

439  
2y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO DEL NIÑO CON ANOMALÍAS  
MORFOLÓGICAS DENTOFACIALES  
(LABIO Y PALADAR HENDIDO)

T E S I S A

Que para obtener el título de  
Cirujano Dentista  
presenta:

BLANCA MIRIAM VALVERDE LINARES

Asesor

C.D. ALEJANDRO MARTÍNEZ SALINAS



Ciudad Universitaria, 1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

### A MI PADRE:

Por el apoyo incondicional que me brindo durante mi formación; por los cuidados, dedicación, esfuerzo, paciencia y amor, que fueron la base firme para finalizar una de mis grandes metas

### A MI MADRE:

Que con sus sabios consejos, hicieron de mi una persona con espíritu de lucha, tenacidad, esmero y responsabilidad, que aparte de ser mi madre, a sido mi mejor amiga, siempre dispuesta a escucharme y a brindarme su amor.

**A MI HERMANA MIRNA:**

**Que siempre me alento y confio en mi, ofreciendome su ayuda cada vez que la necesitaba, compartiendo a mi lado cada una de mis experiencias**

**A MI HERMANO JUAN CARLOS:**

**Quien siempre me brinlo su confianza, ofreciendome una sonrisa cuando mas lo necesitaba.**

**A MIS TIOS:**

**Por comprenderme y escucharme en momentos difíciles, cuando necesitaba de sus consejos y apoyarme en mis decisiones.**

**A TI:**

**Que aunque no estas a mi lado, yo se que donde estes compartiras mi alegría.**

**A MIS PROFESORES:**

**Que se preocuparon por darnos buenos conocimientos, para desempeñar dignamente mi carrera.**

**A MI ASESOR:**

**Doctor Alejandro Martínez que con sus consejos y dedicación fue posible llevar a cabo la elaboración de mi tema.**

**A MIS AMIGOS INCONDICIONALES:**

**Que estuvieron conmigo en cada uno de los logros conseguidos a través del tiempo, alentándonos en los momentos difíciles en nuestra vida de estudiantes.**

**A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA:**

**Por preocuparse día a día en mejorar sus instalaciones, equipos y material, permitiéndome tener un buen desempeño a lo largo de mi carrera.**

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO:**

**Por darme la oportunidad de ocupar un lugar dentro de esta máxima casa de estudios.**

**A DIOS:**

**Por depositar en mí un voto de fé y de confianza. Por elegirme a cumplir una de las funciones más importantes en la vida, EL SERVICIO A LOS DEMÁS.**

## 1.-TITULO

### MANEJO DEL NIÑO CON ANOMALIAS MORFOLÓGICAS DENTO-FACIALES (LABIO Y PALADAR HENDIDO)

## 2.- ANTECEDENTES

En 1976 Paterson L y Cols., mencionan que la belleza o atractivo físico siempre ha sido un factor que en las personas produce una reacción positiva en la interacción social.

En 1970 Mac Gregor dice que muchos niños con problemas de deformidad facial son constantemente motivo de burla o rechazo por parte de sus compañeros, convirtiéndose en adultos solitarios, amargados, egoístas o vengativos.

Dentro el grupo de personas con cualquier tipo de anomalias morfológicas aquellas que tienen deformidades faciales son personas marginadas. Por su parte Sander B. 1984 nos menciona, el nacimiento de un niño deforme demofacialmente o la desfiguración que resulta de un trauma o una enfermedad puede ser el comienzo de un largo y tedioso proceso de rehabilitación emocional, quirúrgico

La historia moderna en el tratamiento de las hendiduras de labio y paladar queda dividida en dos etapas, en la primera, solo se tomaba en cuenta el cierre anatómico de la hendidura, y en la segunda se considera las necesidades fisiológicas del habla.

La actitud de la sociedad contemporánea hacia estas anomalías ha cambiado mucho, y en la actualidad, se hacen cosas muy favorables por estos individuos. Todo paciente que presenta hendidura de labio y/o paladar deberá ser evaluado por un equipo multidisciplinario que se encargue de orientarlo para que su problema sea canalizado correctamente, logrando de esta manera una adecuada rehabilitación.



### **3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

No obstante a cualquier edad son muchos los pacientes que aún no han recibido apropiado tratamiento para su malformación dento-facial sin embargo el número de pacientes es mayor cuando se trata de secuelas por tratamientos realizados tardíamente o sin filosofía de un equipo o grupo quirúrgico de especialistas en la materia, dando resultados iatrogenicos.

### **4.-JUSTIFICACIÓN**

Durante mucho tiempo, el tratamiento de pacientes que presentan hendidura de labio y/o paladar sea limitado unicamente a la intervención quirúrgica olvidandose por completo que la cara es una de las más importantes del cuerpo, através de ella se expresan las emociones, la cara desempeña un papel muy importante en nuestra interacción con las demas personas, y dentro de ella, cabe la significación social psicológica de la boca. Por lo tanto es importante que el Cirujano Dentista no solo le brinde atención profesional sino que sepa entender psicológicamente al niño para poder manejarlo adecuadamente.

### **5.-HIPOTESIS**

Si los niños con problema de labio y/o paladar hendido son atendidos a temprana edad y adecuadamente por un equipo multidisciplinario podremos brindarle un mejor nivel de vida.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Se estudiara eel manejo de los niños con anomalías morfológicas dento-faciales (labio y paladar fisurado)

## **7.-OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 7.1- EMBRIOLOGIA**
- 7.2.- ETIOLOGÍA**
- 7.3.- PATOGENIA**
- 7.4.- FRECUENCIA E INCIDENCIA**
- 7.5.- CLASIFICACION**
- 7.6.- TRATAMIENTO**
- 7.7.- CONCLUSIÓN**

## 7.1.- EMBRIOLOGIA

Las hendiduras de labio y/o paladar son notorias a simple vista y son asociadas a alteraciones ocurridas durante el desarrollo embrionario, como por ejemplo, unión insuficiente de la prominencia maxilar, desarrollo defectuoso del paladar secundario, etc.

Por esta razón, se hace la comprensión de diversos trastornos de crecimiento y desarrollo, así como también, la visión embriológica de aquellas estructuras que intervienen en la formación del labio y paladar, para comprender mejor los trastornos que pueden suceder durante su formación.

### 7.1.1 Desarrollo de la cara.

En el embrión de cinco semanas, las estructuras que forman parte en el desarrollo de la cara y de los maxilares, son claramente perceptibles.

En la línea, media en posición cefálica respecto a la cavidad oral, se encuentra una prominencia denominada Proceso frontal. A ambos lados del proceso frontal hay elevaciones reciben el nombre de Procesos Nasomedianos, y los laterales el de Procesos Nasolaterales.

Crecedo hacia la línea media de la cavidad oral se sitúan los procesos maxilares.

Por lo tanto, las estructuras que rodean la cavidad oral cefálica son:

- El proceso frontal.
- Los procesos nasomedianos y nasolaterales.
- Los procesos maxilares

### **7.1.2. DESARROLLO DEL PALADAR PRIMARIO**

Durante la 5ta. y 6ta. semana de vida intrauterina se forma una estructura conocida como paladar primario o primitivo (deriva de los procesos nasomedianos) y de la cual se desarrollará la parte medio del labio superior y la porción anterior del hueso alveolar del maxilar superior, justo en el sitio de los cuatro incisivos.

### **7.1.3. DESARROLLO DEL PALADAR SECUNDARIO**

Mientras que en el paladar primario deriva el segmento internaxilar, la porción principal del paladar definitivo es formada por invaginaciones laminares de los procesos maxilares. Estas elevaciones llamadas prolongaciones o crestas palatinas, aparecen en la sexta semana de desarrollo y descienden oblicuamente a ambos lados de la lengua.

A medida que esto avanza la lengua se desplaza hacia abajo, esto hace que en la séptima semana las crestas palatinas ascienden hasta alcanzar una posición horizontal por arriba de la lengua y se fusionan entre si completando la porción principal del paladar. En la parte anterior la pre-maxila (forma triangular), se coloca entre los tabiques palatinos con los que se une.

Mientras que esto ocurra el tabique nasal crece hacia él, dividiendo la cavidad nasal de la bucal.

De estas masas primitivas de tejidos derivan el labio superior, el maxilar superior y la nariz.

El límite de la cavidad oral es menos complejo, hallándose constituido por el arco mandibular solamente.

En el curso de las dos semanas siguientes los procesos maxilares continúan aumentando de volumen y simultáneamente crecen en dirección medial comprimiendo los procesos nasales internos hacia la línea media. En una etapa ulterior queda cubierta la hendidura que se encuentra entre el proceso nasal, el labio superior y el maxilar, ambos procesos se fusionan. En consecuencia el labio superior es formado por los procesos nasomediales y los procesos maxilares.

Los procesos nasolaterales no participan en la formación del labio superior, pero sí en la formación de las alas de la nariz.

Algo más complejizada es la manera como se unen los procesos maxilares con los procesos nasolaterales. En un principio estas estructuras están separadas por un surco, el surco nasolagrimal. Después de canalizarse este cordón se forma el conducto nasolagrimal.

Como resultado del crecimiento medial de los procesos maxilares, los dos procesos nasomediales se fusionan no solamente, en superficies sino también a nivel más profundo. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben, en conjunto, el nombre de segmento intermaxilar. Comprenden los siguientes 1) Un componente labial, que forma el surco subnasal en la línea media del labio superior. 2) Un componente maxilar que lleva los cuatro incisivos. 3) Un componente palatino que forma el paladar primario y una pequeña porción de la parte media externa de la nariz, probablemente también deriva del segmento intermaxilar.

## **7.2.-ETIOLOGÍA**

La mayor parte de los casos observados de labio y paladar, presentan etiología múltiple que implica la interacción de varios agentes y factores del medio ambiente, llamados colectivamente etiología multifactorial.

La forma definitiva de la mayor parte de las estructuras bucofaciales, al igual que otras estructuras morfológicas del cuerpo, es regulada por múltiples genes y no por un solo gen.

Parece que estos factores actúan interfiriendo con la migración de las células de la cresta neural hacia las prominencias maxilares del primer arco branquial. Si la cantidad de células es insuficiente, puede ocurrir labio y/o paladar hendido, o ambos.

Estos factores son:

### **7.2.1.-HERENCIA**

- FACTOR GENÉTICO
- FACTORES AMBIENTALES
- FACTORES NUTRICIONALES
- ADMINISTRACIÓN DE CORTISONA
- STRESS
- OTROS FACTORES

### **HERENCIA.-**

El estudio de la herencia en relación a las hendiduras del labio y paladar, reviste gran importancia. El factor hereditario está presente en un 20 a 25% de los casos. Su curso es regular presentándose, en ocasiones, como factor recesivo y, en otros casos, dominante.

El estudio de los gemelos idénticos (monocigóticos) es muy importante para evaluar la relación de la herencia con esta malformación. En estudios realizados por Fogh-Andersen-Duglas- Matrakos encontraron discordancia en la aparición de esta malformación, ya que uno de los gemelos puede presentar

la anomalía y el otro no. Ello quiere decir que existen otros factores distintos a la herencia en relación con las hendiduras del labio y paladar.

### **7.2.2.-FACTOR GENETICO**

Se ha descrito un gran número de síndromes en una de las características es el labio y paladar. De aproximadamente 100 de estos síndromes descritos por Gorlin y Cols., casi 30% son los resultados de un solo gen mutante. La mayor parte de estos síndromes se presenta con paladar hendido aislado que no involucre el labio, y sea calculado que menos del 3% de estos casos de paladar y labio hendido caen dentro de esta categoría. El mejor ejemplo de un solo patrón de herencia asociado con labio hendido es el síndrome heredado en forma dominante de fisuras labiales descritas por Fogh-Andersen y Cervenka y Cols.

En esta afección un gran porcentaje de los niños presenta hoyos en el labio inferior, hendiduras del labio superior. Los hoyos generalmente se presentan más que las fisuras.

### **7.2.3.-FACTORES AMBIENTALES**

Entre estos factores ambientales podemos mencionar a las enfermedades infecciosas producidas durante los primeros meses de embarazo, tales como la rubeola. Otro de los factores ambientales son los agentes físicos entre los cuales se encuentran las radiaciones estas producen o no la malformación de acuerdo a la intensidad, duración y frecuencia de las exposiciones en la mujer embarazada.

### **7.2.4.-FACTORES NUTRICIONALES**

Aunque no hay pruebas suficientes de que los trastornos nutricionales producen paladares hendidos en los seres humanos, los regímenes dietéticos inadecuados. Han producido fisuras de desarrollo en animales, en ratas recién nacidos se produjeron experimentalmente paladares hendidos alimentando a

las madres con dietas excesivas "A" o carentes de ellas durante la preñez (Warkany, Nelsson, Shraffenberger, Faistan). La administración de dietas deficientes en riboflavina y ácido fólico a ratas grávidas, produjo también una descendencia con elevada frecuencia de hendiduras palatinas.

Warkany y Nelson han encontrado que cuando se aplican un suplemento alimenticio, como son los factores cristalinos del complejo B (riboflavina), se pueden prevenir las malformaciones.

### **7.2.5 ADMINISTRACION DE CORTISONA.**

El uso de cortisona en madres embarazadas conlleva a la aparición de hendiduras palatinas, ella tiene la propiedad de atravesar la barrera placentaria llegando al embrión donde produce trastornos de la organogénesis, apareciendo malformaciones de tipo división palatina (Baxer y Fraser).

No está claro cómo la cortisona interfiere en el desarrollo embrionario. Streat y Pear establecen que la cortisona produce una inhibición de la producción fibroblástica.

La misma dosis de cortisona en el mismo estadio de gestación produce diferentes proporciones de malformaciones. Una de las malformaciones observadas comúnmente es la división palatina.

### **7.2.6. STRESS**

El stress producido como consecuencia de infecciones, traumatismos o alteraciones psicogénicas o de otra naturaleza, origina un aumento en la actividad adreno cortical con la siguiente liberación de cortisona, si esa liberación de cortisona se produce durante alguna etapa de la organogénesis puede producir varios tipos de malformaciones.



### 7.2.7. OTROS FACTORES

Schaffer sugiere otros factores como:

- a) Aporte vascular deficiente en la zona afectada
- b) Alguna perturbación mecánica, en la cual el tamaño de la lengua impide la unión de las partes.
- c) Sustancias que circulan en el organismo, como alcohol, drogas o toxinas
- d) Falta de fuerza de desarrollo intrínseca.

### 7.3 PATOGENIA

Los labios son pliegues músculo-membranosos situados en la parte anterior de la boca.

Limitando la hendidura bucal, uno inferior y otro superior los cuales se continúan entre sí, formando la comisura labial, ellos están formados por dos superficies, una externa recubierta de piel y otra interna revestida de mucosa, encontrándose entre ambas superficies el músculo orbicular de los labios.

El labio como elemento estático de la cara es indispensable para la articulación de fenómenos labiales y la mimica, un labio tenso será siempre desarmónico por más grande que sea la perfección de sus detalles morfológicos.

En el labio hendido existen todos los elementos anatómicos sólo que no están bien ubicados.

El labio hendido puede localizarse a uno u otro lado de la línea media en la cual el proceso maxilar debería haberse unido con el proceso nasomediano. También se pueden producir hendiduras medias las cuales son causadas por la fusión incompleta de los procesos nasomedianos. Esta anomalía va acompañada generalmente por un surco profundo entre los lados derecho e izquierdo de la nariz.

## **CARACTERISTICAS DEL PALADAR NORMAL Y PALADAR HENDIDO.**

### **Paladar normal**

Entendemos por paladar la pared superior de la boca, está formada por

- 1) Paladar primario o premaxila, el cual forma la parte anterior del reborde alveolar que contiene los cuatro incisivos.
- 2) Paladar secundario, conformado por la bóveda palatina y el velo del paladar.

### **BOVEDA PALATINA**

Contiene los dos tercios anteriores del paladar secundario.

Su estructura ósea está formada por:

- 1) Apófisis palatina.
- 2) Láminas horizontales.

### **VELO DEL PALADAR**

Es un tabique músculo-membranoso que se prolonga por detrás de la bóveda palatina y de ahí el nombre de paladar blando.

Esencialmente móvil y contráctil, puede descender y elevarse. Al bajar llega a ponerse en contacto con la lengua. Al subir obra a modo de esfínter. Intercepta toda la comunicación entre la cavidad bucal y la nasal.

Está constituido por la aponeurosis del paladar y los músculos del mismo

## **EL PALADAR HENDIDO**

Representa un trastorno de la fusión incompleta de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos, bien sea:

- Ausencia de la fuerza de penetración
- Interferencia mecánica ejercida por la lengua.
- Diferencia de tamaño de las partes afectadas.

El paladar blando y la úvula se forman como la extensión posterior de los procesos palatinos, así que una hendidura en estas estructuras es básicamente una extensión del paladar blando.

## **LABIO HENDIDO Y/O PALADAR HENDIDO**

El agujero incisivo se considera la línea divisoria entre las deformaciones anteriores y posteriores del paladar. Las deformaciones anteriores al agujero incisivo comprenden el labio hendido lateral, maxilar superior hendido y hendidura entre el paladar primario y secundario.

Los defectos situados por detrás del agujero incisivo dependen de la falta de fusión de las crestas palatinas y comprenden el paladar hendido secundario y úvula hendida. La tercera categoría se forma por la combinación de hendiduras tanto anteriores como posteriores del agujero incisivo, dado que las crestas palatinas se fusionan aproximadamente una semana después de haberse formado por completo el labio superior, y dado que los mecanismos de cierre del labio y del paladar secundario difieren completamente las

hendiduras anteriores y posteriores deben considerarse entidades diferentes. Las hendiduras anteriores varían en gravedad desde los defectos apenas visibles en el borde mucocutáneo del labio hasta hendiduras que se prolongan hasta la nariz.

En casos graves la hendidura llega más profundamente y abarca el maxilar superior que queda separado entre el incisivo lateral y el canino.

#### **7.4. FRECUENCIA E INCIDENCIA**

De un total de las hendiduras faciales, las hendiduras de labio representan del 20-30% , las hendiduras labio palatinas el 35-50%. El índice aproximado de frecuencia en México es de 1:1000 niños nacidos vivos (n.v.) y en zonas endémicas como Chiapas, Campeche e Hidalgo, entre otros es de 1:600 n.v. Esto significa que de cada 800 niños nacidos en promedio, uno es afectado con esta malformación.

#### **RAZA**

Existen diferencias en la incidencia de las hendiduras en particular. Sin embargo, esas diferencias no son uniformes entre las diferentes razas.

La literatura sugiere que las hendiduras de labio y hendiduras palatinas es más frecuentemente en hombres blancos.

La hendidura palatina aislada es más frecuente en mujeres blancas y japonesas.

Aproximadamente el 85% de las hendiduras del labio son unilaterales, y de ellas 2/3 partes ocurren del lado izquierdo.

## **SEXO**

Es mucho más frecuente el labio hendido y labio paladar hendidos en hombres que en mujeres, mientras que el paladar hendido aislado es más frecuente en el sexo femenino.

## **EDAD DE LOS PADRES**

En varios estudios se ha observado la posible relación entre la edad de los padres y la frecuencia de labio hendido, paladar hendido o ambas alteraciones. Aunque las pruebas son escasas parece existir un ligero aumento en la frecuencia de casos a medida que avanza la edad de los progenitores. Estas malformaciones también son más frecuentes en productos de octavo embarazo y en personas de nivel socioeconómico bajo.

## **7.5. CLASIFICACION**

En América, Davis y Ritchie presentaron su clasificación en 1922

En 1931, Veau, en Europa, propuso otra clasificación.

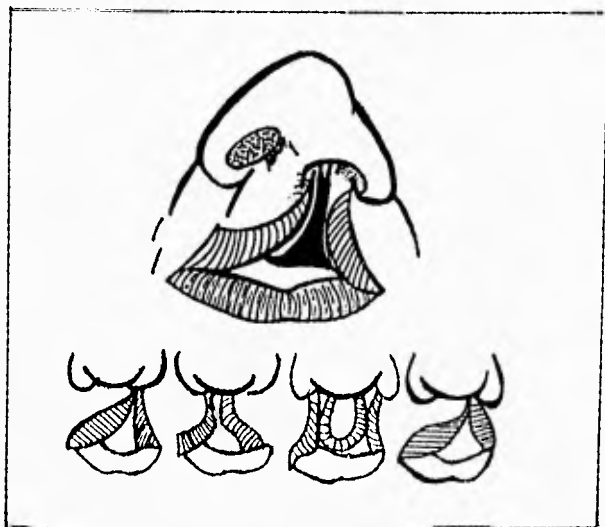
Desafortunadamente esos sistemas no fueron comprendidos suficientemente y fallaron al excluir algunas variantes de la deformidad.

En 1942, Fong-Andersen publicaron un estudio de incidencia de hendidura de labio y paladar que es la base de la nomenclatura que se usa muy en día, fundamentándose en la embriología.

En 1958, Kernahan y Stark introdujeron los sistemas más usados en la actualidad, tomando en cuenta el labio, la cresta alveolar y el triángulo del paladar anterior del foramen incisivo, el paladar primario y el resto del paladar secundario.

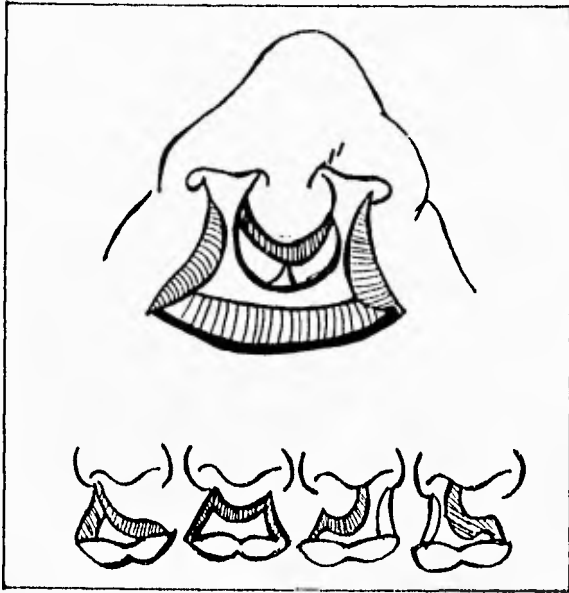
En 1971 Kernahan propuso otra clasificación gráfica y en 1976 Millard la modificó.

Otra clasificación es la propuesta por Olin, la cual está basada en el examen clínico de las hendiduras. Olin dividió en cuatro grupos de acuerdo a las estructuras anatómicas que se encuentran involucradas.



## GRUPO I. HENDIDURAS DEL LABIO SOLAMENTE Y FE

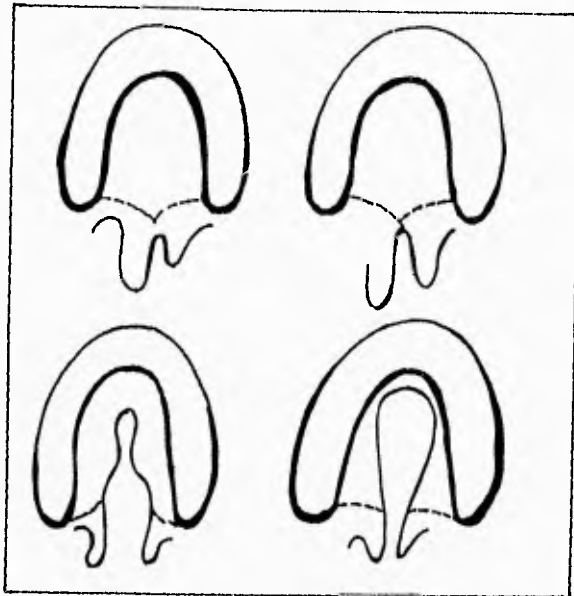
Estás pueden ser unilaterales, pueden variar desde una pequeña muesca en el borde bermellón, hasta una hendidura completa del labio extendida dentro del piso de la nariz, resultando una deformidad nasal. En hendiduras que se comprometen el labio solamente, por lo general encontramos irregularidades leves en el proceso alveolar del área involucrada también se pueden encontrar anomalías dentarias en esa área. La severidad de estas anomalías corresponderá con la hendidura.





## GRUPO II. HENDIDURAS PALATINAS SOLAMENTE

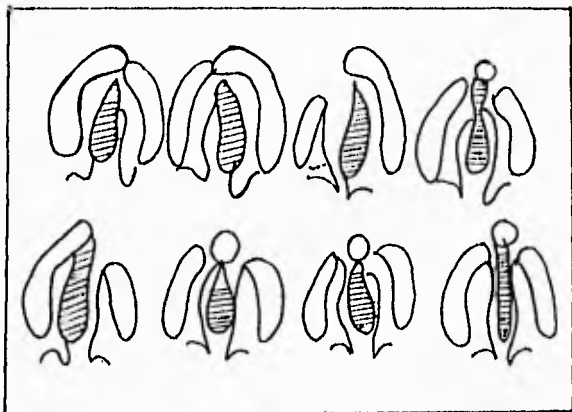
En este grupo y el borde alveolar no están involucrados. Las hendiduras del paladar pueden involucrar una pequeña porción del paladar blando o el paladar duro y blando completo, extendiéndose hasta el área del agujero nasopalatino. El paladar blando puede estar involucrado sin estarlo el paladar duro, sin embargo, si el paladar duro está hendido, el paladar blando también lo está.



### GRUPO III. HENDIDURAS DE LABIO Y PALADAR INVOLUCRANDO EL PROCESO ALVEOLAR.

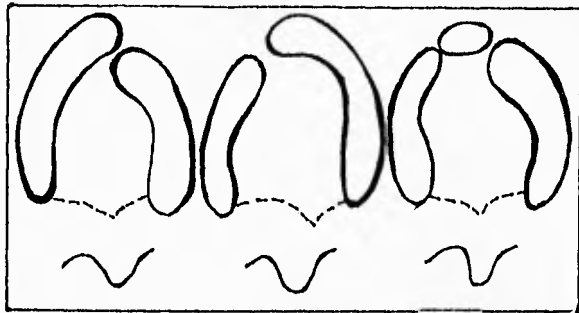
Las hendiduras de labio y paladar muestran una amplia variación en cuanto a su severidad. Ellas pueden ser unilaterales o bilaterales, o completas de un lado e incompletas del lado opuesto.

La anchura de la hendidura del paladar cuando está asociada a la hendidura del labio, puede ser de tan sólo unos pocos milímetros, mientras otras pueden tener varias pulgadas de ancho. Algunas hendiduras son estrechechas en el paladar duro y aumentan en anchura gradualmente hasta el fin del paladar blando, asemejándose a la forma de V invertida. Otras son de igual anchura a todo lo largo de la hendidura. En una hendidura de labio y paladar completa unilateral, no hay comunicación entre la cavidad oral y nasal y el vómer está unido al proceso palatino del lado opuesto de la hendidura.



#### GRUPO IV. HENDIDURAS DE LABIO Y PROCESO ALVEOLAR SIN INVOLUCRAR EL PALADAR.

Estas pueden ser unilaterales y bilaterales, y se diferencian de las del grupo I en que existe una comunicación entre la cavidad bucal y la nasal en su parte anterior. En los casos en que exista hendidura bilateral, la premaxila se encuentra protuida, pero no tan pronunciada como la protrusión que se observa en las hendiduras bilaterales del grupo III.



## 7.6. TRATAMIENTO

Debido a su frecuencia y a que afecta gravemente al complejo bucomaxilo-facial, este defecto es de considerable importancia para los odontólogos que forman parte de un equipo multidisciplinario. Anteriormente, el paciente era tratado en forma aislada, es decir, cada profesional le brindaba atención por separado. Hoy en día muchas disciplinas dentro del campo de la salud son llamadas para atender las necesidades médicas, odontológicas de los pacientes con estas alteraciones congénitas. A esta interacción de las diferentes disciplinas de la salud se le ha dado el nombre de equipo multidisciplinario y tiene como función ofrecer un tratamiento integral y científico a dichos pacientes.

Este equipo multidisciplinario está integrado por:

- Obstetra
- Cirujano plástico y maxilo facial
- Pediatra
- Foniatra
- Odontopediatra
- Ortodoncista
- Psicólogo
- Protésista
- Otorrinolaringólogo

**El obstetra:** es uno de los especialistas más importantes, ya que realiza el seguimiento del embarazo y puede orientar a la madre tan pronto sospeche la presencia de una malformación, por otro lado es quien recibe al niño en el momento del nacimiento.

**El pediatra:** como estos niños nacen con graves problemas colaterales, deben ser objeto de cuidados especiales. Ser examinados con mayor detenimiento que un niño normal, ya que además de la hendidura labial y palatino se pueden encontrar otras complicaciones tales como: cardiopatías congénitas y defectos en las extremidades (sindactilia, polidactilia).

Anteriormente sabemos que para que los alimentos sean impulsados hacia el esófago, es necesario que se produzca en la boca una verdadera presión aérea negativa, la cual está dada en la parte anterior por la unión de los labios, hacia los lados por el cierre de las arcadas dentarias y los carrillos, hacia abajo, por la lengua y tejidos que forman el piso de la boca y hacia arriba por el paladar, pero en los niños con paladar hendido se pierde la presión aérea produciéndose un escape de alimento hacia las fosas nasales y una regurgitación de los líquidos. Por esta razón el niño sufre de vómitos y pierde elementos hidrosalinos y se deshidrata, muchos mueren después del nacimiento. El pediatra debe prestar los cuidados necesarios en estos momentos críticos colocándole una sonda para la alimentación, evitando así la deshidratación.

**El odontopediatra** generalmente es el último en ser consultado, siendo muchas veces el único profesional en capacidad de ayudar a los niños recién nacidos que presentan estomatoformación.

**El psicólogo** actúa dentro del equipo y su papel es muy importante como terapia de apoyo durante la vida de estos niños. Su papel es fundamental, pero hay dos momentos de particular relevancia, uno, el momento del nacimiento, de manera de orientar y explicar a los padres todo lo relacionado al tratamiento ortopédico funcional y quirúrgico y el otro, al detectar traumas producidos por la deformidad, donde el niño debe ser evaluado y tratado psicológicamente.

El otorrinolaringólogo tiene una función muy importante en el tratamiento de los niños con hendiduras del labio, del paladar o de ambas. Por lo general, estos pacientes sufren de trastornos auditivos (hipoacusia, otitis secretora), la labor de este especialista consiste en tratar dichas alteraciones.

El maxilo-facial, es el responsable del aspecto estético y funcional de las estructuras relacionadas con la fisura. Una buena técnica quirúrgica asegura posteriormente el buen funcionamiento del labio y paladar blando. Estas estructuras están íntimamente relacionadas con la fonación.

De una adecuada intervención de estos especialistas y el empleo de una buena técnica quirúrgica sobre el labio y paladar se obtendrá el buen funcionamiento de éstos, por lo que el paciente podrá pronunciar mejor los fonemas haciendo a su vez menos dificultosa la labor posterior del foniatra.

El ortodoncias: es el encargado de vigilar la oclusión permanente. El puede intervenir en etapa de dentición mixta si fuere necesario con el fin de obtener una mejor función estética, fonética y psicológica. El tratamiento siempre será más lento que el de un paciente normal y dependiendo del caso se tratará con ortopedia funcional de los maxilares o interceptiva y/o aparatología extraoral.

En esta etapa de dentición permanente, por lo general, hay limitaciones en el tratamiento ortodóntico por mala higiene oral, bajos recursos económicos y falta de estimulación.

El diagnóstico terapéutico dependerá de la prescripción a cada paso del tratamiento y de cada paciente.

La actuación coordinada con el cirujano facilita la rehabilitación del paciente, y su tratamiento llega a ser menos complejo si sus atenciones son en equipo.

El protesista: por lo general este actúa en la fase final del tratamiento, sin embargo, a veces es necesario su intervención para facilitar otras fases del

mismo. Su función consiste en la construcción de prótesis que facilitarán la función (deglución, fonación) y mejorarán la estética.

## MOMENTO QUIRURGICO

Durante largo tiempo, en la historia del tratamiento de las hendiduras labio-palatinas han existido dos grandes tendencias.

- Operar al nacer.
- Operar al cabo de unos meses.

Analizaremos las ventajas e inconvenientes de cada una de estas tendencias.

**Operar al nacer:** La ventaja que presenta al operar al niño en el momento del nacimiento es evitar a los padres la visión de la enfermedad.

Los inconvenientes de operar al nacer son:

- 1.- Menor resistencias del niño ante una intervención quirúrgica.
- 2.- No da tiempo de evaluar a los niños en forma íntegra, ya que en la mayoría de los casos éstos presentan malformaciones asociadas.
- 3.- Las referencias anatómicas en las que los cirujanos se basan para realizar sus intervenciones son apenas reconocibles al nacer.

**Operar el labio a los tres meses:** A pesar de que para los padres la situación es difícil ya que no pueden evitar la visión de la enfermedad, los psicólogos establecen que asumen más compromiso con el problema del niño que cuando son operados al nacer.

Las ventajas que presenta operar al niño al cabo de unos meses son:

- 1.-Serán superados todos los inconvenientes del operar al nacer.
- 2.-Se puede estimular el crecimiento de los maxilares con ortopedia funcional de los maxilares para una mejor cirugía.
- 3.- Se puede evaluar al paciente integralmente y determinar si la hendidura está o no asociada a un síndrome .

El inconveniente que representa opera al cabo de unos meses es el no poder evitar a los padres la visión de la enfermedad desde el momento en que el niño nace.

Los tratamientos ortopédicos, tan necesarios e indispensables en la compleja terapéutica del labio y paladar hendidos, ha repercutido de una manera esencial sobre la elección del momento oportuno .

Cuando el único objetivo era cerrar el labio, la opinión general era hacerlo cuanto antes. Así los niños eran operados a las pocas horas de nacer. En el momento actual, la opinión mundial es de operar entre 3 y 6 meses de edad, por las siguientes razones.:

- 1.- Mayor resistencia del niño ante una intervención quirúrgica.
- 2.- Da tiempo a estudiar detenidamente al paciente antes de la intervención (no olvidemos que muchos de ellos tienen malformaciones asociadas.).
- 3.- Es indispensable en muchos de los casos realizar un tratamiento ortopédico pre-operatorio, especialmente en las formas bilaterales.
- 4.- Se produce un colapso del maxilar superior a nivel alveolar de la hendidura por la tensión muscular que produce el cierre de hendidura labial.
- 5.- El hueso maxilar del recién nacido apenas está osificado.



## TRATAMIENTO DENTAL

La presencia de hendiduras labiales, palatinas o ambas hace surgir gran diversidad de problemas dentales. Muchos profesionales de la Odontología se muestran casi siempre aprensivos a aceptar como pacientes a personas con estas deformaciones congénitas. Esta aprensión se fundamenta en la tendencia que existe en calificar a estos individuos como pacientes problema y en no darse cuenta de que estas personas son seres humanos con ciertos problemas dentales especiales. Cualquier profesional con algo de paciencia y comprensión, puede ayudar a este tipo de paciente que generalmente están deprimidos y son muy sensibles, brindándoles un tratamiento odontológico satisfactorio.

Los cuidados dentales que requieren estos pacientes pueden variar considerablemente y dependen de la gravedad de la deformación original. Por ejemplo, algunos pacientes nacidos con hendidura del paladar blando solamente requieren únicamente de los cuidados dentales ordinarios prestados a todos los pacientes.

Sin embargo, pacientes con hendiduras más extensas requieren de cuidados dentales más especializados, ya que a mayor gravedad de la hendidura original, mayor será el número y la gravedad de los problemas dentales del paciente. No existe ningún problema insuperable, y la mayoría de ellos no requieren los servicios de un especialista.

Generalmente la visita inicial a la consulta odontológica sucede cuando el paciente tiene 2 a 3 años, en este momento la dentición temporal está en desarrollo.

En las primeras visitas deberá examinarse al paciente, realizarle profilaxis y adaptación a la consulta odontológica. Al tomar radiografías pueden presentarse ciertas dificultades debido a la forma del paladar, sin embargo, es esencial obtener estas ayudas para el diagnóstico a la edad de 3 a 4 años aproximadamente, con el fin de detectar caries, dientes supernumerarios o ausentes congénitos o alguna otra anomalía.

Muchos de estos pacientes respiran por la boca, por lo que presentan desviaciones del tabique nasal, frecuentemente asociadas con hendidura labio palatina, por lo que se puede crear en ellos mucha ansiedad y angustia cuando se interfiere con su respiración durante los procedimientos operatorios. Generalmente el odontólogo puede superar este problema dando al paciente sensación de seguridad, limitando el empleo de rollos de algodón o dique de hule con un orificio amplio.

Los pacientes con labio hendido, paladar hendido o ambas alteraciones frecuentemente presentan dientes supernumerarios en la dentición temporal y permanente. En la dentición primaria estos dientes se dejan exfoliar normalmente, pero en la dentición permanente la mayoría se extraen lo antes posible.

En aproximadamente 50% de pacientes con hendidura labial o palatina o ambas, se observan dientes ausentes congénitamente.

Los dientes ausentes en la zona anterior deben ser reemplazados, por razones estéticas y fonéticas. Los dientes artificiales pueden unirse a una placa de acrílico, que estos niños retienen generalmente en la boca sin dificultad.

En pacientes con hendiduras labiales, palatinas o ambas, a menudo se observa hipoplasia del esmalte en los incisivos centrales y laterales permanentes que se encuentran cercanos al lugar de la hendidura.

Los problemas ortodónticos generalmente se asocian con todas las hendiduras. y casi siempre requieren la atención del ortodoncista.

Algunas veces se requieren aparatos protésicos especiales para lograr una rehabilitación óptima en pacientes con hendidura palatina y ambas, estos aparatos ayudan a mejorar la estética, el lenguaje y a veces ambas cosas.

## TRATAMIENTO ORTOPEDICO

El tratamiento ortopédico de los niños con hendiduras de labio y paladar consiste en la colocación de placas de acrílicos, cuyas funciones son:

- 1.- Separar la cavidad bucal de la nasal, para facilitar la respiración y la deglución.
- 2.- Disminuir la secreción naso-bucal desapareciendo así los síntomas auditivos.
- 3.- Impedir la colocación de la lengua dentro de la hendidura, cuando el niño está en estado de reposo oral.
- 4.- Estimular el crecimiento óseo.

El principio en que se basa la ortopedia funcional de los maxilares es que todo hueso con cambios estructurales cuando se le estimula adecuadamente y en forma intermitente, en los pacientes con paladar hendido, el estímulo intermitente está dado por el golpeteo de la lengua sobre la placa, la cual a su vez, al chocar contra el paladar provoca la osteogénesis que va a cerrar la hendidura .

## 7.7. CONCLUSIONES

Mediante este estudio podemos establecer lo siguiente:

Para la rehabilitación óptima de pacientes con labio y paladar hendido, se necesita estrictamente de un equipo de trabajo Multidisciplinario por las siguientes ventajas:

- a.- Ahorro de tiempo, esfuerzo e inconvenientes para el paciente, sus padres y los mismos integrantes del equipo.
  - b.- Ahorro económico ya que limite la cantidad de visitas a diferentes profesionales.
  - c.- Alivio psicológico para los padres, ya que el hecho de saber que un equipo de profesionales en forma conjunta realiza el tratamiento les tranquiliza y les da seguridad.
  - d.- El tratamiento en equipo garantiza una exacta secuencia de procedimientos y asegura que los pasos del mismo se efectúen en el tiempo estipulado, brinda oportunidades para la investigación y la enseñanza.
- 5.- Ofrece atención integrada al paciente.

Asimismo se aprecia en base a los conceptos dados, que los tiempos quirúrgicos más adecuados son:

- a.- La intervención del labio se indica a los tres meses siempre y cuando el niño presente las condiciones físicas adecuadas.
- b.- La intervención del paladar blando se indica al año, con el fin de restituir las funciones del paladar.

c.- La operación del paladar duro (óseo), se realiza entre los 5-8 años de edad, En base a los conocimientos de crecimiento y desarrollo cráneo-facial

Por otra parte quisiera añadir la importancia que es la atención temprana de esta anomalía, ya que por una desafortunada experiencia puede percatarme lo importante que es para un ser humano agraviado por la vida, el recuperar el aspecto facial adecuado. Ya que el problema estético si bien no afecta al enfermo en sus primeros años de vida, al no percatarse de su deformidad, si afecta a los familiares y su núcleo social.

A un más grave es cuando el enfermo al pasar el tiempo aún no ha sido corregida su malformación presentando traumas, que a lo largo degradan su vida.

Para finalizar, quisiera hacer una extensa invitación a los cirujanos dentistas, que de alguna manera sienten que pueden ofrecer un poco de lo mucho que han recibido de la vida, a que tomen conciencia que se trata no solo de un paciente mas, sino de alguien que necesita comprensión y mucho amor.

## BIBLIOGRAFIA

- **ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE**  
Ralph E. Mc. Donal  
5a. Edición Editorial Medica Panamericana

Abril 1991

- **ODONTOLOGIA PEDIATRICA, CATEDRA DE  
ODONTOLOGIA PEDIATRICA, FACULTADA DE  
ODONTOLOGIA**  
Universidad Central de Venezuela.  
Disinlimed C.A. Caracas 1996

- **CIRUGIA BUCAL MAXILOFACIAL PEDIATRICA**  
Bruce Sanders  
1a. Edicion Editorial Mundi S.A.I.C Y F.  
Argentina 1984

- **ODONTOLOGIA PARA NIÑOS**  
Jhon Charles Braver  
Editorial Mundo  
Buenos Aires, Argentina.

- **ODONTOLOGIA PEDRITATICA**  
J.R. Pinkltam  
Editorial Interamericada Mac Graw Hill  
MéxicoD.F. 1991

**CIRUGIA BUCAL Y MAXILO FACIAL EN NIÑOS**  
Leonar. B. Kabah  
Editorial Interamericana  
México d.f. 1992

## REVISTAS

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODONTOLOGICA**  
Año 1991 Volumen 12 Número 9

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODONTOLOCIGA**  
Año 1992 Volumen 15 Número 4

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODONTOLOGICA**  
Año 1992 Volumen 16 Número 11

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODONTOLOGICA**  
Año 1993 Volumen 12 Número 9

NOMBRE DE LA REVISTA: **PACTICA ODONTOLOGICA**  
Año 1994 Volumen 12 Número 6

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODONTOLOGICA**  
Año 1994 Volumen 15 Número 4

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODONTOLOGICA**  
Año 1995 Volumen 16 Número 5

NOMBRE DE LA REVISTA: **PRACTICA ODODNTOLOGICA**  
Año 1995 Volumen 16 Número 11

NOMBRE DE LA REVISTA: **REVISTA DE LA FEDERACION ||  
ODONTOLOGICA COLOMBIANA**  
Año 1988 Volumen 13 Número 10

NOMBRE DE LA REVISTA: **REVISTA DE LA FEDERACION  
COLOMBIANA**  
Año 1989 Volumen 11 Número 7