

11226
321
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE VERACRUZ, VER.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE
LABIO Y PALADAR HENDIDOS EN EL
HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.
DEL PERIODO DE ENERO DE 1993 A
DICIEMBRE DE 1994.

VERACRUZ, VER.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



Dra. Ana María Cedillo Silva

HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
VERACRUZ, VER.



HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ
ISSSTE COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

264864

OCTUBRE 1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1998



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.

Con amor a mi esposo Miguel Angel:
Que significa más de lo que él sabe,
agradeciendole todo el apoyo que --
siempre me dió para la realización ,
de este estudio.

A mis hijos:
Miguel Angel y Carlos Miguel
Quienes ocupan un lugar muy especial
en mi vida.

PREVALENCIAS Y FACTORES DE RIESGO DE LABIO Y PALADAR
HENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER.
DEL PERIODO DE ENERO DE 1993 A DICIEMBRE DE 1994.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Ana María Cedillo Silva

CO.ASESOR DE TESIS:

Dr. José Andrés Sandoval Zayas.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN VERACRUZ, VER.

ASESOR DE TESIS:

Dr. Miguel Ángel Platas Utrera
SERVICIO DE PEDIATRIA
HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE
VERACRUZ VER.

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ HERNANDEZ
ASESOR DE TESIS DE LA UNAM
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

REVISION DE TRABAJOS DE INVESTIGACION FINAL


Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



HOSPITAL GENERAL ISSSTE
VERACRUZ

ISSSTE COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

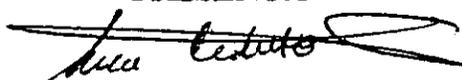
SEDE HOSPITAL DEL ISSSTE
VERACRUZ VER.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LABIO Y PALADAR
HENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER.
DEL PERIODO DE ENERO DE 1993 A DICIEMBRE DE 1994.

TRABAJO

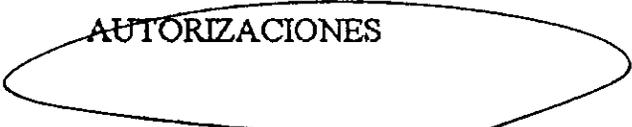
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA



Dra. Ana María Cedillo Silva

AUTORIZACIONES



Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M



Dra. María del Rocío Noriega Garibay
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M

INDICE GENERAL

MARCO TEORICO	Pág. 1
ANTECEDENTES HISTORICOS	Pág. 2,3
ANATOMIA	Pág. 4
CLASIFICACION.	Pág. 5
INCIDENCIA Y PREVALENCIA	Pág. 5
ETIOLOGIA	Pág.10
EMBRIOLOGIA	Pág.11
DIAGNOSTICO POR ULTRASONOGRAFIA.	Pág.11
PATRONES DE CRECIMIENTO	Pág.12
RESULTADOS ESTETICOS	Pág.13
PATOLOGIA DEL LENGUAJE Y LA FONETICA	Pág.13
ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y ORTODONCIA	Pág.13
ASPECTOS PSICOLOGICOS	Pág.14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág.15
JUSTIFICACION	Pág.16,17
OBJETIVOS	Pág.18
HIPOTESIS	Pág.18
METODOLOGIA	Pág.19
VARIABLES	Pág.20
FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS	Pág.21
ASPECTOS ETICOS	Pág.22
CASO No. 1	Pág.23
CASO No. 2	Pág.24
CASO No. 3	Pág.25
CASO No. 4	Pág.26
EVOLUCION	Pág.27
RESULTADOS	Pág.28
TABLAS	Pág.29-37
ANALISIS	Pág.38,39
CONCLUSIONES	Pág.40
BIBLIOGRAFIA	Pág.41-44

MARCO TEORICO.

Pocos problemas desafían el alcance del conocimiento pedia---
trico multidisciplinario que el niño con anomalías congénitas.
Los defectos congénitos como labio y paladar hendidos juntos-
o separados, se encuentran entre las malformaciones más comu--
nes.

Destaca por su incidencia y sus consecuencias, el impacto de--
los niños con fisura labiopalatina.

El labio y paladar hendidos son defectos congénitos en el que
existe solución de continuidad del labio y paladar.

Se pueden presentar juntas como fisuras unilaterales, bilate--
rales, medianas o comisurales, según donde se ubiquen.

El labio hendido es debido a insuficiencia mesodérmica del---
maxilar superior, mientras que el defecto en el paladar es el-
resultado de la falta de fusión de los primordios palatinos--
(4,13).

En la actualidad los niños con este defecto pueden ser total-
mente rehabilitados por medio de la combinación de cirugía,--
ortodoncia, medidas otológicas, psicológicas y de corrección --
del habla. (9,21,22)

Aunque el tratamiento es muy individualizado, cualquier pa ---
ciente se beneficia bastante si especialistas de estas di ---
versas disciplinas se encuentran estrechamente asociados ---
dentro de un equipo para diagnóstico y terapéutica.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Las malformaciones congénitas han llamado la atención desde -- épocas inmemorables.

En tiempos antiguos muchas deformidades congénitas, incluyendo el labio y paladar hendidos fueron considerados como la evi--- dencia de la presencia de espíritus demoniacos en los niños--- afectados.

El temor a lo desconocido y la ignorancia de esa época, hicie-- ron que los niños afectados fueran víctimas de las sentencias-- más crueles.

En el segundo siglo A.C. Gaber denominó a esta patología;----- "Lagocheilos" de lagus(liebre)y queilos(labio) por considerarle cierta semejanza con el hocico de algunos animales sobre--- todo cuando la malformación es bilateral.

En el año 130 al 200 de la era cristiana, Galeno le dió el mis-- mo nombre.

En la dinastía china Tang 390 D.C. se menciona esta malforma-- ción con el término de "labio de liebre".

Ambroise Paré, el gran cirujano francés, menciona el labio y pa-- ladar hendidos en sus escritos en el año de 1575.

Del siglo XVII al siglo XVIII, los médicos franceses se ocupa-- ron de hacer correcciones de estas malformaciones, pero fué --- hasta el siglo XIX y principios del siglo XX que los ciruja--- nos de New York y Boston pudieron realizar la corrección ---- quirúrgica de estas malformaciones, tratando de mejorar la apa-- riencia física.(21)

Del imperio inca del Perú, existen esculturas en cerámica con fisuras labiales que datan de los años 200 a 400 d.C.

En México, donde existe marcadamente la cultura precolombina, se hace notar la importancia a la interpretación mágico-religiosa de las fisuras faciales y destacan los escritos en los primeros años de la Conquista, por los trabajos de Fray Bernardino de Sahagún y Fray Diego de Landa.

Entre los aztecas, estos sujetos con labio y paladar hendido eran considerados como algo especial y respetados o temidos. No así en el siglo XVI en Europa, donde los niños que nacían con este defecto eran marginados junto con sus familiares por creer que se trataba de un castigo divino. (22)

ANATOMIA.

Como la mayor parte de las alteraciones, la producción de -- hendiduras abarca una variedad de intensidades diferentes. En términos anatómicos la formación de hendiduras varía --- desde una pequeña escotadura en el rojo de los labios, hasta la fisura total del labio y el paladar. (9,5)

Se hace la distinción etiológica entre el labio o paladar - hendido o ambos y el paladar hendido solo.

Las hendiduras pueden ser unilaterales o bilaterales y suelen afectar el borde alveolar; se acompaña de ausencia, de-- formidad o exceso de dientes. (4)

El labio hendido que afecta el cartílago del ala de la na-- riz, se acompaña con frecuencia de defectos de la columela y de alargamiento del vómer, provocando una protrusión de la - cara anterior del proceso premaxilar hendido.

El cartílago nasal alar puede estar desplazado y también -- deformado.

La hendidura aislada del paladar aparece en la línea media-- y puede afectar solamente a la úvula o extenderse por den-- tro y a través del paladar blando y duro hasta el foramen-- del incisivo.

Cuando se acompaña de labio hendido, el defecto puede modi-- ficar a la línea media del paladar blando y extenderse has-- ta el paladar duro por uno o ambos lados, dejando expuestas-- a una o ambas cavidades nasales, según la hendidura palatina sea uni o bilateral.

CLASIFICACION. Distribución de las clases de defecto según

Kernan (9) (Fig. No. 1)

Labio hendido solo

Hendidura del labio y el paladar

1-Incompleta (labio y paladar anterior)

2-Completa

a) Unilateral

1) Derecha

2) Izquierda

b) Bilateral

Paladar hendido solo

1-Paladar duro y blando

2-Paladar blando solamente

3-Fisura submucosa

INCIDENCIA Y PREVALENCIA.

Las alteraciones del desarrollo del paladar y partes blandas bucales presentan una frecuencia que varía desde 1:600 hasta 1:1250 nacimientos; esta gran variación se debe a factores genéticos que pueden estar presentes.

La asociación del labio hendido con fisura del paladar o -- sin ella es de aproximadamente 1:1000. (21)

En relación al sexo, es más frecuente en el sexo masculino. Las diferencias geográficas y raciales son notables; la mayor incidencia se observa en los asiáticos y la menor en la raza negra. (4,5,9)

Cuando las hendiduras son unilaterales, las fisuras izquierdas son más usuales. Cuando son bilaterales, el lado izquierdo es a menudo el afectado con mayor gravedad.

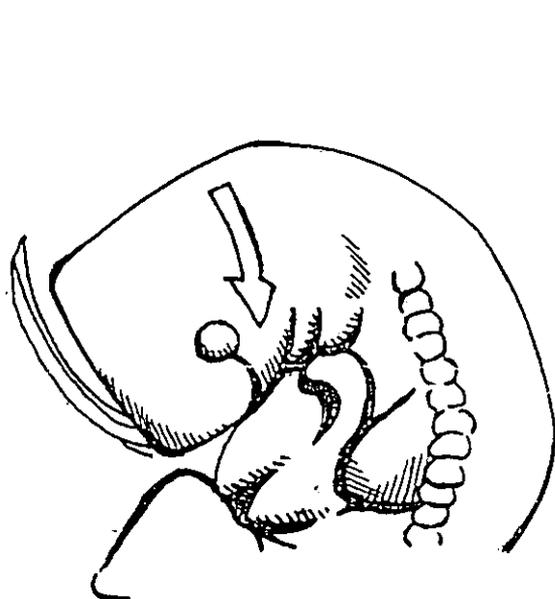
En los niños con defectos labiopalatinos hay mayor incidencia de otras malformaciones congénitas y de trastornos del desarrollo.

Fig. No. 1

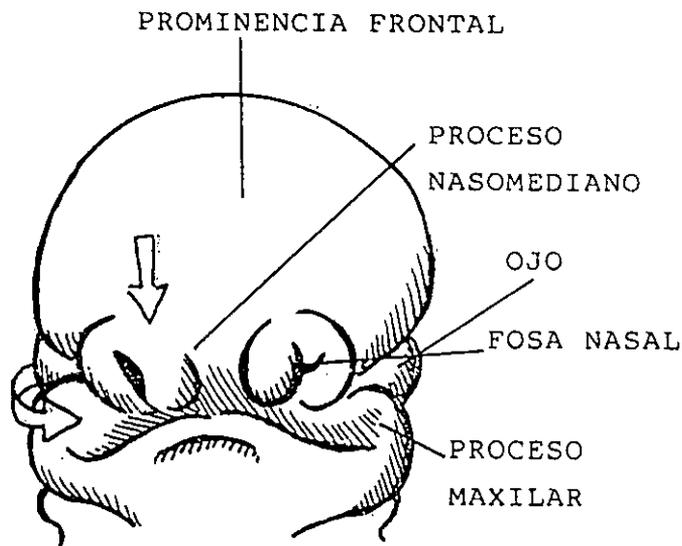
CLASIFICACION DE LABIO HENDIDO.



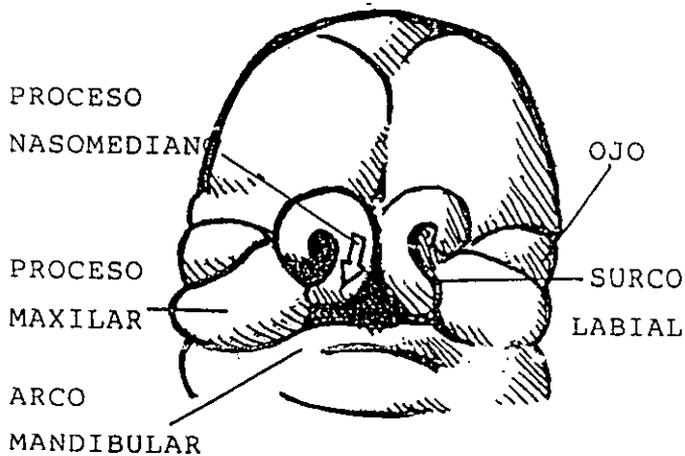
- A. Forma mínima incompleta de la hendidura del labio.
- B. Hendidura incompleta del labio moderadamente grave (asimetría de las narinas) (paladar primario)
- C. Hendidura completa unilateral del labio y el paladar (paladar primario y secundario)
- D. Hendidura bilateral completa del labio y el paladar (paladar primario y secundario)



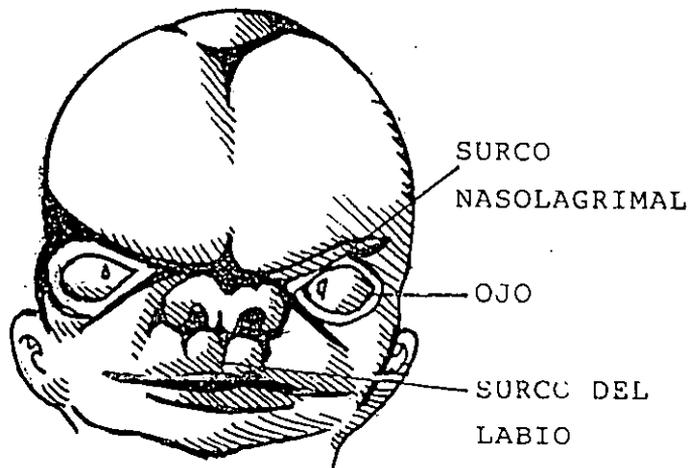
EMBRION DE 5 SEMANAS
VISTA LATERAL



EMBRION DE 5 SEMANAS VISTA ANTERIOR



EMBRION DE 6 SEMANAS



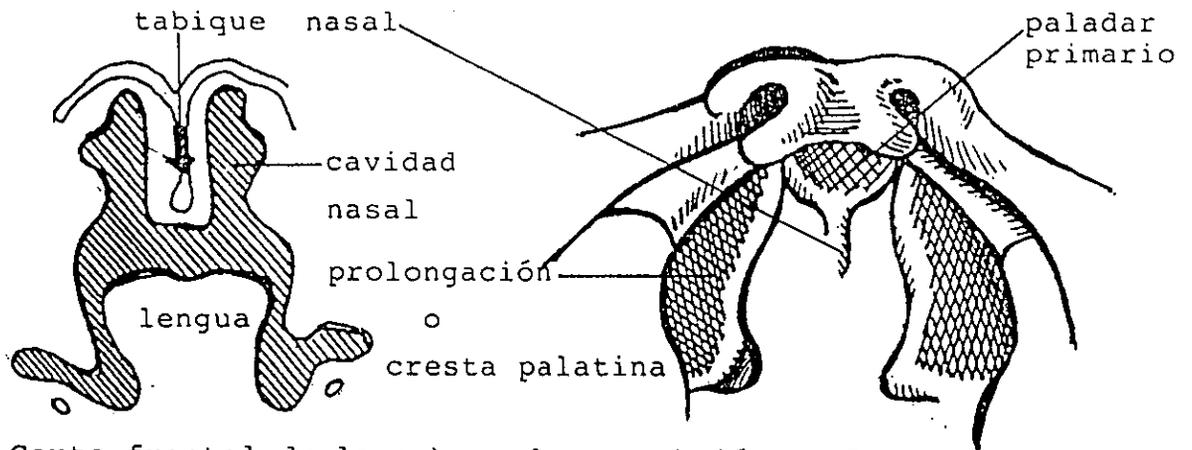
EMBRION DE 8 SEMANAS

CARA VISTA POR DELANTE

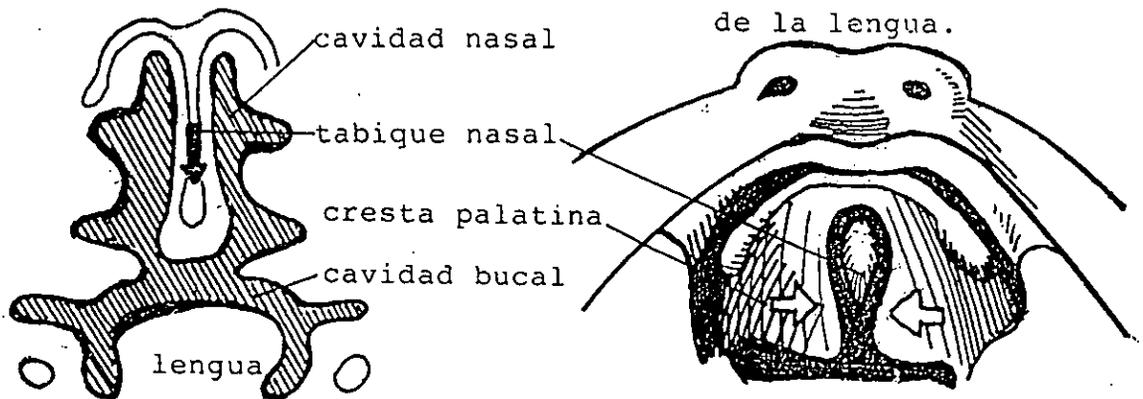
Los procesos nasales y maxilares son separados gradualmente por surcos profundos.

Los procesos maxilares gradualmente se combinan con los pliegues nasales.

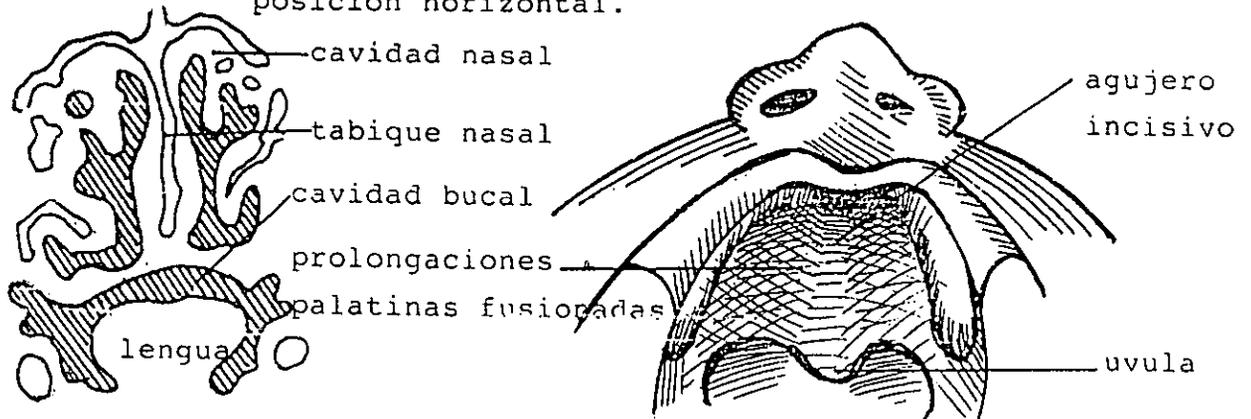
Fig. No. 3 CORTE FRONTAL DE LA CABEZA DE UN EMBRION.



Corte frontal de la cabeza de un embrión de 7 semanas. Las prolongaciones palatinas tienen posición vertical a los lados de la lengua.

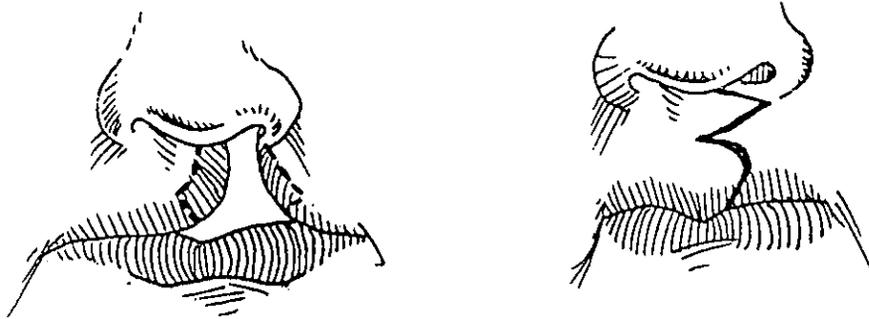


Corte frontal de la cabeza de un embrión de 8 semanas. La lengua ha descendido y las prolongaciones palatinas alcanzan posición horizontal.



Corte frontal de la cabeza de un embrión de 10 semanas. Las prolongaciones palatinas se han fusionado entre sí y con el tabique nasal.

Fig. No. 4



A
Delineamiento de las líneas
de incisión.

B
Sutura demostrada.

PLASTIA INFRANASAL EN Z DE MILLARD.

ETIOLOGIA

Es multifactorial o poligénica, a causa de que no existe una etiología determinada, para la formación de fisuras en el labio y el paladar. (14,21,22)

En cuanto al origen y la patogenia en la formación de hendiduras las investigaciones continúan de manera clara, hay elementos genéticos y ambientales en cuanto a causa.

La etiopatogenia indica que el factor herencia de padres con labio y paladar hendidos presentan un papel muy importante.

Estudios histoquímicos y electrográficos retrospectivos con biopsias de músculos faciales obtenidas de márgenes de labios hendidos identifican anomalías mitocondriales.(14)

Se sugiere que un defecto en la producción energética afecta la proliferación, migración o diferenciación celular.(9)

Se señalan factores secundarios como los ambientales, que se dividen en mecánicos, químicos y físicos.

Dentro de los primeros estan; la adhesión de bridas amnióticas y el desarrollo de la lengua, los cuales pueden interferir en la fusión de los procesos, provocando la presencia de labio y paladar hendidos.(21)

Entre los segundos se mencionan algunos medicamentos como la talidomina que produce grandes deformaciones.

La deficiencia o exceso de vitaminas A, B y D, el Acido Acetil Salicilico, corticoides, diazepam, carbamazepina, difenilhidantoína.

Algunos autores han sugerido el aspecto nocivo durante el embarazo de tabaquismo, el estrés emocional o traumático, situaciones de anoxia.

Entre los últimos se encuentran las radiaciones ionizantes y la exposición prolongada a rayos X.

También se busca asociación de consanguinidad entre los padres, antecedentes de enfermedad durante el embarazo, aplicación de inmunizaciones y metrorragia durante el embarazo.

EMBRIOLOGIA

A partir de la tercera semana de vida intrauterina, el embrión humano presenta en su extremidad superior el procencéfalo, debajo del cual se encuentra la cavidad bucal, limitada a los la dos por los procesos nasales medio y laterales.

Desde el punto de vista embrilógico, estos órganos se desarrollan a partir del primer arco branquial.

Los procesos maxilares se fusionan para constituir el paladar primario (alveolo y labios superiores) cerca de la septima -- semana, después de la concepción. (2,5,19)

Alrededor de la 12a. semana, los procesos palatinos se unen -- para formar el paladar secundario; para la 14 a. semana la fusión del paladar se ha logrado. (Fig. No. 2 y 3)

El labio hendido parece deberse a una hipoplasia de la capa -- mesenquimatosa que provoca falta de fusión de los procesos -- nasal y maxilar.

El paladar hendido consiste al parecer en una falla de la --- aproximación o fusión de los tabiques palatinos. (13)

DIAGNOSTICO POR ULTRASONOGRAFIA.

El diagnóstico por ultrasonografía de labio y paladar hendi-- dos es muy importante; el ultrasonido pertenece al grupo de -- estudios paraclínicos de imagen con fines diagnósticos. (19)

Técnicamente en la revisión de la cabeza del feto, se incluye -- el estudio de la cara y se pueden distinguir las orbitas, et-- moides, el paladar duro y los maxilares desde el inicio del -- segundo trimestre. (5)

CRECIMIENTO

Tres cuestiones surgen como peculiares en relación con el --- crecimiento de un niño con el paladar o labio hendidos:

- 1- Problemas de alimentación infantil
- 2- Patrones de crecimiento
- 3- Hormona del crecimiento

Los que sufren problemas importantes, son los niños con paladar hendido, ya que se dificulta la alimentación al seno materno y al biberón; estos niños necesitan ayuda mecánica para facilitar el flujo de la leche.

Inmediatamente después del nacimiento se aplica un obturador de plástico para controlar las tomas de líquido, proporcionar un plano de referencia para la succión y prestar apoyo a los fragmentos laterales de la bóveda.(4)

Como las arcadas dentarias crecen rápidamente es necesario cambiar el obturador por otro mayor, a las pocas semanas.

PATRONES DE CRECIMIENTO.

A medida que se completan más estudios longitudinales de crecimiento, cada vez es más evidente que algunos niños con fisuras muestran patrones de crecimiento de talla baja cuya explicación sigue siendo confusa.(9)

Las cuestiones de desarrollo en sujetos con hendiduras son de modo primario neurológicas o psicosociales.

En estudios múltiples se cita una incidencia de retraso psicomotor y un déficit de atención.

HORMONA DEL CRECIMIENTO.

Algunas investigaciones registran deficiencias con la hormona del crecimiento en niños con labio y paladar hendidos(9)

TRATAMIENTO.

El programa completo de habilitación para un niño con labio o paladar hendidos tal vez exija años de tratamiento especial a cargo de un equipo multidisciplinario formado por: Médico Familiar, Pediatra, Cirujanos plásticos, Otorrinolaringólogo, Odontólogo pediátrico, Protésico dental, Ortodoncista, Logopeda, Psicólogo y Psiquiatra infantil.

RESULTADOS ESTETICOS

Los resultados estéticos dependen de la amplitud de la deformidad inicial, la ausencia de infección y la destreza del cirujano.

Como las hendiduras del paladar varían considerablemente en tamaño, forma e intensidad de la deformidad, hay que individualizar el momento oportuno de la reparación quirúrgica.

La oclusión quirúrgica del labio hendido se suele realizar a la edad de 2 meses, cuando el lactante muestra ya un aumento de peso satisfactorio y no tiene ninguna infección. (4)

La técnica más empleada es la de Miller, consiste en una plástica en Z .

También hay varias técnicas de reconstrucción para paladar. Cuando existe insuficiencia velofaríngea , recurrimos al colgajo faríngeo y para darle continuidad osea al proceso alveolar, se utiliza injerto autógeno de cresta ilíaca.

El aspecto físico que presentan estas alteraciones es muy --- impresionante, ya que la fisura abarca el labio y el piso nasal deformando notablemente el ala correspondiente.

PATOLOGIA DEL LENGUAJE Y LA FONETICA

Las fisuras no reparadas causan errores de articulación, alterando importantemente la función del lenguaje (7,20)

FISTULAS

Modifican el lenguaje, molestan al paciente con la alimentación o la acción de beber (6,17)

OTOLOGIA Y AUDIOLOGIA

Las infecciones en oído medio son frecuentes y la agudeza --- auditiva también se encuentra alterada.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y ORTODONCIA

Las alteraciones de malposición dentaria hacen que existan --- problemas paradontales y caries múltiples.

El tratamiento ortodontico debe integrarse de manera conveniente al quirúrgico

ASPECTOS PSICOLOGICOS.

El médico familiar dará el apoyo psicológico conjuntamente con el Psicólogo, con el fin de ayudar a la familia, para --- comprender y superar los problemas constantes y complejos-- relacionados con la deformidad que ocasiona la fisura labio palatina.

En estos niños los problemas con la autoestima crecen a medida que la edad aumenta.

Se tiene que estar consciente de estas cuestiones:

- a) Trabajar mucho para fomentar vínculos positivos entre--- los padres y el hijo con labio y paladar hendidos.
- b) Proveer apoyo y comprensión, en especial a medida que el niño se acerca a la carga adicional que representa la -- adolescencia.
- c) Buscar de manera constante claves que indiquen altera -- ciones depresivas, señales de la necesidad de una inter-- vención psiquiátrica.

Si se quiere que los niños con labio y paladar hendidos se aproximen al máximo objetivo del desarrollo y crecimiento-- normales; ellos y sus padres requieren toda la ayuda que se les pueda brindar.

La aceptación por los compañeros y la interacción positiva-- entre padres e hijos afectan de modo directo el ajuste so-- cial del niño con labio y paladar hendidos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Observamos que a pesar de que se presentan casos de malformaciones congénitas de labio y paladar hendidos en el Hospital del ISSSTE de Veracruz, Ver., no se tienen datos estadísticos precisos que nos indiquen su prevalencia.

En la literatura se indican algunos factores de riesgo que se asocian con más frecuencia a esta patología congénita como por ejemplo: el uso de ciertos fármacos durante el embarazo como difenilhidantoina, carbamazepina, diazepam, corticosteroides y grandes dosis de vitamina A, y el antecedente de otro malformado en la familia.

Sin embargo desconocemos si en nuestro medio se asocia esta malformación congénita con otros factores de riesgo. ¿Con que frecuencia se presentan labio y paladar hendidos y su asociación con algunos factores de riesgo en el Hospital del ISSSTE de Veracruz, Ver.?

JUSTIFICACION.

El labio y paladar hendidos como problema de Salud Pública y desajuste familiar es complejo, debido a sus orígenes multifactoriales, raciales y socioeconómicos.

Es difícil imaginar, para quien no haya vivido la experiencia el efecto devastador que tiene sobre un matrimonio, recibir la noticia de que su hijo recién nacido padece de una malformación de esta naturaleza.

El shock, la incredulidad, la confusión, la pena y la angustia son solo unas pocas de las intensas emociones que siente la pareja al enterarse de la anomalía que presenta el bebé ocasionando una gran crisis familiar con sentimientos de culpa. Por la magnitud de este problema, por la importancia que tiene encontrar los factores de riesgo asociados y por la escasa información existente en nuestro medio, se decidió hacer este estudio determinando la prevalencia general y por categorías de labio y paladar hendidos, así como su asociación con algunos factores de riesgo y la intervención del Médico Familiar en esta crisis de la dinámica familiar.

Para empezar con una actitud positiva, el Médico Familiar con atención cordial y humanitaria tratará de tranquilizar a los padres haciéndoles ver, que el problema tiene solución y que su pequeño requiere de todo su apoyo para salir adelante.

El programa completo de habilitación para un niño con labio y paladar hendidos necesita de un tratamiento especial a cargo de un equipo multidisciplinario (Perinatólogos, Pediatra, Psicólogo, Cirujanos Plásticos, Ortodoncista, Otorrinolaringólogo, Foniatra, Psiquiatra, etc.)

La relevancia que esto representa tanto para la Salud Pública, como para la familia y el país mismo, ha obligado a caracterizar este tipo de patología en diferentes estudios para valorar las probabilidades en atender el riesgo, calcular el daño una vez presentado y ofrecer procedimientos de rehabilitación.

El Médico Familiar además debe evaluar y otorgar el apoyo necesario de acuerdo a las repercusiones generadas, debe tratar de que la familia acepte la situación, haciéndoles conocer que el tratamiento es largo y complejo, siendo --- necesario, que se realicen todas las etapas para la rehabilitación integral.

Se debe insistir en la conveniencia de que su hijo reciba una atención oportuna, porque de lo contrario, a futuro --- pueden presentarse secuelas.

El Médico Familiar debe asesorar, cuando el paciente debe ser tratado en otro nivel de atención, cuando es necesaria una intervención quirúrgica o cuando es conveniente diferir un tratamiento para atender un problema prioritario.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia y factores de riesgo de labio y paladar hendidos en recién nacidos vivos en el Hospital del ISSSTE de Veracruz, Ver., en el período comprendido de Enero de 1993 a Diciembre de 1994.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la prevalencia de labio y paladar hendidos según el tipo anatómico.
2. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según vía de nacimiento.
3. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según edad materna.
4. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según sexo, en recién nacidos.
5. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según peso, en recién nacidos.
6. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según talla, en recién nacidos.
7. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos con anomalías congénitas asociadas.
8. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según duración de gestación.
9. Determinar la prevalencia de labio y paladar hendidos según número de gesta

HIPOTESIS.

Por ser investigación de tipo descriptiva no requiere hipótesis.

METODOLOGIA.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional, en recién nacidos vivos, con labio y paladar hendidos y sus controles, ocurridos en 1 382 nacimientos consecutivos en el Área de Tocoquirúrgica del Hospital del --- ISSSTE, de Veracruz, Ver., en el período comprendido del 1 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1994.

Se incluyeron a los recién nacidos vivos, con peso mayor de 1 200 g. y más de 28 semanas de gestación.

Se tomó como control al siguiente recién nacido no malformado, aunque no necesariamente sano.

Se excluyeron todos los recién nacidos fuera de la Unidad-- Hospitalaria involucrada en este estudio.

Fué motivo también de exclusión los recién nacidos vivos--- antes de Enero de 1993 y posterior a Diciembre de 1994, así-- como los recién nacidos vivos en edad gestacional menor de 28 semanas y recién nacidos vivos con peso menor de 1 200g. La información fué tomada de la base de datos de registro-- del Hospital del ISSSTE de Veracruz Ver., en el Departamento de Estadísticas, el cual hace un estudio multicéntrico de -- casos, basados en el examen clínico sistematizado de todos-- los nacimientos, por personal altamente calificado, con la -- participación de Médicos Pediatras.

Al hacer una revisión de los expedientes del Archivo Clínico se obtuvo información sobre aspectos demográficos y biológicos del producto malformado.

Así también se realizaron entrevistas con las madres de los recién nacidos vivos con esta anomalía para obtener datos-- de la generación extendida al tercer grado familiar, la presencia de labio y paladar hendido en otro miembro de la familia y posibles problemas presentados durante el embarazo.

Las variables investigadas en los recién nacidos vivos con labio y paladar hendidos fueron las siguientes;

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Frecuencia
- Tipo anatómico

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Sexo
- Peso
- Talla
- Anomalías congénitas asociadas
- Vía de nacimiento
- Edad gestacional

DATOS MATERNALES

- Edad materna
- Gesta
- Patología durante el embarazo
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Inmunizaciones
- Exposición a factores físicos y químicos
- Factores hereditarios

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS PEDIATRICOS

Nombre.-

No. de cedula.-

Fecha de nacimiento.-

Hora de nacimiento.-

Sexo.-

Peso.-

Talla.-

Edad gestacional.-

Vía de nacimiento.-

Clasificación (Tomando en cuenta la afectación anatómica)

Anomalías congénitas asociadas.-

DATOS MATERNOS

Nombre .-

Dirección.-

Edad.-

Patología en el embarazo.-

Tabaquismo.-

Inmunizaciones.-

Exposición a factores físicos.-

Exposición a factores químicos.-

Asociación con antecedentes de otro malformado en la familia.-

ASPECTOS ETICOS

El propósito de la investigación biomédica que involucra seres humanos, debe ser para mejorar el diagnóstico de los procedimientos terapéuticos y profilácticos en el entendimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad, es como se encuentra en las recomendaciones de la Declaración de Helsinki (1964), revisada por el XXIX Asamblea Mundial, Tokio, Japón (1975) y adoptada por la Asamblea Médica Mundial.

En nuestro estudio de investigación el objetivo fundamental es puramente científico, sin valor diagnóstico o terapéutico.

Se tomaron precauciones para respetar la privacidad de los recién nacidos involucrados en este estudio.

Se les informó adecuadamente a las madres, durante el cuestionamiento que se les hizo, de los objetivos, métodos y elaboración de este estudio de investigación, anticipando también beneficios para que se realicen todas las etapas para la rehabilitación integral de sus hijos.

Por reportarse nuestra muestra pequeña se presenta en casos clínicos, los cuales son los siguientes:

PRESENTACION DEL CASO No.1

El recién nacido B.H. con cédula HERM 570623/7 fué producto de embarazo de 39 semanas de gestación, de una madre de 39 años de edad (su tercer embarazo).

Nació de parto eutócico el 23 de Enero de 1993 a las 14.10 horas, de sexo masculino, con peso de 3 725 g y talla de 51-cm. Con valoración de Apgar de 7 al primer minuto y 9 a los 5 minutos.

Con anomalía congénita de labio hendido bilateral y paladar hendido, sin ninguna otra anomalía congénita asociada.

La madre durante el embarazo presentó frecuentemente cefalea de tipo frontal, cediendo esta con ácido acetil salicílico. Tuvo problemas emocionales.

Llevó además tratamiento con fumarato ferroso durante los últimos seis meses del embarazo, con inmunizaciones de toxoide tetánico.

Con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y exposición a factores físicos negados.

La madre y el padre son originarios del Puerto de Vera cruz, aparentemente en buen estado de salud.

Su hermano mayor de 5 años con aparente buen estado de salud, excepto el hermano menor de 3 años de edad que presenta diversas alergias.

No hay antecedente de familiares de malformaciones congénitas.

PRESENTACION DEL CASO No. 2

El recién nacido A.A. con cédula AUBV 520805/8 fué producto de embarazo de 39 semanas de gestación, de una madre de 41 años de edad (su cuarto embarazo).

Nacido de parto eutócico el 27 de Octubre de 1993 a las 12.20 hrs. de sexo masculino, con peso de 2 850 g y talla de 50 cm.

Con valoración de Apgar de 8 al primer minuto y 10 a los 5 minutos.

Con malformación congénita de paladar hendido y hernia hiatal asociada.

La madre es obesa, presentó durante el embarazo insuficiencia venosa periférica, refiriendo parésias en extremidades inferiores, que le despertaban durante la noche; en ocasiones también se presentaban a la deambulaci6n.

El tratamiento que llevó durante el embarazo fué; fumarato ferroso, calcio y vitaminas, además inmunizaciones de toxoide tetánico.

Antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y exposici6n a factores físicos negados.

Su padre y dos hermanas de 8 y 6 años de edad gozaban de buena salud excepto un hermano de 4 años de edad que padece asma bronquial.

No hay antecedentes familiares de malformaciones congénitas.

PRESENTACION DEL CASO No. 3

El recién nacido O.G. con cédula OEGJ 650624/8 fué producto de embarazo de 40 semanas de gestación, de una madre de 29 años de edad (Su segundo embarazo)

Nacida de parto eutócico, el 17 de Agosto de 1994 a las 5.45 horas, de sexo femenino, con peso de 3.575 g y talla de 52cm. Con valoración de Apgar de 8 al primer minuto y 10 a los 5 minutos.

Con anomalía congénita de; labio hendido bilateral y paladar hendido, sin ninguna otra malformación asociada.

Durante el embarazo, en el primer trimestre, la madre presentó gastritis aguda llevando tratamiento con hidróxido de Al además vitamínicos.

Antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y exposición a factores físicos negativos.

Con inmunizaciones de toxoide tetánico.

De madre y padre aparentemente sanos, lo mismo que una hermana de 6 años de edad.

Hay antecedentes de malformación congénita: Es un tío materno que también presentó labio y paladar hendido al nacer.

PRESENTACION DEL CASO No.4

El recién nacido G.P. con cédula OURM 670801/7 fué producto de embarazo de 38 semanas de gestación, de una madre de 19 años, primigesta.

Nacido de operación Cesarea por: Ruptura prematura de membranas, el 24 de Agosto de 1994 a las 17.25 hrs., de sexo masculino, con peso de 2 525 g y talla de 50 cm.

Con valoración de Apgar de 6 al primer minuto y de 8 a los 5 minutos.

Presentando malformación congénita de: labio hendido bilateral y paladar hendido, asociado con otras anomalías congénitas como son; Ausencia de tabique nasal e hidrocefalia.

Se mantuvo en observación 72 hrs. en Pediatría, dándose posteriormente de Alta del Servicio.

La madre durante el embarazo presentó Toxemia severa e infección de vías urinarias. Refiere que durante el 5o. mes de embarazo, al acudir a consulta con su médico familiar por presentar cefalea intensa, le indicó que su presión arterial estaba muy elevada por lo que fué canalizada al Servicio de Ginecología para control (no especifica) Antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y exposición a factores físicos negativos.

El padre de 45 años de edad es hipertenso y Diabético controlado con evolución de 8 años.

No hay antecedentes de familiares de malformaciones congénitas.

EVOLUCION.

Debido a su corta edad, a estos niños con malformación congénita de labio y paladar hendidos solo se les ha intervenido quirúrgicamente para reparación labial con la técnica habitual de plastía en Z de Millard, satisfactoriamente, sin presentar complicaciones.

Posteriormente se les programará para las cirugías del paladar.

RESULTADOS.

Se recabaron datos estadísticos sobre natalidad, en el Hospital del ISSSTE de Veracruz, Ver., reportándose 1 382 nacimientos consecutivos, en el Área de Tocoquirúrgica, en el período comprendido del 1 de Enero de 1993 al 31 de Diciembre de 1994 de los cuales 1 374 fueron recién nacidos vivos (99.42 %) y 8 recién nacidos muertos (0.58 %).

De los 1 374 recién nacidos vivos, se presentaron 4 casos de labio y paladar hendidos (TABLA 1); asociándose 2 casos con otras malformaciones congénitas

La prevalencia de labio y paladar hendidos fué de 0.289 por 100 nacimientos. (TABLA No. 1)

De acuerdo a la clasificación anatómica se detectaron 3 casos de labio y paladar hendidos bilateral y un caso de paladar hendido. (TABLA No.1)

Por vía de nacimiento, 3 recién nacidos fueron obtenidos de parto eutócico y un recién nacido de Operación Cesarea, debido a; Ruptura prematura de membranas. (TABLA No.2)

La edad materna se estableció entre 19 y 41 años de edad --- (TABLA No.3)

Se reportaron 3 recién nacidos del sexo masculino y un recién nacido del sexo femenino. (TABLA No.4)

El peso y talla de los recién nacidos fueron dentro de los --- parámetros normales. (TABLA 5 y 6)

Se encontró asociación con otras malformaciones congénitas --- (TABLA No.7)

El período de gestación fué de 38 a 40 semanas (TABLA No.8)

Solo una madre fué primigesta, las demás fueron multigestas --- (TABLA No. 9)

Todas las madres, de estos recién nacidos llevaron control --- prenatal.

En un caso la madre presentó Toxemia severa e infección de --- vías urinarias. Otra de las madres tuvo problemas emocionales. El uso de fármacos durante el embarazo, fueron vitaminas, antibióticos y analgésicos.

En un caso se corrobora el antecedente de labio y paladar --- hendidos en otro miembro de la familia.

TABLA No. 1

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN TIPO ANATOMICO EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER. DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

REGION ANATOMICA INVOLUCRADA	CASOS	PREVALENCIA POR 100 NACIMIENTOS
LABIO	0	—
LABIO Y PALADAR	3	0.217
PALADAR	1	0.072
TOTAL	4	0.289

TABLA No. 2

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN VIA DE-
 NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE
 DE VERACRUZ, VER. DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEM
 BRE DE 1994.

VIA DE NACIMIENTO	CASOS
PARTO EUTOCICO	3
CESAREA	1
TOTAL	4

TABLA No.3

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN EDAD MATERNA
EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ.VER.
DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

AÑOS	NUMERO
10-19	1
20-29	1
30-39	1
40 y mas	1
TOTAL	4

TABLA No. 4

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN SEXO EN RECIEN
NACIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER.
DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

SEXO	CASOS
MASCULINO	3
FEMENINO	1
TOTAL	4

TABLA No. 5

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN PESO EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER. DEL 1 DE-- ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

PESO	CASOS
MAS DE 3 000 gr.	2
MENOS DE 3 000 gr.	2
TOTAL	4

TABLA No. 6

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN TALLA EN RECIEN NACIDOS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ VER., DEL 1 DE-- ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

TALLA	CASOS
52 cm.	1
51 cm	1
50 cm	2
TOTAL	4

TABLA No. 7

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS EN RECIEN NACIDOS CON ANOMALIAS CONGENITAS ASOCIADAS EN EL HOSPITAL DEL -- ISSSTE DE VERACRUZ, VER. DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

ANOMALIAS	CASOS
NO PRESENTARON ASOCIACION DE OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS	2
HERNIA HIATAL	1
AUSENCIA DE TABIQUE NASAL HIDROCEFALIA	1
TOTAL	4

TABLA No.8

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN DURACION DE GESTACION EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER. DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

DURACION DE GESTACION	CASOS
38 SEMANAS	1
39 SEMANAS	2
40 SEMANAS	1
TOTAL	4

TABLA No. 9

PREVALENCIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDOS SEGUN NUMERO DE GESTA EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE DE VERACRUZ, VER., DEL 1 DE ENERO DE 1993 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994.

NUMERO DE GESTA	CASOS
MULTIGESTAS	3
PRIMIGESTA	1
TOTAL	4

ANALISIS

La fisura labial exclusiva o asociada al paladar es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, con una relación de 3:1

La asociación significativa con antecedentes familiares de malformaciones congénitas, en uno de los casos encontrados, se apoya el posible papel de la herencia, asociada a factores ambientales en la etiología multifactorial de este problema.

Se encontró asociación con otras malformaciones congénitas como fueron: ausencia de tabique nasal, hidrocefalia y hernia hiatal.

La edad gestacional fué de término. Al comparar el grupo de malformados con sus controles para sexo, somatometría edad materna, edad gestacional y vía de nacimiento, no hubo diferencias a lo reportado en otros estudios.

No se documentó exposición a agentes que se ha sugerido puedan tener algún efecto sobre la génesis de labio y paladar hendidos como: diazepam, carbamazepina, difenilhidantoina, corticosteroides y grandes dosis de vitamina A. La prevalencia general de labio y paladar hendido de nuestro estudio fué de 0.289 por 1000 nacimientos.

Al comparar con investigaciones nacionales, el Dr. Soto-Miranda (21) en cifras estadísticas de 1990 sobre labio y paladar hendidos en el Hospital General del Centro Médico "La Raza, IMSS) reporta prevalencia de 1:1200 nacimientos.

El Dr. Perez Molina (14) en un trabajo de investigación en dos hospitales en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco sobre prevalencia y factores de riesgo de labio y paladar hendido reporta una prevalencia de 1.32 por 1000 nacimientos.

El Dr. Tetsuji Tamashiro (22) del Hospital General de Ensenada, BCN., nos da una prevalencia de 1:800 nacimientos con labio y paladar hendidos.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que la prevalencia de labio y paladar hendidos es en general similar a la reportada en la literatura médica, con algunas diferencias, debido probablemente a condiciones étnicas y ambientales.

Se comprueba que es traumático para una familia el nacimiento de un niño con esta malformación, dando lugar a una crisis familiar, para lo cual necesitará asesoría de su Médico Familiar, quien tratará de dar todo el apoyo necesario para que recuperen el equilibrio dentro de la sociedad y les hará conocer que el tratamiento integral es largo.

El estudio cumple con la finalidad principal: la incidencia de labio y paladar hendidos en recién nacidos en el Hospital del ISSSTE en el período comprendido entre Enero de 1993 a Diciembre de 1994.

Se desconoce la causa por la cual, la incidencia de esta anomalía es mayor en hombres que en mujeres.

Se encontró asociación con otras malformaciones congénitas y la presencia de antecedentes familiares en un caso.

Esto apoya el posible papel de la herencia, en la etiología multifactorial de este problema.

Con la asistencia de grupos de apoyo constituidos por los padres, el Médico Familiar, el Pediatra y otros profesionales especialistas se podrá lograr la rehabilitación integral del niño con esta malformación congénita.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Abramo Antonio Carlos, M.D. Julio Cesar Viola M.D. Intraoperative-rapid expansion in cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg* 1993 91 suppl 31:441-445
- 2.-Buschang Ph D. J. N. Schoeder D. D. S. E. Grow status children treated for unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 1991 88 suppl 3:413-418
- 3.-Bardach Janusz M. D. Results of multidisciplinary management of--bilateral cleft lip and palate at the Iowa cleft palate center. *Plast Reconstr Surg* 1992:89 suppl 3:419-432
- 4.-Behrman. Malformaciones del desarrollo con problemas multiples--de la boca y los dientes. *Pediatrics Nelson: Interamericana* 1992:--1129-1130.
- 5.-Cruz y Rivero Mario M. D. Diagnostico por ultrasonografía de labio y paladar hendido. *Ginecologia y Obstetricia de México* ----1994;62:63-67
- 6.-Huny-chichen M. D. Free forearm flap closure of difficult oronasal fistulas in cleft palate patients. *Plast Reconstr Surg* . ---1992:90:757-762
- 7.-Hughlett L. Morris, Ph D. Janusz Bardach M. D. Multidisciplinary-treatment result for patients with isolated cleft palate. *Plast-Reconstr Surg* 1993:92 suppl 5:842-851
- 8.-Harold Mc Comb F. R. C. S. Primary repair of the bilateral cleft--lip nose a 4 year review. *Plast Reconstr Surg* 1994:94 suppl 11:31-46
- 9.-Kaufman Felix M. D. Tratamiento del paciente con labio y paladar hendidos. *Clinicas Pediatricas de Norteamérica* 1991:5:1165-1185
- 10.-Natsume N. Epidemiological investigation of cleft lip and palate in Gifu 1989:27:687-692
- 11.-Nobuaki Nakakita M. D. The modified buccal musculomucosal flap -method for cleft palate surgery. *Plast Reconstr Surg* 1991:88:421
- 12.-Murison M. S. C. R. W. Pigott. Medial Langenbeck experience of a modified Von Langenbeck repair of the cleft palate. *British Journal of Plastic Surgery* 1992:45 suppl 6:454-459
- 13.-Mutchnicko. Programa mexicano de registro y epidemiología de ---malformaciones congénitas externas. *Salud Pública Mexicana* ----1988:30:80-100

- 14.-Perez Molina J. y col. Prevalencia y factores de riesgo de labio y paladar hendido en 2 hospitales en la ciudad de -- Guadalajara, Jal.Mex. Bol-Med-Hosp-Infant-Mex 1993:50 suppl2 110-113
- 15.-Pigott RW M.D. Organisation of cleft lip and palate services results of cuestionnaire. British Journal of Plastic -- Surgery 1992:45:385-387
- 16.-Posnick Jeffrey M.D. Michael Taylor Orthop. Skeletal stability and relapse patters after le for I osteotomy using -- miniplate fixation in patiens with isolated cleft palate. Plast Reconst Surg 1994:1:51
- 17.-Posnick Jeffrey M.D. Facial sensibility in adolescents --- born with cleft lip after undergoing repair in infancy. -- Plast and reconstr surg 1994:93 suppl 4:682-689
- 18.-Ravin Thate. La plastic surgeon as an ostrich in the surgical trated of cleft palate. Plast Reconstr Surg 1992:89 ---- suppl 6 : 1179
- 19.-Saborio Manuel. Genetica y Salud Pública. Malformaciones --- congénitas. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. -- 1993:115 suppl 1:25-28
- 20.-Shafnitt Fierros A. Las malformaciones congénitas en el --- complejo medico hospital civil de Guadalajara (tesis) Universidad de Guadalajara, Jal.Mex. 1990
- 21.-Soto Miranda Arturo José. Labio hendido unilateral. Informe estadistico. Práctica pediátrica 1994:3 suppl 1:44-51
- 22.-Tetsuji Tamashiro Higa. Cirugia de labio y paladar hendidos en el Hospital General de Ensenada BCN 1996:64 suppl 6:171 174
- 23.-Tobiasen joyce PH.D. John Hiebert M.D. Facial impairmet -- scales for clefts. Plast reconstr Surg 1993:93 suppl1:31-35
- 24.-Yelter Joseph III. Cleft lip and cleft palate. Madigan Army-Medical Center American family Physician. 1992:46 suppl --- 4:1211-1221

- 25.-Ysunza Rivero Antonio.Cambios de los movimientos valvulares del esfinter velofaringeo.Bol-Med-Hosp-Infant-Mex 1991:48--suppl 7:490-501
- 26.-Washio H. History of cleft lip surgery in starkR.B.Cleft -- Palate. a multidisipline approach New York:Hoeber.Med.Div.--Harper and Row 1988
- 27.-Womerssley J.Stone D.H.Epidemiology of facial clefts.Arch. Dis child 1989:62:717-720