientados lateralmente, quedan situados en la superficie central de la cara, las orejas están situadas cerca de su posición definitiva a los lados de la cabeza.

Al final del tercer mes tiene una longitud de 8 - 9 cm y un peso aproximado de 15 - 20 gramos.

En el cuarto mes mide 23 cm. aproximadamente y no pesa más de 500g. Los genitales externos se han diferenciado, ya puede reconocerse el sexo correspondiente. El vello aparecido durante el tercer mes se extiende por todo el cuerpo quedando cubierto por una fina capa de pelo (lanugo). Aparecen los primeros movimientos activos del feto.

En el quinto mes se perciben los tonos cardiacos, la piel segrega sebo

En el sexto mes el cabello reemplaza al lanugo de la cabeza.

Al final del séptimo mes el feto mide unos 35 cm de longitud y pesa unos 1000 - 1200 g.

Durante los meses siguientes la piel de un rojo oscuro y arrugada se torna más pálida y lisa, las formas corporales se redondean, el lanugo desaparece. En los niños penetran los testículos en el escroto, en las niñas los grandes labios cubren a los pequeños. Aumenta la longitud y el peso, al final de este período alcanza 45 - 50 cm de longitud y 2500- 3500 g. de peso.^{18, 24}

1.2. DESARROLLO MAXILOFACIAL

El centro de las estructuras faciales en desarrollo es una depresión ectodérmica llamada estomodeo, constituido por una serie de elevaciones formadas por proliferación del mesénquima.

Los procesos o apófisis mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo y los procesos maxilares lateralmente. A cada lado de la prominencia frontal e inmediatamente por arriba del estomodeo se advierte un engrosamiento local del ectodermo superficial, la plácoda nasal.

Durante la quinta semana aparecen los pliegues de crecimiento rápido, los procesos nasolaterales y nasomedianos que rodean la plácoda nasal, la cual forma el suelo de la fosita nasal.

Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz, labio superior y maxilar y todo el paladar primario. Los procesos maxilares se acercan a los procesos nasomedianos y nasolaterales, pero están separados de los mismos por surcos definidos.

En las siguientes dos semanas se modifica mucho el aspecto de la cara. Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección interna y comprimen los procesos nasomedianos hacia la línea media. Después estos procesos se fusionan entre sí. El surco que los separa es borrado por la migración del mesodermo de los procesos maxilares hacia los lados.

Los procesos maxilares también se fusionan en un breve trecho con los procesos del arco mandibular.

La forma en la que se unen los procesos maxilares con los nasolaterales es algo más complicada. En la etapa inicial estas estructuras están separadas por un surco profundo, el surco nasolagrimal. Los procesos nasomedianos se fusionan en la superficie y también a nivel más profundo.

Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben el nombre de segmento intermaxilar y está formado por:

1. Región central del labio superior, llamada *filtrum*.
2. Hueso premaxilar, que lleva los cuatro incisivos.
3. Componente palatino, que forma el paladar primario en forma triangular.

I.3 ARCOS BRAQUIALES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.

A. PRIMER ARCO BRAQUIAL

El cartílago del primer arco braquial o arco mandibular consiste en una porción dorsal y pequeña, llamada proceso maxilar, que se extiende hacia delante debajo de la región correspondiente al ojo, y una porción ventral mucho mayor, el proceso mandibular o cartílago de Meckel. El proceso maxilar y el cartílago de Meckel experimentan regresión y desaparecen, excepto dos pequeñas porciones en los extremos distales que persisten y forman el yunque y el martillo. El maxilar inferior se forma secundariamente por osificación intramembranosa del tejido mesodérmico que rodea al cartílago de Meckel.

B. SEGUNDO ARCO BRAQUIAL

El cartilago del segundo arco branquial o arco hioideo se llama cartilago de Reichert. Origina el estribo, apófisis estiloides del hueso temporal, ligamento estilohioideo y, en su parte ventral, asta menor y porción superior del cuerpo del hioides.

La porción principal del paladar definitivo es formada por las excrecencias laminares de la porción profunda de los procesos maxilares, estas elevaciones llamadas prolongaciones o crestas palatinas aparecen en el embrión de seis semanas y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. En la séptima semana la lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden y se hacen horizontales.

Durante la octava semana, las prolongaciones palatinas se acercan entre sí en la línea media, se fusionan y forman el paladar secundario. Hacia adelante, las crestas experimentan fusión con el paladar primario triangular y el agujero incisivo.

Al tiempo en que se fusionan las prolongaciones palatinas, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformado.

Durante la sexta semana de desarrollo las fositas nasales se profundizan bastante, en parte a causa del crecimiento de los procesos nasales y en parte porque se introducen en el mesénquima subyacente. En la etapa inicial, estas fosas están separadas de la cavidad bucal primitiva por la membrana buconasal, pero después que ésta se ha roto, las cavidades nasales primitivas desembocan en la cavidad bucal por medio de los orificios neoformados, las coanas primitivas, que

están situadas a cada lado de la línea media e inmediatamente por detrás del paladar primario. En una etapa ulterior, al formarse el paladar secundario y continuar el desarrollo de las cavidades nasales primitivas, las coanas definitivas se sitúan en la unión de la cavidad nasal con la faringe. 17, 18

I.4 EMBRIOGENESIS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

Se produce entre la quinta y la doceava semana de desarrollo embrionario, debido a que es durante este tiempo cuando se forman los esbozos maxilares y faciales.

Las malformaciones que incluyen hendiduras anteriores y posteriores son diferentes embriológicamente. Las malformaciones con hendiduras anteriores se deben a un desarrollo embrionario defectuoso del paladar primario y resultan de una deficiencia del mesénquima en las prominencias maxilares y en el segmento intermaxilar.

Las malformaciones que incluyen hendiduras posteriores se deben a un desarrollo defectuoso del paladar secundario, causado por distorsiones del crecimiento de los procesos palatinos laterales que evitan que se fusionen.

A. LABIO HENDIDO

El labio hendido unilateral resulta de que el proceso maxilar del lado afectado no se fusiona con los procesos nasomedianos. Esta es la consecuencia de insuficiencia de las masas mesenquimatosas para fusionarse y del mesénquima para proliferar y empujar el epitelio suprayacente, el resultado es la hendidura labial persistente. El epitelio de la hendidura labial se torna distendido y la disgregación de los tejidos en el suelo de la hendidura persistente origina división del labio en porciones medial y lateral.

El labio hendido bilateral resulta de que las masas del mesénquima de los procesos maxilares no se unen y fusionan con los procesos nasomedianos fusionados. El epitelio de los dos surcos labiales se distiende y disgrega.

B. FISURA LABIAL MEDIA

Este defecto es muy poco frecuente del labio superior, probablemente dependa de deficiencia mesodérmica. Origina insuficiencia parcial o completa de la fusión de los procesos nasomedianos y de la formación del segmento intermaxilar.

C. PALADAR HENDIDO

Se debe a una insuficiencia de las masas mesenquimatosas de las prolongaciones o crestas palatinas para unirse y fusionarse entre sí con el tabique nasal y con el borde posterior del paladar primario, aisladamente o en combinación.¹⁷

CAPÍTULO II

ETIOLOGIA

Al labio y paladar hendido se le considera como una anomalía sin una etiología específica por lo que se conoce como poligénica o multifactorial. Los factores han sido investigados ampliamente y dentro de estos encontramos factores predisponentes endógenos y exógenos que describiremos en este capítulo.

Inicialmente se creía que la herencia jugaba un papel esencial en la formación de fisuras orofaciales; sin embargo, las investigaciones han aplicado a la genética como factor etiológico solamente en un 20% a un 30% de los pacientes con labio y paladar hendido. No es un simple caso Mendeliano de herencia dominante o recesiva, pero es multigenética. De cualquier manera si un individuo presenta algún tipo de hendidura, las posibilidades de que uno o más de sus descendientes lleguen a presentar la misma anomalía se incrementan. 12

Según la teoría mecánica del Dr. Brophy, la presión de la lengua sobre el paladar cuando hay flexión exagerada de la cabeza puede impedir la unión correcta del paladar.21

El desarrollo embrionario es una interacción de factores genéticos y ambientales. Varios agentes ambientales o exógenos tienen potencial de frenar o modificar el desarrollo de estructuras genéticamente predeterminadas.

Los factores ambientales juegan un papel importante en el momento crítico del desarrollo cuando se está llevando a cabo la fusión del labio y del paladar.

Se han podido establecer algunos factores que propician las hendiduras y éstos se dividen en endógenos y exógenos:

II.1 Factores Endógenos:

Se le llama factor endógeno a la tendencia del individuo a heredar ciertos rasgos o características de sus progenitores, así el labio y paladar hendido puede ser un defecto estructural primario resultante de una alteración morfogénica localizada.

A. Herencia multifactorial:

Los parientes cercanos tienden a parecerse en cuanto a cierto número de características. Muchos de estos caracteres tienen una distribución que corresponde a la conocida como curva campanular o curva normal. Cada gen añade o resta algo del rasgo o carácter y cada uno actúa en forma aditiva, independientemente de los otros sin dominancia.

No es probable que un individuo herede gran número de factores que actúen todos en el mismo sentido. Además actúan cierto número de factores ambientales, cada uno añadiendo o restando algo al resultado final.^{10, 24}

La mayor parte de las veces la variación en la población resulta de cierto número de genes y factores ambientales que actúan juntos para regir el resultado final.

II.2 Factores Exógenos:

Se considera un factor exógeno a aquellas enfermedades que pueda padecer la madre durante el embarazo, tales como:

- Infecciones virales
- Estrés emocional
- Toxemia
- Tabaquismo
- Etilismo
- Desnutrición

Otros factores exógenos son:

A. Agentes infecciosos

Se han atribuido malformaciones congénitas a una docena de virus aproximadamente, pero algunos de ellos, el virus de la rubeola, el citomegalovirus y el virus del herpes se han identificado como causa de malformaciones y de infección fetal crónica, que persisten después del nacimiento. La rubeola puede ser causa de aborto espontáneo o causa de fetos muertos debido a que al infectar el tejido fetal produce un daño celular con inhibición de la mitosis, provocando así trastornos en el desarrollo.^{1,6,7}

Esta comprobado que la infección materna por el protozoo *Toxoplasma gondii* produce malformaciones congénitas. Los niños pueden presentar hidrocefalia, calcificaciones en cerebro, retraso mental y malformaciones oculares. No parece influir en la incidencia de labio hendido.

La sífilis es considerada causa de malformaciones congénitas pero se ha probado que esta teoría carece de fundamento. Cuando la sífilis estaba difundida se atribuía a ella malformaciones congénitas de la índole del labio hendido, espina bífida y otras. Sin embargo, al disminuir la frecuencia de la enfermedad también disminuye la relación que guardaba con estas malformaciones.

B. Radiación

Esta comprobado que la administración de dosis grandes de rayos Röntgen, a embarazadas puede originar microcefalia, defectos craneales, espina bífida, fisura palatina y defectos de las extremidades. Desgraciadamente, los tejidos maternos no actúan de modo alguno como barrera o filtro, por lo que el niño recibe la misma dosis que la madre, provocando así, la llamada Mutación génica o cromosómica ya sea en gametos o en el embrión, que es cualquier cambio en un gen que se manifiesta por una modificación de los caracteres del sujeto que lo porta 6. 11.

C. Agentes químicos

La placenta es permeable a la mayoría de las sustancias que con mayor o menor velocidad puedan atravesarla, sin necesitar para ello niveles elevados en la sangre materna. La administración de un medicamento a la mujer embarazada puede influir sobre el feto de diversas maneras:

- a) puede mejorar sus expectativas de vida y su desarrollo al aliviar la enfermedad materna;
- b) puede dañar al feto de modo que tenga malformaciones congénitas, pero sin afectar su sobrevida;

c) la droga puede llegar a matar al feto (sobre todo si se ingiere en los primeros meses de gestación).

Influyen la administración de medicamentos, la dosis, la frecuencia, el período durante el cual se administra el medicamento, si se administra durante el período crítico de la organogénesis, si la ingesta del mismo se realiza por un largo período y si la suspensión se realiza de una manera brusca s. 15.

Algunos de los medicamentos son: diazepam, antihemáticos, esteroides, salicilatos, opiáceos, aminopterin y antiepilépticos. De los cuales los dos últimos esta comprobado que su ingesta durante el primer trimestre de gestación provoca labio y paladar hendido.

D. Etilismo

Hay evidencias en cuanto a la asociación de malformaciones fetales y alcoholismo materno entre las que se encuentra la fisura de labio y paladar. 6,24.

E. Desnutrición

El factor nutritivo desempeña un papel importante en la producción de diferentes anomalías debido a la falta de vitaminas y proteínas durante el período de gestación causándose defectos como labio y paladar hendido, sindactilia, micromegalia, etc 3, 23.

Las deficiencias de vitamina A y de vitamina D se sabe que son teratogénicas en animales de experimentación pero su efecto e importancia en la especie humana no es bien conocido. 6

F. Clase Social

Hay una incidencia mayor en el nivel socioeconómico bajo, por un inadecuado cuidado prenatal, salud de la madre y mal nutrición. 11

G. Edad de los padres

Mazaheri, realizó estudios para detectar si la edad de los padres influye en las fisuras del labio y paladar, llegando a la conclusión de que los primogénitos de las madres de mayor edad presentaban una frecuencia doble de defectos que el primer hijo producto del primer embarazo de madres jóvenes. Según Mazaheri, el riesgo de que nazca un niño con labio y paladar hendido crece cuando los padres son grandes de edad. Esto queda corroborado por Wolf, quien dice que la frecuencia de estos nacimientos es ya importante en padres jóvenes y aún más de padres grandes ¹.

Frazer y Callhan dijeron que el factor más importante era la edad avanzada de los padres y no de las madres. ²² Sin embargo, en diversos estudios realizados se ha demostrado que la edad materna avanzada tiene una gran influencia en la incidencia de ciertas malformaciones debido a que los ovocitos permanecen en los ovarios con la primera división meiótica detenida en la profase hasta que tiene lugar la ovulación. Por lo que en las madres de edad avanzada es posible que en los ovocitos se produzcan alteraciones metabólicas con trastornos de la división celular. ⁶

CAPITULO III FRECUENCIA E INCIDENCIA.

III.1 INCIDENCIA.

Según Wilson el fisuramiento del lado izquierdo unilateral, del lado derecho unilateral y bilateral ocurrieron en una proporción de 6:3:1 respectivamente.

Fogh-Andersen, Frazer y Calhan, Ingalls et.al., Frazer y Wilson comprobaron que hay preponderancia del lado izquierdo en el caso de labio hendido y en adición hay un exceso masculino en casos de labio y paladar hendido y un exceso femenino en paladar hendido. 16

Las hendiduras de labio superior son dos veces más comunes en el lado izquierdo que en el derecho; sin embargo casi un 25% de labios hendidos son bilaterales. Mas o menos 85% de las hendiduras bilaterales y 70% de las unilaterales están asociadas con paladar hendido. De los estudios de Fogh-Andersen, Ingalls et. al., y otros se ha establecido que existen dos entidades. La más común, labio hendido con o sin paladar hendido, se distingue por los siguientes factores:

1. Es el doble de común en varones que en mujeres.
2. Defectos adicionales ocurren en sólo un 20% de los casos.
3. Es hereditaria en casi 40% de los casos.

A la inversa, el paladar hendido aislado se distingue por los siguientes factores:⁴

1. Es más común en niñas.
2. Acompaña defectos adicionales en casi el 50% de los casos.
3. Tiene un patrón hereditario documentado en sólo un 20% de los casos.

Del 100% de los casos reportados en un estudio realizado por Fonseca y Davis: el 26% de los casos presentaron solamente labio hendido unilateral, 4% tuvieron labio hendido bilateral sin paladar hendido. El 49% de los casos presentaron labio y paladar hendido unilateral y el 21% labio y paladar hendido bilateral. Reportaron también que fué dos veces más común en mujeres que en hombres.⁵

Kwan y Laskin en 1991 reportaron que el paladar hendido solo, el labio hendido y paladar hendido son más comunes en el sexo femenino y que el paladar y labio hendido son más comunes que el labio hendido y paladar hendido solos. El paladar hendido solo es más común que se presente que el labio hendido.

Comprobaron también que el labio hendido unilateral del lado izquierdo, el labio hendido unilateral del lado derecho y el labio hendido bilateral ocurren en una proporción de 6:3:1 como se había reportado años antes. ¹⁴

Según Larry J. Peterson et. al., las hendiduras orofaciales afectan más seguido al sexo femenino que al masculino en una proporción de 3:2 y que las hendiduras de labio son más comunes. ¹⁵

En un estudio realizado en Febrero de 1993 en el Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco, se encontraron los siguientes datos contenidos en el cuadro I y II.²⁰

CUADRO I

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO POR SITIO ANATOMICO DE AFECTACION

REGION ANATOMICA INVOLUCRADA	PREVALENCIA POR 10,000 NACIMIENTOS
LABIO	2.7
LABIO Y PALADAR	7.8
PALADAR	2.7

CUADRO II

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO POR SITIO ANATOMICO DE AFECTACION. COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS AFINES

LUGAR Y AUTOR	SITIO AFECTADO	PREVALENCIA POR 10,000 NACIMIENTOS
INGLATERRA WOMERSLEY Y COL.	LABIO	2.4
ESTUDIO ACTUAL		2.7
JAPON NATZUME Y COL.	LABIO Y PALADAR	5.2
INGLATERRA OWENS Y COL.		4.2
INGLATERRA OWENS Y COL.	PALADAR	5.1
JAPON NATZUME Y COL.		7.2
ESTUDIO ACTUAL		7.8
ESTUDIO ACTUAL		2.7
JAPON NATZUME Y COL.		2.9
INGLATERRA OWENS Y COL.		4.7

CUADRO II

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO POR SITIO ANATOMICO DE AFECTACION. COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS AFINES

LUGAR Y AUTOR	SITIO AFECTADO	PREVALENCIA POR 10,000 NACIMIENTOS
INGLATERRA WOMERSLEY Y COL.	LABIO	2.4
ESTUDIO ACTUAL		2.7
JAPON NATZUME Y COL.	LABIO Y PALADAR	5.2
INGLATERRA OWENS Y COL.		4.2
INGLATERRA OWENS Y COL.	PALADAR	5.1
JAPON NATZUME Y COL.		7.2
ESTUDIO ACTUAL		7.8
ESTUDIO ACTUAL		2.7
JAPON NATZUME Y COL.		2.9
INGLATERRA OWENS Y COL.		4.7

III.2 FRECUENCIA

Existe gran discrepancia en la frecuencia de esta anomalía en el mundo tal vez debido al método o al registro. En los países donde se lleva a cabo un control estricto de las malformaciones congénitas como son Finlandia, Suecia, Dinamarca, Estados Unidos de Norte América, etc. , es posible conocer con mayor exactitud su frecuencia, sin embargo como lo refieren los autores también tienen dificultad para realizar una investigación exacta.

La práctica de destruir a todos los recién nacidos con malformaciones ha tenido un efecto de controversia sobre la propagación de hendiduras.

Los infantes con severas fisuras como en el tipo bilateral tienen grandes dificultades en la alimentación en áreas incivilizadas o aún en países subdesarrollados en donde la alimentación blanda es la única manera de alimentarse de los recién nacidos, la oportunidad de supervivencia para ellos es muy baja.

De acuerdo con Sesgin y Stark la frecuencia de labio y paladar hendido comparado con la frecuencia de las diez anomalías congénitas más comunes es baja en el siguiente orden: 16

1. Deformidades de los pies
2. Hidrocele
3. Hipospadias
4. Mongolismo
5. Criptorquidia
6. Enfermedades congénitas del corazón

7. Polidactilia
8. Hemangioma
9. Labio y paladar hendido
10. Hidrocefalia

En México, D.F. ocupa el cuarto lugar en el siguiente orden: 7

1. Luxación congénita de la cadera
2. Anencefalia
3. Espina bífida
4. Labio leporino con o sin paladar hendido
5. Pie equino-varo
6. Estenosis congénita del píloro

La frecuencia es variable dependiendo de la raza a la que pertenezca el grupo de personas que se estudia. Así por ejemplo tenemos que en estudios realizados en la década de los años sesenta se encontró que había una diferencia racial en la presentación de la fisura labiopalatina, observando en la raza caucásica 1 x 1000 nacimientos, ya que esta población ha sido la más estudiada. En la raza negra la frecuencia es de 0.24 x 1000 nacimientos, en los negros africanos se encuentra una frecuencia baja y en los orientales es de 2.13 x 1000 nacimientos. 16

En la década de los años setenta se reportó en Francia una frecuencia de labio y paladar hendido de 1 x 942 nacimientos; en Estados Unidos de Norte América fué de 1 x 1107 nacimientos, en Alemania 1 x 952 nacimientos, en Suecia 1 x 960 nacimientos y en Dinamarca 1 x 665. 24

En estudios realizados por McNeil y Millard en las islas caribeñas se observó una frecuencia de 1 x 1875 nacimientos en labio hendido con o sin paladar hendido. 16

En la década de los años ochenta las hendiduras de las estructuras orofaciales ocurrieron aproximadamente 1 x 800 nacimientos; sin embargo reportan que en la población de los Estados Unidos de Norte América es de 1 x 1000 nacimientos. Mientras que en estudios escandinavos la frecuencia se eleva a 2 x 1000 nacimientos. La población negra tiene una frecuencia mucho más baja en comparación a las demás razas, mientras que la población oriental se reportó como la más afectada. 4.9

En un reporte publicado en 1984 por Bruce y Sanders la estadística sobre frecuencia de labio y paladar hendido en relación a mil nacimientos fue la siguiente: 3

Grupo Etnico	LH con/sin PH	PH	LH	LH con PH
Caucásicos	0.98	0.32	0.34	0.54
Mongoles	1.67	0.58	0.67	1.49
Indios Americanos	1.98	0.56	0.45	1.64
Negros	0.36	0.23	0.13	0.19

En la década de los años noventa algunos estudios reportan una frecuencia en la raza blanca de 1 x 1000 nacimientos, en la raza asiática 2 x 1000 nacimientos y en la raza negra 1 x 2000 nacidos vivos. ¹⁴

También se reportó que la frecuencia general de las fisura labiopalatina es de 1 x 800 nacidos vivos, lo cual vuelve a ser confirmado dos años más tarde en otra investigación. ^{12, 13}

Un estudio realizado en Estados Unidos de Norte América reportó una frecuencia que varía desde 1 x 600 nacidos vivos hasta 1 x 1000 dependiendo del grupo racial que se esté estudiando. ¹⁵

En México se reportó en 1993 una frecuencia de 1.32 x 1000 nacimientos. ²⁰

Es importante considerar las razones por las que se ha incrementado considerablemente la frecuencia: ²²

1. Disminución de la mortalidad perinatal
2. Disminución en la mortalidad operativa
3. Disminución de matrimonios entre consanguíneos
4. Aumento en la fertilidad
5. Resultados quirúrgicos y postoperatorios en mejoramiento constante.

CAPITULO IV CLASIFICACION

Existen varios sistemas de clasificación para labio y paladar hendido, y dentro de éstos encontramos diferentes clasificaciones que se han dado a conocer a lo largo de muchos años de trabajo de diferentes personalidades del ámbito odontológico:

IV.1. CLASIFICACION DE DAVIS Y RITCHIE

Esta clasificación reconoció a los tres tipos mayores de deformidad:

Hendidura labial =	Grupo I
Hendidura palatina =	Grupo II
Hendidura de labio y paladar =	Grupo III

Variantes como el que fueran hendiduras unilaterales, bilaterales fueron indicadas además por números por lo que una hendidura de labio unilateral pertenecía al grupo I,1; una hendidura de labio mediana pertenecía al grupo I,2; y una hendidura de labio lateral al grupo I,3.

Las hendiduras de paladar fueron subdivididas dentro de úvula y paladar blando como grupo II,1 y paladar duro como grupo II,2 y cada uno de éstos dos subgrupos fueron además divididos en 1/3, 2/3 y 3/3 hendidos.

Hendiduras de labio, alvéolos, paladar duro y paladar blando pertenecen el grupo III y fueron subdivididos en : (fig. 1)

Unilateral = grupo III,1

Mediana = grupo III,2

Bilateral = grupo III,3

Esta clasificación no está subdividida en varios grados de hendiduras incompletas.^{16,22}

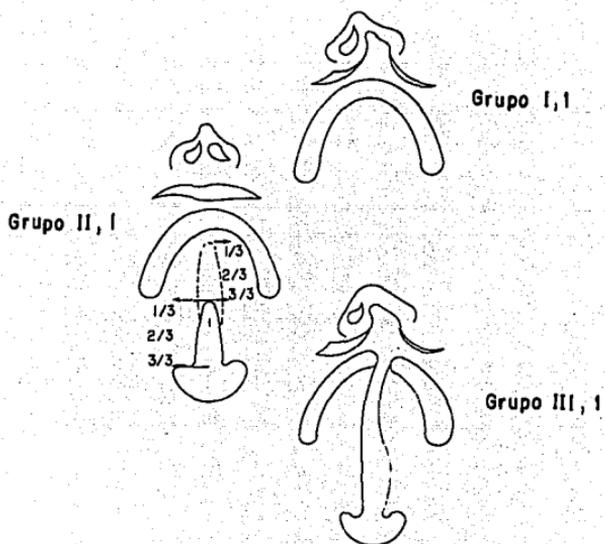


Fig. 1 CLASIFICACION DE DAVIS Y RITCHIE

IV.2 CLASIFICACIÓN DE VEAU

En 1931 Veau clasificó los grados de deformidad por una simple escala numérica: (fig. 2)

- Hendidura de paladar blando = grupo I
- Hendidura de paladar blando y duro = grupo II
- Hendidura unilateral completa del alvéolo, paladar blando y duro = grupo III
- Hendidura bilateral completa del alvéolo, paladar blando y duro = grupo IV

Algo que es muy importante señalar es que ignoró completamente las hendiduras de labio y alvéolo.¹⁶

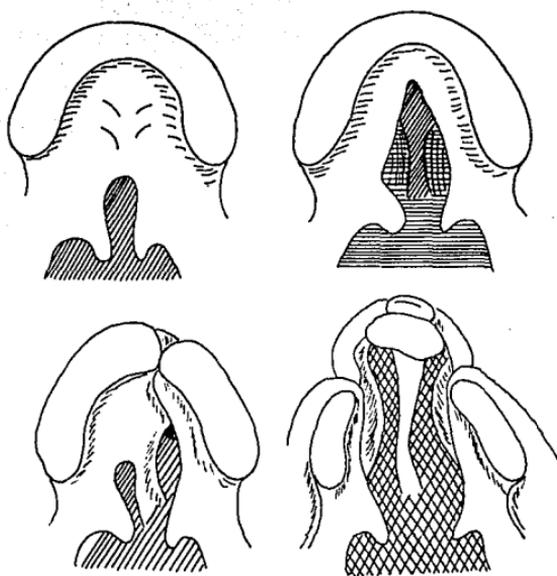


Fig. 2 Clasificación de Veau .

IV.3 CLASIFICACION DE HARKINS

En 1962 Harkins, Berlin, Harding, Longacre y Snodgrass, de la Asociación de Hendiduras Palatinas, propusieron tres grupos principales de hendiduras: (fig.3)

1. Prepaladar.- incluyó hendiduras labiales unilaterales, bilaterales y mediales, así como cicatrices congénitas y todas las variaciones de hendiduras alveolares.

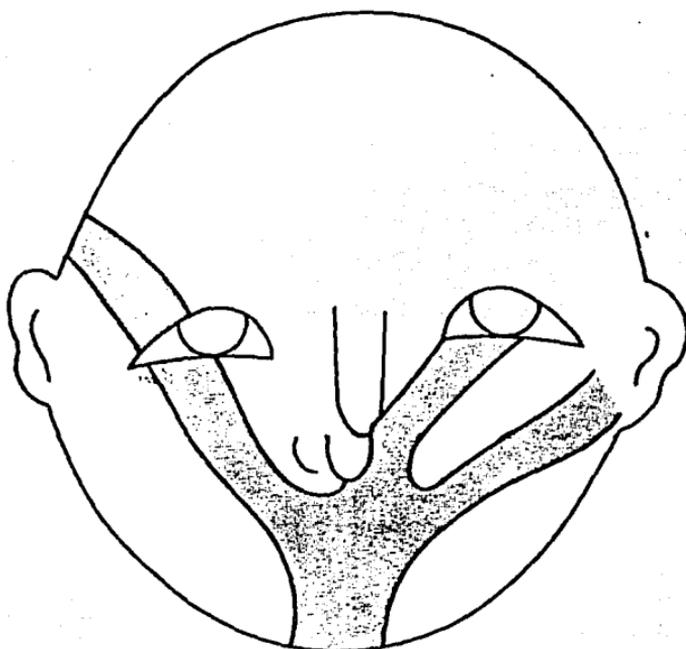
2. Paladar.- incluyó todas las formas de hendiduras palatinas avanzadas tan lejos como el forámen incisivo.

3. Prepaladar y paladar.- incluyó hendiduras completas unilaterales y bilaterales pero además la combinación de hendiduras incompletas de labio y paladar.

Este grupo de odontólogos propusieron después un cuarto grupo:

4. Grupo de hendiduras raras, otros tipos de las prepalatinas y palatinas; dentro de las cuales encontramos hendiduras faciales y hendiduras del labio inferior. 16,22

Fig. 3 CLASIFICACION DE HARKINS



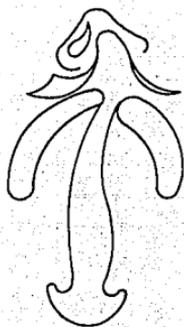
IV. 4 CLASIFICACION DE VILAR - SANCHO

Otra clasificación muy interesante fue la propuesta por el Cirujano Plástico de origen español Vilar - Sancho, quien en 1962 clasificó todas las hendiduras (SK) como incompletas (con letra minúscula) o completas (con letra mayúscula) usando la letra apropiada de la palabra griega para el área involucrada. (fig. 4) 16

- K para queilos (labio)
- G para gnato (maxila)
- P para palatos (paladar)
- U para urano (paladar duro)
- S para stafilos (velo)

Después de la letra de la locación y extensión de la hendidura el lado afectado está indicado con una " d " para marcar si se trata del lado derecho , y una " i " para marcar si es del lado izquierdo, y una " s " para los casos bilaterales.

Sin embargo consideraron varios estudiosos del tema que esta clasificación era impráctica.



KI GI UIS SK

Fig. 4 CLASIFICACION DE VILAR - SANCHO

IV.5 CLASIFICACION DE KERNAHAN - STARK

La clasificación propuesta por Kernahan - Stark en 1958 enfatizó las bases embriológicas de los forámenes incisivos, más que su morfología.

Las hendiduras de labio y premaxila ocurren de la 4a. a la 7a. semanas de desarrollo embrionario, fueron término de hendiduras del paladar secundario. Se considera paladar secundario a toda el área que abarca desde el techo de la boca (forámen incisivo o su vestíbulo, la papila incisiva a la úvula). Se forma después el paladar primario (premaxila, septum anterior y labio). El forámen incisivo es la línea que divide al paladar primario del secundario.

Una fisura del paladar secundario también puede clasificarse como completa o incompleta dependiendo de su extensión. Una fisura incompleta es la fisura común del velo. Cuando una fisura completa se considera así, es por que incluye al velo del paladar y al paladar duro tanto como el forámen incisivo. A esta clasificación se le debe añadir la fisura del mesodermo del paladar o fisura submucosa que puede ser camuflageada a menos que la úvula también esté fisurada. Mientras no sea fácil detectar la dehiscencia de la musculatura del velo, la presencia de incompetencia velofaríngea y la palpación de una hendidura de la espina nasal anterior ayudan en el diagnóstico. (fig. 5)

Kernahan en 1971 subsecuentemente propuso una clasificación de Y rayada. Así como en la clasificación anterior el forámen incisivo es el punto de referencia, con este sistema tenemos una clasificación rápida y gráfica de la patología original.

Esta clasificación fue aceptada por la Confederación Internacional de Cirujanos Plásticos en 1967 y muchos la usan hoy. El hecho de que la terminología mencionada no incluye al labio reduce su popularidad. Después también Conway, McKinney, Climo, Hugo, Cole y Goulian en 1968 usaron la Clasificación de Kernahan - Stark sobre 850 hendiduras y encontraron que ellos tenían que añadir subcategorías. 16,22

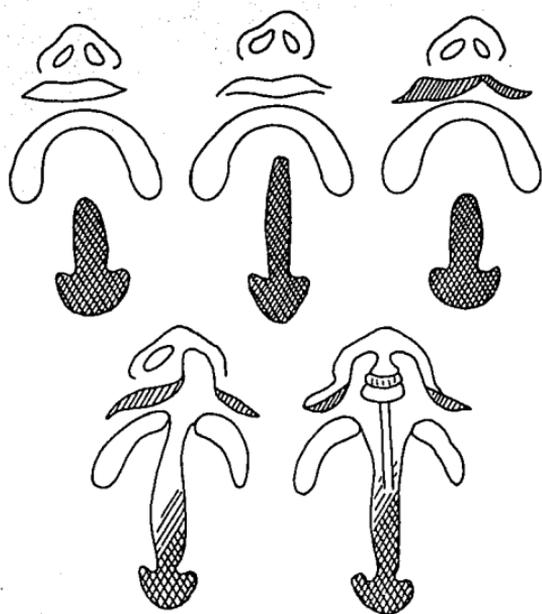
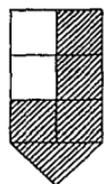


Fig. 5 Clasificación de Kernahan y Stark.

IV.6 CLASIFICACION DE SCHUCHARDT

El profesor Karl Schuchardt creó un símbolo visual artificial para facilitar la indicación de los casos de labio y paladar hendido para su Clínica Jaw en el noroeste de Alemania en Hamburgo en 1964. (fig. 6) 16



Labio
Proceso Alveolar
Paladar Duro
Paladar Blando

■ Completo
□ Incompleto

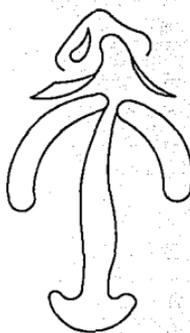


Fig.6 CLASIFICACION DE SCHUCHARDT

IV. 7 CLASIFICACION INTERNACIONALMENTE APROBADA

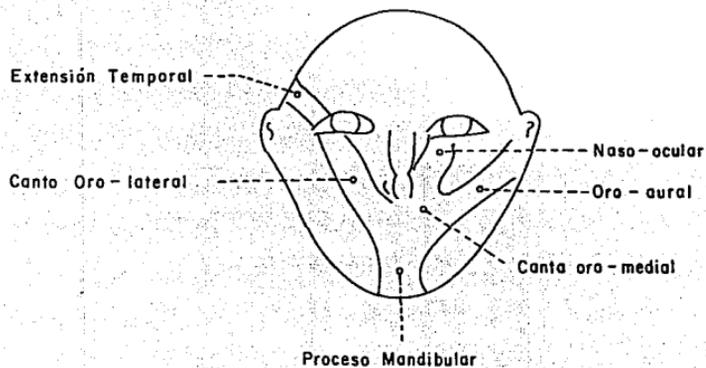
La nomenclatura sobre labio y paladar hendido anunciada por el subcomité de la Confederación Internacional para Cirugía Plástica y Reconstructiva en la carta de noticias siguiendo la Confederación oficial del Congreso de Roma dió a conocer la clasificación para las hendiduras en 1968 en la Ciudad de México. (fig.7)

Clasificación de Hendiduras de labio, alvéolo y paladar (Clasificación basada en principios embriológicos)

- Grupo I Hendiduras de paladar anterior (primario)
 a) labio - derecho y/o izquierdo
 b) alvéolo - derecho y/o izquierdo
- Grupo II Hendiduras de paladar anterior y posterior (primario y secundario)
 a) labio - derecho y/o izquierdo
 b) alvéolo - derecho y/o izquierdo
 c) paladar duro - derecho y/o izquierdo
- Grupo III Hendiduras de paladar posterior (secundario)
 a) paladar duro - derecho y/o izquierdo
 b) paladar blando - medial

(Para subdivisiones se emplean además los términos " Total y Parcial")₁₆

Fig. 7 Clasificación Internacionalmente aprobada.



IV. 8 CLASIFICACION DE TESSIER

Hendiduras faciales raras:

Clasificación basada en descubrimientos topográficos. (fig. 8)

- a) Hendiduras medianas de labio superior con o sin hipoplasia o aplasia de la premaxila.
- b) Hendiduras oblicuas (oro - orbital)
- c) Hendiduras Transversas (oro - auricular)
- d) Hendiduras del labio inferior, nariz y otras hendiduras raras. 16

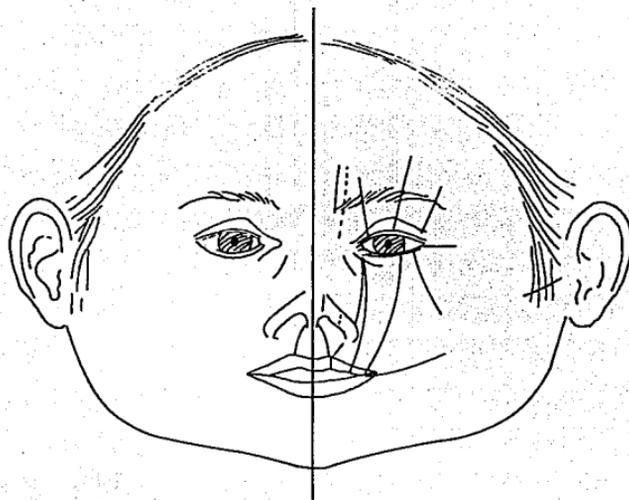


Fig. 8 Clasificación de Tessier

IV. 9 CLASIFICACION DE LA Y

Desmond Kernahan explicó que las hendiduras totales bilaterales de los paladares duro y blando pueden ser representadas como una Y. El punto de división entre el paladar primario y secundario (llamándolo forámen incisivo), puede ser representado simbólicamente en las uniones de las ramas de la Y por un pequeño círculo.

Las ramas derecha e izquierda de la Y están divididas dentro de tres secciones:

La porción anterior = labio (# 1 y # 4)

La mitad = alvéolo (# 2 y # 5)

La posterior = el área del paladar duro de atrás del alvéolo al forámen incisivo (# 3 y # 6)

Posterior al forámen incisivo, el paladar duro (# 7 y # 8) y paladar blando (# 9), están también dentro de tres segmentos.

Este segmento en Y puede ser reproducido por una estampa o calcomanía borrrable.

Kernahan elaboró para facilitar el procesamiento de los datos en la clínica de paladar hendido, números que fueron asignados a cada una de las subdivisiones. Esto nos dá una Y rayada.

El método es adaptable, las áreas hendidas son indicadas por un rayado de los segmentos respectivos, las hendiduras submucosas del paladar son indicadas por líneas horizontales donde una hendidura verdadera no está presente.

Una banda de Simonart en el borde de la punta está indicada por líneas horizontales a través de la porción más anterior de la rama respectiva de la Y.

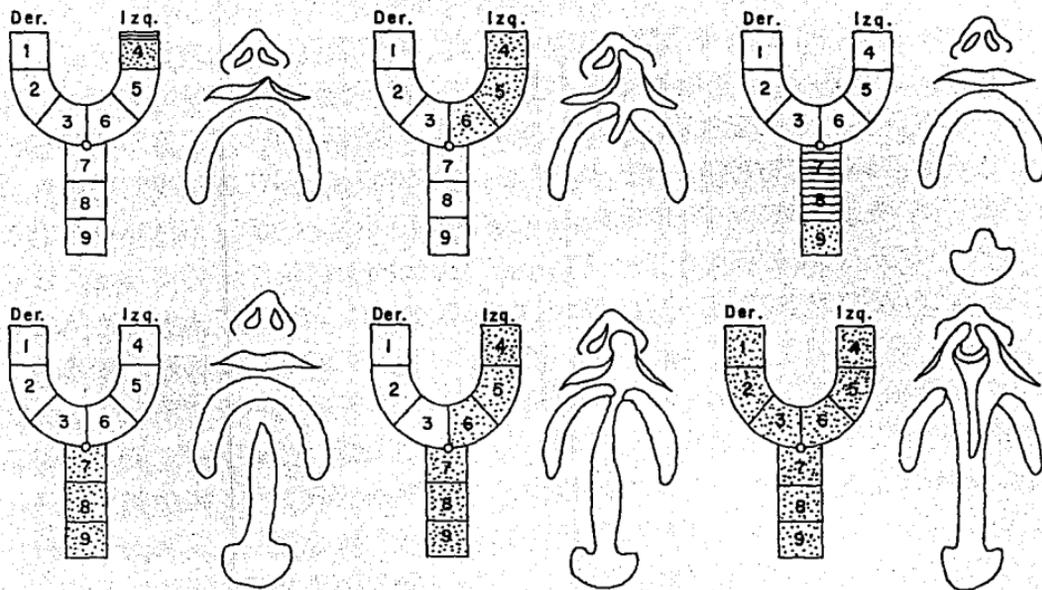
Para las hendiduras medianas de labio deberá marcarse una línea recta centralmente entre el # 1 y el # 4 sobre el rayado de la Y, para las hendiduras del labio centrales verdaderas y en casos donde el total del paladar primitivo está ausente como en el caso de las trisomías y arhinencefalia, tenemos que cerrar en el área completa entre las dos ramas de la Y.(Fig.9)

Ichiro Tange de Tokio, creó un nuevo subgrupo de hendidura labial, la hendidura nasolabial aislada. Kernanhan puntualizó la hendidura nasolabial en la clasificación de la Y y dijo que debía ser indicada sobre la Y como una S floja o abierta en la unión del labio y los segmentos alveolares.

En 1972, el egipcio Nabil Elsayh añadió unas puntas triangulares (#1 y #5) al final de las ramas para representar el piso nasal en caso de hendiduras incompletas de labio. Esta modificación causó un cambio de números en los cuadrados con el labio representado por # 2 y # 6, alvéolos por # 3 y # 7, paladar duro anterior al forámen incisivo por # 4 y # 8, paladar duro por # 9 y # 10 y paladar blando por el cuadrado # 11. Para indicar el corte vermellón sobre la banda izquierda se puntea una línea angosta, la cual se localiza en la porción baja del cuadro #6 el cual en el corte alveolar sobre el mismo lado tiene una banda punteada en la porción superior del cuadro # 7.(Fig.10)

Los segmentos colapsados del maxilar están indicados por un punteado o rellenado de los cuadros # 3 y # 4 ó # 7 y # 8. Elsayh colocó doble línea en los cuadros (# 9 y # 10), en el área del paladar duro, y usó flechas para indicar la dirección de la deflexión en las hendiduras completas. El localizó un círculo (#12) debajo del tronco de la Y para representar la farínge. Después con una línea punteada desde la Y a la O reflejando la competencia del velo faríngeo, ninguna ruptura en la continuidad de esta línea punteada podría ser interpretada como la suma de incompetencia. Elsayh también añadió un círculo (# 13) para representar la premaxila, y la suma de su protrusión está indicada por una línea punteada con una flecha y la posición del círculo # 13.

Fig. 9 Clasificación de "Y "



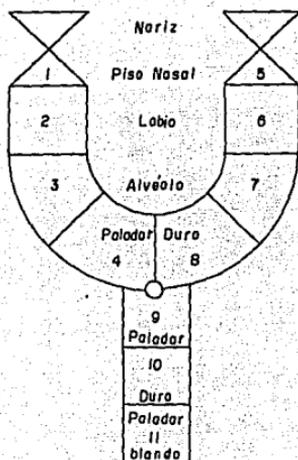


Fig. 10 MODIFICACION DE LA "y"

Un valor añadido de esta línea en Y modificada es que es la representación simbólica, embriológica, clínica y psicológica de las hendiduras de labio y paladar que permiten una simple esquematización del progreso de los pacientes, no sólo antes sino durante y después del tratamiento, para una mera comparación de las Y consecutivas.

Después se dijo que no había razón aparente para inclinar los triángulos de Elshahy a las puntas de Kernahan con la inclinación invertida para ser marcada con líneas horizontales indicando el aumento de la deformidad nasal.

La modificación de la Y es usada como un simple récord de un caso preoperatorio. Después la Y será terminada con una punta triangular para el piso nasal, y eso será inclinado con puntas triangulares similares giradas de arriba a abajo para representar el arco nasal. Para indicar un área hendida será punteada; para indicar hendiduras óseas y del músculo de la submucosa el área será marcada con líneas horizontales y para indicar el grado de la deformidad nasal la inclinación del triángulo será lineada horizontalmente en la densidad proporcionada a la severidad de la distorsión. 16,22(Fig. 11)

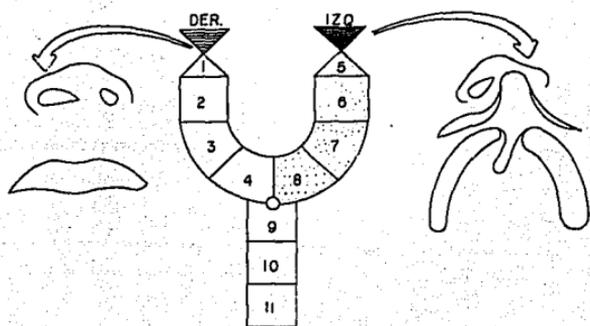


Fig. II MODIFICACION DE LA "Y"

CAPITULO V

MATERIAL Y METODO

V.1 MATERIAL

El presente trabajo se realizó con la finalidad de dar a conocer la epidemiología de labio y paladar hendido en un sector reducido de nuestra población el cual estuvo al alcance durante el ejercicio de nuestras funciones en el servicio social en el área de cirugía maxilofacial Pediátrica del Hospital General Centro Médico La Raza del IMSS.

El estudio se llevó a cabo durante el periodo que comprendió los meses de agosto a diciembre de 1994 en el departamento antes citado.

Se tomó una muestra representativa de 100 pacientes perinatológicos, los cuales en su totalidad presentaban esta patología, ya fueran enfermos con labio y paladar hendido unilateral, labio y paladar hendido bilateral, labio hendido bilateral o únicamente paladar hendido, con sus diversas variantes como son: el lado en el que se presentaba la fisura (derecho o izquierdo) y si la fisura era completa o incompleta .

Estos pacientes, todos derechohabientes a la institución, en su mayoría residen en el Distrito Federal y en el Estado de México, por ser éste el hospital de concentración que les corresponde por regionalización, aunque también fueron aceptados algunos niños foráneos procedentes de otros estados de la República Mexicana que fueron enviados de sus hospitales a ésta unidad para su atención ortopédica y quirúrgica.

Los padres de los pacientes del grupo control eran en su mayoría jóvenes y cabe mencionar que casi todos ellos pertenecen a un estrato socioeconómico bajo como se comprobó a través del estudio.

Para llevar a cabo éste estudio realizamos una hoja estadística con los datos que consideramos eran importantes, los cuales se enlistan a continuación:

1. El nombre y número de afiliación fué incluido como una forma de identificar al paciente dentro de la institución.
2. El sexo del paciente. Para obtener los datos sobre la incidencia.
3. El lugar de nacimiento se consideró que era importante debido a que en nuestro país existen zonas de mayor afectación de labio y paladar hendido, como sucede en el sureste de México y que su proporción va disminuyendo en los estados del norte.

4. Se obtuvo fecha de nacimiento y fecha última de menstruación (FUM) con la finalidad de valorar el riesgo de la madre durante el primer trimestre del embarazo y la posible afectación del producto al nacimiento.

5. La edad de los padres, por que según estudios realizados por diversos autores puede ser un factor predisponente como se describió en el capítulo II.

6. La ocupación de los padres es relevante analizarla en virtud de que estos pueden ser parte del grupo considerado como alto riesgo.

7. El ingreso mensual familiar fue incluido ya que de éste depende el tipo de alimentación en cuanto a calidad y cantidad, calidad de la vivienda, aseo personal y cuidados durante el embarazo; lo que nos dá a conocer el estrato socioeconómico al que pertenece el paciente así como el nivel sociocultural.

8. Dentro de los factores predisponentes están:

a. Etilismo

b. Toxicomanías

c. Radiación

d. Patología durante el embarazo

e. Antecedentes heredofamiliares

f. Desnutrición

g. Ingesta de medicamentos durante el primer trimestre del embarazo

Todos ellos revisados en el capítulo II, en donde fueron descritos como posibles factores etiológicos. De ahí la importancia de su correlación clínica.

9. Para designar los diferentes tipos de fisuras se les denominó de la siguiente manera:

LHUD	Labio hendido unilateral derecho.
LHUI	Labio hendido unilateral izquierdo.
LHB	Labio hendido bilateral.
PH	Paladar hendido.
LPHUD	Labio y paladar hendido unilateral derecho.
LPHUI	Labio y paladar hendido unilateral izquierdo.
LPHB	Labio y paladar hendido bilateral.

HOJA ESTADISTICA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

1. Nombre _____ No. de afiliación _____
2. Sexo _____
3. Lugar de nacimiento _____
4. Fecha de nacimiento _____ Fecha última de menstruación (FUM) _____
5. Edad del padre _____
6. Edad de la madre _____
7. Ocupación del padre _____
8. Ocupación de la madre _____
9. Ingreso mensual familiar _____
10. Factores predisponentes
- a) alcoholismo _____
 - b) toxicomanías _____
 - c) radiación _____
 - d) patología durante el embarazo _____
 - e) antecedentes heredo-familiares _____
 - f) desnutrición _____
 - g) ingesta de medicamentos durante el primer trimestre del embarazo _____
11. Tipo de fisura
- | | | | |
|------|-------|-------|-------|
| LHUD | _____ | PH | _____ |
| LHUI | _____ | LPHUD | _____ |
| LHB | _____ | LPHUI | _____ |
| | | LPHB | _____ |

V. 2 METODO

Una vez elaborada la hoja estadística se realizó el llenado de la misma a través de la información obtenida por parte de los padres de los pacientes, a quienes se les hicieron las preguntas en forma personal y directa siempre con previa autorización.

Ya recopiladas todas las hojas, se obtuvieron mediante clasificación los resultados, dividiendo al grupo control por sexo, lugar de nacimiento y tipo de patología, edad promedio de los padres, ingreso mensual familiar promedio y ocupación. También los clasificamos según el tiempo de gestación, desnutrición de la madre durante este periodo, ingesta de medicamentos, predisposición hereditaria, si la madre había sido expuesta a radiación, si había presentado alguna patología (preclampsia, desprendimiento de placenta durante el primer trimestre del embarazo, amenaza de aborto, por mencionar algunas), o si existían antecedentes de etilismo o toxicomanías por parte de alguno de los padres.

Con la clasificación de estos datos se obtuvieron los porcentajes de los resultados presentados.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de este estudio son los siguientes:

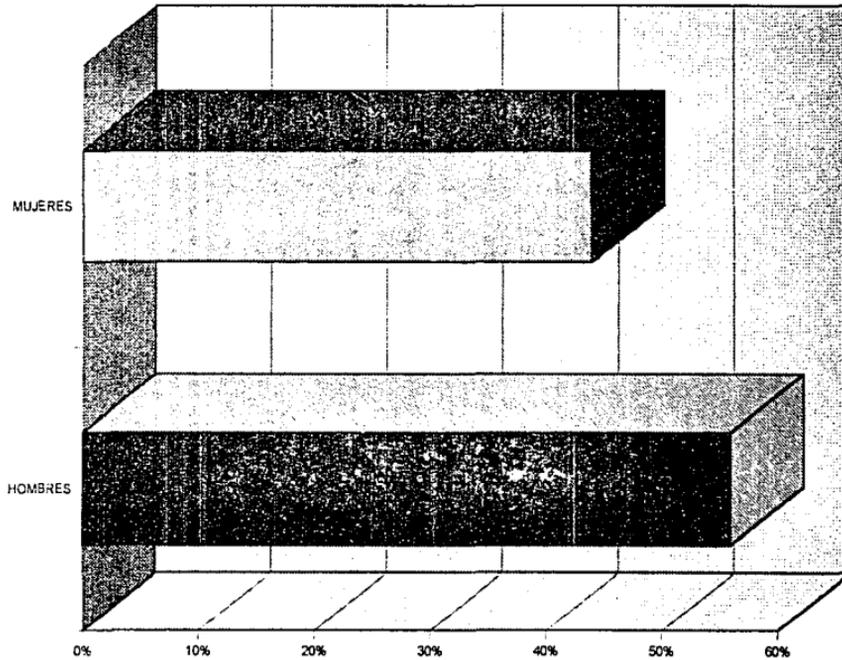
SEXO: De los pacientes del grupo de control, 56% pertenecían al sexo masculino y 44% al sexo femenino.(Gráfica 1)

LUGAR DE NACIMIENTO: El 69% de los pacientes residen en el Distrito Federal, 25% en el Estado de México y 6% son pacientes nacidos en diversos estados de la República Mexicana.

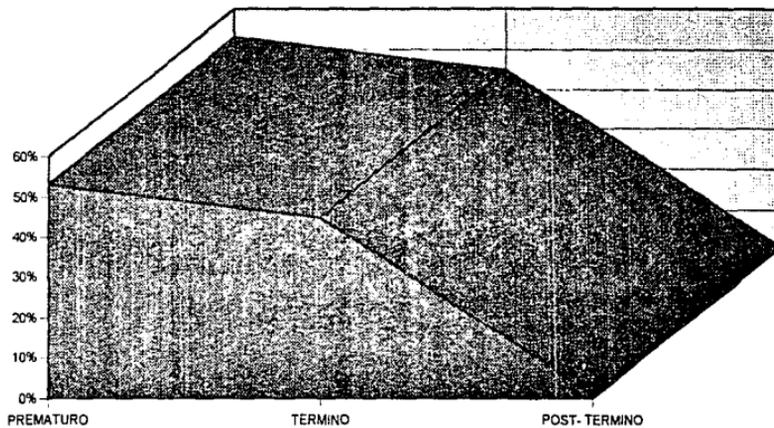
TIEMPO DE GESTACION: Este resultado lo obtuvimos tomando en cuenta la fecha última de menstruación y la fecha de nacimiento, encontrando que el 53% de los niños fueron prematuros, el 45% llegó a término y el 1% fué post-término. Es importante recordar que ya que la mayoría de los pacientes fueron prematuros presentaban inmadurez pulmonar.(Gráfica 2)

EDAD DE LOS PADRES: En cuanto a la edad del padre, el resultado es una edad media de 27.15 años, siendo la más alta de 57 años y la más baja de 18 años. Refiriéndonos a la edad de la madre, la edad media fué de 24.5 años, siendo la más alta de 41 años y la más baja de 16 años.(Gráfica 3)

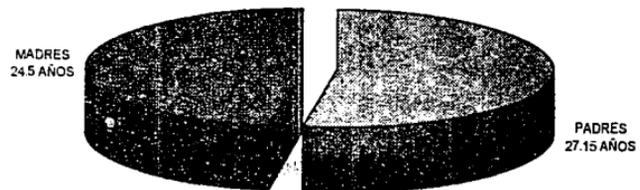
GRAFICA GENERAL DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO POR SEXO
GRAFICA 1



TIEMPO DE GESTACION
GRAFICA 2



EDAD MEDIA DE LOS PADRES
GRAFICA 3

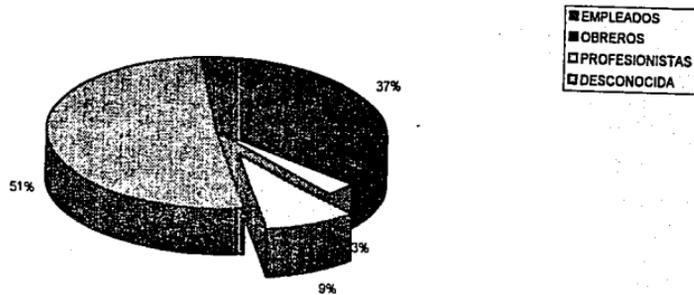


OCUPACION: Del total de los padres sólo el 91% trabajan y del 9% restante no hay datos debido al abandono de hogar. Encontrando que el 51% de los padres son empleados, el 37% son obreros y sólo el 3% son profesionistas. En cuanto a las madres el 68% se dedican al hogar, el 18% son empleadas, el 11% son obreras y el 3% de ellas son profesionistas, lo que nos da como resultado que el 32% de las madres tienen que laborar para mejorar el ingreso familiar.(Gráfica 4A y 4B)

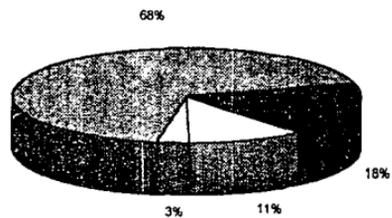
INGRESO MENSUAL FAMILIAR: La media del ingreso mensual familiar es de N\$ 854.55, tomando en cuenta que el salario mínimo actual es de N\$17.00 diarios, se clasificó según el número de salarios mínimos recibidos mensualmente obteniendo como resultado:

FAMILIAS	NUMERO DE SALARIOS MINIMOS RECIBIDOS
4 %	-1
35 %	1
25 %	2
11 %	3
6 %	4
3 %	5
1 %	6
1 %	7
1 %	9
1 %	10

OCUPACION DE LOS PADRES
GRAFICA 4 A



OCUPACION DE LAS MADRES
GRAFICA 4 B



■ HOGAR ■ EMPLEADAS □ OBRERAS □ PROFESIONISTAS

Solo el 88 % de los padres pudieron dar a conocer su ingreso mensual, el 12 % restante comentaron que no tenían un trabajo fijo por lo que su ingreso es variable.

En cuanto a los factores predisponentes encontramos lo siguiente:

a. Etilismo: El 27 % de los padres refirieron ingerir una copa diaria de cualquier tipo de bebida alcohólica o bien la cantidad equivalente en el fin de semana.

b. Toxicomanías: El 5 % de los padres emplean cotidianamente algún tipo de droga (cemento, marihuana, etc.)

c. Radiación: El 3 % de las madres fueron expuestas a radiación Röntgen.

d. Patología durante el embarazo: Las principales patologías padecidas durante el primer trimestre del embarazo fueron las siguientes:

- Anemia, 7 % corroborada mediante análisis de laboratorio.
- Amenaza de aborto, 3 % refieren haber recibido tratamiento médico a base de estrógenos para control del mismo.
- Cuadros gripales, 2 % de los cuales 1 % recibió tratamiento con penicilina y el 1 % restante recibió tratamiento con perlas de benzonatato como antitusígeno.
- Preclamsia, 2 %
- Infecciones:
 - * Gastrointestinal 1 %
 - * Renal 2 %
 - * Vías urinarias 2 %, 1 % recibió tratamiento con óvulos vaginales y el otro 1 % recibió tratamiento con Ampicilina
 - * Uterina 2 %, 1 % recibió tratamiento con metronidazol, ampicilina y óvulos, y el 1 % restante desconoce el tratamiento recibido.

- Cálculos renales 1 % recibiendo tratamiento médico no especificado
- Desprendimiento de placenta 1 % tratado a base de estrógenos
- Enfermedades virales 2 %, 1 % padeció varicela y 1 % presentó enfermedad exantémica no especificada.

e. Antecedentes Heredofamiliares: Los datos obtenidos reportan que el 13 % de éstos pacientes tienen algún familiar con esta patología.

f. Desnutrición: Solo el 37% de las madres dijeron no haber llevado una buena nutrición durante el embarazo.

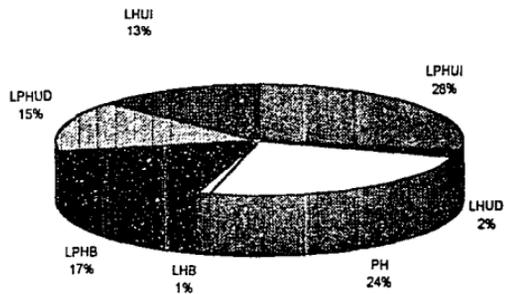
g. Medicamentos: Dentro de los medicamentos ingeridos durante el primer trimestre del embarazo están;

- penicilina
- tiamina *
- mutágenos inhalados *
- benzonatato
- metronidazol
- ampicilina
- cimetidina
- bonadoxina
- óvulos de furadantina

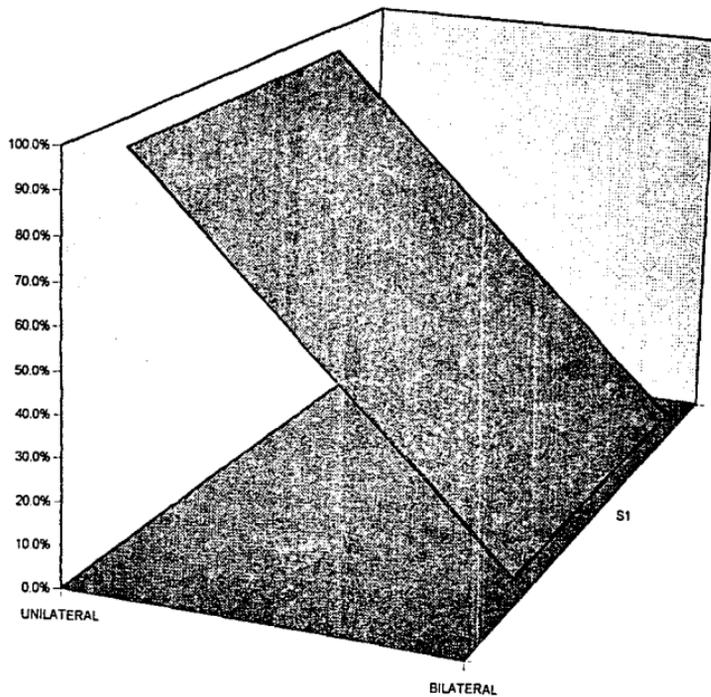
* Comprobado que producen labio y paladar hendido.

En cuanto al tipo de fisura los resultados fueron los siguientes:

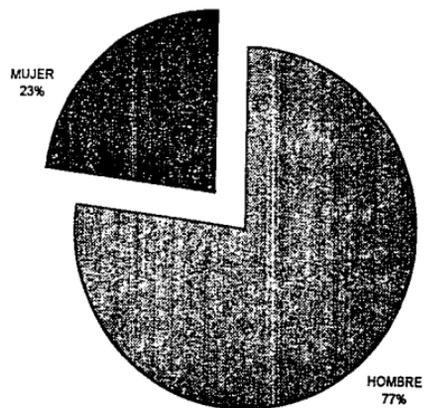
GRAFICA GENERAL DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO POR CLASE DE FISURA
GRAFICA 5



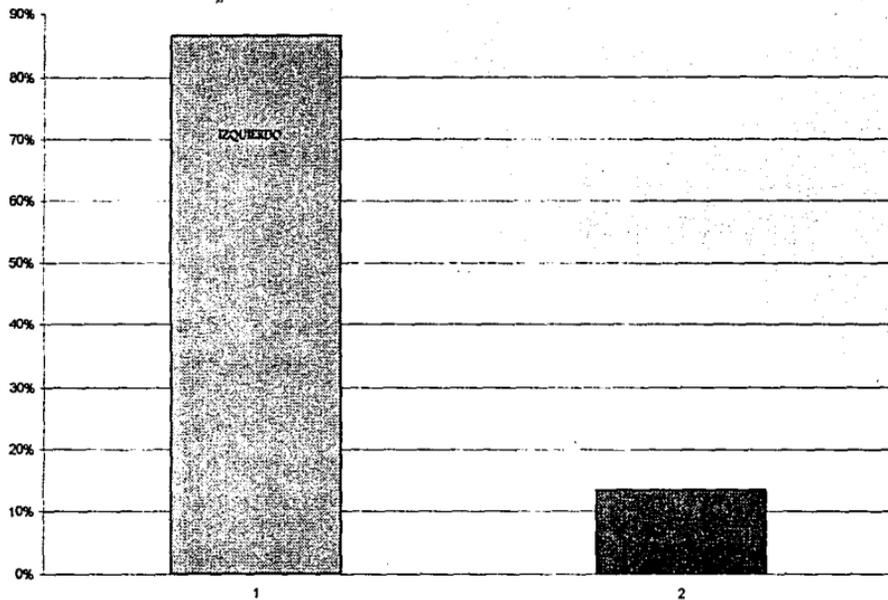
INCIDENCIA DE LABIO HENDIDO POR TIPO DE FISURA
GRAFICA 6



INCIDENCIA DE LABIO HENDIDO UNILATERAL POR SEXO
GRAFICA 7

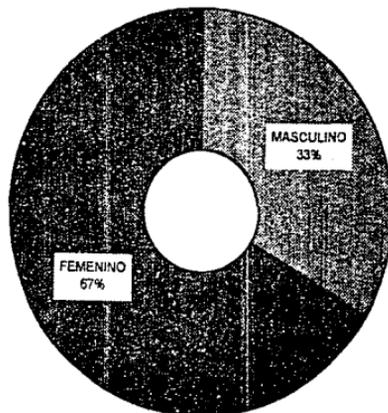


INCIDENCIA DE LABIO HENDIDO UNILATERAL POR LADO DE FISURA

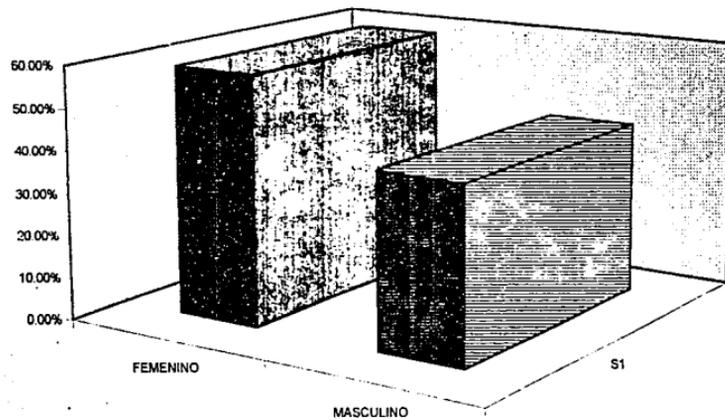


GRAFICA 8

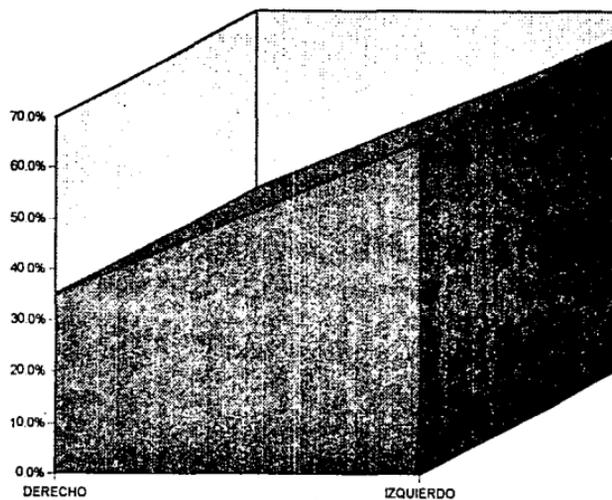
INCIDENCIA DE PALADAR HENDIDO POR SEXO
GRAFICA 9



INCIDENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO BILATERAL POR SEXO
GRAFICA 10



INCIDENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO UNILATERAL POR LADO
GRAFICA 11



RESUMEN

El presente trabajo lo elaboramos durante nuestro servicio social, en este tiempo del total de los pacientes revisados que acudieron a cita por primera vez, 100 fueron seleccionados como grupo control en un intento por determinar los posibles factores etiológicos y coadyuvantes en la aparición de la fisura labiopalatina. Para lograr este propósito se procedió a la elaboración de un cuestionario dirigido en forma directa a los padres de los pacientes para obtener los datos que consideramos nos ayudarían a determinar las posibles causas.

Los resultados obtenidos nos motivaron a efectuar una revisión bibliográfica de los períodos embriológicos para determinar el momento en que se produce la afección y una vez que se presenta ésta el poder clasificarla, para lo cual fué necesario revisar las diferentes clasificaciones que se han utilizado. Para encontrar los factores predisponentes se procedió a revisar la etiología, frecuencia e incidencia.

Una vez conjuntados los datos anteriores se obtuvo la estadística de las diferentes entidades, las cuales fueron ordenadas obteniendo resultados similares a los que se han reportado en la literatura mundial.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en el presente estudio demostraron que esta patología es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. El labio hendido es más común en los hombres que en las mujeres y es más frecuente en el lado izquierdo, por el contrario el paladar hendido y el labio y paladar hendido bilateral son más frecuentes en el sexo femenino. Coincidiendo con los estudios realizados a nivel mundial.

Un gran porcentaje de los pacientes se obtuvieron en parto distócico a pre-término desconociendo los factores condicionantes. El promedio de edad de los padres demuestra que la mayoría son padres jóvenes y que se encuentran dentro de una edad reproductiva adecuada. El ingreso mensual familiar promedio no es suficiente para poder cubrir las necesidades básicas debido a que son familias con un gran número de integrantes, lo que distrae los ingresos recibidos; la mayoría de los padres son empleados y obreros y únicamente el 3% de los padres y el 3% de las madres son profesionistas. Es importante mencionar que el ingreso mensual familiar más alto es de N\$5,100.00, siendo éste recibido por una pareja de profesionistas, sin embargo el salario mensual promedio es de N\$ 854.55

En lo referente a los factores predisponentes se encontró que existe un alto índice de padres alcohólicos y un dato importante es que un bajo porcentaje consume algún tipo de droga.

También se reportó que algunas de las madres padecieron diferentes patologías durante el primer trimestre de embarazo que pudieron haber sido un factor predisponente que originó la fisura. Algunas recibieron tratamiento farmacológico así como Tiamina, que como se explicó en el capítulo II está comprobado que su ingesta puede provocar labio y paladar hendido.

El 13% de los pacientes reportan tener algún familiar con Labio y paladar hendido lo que constituye un factor que influye de manera determinante en la herencia como se explicó en el capítulo II.

El 37% de las madres refieren no haber tenido una buena nutrición durante el embarazo, de las cuales el 7% padecieron anemia; sin embargo, es importante mencionar que aunque solamente un bajo porcentaje refirió desnutrición durante este período, a lo largo del estudio se observó que la gran mayoría de ellas están desnutridas por lo que consideramos que el factor condicionante de la desnutrición es una mala alimentación en calidad y cantidad debido al bajo ingreso mensual familiar.

El condicionante primordial encontrado en este sector de la población fué el bajo ingreso mensual familiar, el cual trae como consecuencia: ignorancia, malnutrición, pocos o nulos cuidados médicos durante el embarazo y diversos padecimientos que condicionan la ingesta de medicamentos sin supervisión medica debido a la falta de cultura.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

1. ATHANASIOU E., ATHANASIOU DPS, MOHAMMAD, MAZAHERI DDS.,
Dental Arch Dimensions in Patients with unilateral cleft lip and palate., Cleft Palate Journal, April 1988, No. 25, p.p. 139-144.
2. BELL- PROFFIT- WHITE.,
Surgical correction of dentofacial deformities, Vol. 1 W. Sanders Company, Philadelphia-London-Toronto 1980, p.p. 1329-1365.
3. BERNARD, JACOBS, ROMBEAU.,
Nutrición y Atención Metabólica en el paciente hospitalario., Edit. Interamericana Mc Graw Hill, 1986, p.p. 551-552.
4. BRUCE N. EPKER, LEWARD FISH.,
Dentofacial Deformities., Integrated Orthodontic and Surgical Correction., Vol. II, The C.V. Mosby Company, 1986, p.p. 233-240
5. BRUCE, SANDERS
Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica, Edit. Mundi, 1984, p.p.427.
6. EGOZCUE, ANTICH, BALLESTA, GOYANES.,
Genética Médica, Edit. Espaxs, México, p.p. 325-334.
7. ENFERMEDADES CONGENITAS: Panorama Actual. Diagnóstico Prenatal y repercusiones; Dr. Fabio Salamanca Gómez; Revista Mexicana de Pediatría (Julio-Agosto 1990), p.p. 169-183.

8. FINN B. SIDNEY.,
Odontología Pediátrica, 4a. edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, México, 1987, p.p. 492-502.
9. FONSECA AND DAVIS.,
Reconstructive Preprosthetic oral and maxilofacial surgery, W.B. Saunders Company, 1989, p.p. 447-448.
10. GEOGIADÉ NICHOLAS G.,
Pediatric Plastic Surgery, U.S.A., Mosby Company, 1986, p.p. 450- 464.
11. HAYWARD JAMES R.,
Labio y paladar fisurados, Cirugía Bucomaxilofacial, 5a. edición, Edit. Panamericana, México 1989, p.p. 401-409.
12. KABAN.,
Pediatric Oral and Maxilofacial Surgery, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1990, p.p. 472.
13. KABAN LEONARD B.,
Cirugía Bucal y Maxilofacial en Niños, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, 1992, México, p.p. 280-292.
14. KWON, LASKIN.,
Clinician's Manual of Oral and Maxillofacial Surgery, Quintessence Publishing Co, Inc., 1991, p.p. 369-371.
15. Mc. CARTHY M.D., JOSEPH G.,
Cleft lip, palate and craniofacial anomalies, Plastic Surgery, Edited by W.B. Saunders Company, Vol. 4, 1990, p.p. 2635-2651.

16. MILLARD JR. D. RALPH.,
Cleft Craft, Vol. 1 The Evolution of its Surgery, Vol. 2 On bilateral and rare deformities, Vol. 3 On alveolar and palatal deformities are in preparation., Little Brown and Company, Boston, 1976.
17. MOORE KL.,
Embriología Clínica, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, México 1988,
p.p. 220-227.
18. PATTEN, BRUCE, CARLSON.,
Embriología Básica, 5a. edición, Edit. Interamericana Mc Graw Hill,
p.p. 551-552.
19. PETERSON LARRY J. DDS, MS et.al.,
Contemporary oral and Maxillofacial Surgery, 2a. edición, 1993, Edit.
Mosby, p.p. 348-350.
20. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LABIO Y PALADAR HENDIDO
EN 2 HOSPITALES, EN LA CIUDAD DE GUADALAJARA, JALISCO, MEXICO;
Pérez-Molina, Alfaro-Alfaro, Angulo-Castellanos, Nario-Castellanos; Boletín
Médico del Hospital Infantil de México; (Vol. 50-2-Febrero 1993). ,
p.p. 169-183.
21. ROBBINS L. STANLEY,
Patología Estructural y Funcional, Edit. Interamericana Mc Graw
Hill, 2a. edición, México 1991, p.p. 257.
22. SAUNDERS W.V.,
Cleft lip and palate craniofacial deformities, Reconstructive Plastic
Surgery, Vol. 4, W.B. Saunders Company, Philadelphia-London-
Toronto, 1987, p.p. 1941-1949.

23. STARK RICHARD B.,

Cleft palate and multidiscipline aproach, M.D. Editor, U.S.A., 1987,
p.p. 60-306.

24. TRESSERRA LLAVRADO LUIS.,

Tratamiento del labio leporino y fisura palatina, Edit. JIMS Barcelona,
1a. edición, 1987, p.p. 453-456.