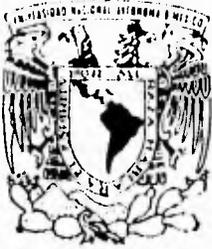


3
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LABIO Y PALADAR FISURADO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA —

P R E S E N T A :

EDITH ACOSTA SOTELO —

Irma Celis B
ASESOR: C.D. IRMA I. CELIS BRAVO



MEXICO, D. F.,

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres, José Luis Acosta M. y María Auxilio Sotelo de A.,
por su confianza y por darme la oportunidad de terminar mi formación -
profesional.

Gracias

A mi hermana Alicia, por ser un ejemplo constante de superación
y por su invaluable ayuda.

Gracias

A mi hermana Nayeli, por su ayuda, comprensión y apoyo.

Gracias

A mi sobrino Néstor Abraham, con especial cariño.

Gracias

A mis amigos y compañeros, por compartir conmigo los
momentos fáciles y difíciles.

Gracias

Labio y Paladar Fisurado
UNAM

A mis profesores, especialmente aquellos que contribuyeron en el aumento de mis conocimientos y habilidades.

Gracias

A mi Facultad de Odontología y a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Gracias

INDICE

PROTOCOLO	6
INTRODUCCION	9
CONCEPTO	13
Labio Fisurado	13
Paladar Fisurado	14
CLASIFICACION	15
EPIDEMIOLOGIA	17
Frecuencia	17
Raza	18
Sexo	19
ETIOLOGIA	20
DIAGNOSTICO	24
Alteraciones Anatómicas	24
Alteraciones Fisiológicas	27
Aspecto Psicológico	29
TRATAMIENTO	31
Especialidades Odontológicas	32
Especialidades Médicas y otros	
Profesionales de la Salud	34

TRATAMIENTO DEL	
RECIEN NACIDO	36
Plastia del labio o Queiloplastia	41
Ortopedia Maxilar	42
Injertos Oseos Alveolares	44
Plastia del paladar o Palatoplastia	45
TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	46
Cirurgia Cosmética	50
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFIA	56

PROTOCOLO

Planteamiento del Problema

La información sobre el tema es amplia, en el presente trabajo se pretende recavar dicha información y organizarla en forma sencilla y entendible, dando a conocer los rasgos más sobresalientes de la patología y destacando los aspectos odontológicos que, como cirujanos dentistas, son los que más nos interesan.

Justificación

El labio y paladar fisurados son defectos orofaciales poco conocidos por alumnos y profesionales de la carrera, por lo tanto se pretende dar a conocer las generalidades sobre el tema así como los conocimientos básicos para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con éste problema, ya que debido a la falta de conocimiento muchas veces son rechazados o clasificados como pacientes problema.

Hipótesis

Ampliar la información que se tiene sobre los pacientes con labio y paladar fisurados y minimizar el rechazo por parte del odontólogo para su tratamiento y rehabilitación.

Objetivos

Objetivo General

Presentar los rasgos más sobresalientes del labio y paladar fisurados, los problemas específicos que acompañan a éste trastorno y las precauciones y técnicas clínicas para su tratamiento y rehabilitación.

Objetivos Específicos

* Conocer las generalidades acerca del labio y paladar fisurado.

* Diferenciar el grado de afección por medio del aspecto clínico.

* Conocer la técnica para el tratamiento odontológico del recién nacido con labio y paladar fisurado.

* Conocer la necesidad de atención por medio de un equipo multidisciplinario.

* Conocer la secuencia de tratamiento según la edad del paciente.

Material

La información será obtenida a través de revistas por medio de artículos recientes con información actualizada así como de libros de

diferentes especialidades (odontopediatría, patología, embriología, etc.), consultados en bibliotecas de la Facultad de Odontología y Medicina en la UNAM, Asociación Dental Mexicana e Instituto Nacional de Pediatría.

Cronograma de Actividades

- Protocolo
- Introducción
- Concepto
- Clasificación
- Epidemiología.- Frecuencia
 - Raza
 - Sexo
- Etiología
- Diagnóstico.- Alteraciones anatómicas
 - Alteraciones fisiológicas
 - Aspecto psicológico
- Tratamiento.- Tratamiento del recién nacido
 - Tratamiento odontológico
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCION

Los defectos orofaciales han sido notados en muchas culturas. En la mayoría de los casos los individuos eran estigmatizados o eliminados debido a su malformación. El primer reporte que se tiene es de Aurlius Cornelius Celsus que vivió del año 25 a.C. a 50 d.C., el cual menciona la primera técnica quirúrgica para la reconstrucción de la fisura labial.

Una escultura de un jefe indio de las costas de Nayarit que data del año 12 d.C. presenta labio fisurado. En el Museo Arqueológico de Lima, Perú, existen esculturas en cerámica con fisuras labiales del Imperio Inca de los Andes que datan del año 200 a 400 d.C. En el siglo XVI en Europa, los niños que nacían con este defecto eran marginados junto con sus familiares por creer que era castigo divino. Entre los pueblos indígenas, como los Aztecas, la malformación se consideraba como signo distintivo o marca selectiva reveladora de predestinación para ser sacerdote, médico o poseedor de poderes sobrenaturales o mágicos, por lo cual eran respetados o temidos.

En los últimos años se han producido enormes cambios en la actitud general hacia individuos nacidos con defectos orofaciales.

Gracias a los incansables esfuerzos de la profesión médica se han eliminado las actitudes de superstición y vergüenza antes asociadas a estos pacientes y generalmente se acepta el hecho de que son seres humanos con requerimientos especiales de habilitación.

El nacimiento de un niño con labio y paladar fisurado es motivo de diversas reacciones psicológicas en la familia. El aspecto de una amplia fisura labial no reparada puede ser muy penoso. Algunos padres pueden tener sentimientos de ansiedad, depresión, culpa o rechazo. No es exagerado afirmar que desde los primeros días de su vida, el recién nacido con fisuras de labio y paladar necesitan, como pocos pacientes, la colaboración y tratamiento en equipo y a largo plazo de muchos especialistas y de sus padres.

Los niños nacidos con fisuras de labio y paladar tienen una constelación de problemas que deben resolverse para su habilitación exitosa. La complejidad de estos problemas requiere que numerosos profesionales de la salud colaboren para brindar los conocimientos y habilidades especializados que se necesitan para asegurar la atención integral del paciente. El concepto de equipo multidisciplinario para labio y paladar fisurados surge a partir de esa necesidad. Es posible que el médico sea el que debe elegir un equipo como el citado, que por lo general se encuentra localizado en los centros médicos.

Las técnicas quirúrgicas de corrección de labio y paladar fisurados han sido diversificadas con la finalidad de obtener una armonía estética y funcional de la boca, por lo que la integración de una clínica interdisciplinaria es relevante para la resolución de esta deformidad orofacial. La participación de especialistas debe estar enfocada a la resolución óptima del problema y en consecuencia en la función y estética normal del niño.

Los pacientes con labio y paladar fisurado tienen ahora una oportunidad mayor de sobrevivir el período neonatal gracias a los adelantos en pediatría y también alcanzar la normalidad adulta por los progresos en cirugía, prótesis maxilofacial, ortodoncia y demás especialidades involucradas en la rehabilitación.

El niño con labio y paladar fisurado puede padecer problemas dentales complejos y graves. Tratar dentalmente a la mayoría de estos pacientes no requiere singulares esfuerzos por parte del odontólogo. El tratamiento dental generalmente puede llevarse a cabo con los procedimientos seguidos para niños normales.

A pesar de haberse reconocido el importante papel que puede y debe jugar la profesión odontológica en la rehabilitación del niño con labio y paladar fisurados, muchos odontólogos se sienten renuentes a aceptar estos niños como pacientes. Esta renuencia debe

basarse en la falta de conocimientos del odontólogo sobre los impedimentos particulares que afectan al niño con labio y paladar fisurados y sobre las diversas precauciones y técnicas requeridas para poder atenderlos dentalmente.

Es importante que el dentista de práctica general se familiarice con el padecimiento por la participación cada vez mayor de distintos especialistas en la rehabilitación de tales pacientes.

CONCEPTO

El labio y paladar fisurados son fallas del desarrollo que aparecen como hendiduras y producen comunicaciones anormales que comprenden un grupo amplio de malformaciones.

Estos defectos orofaciales pueden presentarse como una ligera hendidura en el labio o en la úvula o una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal.

Labio Fisurado

Las fisuras labiales son hendiduras en forma de V invertida. Afectan al labio en grado variable desde pequeñas hendiduras en el borde bermellón hasta verdaderas fisuras que se extienden hacia el suelo de la nariz. Pueden ser bilaterales o unilaterales. Generalmente aparecen combinadas con una fisura del reborde alveolar, denominándose fisuras labioalveolares, también pueden ser uni o bilaterales.

Las fisuras labioalveolares pueden estar asociadas a fisuras del paladar denominadas fisuras labio-alveolo-palatinas.

Cuando las fisuras labiopalatinas son unilaterales aparece una desviación de la boca hacia el lado afectado y una deformación de la fosa nasal. Cuando son bilaterales se produce protrusión del reborde maxilar en la zona incisiva hacia arriba y el epitelio de la mucosa se encuentra expuesto y constantemente seco.

Paladar Fisurado

Las fisuras palatinas pueden afectar a paladar duro o blando individualmente. Cuando afectan paladar duro constituyen hendiduras centrales del maxilar que ponen en comunicación la boca con la cavidad nasal. La fisura del velo del paladar puede ser completa o solamente afectar úvula denominándose úvula bífida.

Cuando está afectado el paladar blando con fisura del paladar duro se habla de fisura palatina completa o velopalatina. Se sitúa en la línea media y se extiende hasta los incisivos.

Las fisuras del paladar pueden ir acompañadas de labio fisurado, afectando la línea media del paladar blando extendiéndose por uno o ambos lados hasta el paladar duro, extendiéndose hacia una o ambas cavidades nasales, siendo entonces uni o bilaterales.

CLASIFICACION

Los niños nacidos con fisuras de labio y paladar difieren mucho en su presentación clínica.

A pesar de la gran necesidad que existe no se ha establecido una clasificación clara y estandarizada de los defectos estructurales del labio y paladar.

Son muchas las clasificaciones disponibles y cambian dependiendo del autor consultado.

En 1958, Kernahan y Stark, propusieron una clasificación de labio y paladar fisurados basada en patrones morfológicos y embriológicos. El punto principal de referencia para esta clasificación es el foramen incisivo. La fisura que se encuentre por delante del foramen incisivo se considera paladar primario y la localizada por detrás del foramen incisivo se considera paladar secundario.

Esta clasificación es la más aceptada y empleada por investigadores dedicados al problema. Los principios básicos de esta clasificación se agrupan de la siguiente forma:

Grupo I.- Fisuras del paladar primario.

Este grupo comprende todas las fisuras localizadas por delante del foramen incisivo. Incluye todas las formas y grados del labio fisurado y combinaciones del labio fisurado con reborde alveolar fisurado.

Grupo II.- Fisuras del paladar secundario.

Este grupo comprende todas las fisuras localizadas por detrás del foramen incisivo. Incluye todos los grados de fisura del paladar duro y blando.

Grupo III.- Fisuras en paladar primario y secundario.

Este grupo comprende la combinación de los dos grupos anteriores.

El foramen incisivo es el punto divisorio lógico entre las fisuras del paladar primario y secundario. Esto es cierto esquemática, genética y anatómicamente.

La clasificación también toma en cuenta variaciones tenues, incluyendo fisuras incompletas.

Cualquiera de los tres grupos puede ser subdividido para una descripción más detallada del defecto, indicando si la fisura es completa o incompleta, uni o bilateral.

EPIDEMIOLOGIA

Frecuencia

Las hendiduras del labio y del paladar separadamente o en diversas combinaciones, son los más frecuentes de los defectos orofaciales.

La frecuencia varía desde 1 de cada 500 hasta 1 de cada 1250 nacimientos.

De los tres grupos principales de fisuras, el labio fisurado con paladar fisurado presenta mayor frecuencia, y a él pertenecen 45% de todas las fisuras; el grupo de paladar fisurado tiene una frecuencia de 30% de la totalidad de los casos, y la frecuencia del labio fisurado es de 25%.

Las fisuras labiales unilaterales se presentan en el 20% de los casos y las bilaterales en el 25%. El 70% de las fisuras labiales unilaterales y el 85% de las bilaterales se asocian con fisuras palatinas.

El labio fisurado cuando es unilateral se presenta con mayor frecuencia del lado izquierdo (70%), que en el derecho, se desconoce el motivo.

Las fisuras en la porción central son extremadamente raras.

La frecuencia de esta patología puede aumentar con el tiempo. Este aumento puede atribuirse a las mejores probabilidades actuales de supervivencia de pacientes con fisuras o adelantos en cirugía plástica, o ambas cosas, y ésto dá mayor probabilidad de que estas personas contraigan matrimonio y se reproduzcan.

Raza

Existe una notable diferencia en la incidencia de las fisuras labiales y palatinas en personas de raza negra, blanca y oriental. Las personas de raza negra son las menos afectadas y los orientales son los afectados con mayor frecuencia.

Las fisuras labiopalatinas ocurren en 1 de cada 800 nacimientos de la raza blanca, en 1 de cada 2000 en negros y en 1 de cada 500 orientales.

Los casos de paladar fisurado aislado ocurren en 1 caso por cada 2500 nacimientos y muestran menos discrepancia entre razas.

En México la incidencia de labio y paladar fisurados se calculan en 1 por cada 1000 nacimientos.

Sexo

La frecuencia total de fisuras es mucho mayor entre el sexo masculino que entre el femenino, en un 60 a 80%.

La fisura labial es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, lo mismo sucede en la asociación de fisura labial y palatina, pero no así en el caso de que sea exclusivamente el paladar el afectado, ya que este es más frecuente en el sexo femenino, lo cual puede ser debido a que el cierre de los procesos palatinos durante el desarrollo embrionario es más tardío.

ETIOLOGIA

En la mayor parte de los casos el labio y el paladar fisurados se deben a una multiplicidad de factores genéticos y no genéticos; ya que ambos ocasionan una disfunción en el desarrollo. Esto se denomina, herencia multifactorial. El factor herencia de los padres afectados juega un papel muy importante, así cuando uno de los padres presenta éste padecimiento, el riesgo de tener un hijo afectado es del 50%.

El desarrollo embrionario se basa en cinco procesos que se fusionan en la línea media, formando la cavidad bucal primitiva, en cuya parte superior se localiza el proceso frontonasal, que se divide en: frontal, nasomedial y nasolateral; lateralmente a ellos se sitúan los procesos maxilares y el mandibular en su porción inferior.

El proceso frontonasal condicionará el desarrollo de la nariz, prolabio y premaxila, los procesos maxilares al fusionarse con los procesos nasomediales dan como resultado la porción lateral del labio superior y las mejillas. El proceso mandibular al unirse en la porción media, forma la mandíbula, mentón y labio inferior. Este desarrollo se lleva a cabo entre la 4ta. y 9na. semanas de vida intrauterina.

La formación del paladar es un poco más tardía, entre la 7ma. y 12va. semanas en el sexo masculino, y la 13va. en el sexo femenino, y se logra por la fusión de los procesos palatinos que se unen entre sí en la línea media y en la porción anterior con la premaxila.

Cuando no llegan a fusionarse éstos procesos, se originan las fisuras labiales y palatinas.

Las fisuras localizadas por delante del foramen incisivo son consecuencia de una deficiencia de mesénquima en la o las prominencias maxilares y el segmento intermaxilar.

Las fisuras localizadas por detrás del foramen incisivo son ocasionadas por un desarrollo defectuoso del paladar secundario y son resultado de deformación del crecimiento de los procesos palatinos laterales que impiden la migración medial y la fusión.

El labio fisurado unilateral es el resultado de la unión insuficiente de la prominencia maxilar del lado afectado con las prominencias nasomediales fusionadas. Esto se debe a una defectuosa fusión de las masas mesenquimatosas y proliferación del mesénquima que reviste el epitelio. Esto origina un surco labial persistente.

El labio fisurado bilateral se debe a una falla en la aproximación y unión de las masas mesenquimatosas de las

prominencias maxilares con las prominencias nasomediales fusionadas. El epitelio de ambos surcos labiales queda separado. En la afección bilateral los defectos pueden ser diferentes con grados variables de alteración en cada lado. En la fisura bilateral completa del labio superior y de la porción alveolar del maxilar, el segmento intermaxilar queda libre y protruye hacia adelante. Tales defectos son en particular deformantes porque implican pérdida de continuidad del músculo orbicular de los labios.

El paladar fisurado se debe a una insuficiencia en la aproximación y fusión entre sí de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos laterales con el tabique nasal, con el borde posterior del proceso palatino medio, o ambos. El defecto puede ser uni o bilateral.

Los factores ambientales desempeñan un papel contribuyente en el momento crítico del desarrollo de la cavidad bucal. La deficiencia nutricional (hipo e hipervitaminosis A, hipovitaminosis B), salicilatos, energía radiante, corticoides, hipoxia, alteración del líquido amniótico, esteroides, virosis, anoxia, stress emocional, falta de desarrollo intrínseca y otros factores ambientales aumentan la incidencia de las fisuras.

La incidencia de la fisura labial o palatina aumenta con la edad

materna en el momento del embarazo, ya que la edad de la madre parece contribuir a la vulnerabilidad embrionaria y producción de la fisura.

DIAGNOSTICO

Los pacientes con defectos orofaciales como las fisuras del labio y paladar que llegan al consultorio dental habitualmente han sido diagnosticados previamente ya que su problema se detecta desde el nacimiento y generalmente el diagnóstico se lleva a cabo en la sala de partos detectando el defecto en el recién nacido.

Este hecho no disminuye la responsabilidad del odontólogo para realizar un examen minucioso y formular su propio diagnóstico obteniendo sus propios datos, parte de su responsabilidad es solicitar información y registro del equipo a cargo de la atención principal del paciente. En muchos casos, el conocimiento y orientación del odontólogo pueden agregar nueva información valiosa.

Alteraciones Anatómicas

Las alteraciones anatómicas dependen de la forma y grado del defecto por lo cual pueden variar desde simples hasta muy complejas y deformantes.

Desde el punto de vista muscular puede existir alteración de los orbiculares del labio y borde bermellón; en el paladar blando, los

músculos de la úvula, periestafilino externo e interno, faringoestafilino y glosioestafilino pueden estar afectados.

En fisuras labiopalatinas unilaterales aparece una desviación de la boca hacia el lado afectado y marcada deformidad del ala nasal. En la fisura bilateral completa el segmento intermaxilar protruye hacia adelante y arriba, el epitelio de la mucosa se encuentra expuesto y constantemente seco, esto ocasiona un defecto en particular deformante.

Desde el punto de vista dental, los pacientes más afectados son aquellos con fisura palatina, ya que presentan una incidencia más alta de defectos en la morfodiferenciación dentaria.

Los problemas dentales que con mayor frecuencia se presentan son:

1) Dientes natales o neonatales. Generalmente incisivos centrales superiores, observados en pacientes con paladar fisurado completo uni o bilateral.

2) Dientes congénitamente ausentes. En especial incisivos laterales de ambas denticiones y premolares adyacentes al reborde alveolar fisurado.

3) Dientes supernumerarios. Especialmente en las líneas de fisura y la premaxila, a menudo asociados a fisuras completas.

4) Dientes fusionados.

5) Dientes malformados. Adyacentes a la fisura, especialmente incisivos centrales que además suelen presentar hipoplasia.

6) Dientes en malposición. Generalmente molares, esto interfiere en el cierre correcto de los maxilares y erupción de otros dientes, ocasionando problemas en la oclusión.

7) Erupción retardada. Afecta a menudo al canino superior del lado de la fisura.

8) Sobreerupción. Afecta a los dientes anteriores inferiores habitualmente causada por la ausencia o malposición de los dientes anteriores superiores.

La malposición dentaria y por lo tanto aumento de caries por dificultad de un cepillado eficiente proporciona también cierto grado de enfermedad parodontal.

En el paciente con fisura completa uni o bilateral del paladar, el perfil de la cara puede aparecer notablemente convexo. Esto se torna más perceptible a medida que el niño crece. El aspecto puede atribuirse a un verdadero prognatismo mandibular o a un maxilar retrognático por una atenuación del crecimiento anteroposterior y

vertical, con lo cual se produce una desarmonía en la relación intermaxilar.

Alteraciones Fisiológicas

Las fisuras labiales y palatinas producen alteraciones fisiológicas variadas. El primer problema que se encuentran los padres es durante la alimentación del recién nacido, ya que presentan dificultad para la succión y deglución, entrada excesiva de aire, sofocamiento y descarga nasal por lo cual es difícil mantener una nutrición adecuada.

Los niños con fisuras del paladar y labio también presentan alteraciones del lenguaje. Los problemas de dicción ocurren en dos áreas separadas:

1.- Nasalidad. En los pacientes sin fisuras, con patrones de dicción normal, el paladar blando puede encontrar la pared faríngea, resultando en un cierre velofaríngeo completo. Este mecanismo de válvula confina la resonancia de sonidos en la cavidad bucal. En pacientes con fisuras en el paladar, el cierre velofaríngeo es incompleto, resultando una pérdida de control de las presiones intrabucales durante la formación de ciertos sonidos consonantes. Se desarrollan entonces mecanismos compensatorios que a menudo

resultan en una dicción hipernasal y difícil de interpretar. Los problemas de dicción en esta área suelen continuar después de la cirugía del paladar, debido a un paladar blando demasiado corto o inmóvil.

2. Articulación. La integridad del labio, reborde alveolar, paladar duro y blando, irregularidades en la posición de los dientes y dientes ausentes, todos, pueden influir en el patrón de articulación del niño.

Los sonidos labiodentales como /f/ y /v/ son difíciles si el labio superior es largo, tenso, e inmóvil. La malposición de los incisivos superiores o malformaciones del reborde alveolar, pueden influir en la producción de los sonidos /s/, /z/, /d/, /f/ y /v/. Las deformidades del reborde alveolar o un paladar acortado en dirección anteroposterior, angosto, o muy arqueado, pueden llevar a la producción inadecuada de los sonidos /t/ y /d/. Cuando el paladar está acortado, la lengua tiende a protruir más allá de los incisivos superiores, resultando en dificultad con los sonidos /k/, /g/ y /ng/.

Los problemas de dicción pueden ocurrir también por la pérdida de audición, incapacidades de aprendizaje, desarrollo tardío de lenguaje y factores emocionales e intelectuales.

Los problemas auditivos vienen a agregarse a los anteriores ya que los niños con fisuras de labio y paladar presentan frecuentes infecciones del oído medio y por consiguiente disminución de la agudeza auditiva. Los estudios revelan que casi el 100% de los niños con fisuras tienen evidencia de enfermedad del oído medio y aproximadamente el 50% desarrollan un impedimento de audición conductiva permanente significativa. El factor principal que produce la alta incidencia de enfermedad del oído medio es la malfunción de los tubos de Eustaquio, secundaria a la anomalía anatómica.

La excesiva ventilación y la desecación de la mucosa bucal predispone a frecuentes procesos inflamatorios.

Aspecto Psicológico

Los pacientes con labio y paladar fisurado desde su nacimiento reciben una serie de agresiones ya que son sometidos a intervenciones quirúrgicas desde muy temprana edad, son protegidos en demasía o rechazados, cuando ya tienen conciencia de su problema, lo comparan con hermanos, compañeros y amigos tanto físicamente como en su trastorno de lenguaje, por lo que sufren desajuste social y pueden tener problemas de adaptación a su medio,

de ahí la importancia de la intervención y participación a tiempo de un servicio de trabajo social.

Las personas con un impedimento físico congénito, como el labio y paladar fisurados, pueden desarrollar cierta ventaja de adaptación, porque ganan una gran autoestima al aprender hacer frente exitosamente a cualquier situación y son capaces de enfocar más energía y atención para superar el impedimento y menos atención para la creación de males imaginarios ya que presentan un problema real.

La apariencia ayuda a determinar cómo interactúa un individuo con la sociedad y, a su vez, cómo la sociedad percibe y acepta al individuo. La estética facial es especialmente importante para el desarrollo de la autoestima.

Es de especial importancia en el manejo integral del paciente con labio y paladar fisurados la capacidad del odontólogo para ofrecer prótesis provisionales que puedan mejorar su aspecto facial. Estas prótesis pueden ajustarse periódicamente para permitir la erupción de la dentición en desarrollo. Cuando sea posible, este tipo de tratamiento, debe comenzar antes de que el niño inicie su educación formal.

TRATAMIENTO

El tratamiento del paciente con fisuras del labio y paladar es prolongado y complejo.

Desde los primeros días de su vida, el recién nacido con esta patología necesita de la colaboración y trabajo en equipo de muchos especialistas que se encargarán de evaluar el estado médico y de desarrollo en general, el desarrollo dental, la estética facial, y el bienestar psíquico, la audición y el desarrollo de la fonación del niño.

Es beneficioso para los miembros del equipo mantener una comunicación efectiva entre ellos, así como con el paciente y sus padres. Los especialistas miembros del equipo deben respetar la opinión de sus compañeros y ser flexibles en la planificación y eficacia del tratamiento. El paciente debe someterse a un examen clínico minucioso, después del cual es deseable que se realice una reunión del equipo para discutir los problemas que presenta el paciente y planificar los tiempos del tratamiento. Serán necesarias evaluaciones periódicas para comprobar los efectos del tratamiento y determinar la necesidad de nuevos abordajes.

El grupo mínimo de trabajo incluye cirujanos plásticos y

maxilofaciales, pediátras, otorrinolaringólogos, ortodoncistas, odontopediátras, protesistas maxilofaciales, terapeutas del lenguaje y trabajadoras sociales.

Especialidades Odontológicas

El *odontopediátra* es responsable por el apoyo odontológico general del paciente con fisuras de labio y paladar. Existen numerosas anomalías dentales y maloclusiones asociadas en estos pacientes, las cuales pueden ser atribuidas a las fisuras congénitas mismas, o ser secundarias a la corrección quirúrgica del defecto original. Existe una correlación entre la cantidad y la gravedad de los problemas dentales y el tipo y severidad de la fisura.

El odontopediátra debe discutir con el paciente y sus padres los problemas dentales asociados con las fisuras. A menudo los padres están tan abrumados por otros aspectos de la patología que prestan escasa o nula prioridad a la atención odontológica. La atención odontológica preventiva es extremadamente importante en el paciente con fisuras. Los padres y el paciente deben de ser instruidos en las técnicas higiénicas correctas, especialmente alrededor de la fisura. Suplementos de fluoruros y dentríficos con fluoruros están indicados.

El *ortodoncista* tiene un papel clave en el diagnóstico y tratamiento del paciente con fisuras al obtener registros que incluyen radiografías cefalométricas y panorámicas, modelos de estudio y fotografías diagnósticas, necesarias para el diagnóstico y plan de tratamiento. El análisis de estos registros permite al ortodoncista describir y cuantificar las deformidades del esqueleto facial y de los tejidos blandos. Con sus conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo del esqueleto facial, este especialista puede identificar las áreas problema. Varios miembros del equipo dependen de este análisis y cuantificación de la fisura para la planificación esencial del tratamiento.

El ortodoncista también brinda tratamiento ortodóncico integral al paciente con fisura del labio y paladar. Si está indicado el tratamiento quirúrgico el ortodoncista trabaja en estrecha colaboración con el cirujano para proyectar el tratamiento más apropiado.

El *cirujano maxilofacial* tiene la capacidad de alterar quirúrgicamente las relaciones esqueléticas del complejo maxilomandibular. Este especialista evalúa a los pacientes con respecto a la forma, función y posición de la mandíbula. Muchos pacientes con fisura del labio y paladar tienen una maloclusión

esquelética significativa que no puede tratarse con ortodoncia convencional y requiere corrección quirúrgica.

La aplicación quirúrgica de injertos óseos alveolares también es responsabilidad del cirujano maxilofacial. Estos injertos ayudan a la habilitación dental del paciente soportando los dientes adyacentes al sitio de la fisura y brindando hueso a través del cual podrán erupcionar.

El *protesista maxilofacial* reemplaza, restaura o rehabilita las estructuras orofaciales que puedan faltar o estar deformadas. Se utilizan materiales inertes para restaurar y mejorar la forma y la anatomía. Este especialista fabrica aparatos protésicos para rehabilitar la masticación, la deglución, la fonación y la estética bucal a un estado tan próximo a lo normal como sea posible. El protesista maxilofacial puede obtener esto mediante aparatos fijos o removibles o una combinación de ambos.

Especialistas Médicos y otros Profesionales de la Salud

El *pediatra* es responsable por el mantenimiento de la salud general del paciente. Este especialista efectúa la evaluación física completa del paciente y ayuda a establecer su estado fisiológico.

También presta gran atención al crecimiento y desarrollo del

paciente.

El *cirujano plástico* determina la cronología y metodología para el cierre de la fisura labial y palatina, así como corregir deformidades nasales internas y externas. También debe llevar a cabo un examen nasofaringoscópico del aparato de fonación. Si identifica algún defecto, el cirujano plástico puede realizar una faringoplastia para mejorar la función velofaríngea.

El *trabajador social* ayuda a la familia a enfrentar el estrés durante la cirugía y después de ella, a enfrentar factores emocionales y a adaptarse a los problemas de la imagen corporal. También facilita la comunicación con el personal médico y orienta a la familia respecto a las fuentes de financiación para la atención médica del paciente.

El *psiquiatra* y el *psicólogo* evalúan al paciente en cuanto a su desarrollo cognocitivo, emocional, de conducta, interpersonal y social. Se presta principal atención en la capacidad del paciente para enfrentarse con el estrés emocional y físico creado por la fisura. Cuando sea necesario se harán consultas con los padres y los maestros.

El *foniatra* monitorea la fonación y analiza todos los sonidos emitidos para determinar desviaciones de lo normal y evalúa la

causa de toda desviación. Una vez corregidos los defectos anatómicos, el foniatra ofrece opciones terapéuticas para mejorar la maduración del lenguaje. El fonoaudiólogo realiza pruebas para determinar toda dificultad en la audición. Cuando ni el niño ni los padres reconocen problemas auditivos, el resultado puede ser retraso en el desarrollo del lenguaje y un desempeño escolar deficiente.

El *otólogo* coordina las pruebas de la audición y todo estudio especial necesario para evaluar las estructuras del oído medio. Este especialista realiza toda cirugía del oído medio que deba hacerse.

TRATAMIENTO DEL RECIEN NACIDO

El odontólogo puede verse participando en el proceso de habilitación del paciente con labio y paladar fisurado inmediatamente después de su nacimiento.

La atención inmediata de las necesidades del recién nacido a menudo se asocian a problemas de alimentación, haciendo difícil mantener una nutrición adecuada. Estos problemas incluyen insuficiente succión, entrada excesiva de aire, sofocamiento,

descarga nasal y tiempo excesivo para la alimentación.

McNeil en la década de 1950 propone junto con otros autores diversos aparatos protésicos para el tratamiento de los niños nacidos con fisuras labiopalatinas uni o bilaterales, para formar un paladar artificial. La prótesis ofrece las siguientes ventajas:

a) Presencia de un paladar falso contra el cual el bebé puede efectuar succión ayudando a mantener la nutrición adecuada.

b) Ofrece estabilidad a la arcada maxilar superior evitando su colapso después del cierre quirúrgico del labio.

c) Moldeo ortopédico de los segmentos fisurados del maxilar para su aproximación antes de los injertos óseos.

La construcción de la prótesis obturadora palatina está indicada en pacientes nacidos con fisura labial y palatina completa, uni o bilateral, y deberá elaborarse tan pronto como sea posible después del nacimiento.

La prótesis obturadora palatina se elabora mediante los siguientes pasos:

1.- Se obtiene una cucharilla del recién nacido con un pedaso pequeño de cera rosa dental, calculando el tamaño y forma del arco maxilar, se reblandece en agua tibia y se lleva a la boca del bebé tratando de adaptarla lo mejor posible. Se retira con cuidado,

procurando no deformarla, y después se coloca en agua fría.

2.- La impresión obtenida se corre en yeso para obtener un modelo de trabajo en el que se construye una cucharilla individual de acrílico, tratando de darle la forma de una pequeña cucharilla convencional.

3.- Se recorta el portaimpresión hasta donde se desea que llegue la impresión, y se pule. Posteriormente se prueba en la boca del bebé y se comprueba que esté bien adaptado para obtener la impresión definitiva.

4.- El material de impresión es el alginato. El bebé se mantiene en posición vertical durante la impresión para evitar la aspiración de excesos de material. Es importante calcular la cantidad de material de impresión.

5.- Es recomendable eliminar previamente las secreciones nasales y bucofaríngeas. Si la fisura palatina es amplia y profunda puede colocarse un pedazo de gasa húmeda en ella para evitar la retención de material o deformación de la impresión.

6.- La impresión no debe quedar en boca más de 2 o 3 minutos. Se retira con delicadeza, la gasa puede adherirse a la impresión, pero se retira sin mayor problema. La boca del bebé se examina para comprobar que no exista material retenido

pincipalmente en la fisura.

7.- Se vacía la impresión con yeso y se obtiene un modelo de trabajo para construir la prótesis palatina, la cual se elabora en acrílico termocurable procesado con técnica de enmuflado.

8.- La prótesis debe quedar lo más delgada posible, se recorta y se pule. Se coloca en la boca del bebé, se identifican áreas de presión excesiva sobre cualquier tejido intraoral mediante la observación y se alivian.

Se instruirá a los padres acerca de la inserción y retiro de la prótesis así como de su limpieza. El bebé se debe examinar a los dos días después de la instalación inicial de la prótesis, posteriormente se citara al paciente cada mes.

Al utilizar la prótesis obturadora palatina los padres se sienten más cómodos durante la alimentación del bebé además de que las dificultades, la descarga nasal y el tiempo requerido para la alimentación se reducen.

La prótesis obturadora palatina servirá hasta el momento de el cierre inicial del labio por medio de cirugía, lo cual se lleva a cabo aproximadamente a los 3 meses de edad.

En algunos casos de fisura labial y palatina bilateral, el bebé presenta un segmento premaxilar muy protruído en relación con los

segmentos del arco maxilar o bien se encuentra desviado lateralmente. Esto representa dificultades para el cirujano antes del cierre quirúrgico del labio. Si la cirugía se lleva a cabo con el premaxilar en esa posición anormal, las posibilidades de separación del labio por aumento de tensiones en las líneas de sutura se incrementan, pudiendo presentar dehiscencias.

En 1686, Hofman describió el uso de un casquete con faja premaxilar para reubicar el premaxilar. Este tipo de aparato es útil para la reubicación en sentido anteroposterior y vertical, tan pronto como sea posible debe elaborarse y colocarse una prótesis obturadora palatina, después de su instalación se espera una semana aproximadamente para que el bebé se acostumbre a ella y posteriormente se adapta un aparato para la retracción del premaxilar.

La construcción del aparato para la retracción del premaxilar se lleva a cabo mediante la elaboración de un gorrito que brinda un anclaje tipo casquete para la banda de retracción la cual se ancla a la cabeza del bebé por medio del gorrito.

Mediante la aplicación secuencial de fuerzas diferenciales crecientes e iguales al premaxilar, este se reubica en una posición más normal con respecto a los segmentos maxilares.

Este aparato de gorrito y banda elástica se usa las 24 hrs. del día y se retira solamente para la alimentación del bebé. El movimiento deseado puede lograrse entre 6 y 8 semanas.

Cuando el premaxilar se encuentra desviado lateralmente debe ser ubicado en la línea media antes de su retracción, para lo cual primero se construye una prótesis acrílica externa bulbosa, que, previa impresión y elaboración, se adapta sobre el premaxilar y se ancla a la cabeza del niño con un aparato tipo gorrito y banda elástica. Mediante la aplicación de fuerzas secuencialmente crecientes sobre el premaxilar con bandas elásticas unidas a la prótesis bulbosa se lleva el premaxilar hacia la línea media facial.

El premaxilar desplazado lateralmente se rehubica entre 3 y 4 semanas en la línea media facial. El aparato debe estar instalado las 24 hrs. del día.

Después de que el premaxilar esté en la línea media el aparato bulbar se reemplaza por una simple banda elástica para su retracción.

Plastia del labio o Queiloplastia

El cierre quirúrgico del labio fisurado puede hacerse poco después del nacimiento. Para realizar la intervención se requiere

que el bebé tenga un estado óptimo de salud, debe alcanzar un peso aproximado de 4.5 kg con una cifra de hemoglobina de 10 mg mínimo y 3 meses de edad. La corrección quirúrgica puede variar entre los 4 y 10 meses de edad, según cada caso.

La finalidad de la cirugía correctiva es lograr un labio simétrico y bien contorneado, funcional y con un mínimo de tejido cicatrizal.

Una vez intervenido el paciente, deberá protegerse la herida con una pomada antiséptica y sujetar o inmovilizar las manos del bebé para evitar su fricción y la ruptura de los puntos de sutura.

Se administran analgésicos en supositorios, comunmente no se requiere la administración de antimicrobianos.

La alimentación se inicia a las seis horas posoperatorias, con gotero o cuchara. Se contraindica la alimentación por medio de biberón durante 15 días mínimo, hasta valorar la completa y correcta cicatrización labial.

Las suturas se retiran al 5to. día posoperatorio en forma alternada y a los 10 días se eliminan completamente. La cicatriz resultante es mínima y sin alteraciones hipertróficas o viciosas.

Ortopedia Maxilar

Después del cierre quirúrgico labial definitivo es frecuente el

colapso del arco maxilar en las fisuras completas uni o bilaterales. Esto puede atribuirse al aumento de tensión aplicada sobre los segmentos del labio reparado. Para evitar este colapso se utiliza un obturador que produce estabilidad transversal de la arcada y brinda soporte. Si se ejerce presión sobre los segmentos anteriores del maxilar y del labio reparado, puede lograrse el moldeo ortopédico de los segmentos. En los casos unilaterales, la fuerza se aplica sobre el segmento mayor por medio del labio intacto que moldea a ese segmento a su alrededor para aproximar el segmento menor. Este moldeo es facilitado por el obturador que brinda un surco a través del cual rota la porción anterior del segmento mayor. Al mismo tiempo el aparato resiste toda tendencia de los segmentos mayor y menor a colapsarse hacia la línea media. En los casos de fisuras bilaterales el labio reparado ofrece mayor retracción en el premaxilar, ubicándolo entre los dos segmentos maxilares que se encuentran lateralmente. Cuando los segmentos maxilares están bien alineados y continuos a los sitios de fisura, el paciente estará listo para el injerto óseo primario. Una vez que se incorpora el injerto primario, el maxilar se convierte en una unidad integral.

Injertos Oseos Alveolares

Los injertos óseos alveolares se utilizan para reemplazar el hueso faltante del reborde alveolar en la zona de fisura.

Los dientes que se encuentran adyacentes a la fisura, por lo general presentan un soporte óseo deficiente, lo cual ocasiona su pérdida prematura. Los injertos proporcionan el soporte óseo que estos dientes necesitan además brindan hueso a través del cual pueden erupcionar.

Los injertos óseos alveolares se clasifican de la siguiente forma:

- Injerto óseo primario. Se refiere a los procedimientos de implantes óseos para la corrección de defectos alveolares en niños menores de 2 años de edad.
- Injerto óseo secundario temprano. Se refiere a los procedimientos de injerto óseo hechos entre los 2 y 4 años de edad.
- Injerto óseo secundario. Es aquel que se realiza entre los 6 y los 15 años de edad.
- Injerto óseo tardío. Se refiere a la reconstrucción de los defectos fisurarios residuales del alveolo en el adulto.

Plastía del paladar o Palatoplastia

El cierre quirúrgico del paladar se realiza entre los 12 meses y los 2 años de edad. El propósito principal del cierre del paladar a los 2 años de edad es el de facilitar la adquisición del habla normal, ya que esta es la edad en la que la mayoría de los niños comienzan a hablar. La audición y la deglución también mejoran al alinear la musculatura del paladar fisurado por medio de la corrección quirúrgica.

Después del cierre quirúrgico del paladar fisurado, aproximadamente el 25 % de los pacientes muestran alguna insuficiencia velofaríngea, lo cual provoca fonación defectuosa, regurgitación de fluidos por la nariz y gesticulación facial. La corrección de la insuficiencia velofaríngea puede realizarse por medio de diversos abordajes quirúrgicos. El procedimiento se realiza por lo general cuando se detecta la presencia del problema para normalizar el habla del niño de ser posible antes de que comience la escuela.

En algunos casos de amplias fisuras unilaterales o bilaterales completas, el cierre quirúrgico del paladar se pospone. En esos casos, a causa del desarrollo de la palabra a esa edad, se construyen aparatos protésicos para dar integridad normal al maxilar. A

medida que el niño crece se dispone de más tejido para realizar el cierre quirúrgico del paladar.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

La visita al odontólogo generalmente se lleva a cabo cuando el paciente tiene 2 o 3 años de edad. En este momento la dentición temporal está en desarrollo y se han completado ya los cierres quirúrgicos de las fisuras. En las primeras visitas deberá examinarse al niño, realizarle ligera profilaxia y permitirle que se familiarice con el odontólogo y su medio. Por la forma del paladar tratado quirúrgicamente, pueden presentarse ciertas dificultades al tomar radiografías, pero es esencial obtenerlas para elaborar el diagnóstico, detectar caries y determinar la presencia de dientes supernumerarios, ausentes congénitamente o deformados.

La preparación de cavidades en pacientes con fisura labial, fisura palatina o ambas no difieren de los procedimientos seguidos en pacientes normales. Deberá emplearse anestesia tópica y local infiltrativa en los casos que lo requieran. Muchos de estos niños respiran por la boca, por desviaciones del tabique nasal, frecuentemente asociados con fisuras labiopalatinas completas. En

estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al interferir, durante los procedimientos operatorios, en la respiración bucal. El odontólogo puede superar este problema dando sensación de seguridad al paciente, limitando el empleo de cilindros de algodón y empleando diques de caucho con amplios oroficios.

Los pacientes con fisura labial, fisura palatina o ambas frecuentemente presentan dientes supernumerarios en la dentición temporal como en la permanente. En la dentición temporal, se permite que estos dientes exfolien de manera natural, o puede realizarse la extracción después de la pérdida de los dientes adyacentes. La mayoría de los dientes supernumerarios que se presentan en la dentición permanente se extraen lo antes posible.

En aproximadamente el 50 % de los pacientes con fisura labial y palatina se presentan dientes congénitamente ausentes. El espacio ocupado normalmente por esos dientes ausentes congénitamente o prematuramente perdidos, tiene que ser mantenido cuidadosamente. Los dientes ausentes en la zona anterior del maxilar deberán ser reemplazados con mantenedores de espacio principalmente por razones estéticas además de funcionales. Los mantenedores de espacio pueden ser placas acrílicas removibles que los niños retienen en su boca sin mayor dificultad.

En los pacientes con fisuras también observamos a menudo hipoplasia del esmalte. Este defecto se presenta con mayor frecuencia en los incisivos permanentes centrales y laterales, en posición inmediatamente adyacente al lugar de la fisura. Cuando sea posible, los dientes con este defecto deberán restaurarse, incluso si se requiere deben colocarse coronas de acero inoxidable. La preservación de estos dientes es muy importante para su empleo futuro como bases para coronas individuales o prótesis fijas.

Debe mantenerse una higiene bucal óptima, para lo cual se instruye al paciente en una higiene bucal diaria y meticulosa, en donde la ayuda directa de los padres es muy importante para reducir la posibilidad del desarrollo de caries. Los exámenes periódicos deberán realizarse con mayor frecuencia, cada 3 o 4 meses, con esta medida el odontólogo podrá detectar zonas de caries en desarrollo y eliminarlas realizando el tratamiento más conveniente.

Posterior al tratamiento restaurativo del paciente con fisura labial y palatina, el tratamiento se concentra en la corrección de la oclusión traumática en desarrollo y la alineación del segmento posterior. La corrección interceptiva de la oclusión traumática es esencial para evitar la destrucción del esmalte en la dentición

permanente. La expansión del maxilar, para corregir el colapso del segmento posterior, se realiza por medio de la expansión palatina de rutina. Esto es espacialmente importante en pacientes que no han tenido injerto óseo alveolar primario para corregir la fisura. Una vez corregido el colapso del segmento posterior, este puede mantenerse en su nueva posición por medio de aparatos pasivos.

Pasado el periodo de dentición mixta la mayoría de los pacientes con labio y paladar fisurados requieren cierto grado de manejo ortodóncico, el cual puede llevarse a cabo de manera convencional. El tratamiento durante esta etapa se concentra en el manejo integral, ortodóncico y quirúrgico de la dentición permanente. El ortodoncista, antes de iniciar el tratamiento indicado, debe completar un examen diagnóstico pleno para determinar el estado actual de desarrollo craneofacial del paciente.

La mayor parte de los procedimientos quirúrgicos que comprometen al maxilar y a la mandíbula se posponen hasta la adolescencia, cuando el paciente ha alcanzado el máximo crecimiento de los maxilares y han erupcionado todos los dientes permanentes, excepto los terceros molares. La forma en que el maxilar y la mandíbula se relacionan mutuamente en el espacio,

después del crecimiento, es con frecuencia difícil de predecir basándose en la apariencia del paciente cuando es niño.

En algunos casos los pacientes con fisuras labial y palatina con un maxilar severamente retrusivo no pueden ser corregidos con ortodoncia convencional. En esos casos el avance del maxilar se lleva a cabo utilizando procedimientos quirúrgicos. Estos procedimientos deben realizarse hasta que los dientes permanentes del paciente hayan erupcionado por completo.

Cirugía Cosmética

La cirugía mayor sobre los huesos nasales puede realizarse hasta que el paciente esté en los primeros años de su adolescencia. Sin embargo, las asimetrías cartilaginosas de la punta de la nariz pueden corregirse a cualquier edad. Pueden hacerse correcciones adicionales a los cartílagos de la punta de la nariz cuando sea necesario.

Las deformaciones secundarias que comúnmente se presentan en el labio fisurado uni o bilateral, incluyen un labio demasiado largo o demasiado corto, tenso, insuficiencia del borde bermellón y hendiduras residuales. No es posible detectar la forma de tales deformidades hasta que se complete el crecimiento de los tejidos. La

corrección quirúrgica final para reparar deformaciones labiales secundarias frecuentemente se realiza al finalizar la adolescencia. También es prudente posponer este tipo de correcciones finales de los labios hasta que se complete todo tratamiento quirúrgico u ortodóncico que pueda modificar el soporte óseo o dental de los mismos.

CONCLUSIONES

El labio y paladar fisurados se encuentran entre las deformaciones congénitas más comunes en el hombre. Estos defectos estructurales pueden variar desde una ligera hendidura en el labio o en la úvula hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal. En la mayoría de los casos, los niños con labio y paladar fisurados desarrollan varios defectos asociados, alteraciones dentales, maloclusión, problemas de lenguaje, susceptibilidad a infecciones, pérdida de la agudeza auditiva, entre otros.

El tratamiento y rehabilitación integral de los niños nacidos con fisura labial o palatina se realiza mejor con el abordaje de un equipo multidisciplinario. Los pacientes necesitan cuidados especiales ya que su tratamiento es prolongado y complejo, con limitaciones que dificultan más el plan a seguir durante su atención.

La odontología tiene un papel importante en el equipo y trabaja en contacto estrecho con los médicos y las otras profesiones de la salud en un esfuerzo por beneficiar a esta exigente población de pacientes.

El labio y paladar fisurados, aunque suelen relacionarse, son

deformaciones con etiología diferente que implica procesos de desarrollo distintos y cronología diversa.

El labio fisurado se debe a una fusión incompleta de los acúmulos mesenquimatosos en las prominencias maxilar y nasomedial, mientras que el paladar fisurado se debe a una fusión incompleta de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos. Si la cantidad de células durante el desarrollo embrionario es insuficiente puede ocurrir la fisura labial, palatina o ambas.

La mayoría de los casos de fisuras labiales o palatinas son ocasionadas por una combinación de factores ambientales (herencia multifactorial).

Con la participación constantemente en aumento de especialistas dentales en la rehabilitación de individuos con estas deformaciones, se ha vuelto casi obligatorio para el odontólogo familiarizarse con el estado actual de los conocimientos sobre este problema de tanta complejidad.

El odontólogo de práctica general debe conocer todas las características de los pacientes con fisuras de labio y paladar, de tal modo que su participación sea activa y determinante en la atención brindada junto con otros especialistas.

El odontólogo puede resolver los problemas dentales más

graves y complejos que afectan a niños con fisuras de labio y paladar, siempre que tenga los conocimientos, la paciencia y la comprensión requeridos para el tratamiento dental de estos pacientes.

Para el odontólogo que reconozca la necesidad en este campo y logre desarrollar las técnicas adecuadas para pertenecer a un equipo multidisciplinario que brinda tratamiento y rehabilitación a pacientes con fisuras de labio y paladar, prestar servicio dental a estos niños le llenará de experiencias muy satisfactorias.

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

No se debe olvidar el perfil emocional de estos pacientes ya que su situación tiene repercusiones sociales y puede mejorar con la ayuda de distintas disciplinas y de su familia, principalmente sus padres.

Desafortunadamente en nuestro país son escasas las clínicas de labio y paladar fisurados que ofrecen atención completa y bien coordinada a la mayoría de los pacientes con este defecto. Cuando se atiende a un paciente con secuelas de labio y paladar fisurados es

importante adoptar una actitud ubicada en la realidad y no ofrecer expectativas terapéuticas demasiado ambiciosas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANDES, G.A. y Ramos T.J. Fisuras del labio y paladar : enfoque multidisciplinario. *Práctica Odontológica*. 10 (1) 1990, pp. 23-26.
- 2.- FRAGOSO Ramirez J. Antonio. Recién nacidos con paladar hendido : técnicas de alimentación. *Práctica Odontológica*. 16 (11) 1995, pp. 41-43.
- 3.- TAMASHIRO H. T. y Luviano E. B. Clínica del labio y paladar hendido en la Cruz Roja Mexicana, Delegación Ensenada. *Revista A.D.M.* Vol. XLIX, No. 6, 1992, pp. 357-361, nov-dic.
- 4.- KIMURA Fujikami, Takao. Corrección quirúrgica de fisuras labiales. *Práctica Odontológica*. 11 (3) 1990, pp. 17-30.
- 5.- CHAVIRA Gil, Alfredo Francisco y col. Labio hendido inferior. *Práctica Odontológica*. 15 (4) 1994, pp. 31-35.

- 6.- MCDONALD, Ralph E. Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5a. edición, 1987, pags. 738-766.
- 7.- FINN Sidner, B. Odontología Pediátrica, 4ta. edición, 1977, pags. 491-500.
- 8.- MOORE, Keith L. Embriología Clínica, 4ta. edición 1989, pags. 215-225.
- 9.- NOWAK, Arthur J. Odontología para el Paciente Impedido, 1ra. edición, 1979, pags. 58-70.
- 10.- CABRINI Rómulo, Luis. Anatomía Patológica Bucal, 1980, pags. 16-19.
- 11.- NELSON Wualdo, E. Tratado de Pediatría Tomo II, 6ta. edición, 1973, pags. 775-776.
- 12.- BORGUELLI, Ricardo F. Temas de Patología Bucal Clínica Tomo II, 1ra. edición, 1979, pags. 806, 807 y 854.

13.- RUBIN, Emanuel. Patología, 1988, pags. 215-216.

14.- BRAHAM Raymond, L. Odontología Pediátrica 1ra.
edición, 1984, pags. 565-566.