

210



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO SECUENCIAL DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: CIRUJANO DENTISTA PRESENTA: ARTURO ROSAS MUÑOZ

DIRECTOR DE LA TESINA: C.D. GABRIEL LORANCA FRAGOSO



MEXICO, D.F. [Signature] U.B. 273818 [Signature] 2000



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.

AGRADECIMIENTOS

**Con todo respeto, gratitud y agradecimiento al: Dr. Gabriel Eoranca
Tragoso por su valiosa y desinteresada ayuda en la elaboración de esta
tesina.**

**Agradezco a la Dra. Rocía Fernández López la oportunidad que me
brindó y los consejos que me dio para el desarrollo de esta tesina así
como las valiosas sugerencias que me dio en la clínica.**

A la memoria de mi Abuelita Rosita:

A la cual le dedico especialmente este trabajo como un pequeño homenaje a sus esfuerzos y sacrificios, los cuales no fueron en vano. Agradeciéndole también todas sus bendiciones y esperando que donde se encuentre este orgullosa.

Muchas gracias por todo.

A mis padres:

Ana María Muñoz Ortiz y Arturo Rosas Flores.

A los cuales admiro y agradezco todo el gran esfuerzo y apoyo que me han brindado durante toda mi vida en los buenos y malos momentos, también quisiera agradecerles que me hayan inculcado la sencillez y el respeto por las personas y el espíritu de superación el cual llevaré siempre presente.

LOS QUIERO MUCHO.

Muchas gracias.

A mis hermanos:

Ana María Rosas Muñoz Y Miguel Ángel Rosas Muñoz.

Gracias por compartir con mígo los momentos de alegría y tristeza de mi vida, agradeciéndoles sus consejos y ayuda los cuales han sido muy importantes para mí.

Gracias

A mi tío Francisco por su ayuda y confianza que ha depositado en mi.

A mi primo Arturo Rosas Roque y a Francisco García por su valiosa ayuda que me brindaron para poder lograr terminar esta tesina.

A mis maestros a los cuales admiro y agradezco sus enseñanzas y consejos durante los años de mi carrera profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México la cual me abrió sus puertas para continuar con mis estudios.

A mis verdaderos amigos los cuales me apoyaron durante toda la carrera incondicionalmente.

Índice.

Capítulo.	Pag.
Introducción.....	1
- Planteamiento del problema, justificación, objetivos generales, objetivos específicos.....	2
I. Etiología.....	3
II. Clasificación.....	6
- Labio.....	6
- Paladar.....	8
III. Características clínicas.....	11
IV. Tratamiento.....	14
- Programa de cuidados.....	19
- Periodo perinatal.....	20
- Etapa de 0-6 años.....	27
- Etapa comprendida entre los 6-14 años.....	31
- Adolescencia.....	35
Conclusiones.....	41
Referencias.....	42

INTRODUCCIÓN

Introducción.

En esta revisión bibliográfica, se describirá la secuencia del tratamiento de esta malformación, desde el cierre primario hasta la cirugía ortognática. Es importante hablar de este tema porque muchos odontólogos de práctica general no están familiarizados con la secuencia que debe llevarse a cabo en el tratamiento de los pacientes que presentan esta alteración. Este trabajo está dirigido a odontólogos egresados de esta facultad y estudiantes de odontología; y al papel que pueden desempeñar en este.

En la literatura se encuentra mucha información acerca de labio y paladar hendido, pero siempre se le da un enfoque determinado ya sea a su tratamiento, a su etiología, a las técnicas quirúrgicas que se deben emplear, a los tratamientos ortodóncicos, a la cirugía plástica etc. La literatura acerca de estos temas es muy buena pero para el odontólogo general se le hace muy complicado investigar todo esto individualmente.

Esta revisión bibliográfica ordena de manera secuencial el tratamiento de un paciente con labio y paladar hendido, la cual incluye: periodo perinatal (diagnóstico, dificultades respiratorias, dificultades alimentarias, obturadores palatinos para el bebé, reparación de labio y paladar); periodo 0 a 6 años (desarrollo del habla y el lenguaje, audición, crecimiento y tratamiento dental general); periodo 6 a 14 años (injerto de hueso alveolar, tratamiento ortodóncico definitivo, aspectos psicológicos) y su adolescencia. (Crecimiento facial comprometido y la necesidad de un progreso maxilar mayor, tratamiento de retrusión de media cara, cirugía ortognática)

Planteamiento del problema.

El programa de estudios de la Facultad De Odontología carece de una revisión extensa sobre el tratamiento secuencial de labio y paladar hendido y la manera de intervención del egresado en esta, por lo cual el egresado carece de una visión clara de su intervención en esta malformación.

Justificación.

En el desarrollo de este tema me propongo dar a conocer esta secuencia para que el egresado tenga una visión clara y bien definida, para poder manejar a un paciente con esta anomalía.

Objetivo General.

Dar a conocer la intervención que tienen los odontólogos egresados en el tratamiento secuencial del labio y paladar hendido durante sus diferentes etapas.

Objetivos específicos.

Dar a conocer como debe estar constituido el equipo de trabajo para los pacientes que presenten labio y paladar hendido; También que procedimientos quirúrgicos deben emplearse y a que edad pueden realizarse; Los tratamientos ortodoncicos que pueden utilizarse así como también describirá el momento en que el odontólogo de practica general o especialista puede y debe intervenir.

CAPÍTULO I

Etiología.

Fogh-Andersen estableció, y lo confirmaron numerosos investigadores, que existen dos entidades separadas y distintas: 1) labio hendido con o sin asociación de paladar hendido, y 2) paladar hendido aislado. Sin duda alguna, la herencia es uno de los factores más importantes. No obstante, también son importantes los factores externos.

El modo en que se transmite es incierto. Bathia analizó esto señalando que la posible transmisión sea a través de un solo gen mutante, que produce un gran defecto; o por varios genes (herencia poligénica) produciendo cada uno un defecto pequeño, que juntos crean esta alteración. Se debe señalar que los estudios citogénicos no han podido descifrar las alteraciones visibles que se presentan en la morfología cromosómica de los individuos afectados.

Recientemente, Bixler amplió sus estudios al respecto y reiteró que existen dos tipos de hendidura. La más común es hereditaria, siendo de naturaleza *poligénica* (determinada por diferentes genes que actúan juntos).

La segunda causa es *monogénica* o *sindrómica* y está asociada con una variedad de anomalías genéticas. Debido a que estas son monogénicas, representan un tipo de alto riesgo. Bixler señaló que, por fortuna, los síndromes de hendiduras son raros y probablemente solo constituyan un 5% de todas las hendiduras, aunque según Cohén, en la actualidad hay publicados más de 150 síndromes de hendidura.

Strean y Peer señalaron que las tensiones fisiológicas, emocionales o traumáticas pueden jugar un papel importante en la etiología del paladar hendido humano, debido a que la tensión induce un aumento en la función de la corteza suprarrenal y la secreción de hidrocortisona⁽¹⁾.

Su estudio basado en historias de 228 madres de niños con paladar hendido, confirman los datos experimentales de la aparición de labio y paladar hendido, confirma los datos experimentales de la aparición de paladar hendido en animales, debido a la producción de agentes productores de tensión o a la administración de cortisona.

Sin embargo, Fraser y Warburton han publicado datos que indican que ni la tensión emocional materna ni la falta de suplemento nutricional adicional se relacionaron de modo causa con labio y paladar hendido.

Otros factores sugeridos como posibles causas de la aparición del paladar hendido incluyen: 1. Suplemento vascular defectuoso hacia el área afectada; 2. Alteración mecánica, en la cual el tamaño de la lengua puede impedir la unión de las partes; 3. Sustancias circulantes como alcohol, toxinas y ciertas drogas; 4. Infecciones; 5. Falta de fuerza de desarrollo inherente⁽¹⁾; 6. Ambientales; 7. Radiaciones^(2,3).

A pesar de las numerosas investigaciones clínicas y experimentales, la etiología del paladar hendido en los seres humanos aún no se conoce. Sin embargo, se debe deducir que la herencia es el factor individual más importante ⁽¹⁾.

En años recientes algunos investigadores continúan argumentando que la frecuencia de anomalías tales como labio y paladar hendido depende de los efectos adicionales de varios genes mutantes (herencia poligénica) y factores del medioambiente los cuales pueden ser múltiples (4).

En México por pertenecer al tercer mundo, se encuentra un porcentaje mayor de estas malformaciones que en los países del primer mundo.

El índice más alto de pacientes con esta malformación existe en las zonas marginadas donde el nivel sociocultural es más bajo y se carece de una alimentación bien balanceada(2).

CAPÍTULO II

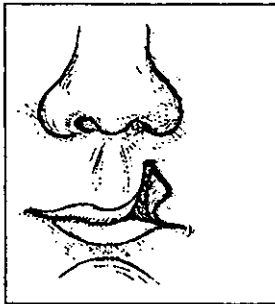
Clasificación.

Veau propuso lo que probablemente es la clasificación más simple y más comúnmente usada en la descripción de las variaciones de labio fisurado y paladar y paladar hendido (5).

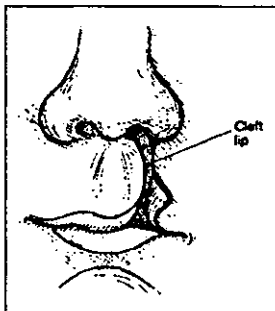
Labio fisurado unilateral

Es producto de la no-uni6n de las prominencias maxilares del lado afectado(2).

Unilateral incompleto (7)



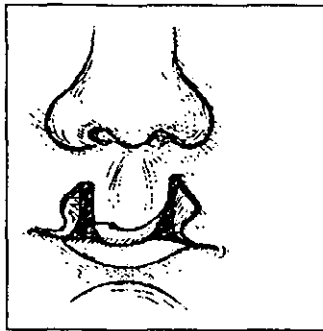
Unilateral Completo



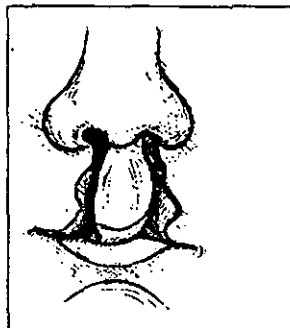
Labio fisurado bilateral.

Es consecuencia de las prominencias maxilares no se unen y fusionen con las nasales medias (4,6,7).

Bilateral Incompleto



Bilateral Completo.

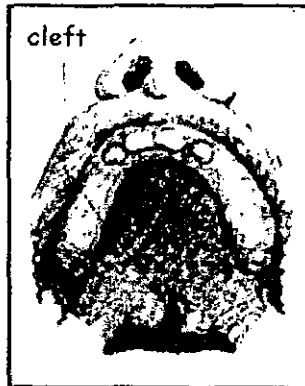


Paladar hendido.

Describió cuatro clases de paladar fisurado:

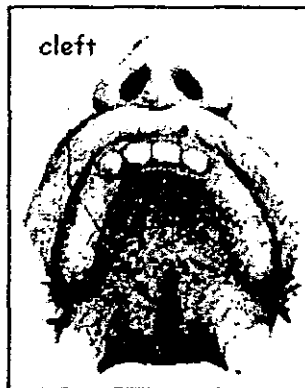
Clase I.

Afecta sólo el paladar blando(7,8).



Clase II.

Afecta paladar blando y duro, pero no el reborde alveolar.

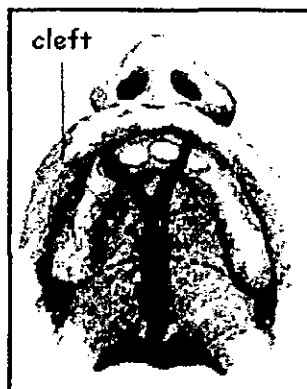


Clase III.

Involucra ambos paladares y el reborde alveolar de un solo lado de la zona premaxilar.

**Clase IV.**

Afecta el paladar blando, duro y el reborde alveolar en ambos lados de la premaxila, que queda libre y a menudo móvil



Las clases III y IV suelen estar asociadas con fisuración del labio.

Se debe incluir la fisura submucosa del paladar, que no aparece en la clasificación de Veau; es una variante de la fisura aislada del paladar. Es significativa por que a menudo se le pasa por alto como causa de dificultades en la alimentación o regurgitación nasal en la infancia primaria y de fonación ininteligible en la infancia posterior. Se puede esperar esta situación en presencia de úvula bifida. No obstante, el diagnóstico es fácil de hacer si hay una escotadura en forma de V, palpable, en el paladar duro, además una delgada membrana traslúcida podría reemplazar la porción media del paladar blando. El paladar blando también aparece frecuentemente corto en la dimensión anteroposterior (9).

CAPÍTULO III

Características clínicas.

El infante que nacen con alguna hendidura difiere de el infante normal con respecto a su apariencia y potencialmente a su función normal (el desarrollo de un lenguaje normal, audición y una vía aérea permeable). Esta diferencia está dada por la deficiencia y el desplazamiento del tejido que esta relacionado con las condiciones de la hendidura, por ejemplo, la deficiencia de matriz funcional. Un tratamiento exitoso de labio y paladar hendido esta basado en superar el acortamiento del tejido y reposicionar los tejidos para simularlos a lo normal tan cerca como sea posible. Para conseguir esto se debe de tener un claro entendimiento precisamente de lo que son las características clínicas de las hendiduras y como esta anomalía anatómica resulta en estas característica. Adicionalmente, este es igualmente importante para entender como esta disposición anatómica en las hendiduras es diferente de la presente en un labio y paladar no hendido(2).

El labio hendido maxilar puede presentar un cuadro clínico variado, según la gravedad de la lesión. Como los nombres los indican el labio hendido unilateral afecta sólo un lado del labio; el bilateral, ambos lados. La hendidura incompleta se extiende en una distancia variable hacia la ventana de la nariz y a veces también afecta el paladar; la hendidura completa se localiza dentro de la ventana nasal y con más frecuencia afecta al paladar.

El labio y paladar hendido se presenta con mayor frecuencia en los varones siendo tres veces más frecuente en el lado izquierdo que el derecho. Los niños son más susceptibles a los defectos de mayor gravedad. En contraste, el paladar hendido aislado es más común en las niñas.

El paladar hendido puede presentar diversos grados de gravedad y de la cantidad de tejido lesionado. Una hendidura puede afectar tanto al paladar duro como al blando o en algunos casos, solo puede estar afectado el paladar blando. En muchos casos la hendidura del paladar duro se extiende a través del reborde alveolar y el labio, originando una hendidura completa en el labio, en el reborde y en el paladar. En ocasiones se observan pacientes con sólo una hendidura o úvula bifida; probablemente sea la forma más leve de paladar hendido.

El paciente típico con paladar y reborde hendido muestra un gran defecto en el techo del paladar, con una abertura directa dentro de la cavidad nasal. El defecto de la línea media continua hasta la premaxila, de donde se desvía a la derecha o a la izquierda. A veces toda la porción de la premaxila, ósea está ausente, en cuyo caso la hendidura puede parecer un defecto completo de la línea media. Sin embargo, el reborde hendido común aparece entre el incisivo lateral y el canino, o puede presentarse entre el incisivo central y el lateral maxilares. Con frecuencia hay alteraciones en las estructuras dentales de esta región, de esta manera los dientes pueden faltar, estar deformes, desplazados o divididos, produciendo dientes supernumerarios.

Según Ingalls y colaboradores el paladar hendido se asocia con otras anomalías del desarrollo casi en 50% de los casos. Entre estas anomalías se encuentran la enfermedad cardíaca congénita, polidactilia y sindactilia, hidrocefalia, microcefalia, pie zambo, oído supernumerario, espina bifida, hipertelorismo y deficiencia mental. Se pueden presentar anomalías similares con el labio hendido pero son menos comunes y surgen en menos de 20% de los casos.

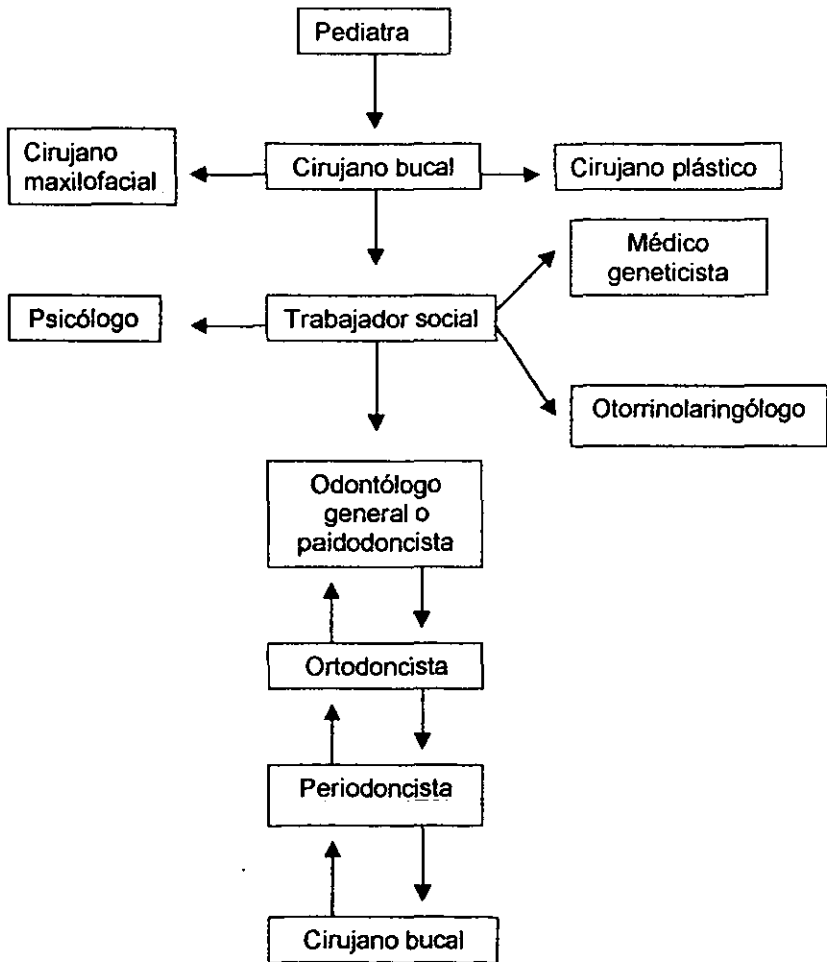
Un defecto relativamente común es la hendidura media en los alvéolos anteriores del maxilar superior y se observa en 1 % de la población aproximadamente según Stout y Collett, pero no guarda relación con el labio o el paladar hendidos. El tipo comentado de hendidura ha sido estudiado por Gier y Fast quienes sugirieron que podía depender de la limitación excesivamente temprana del crecimiento de los centros de osificación primaria en uno y otros lados de la línea media en el paladar primario o del hecho de su falta de fusión ulterior. Además, Miller y colaboradores han sugerido que en algunos casos, cuando menos, pueden presentar una manifestación incompleta del síndrome de hendidura media en la cara (compuesto por hipertelorismo, hendidura media del premaxilar y el paladar y cráneo bífido oculto). El síndrome mencionado no tiene manifestaciones clínicas y suele ser detectado sólo por los estudios radiológicos intrabucales "de rutina"⁽¹⁾.

CAPÍTULO IV

Tratamiento.

I. Equipo para el tratamiento del labio y paladar hendido^{(5,10,}

11,12).



Cirujano.

Es a menudo considerado el "capitán" del equipo. Esta persona realiza la cirugía plástica reconstructiva en la hendidura, cerrando el labio y el paladar y corrigiendo cualquier tipo de cicatriz y llevando a cabo la rinoplastia. La cirugía plástica para reparar y reconstruir la hendidura es casi siempre realizada por el cirujano plástico. Otras personas que pueden realizar la cirugía plástica son el Cirujano Maxilofacial, Otorrinolaringólogo.

Pediatra.

El pediatra observa el total bienestar del niño. El pediatra checa el crecimiento normal y el desarrollo del niño y asegura que el niño esta físicamente apto para el procedimiento quirúrgico próximo.

Odontopediatra.

El papel que desempeña este es asegurar que los dientes del paciente estén sanos y vigorosos. Muchas veces los niños con hendiduras tienen dientes en posiciones no adecuadas en la boca. Esto es algunas veces muy difícil mantener estos dientes limpios y por consiguiente saludables. Este ayuda a mantener los órganos dentarios sanos.

Ortodoncista.

Ayuda a establecer una buena forma a las arcadas dentales. Un niño con hendidura puede necesitar el servicio del ortodontista casi siempre antes de que erupcionen los dientes. El ortodontista trabajará para lograr una arcada dental normal previa cirugía de implante óseo, y el seguimiento en el mantenimiento de la integridad de la arcada una vez realizado. El ortodontista será un participante activo en muchos de los cuidados de niños con hendiduras.

Protesista.

Existen momentos en los cuales el niño con hendidura necesita un aparato protésico posiblemente un obturador, un puente, un retenedor, un implante o cualquiera otro de los aparatos. El protesista trabaja muy cerca del ortodoncista y del cirujano para proveer con los aparatos necesarios al niño que presenta hendiduras.

Otorrinolaringólogo.

Algunas veces llamado como ENT (doctor de oído, nariz y garganta), este ayuda a mantener los oídos funcionando y limpios. Los niños con hendiduras típicamente sufren de una función pobre de los Tubos de Eustaquio y por lo tanto sufren de largas infecciones del oído, este se va a encargar de mantener esas infecciones al mínimo, y a disminuir cualquier daño subsecuente producido por estas infecciones.

Audiólogo.

Checa regularmente la audición del niño. Las infecciones recurrentes la formación de cerilla y el fluido detrás del tambor (todos comunes en niños con hendiduras) pueden disminuir la habilidad de audición del niño. Los audiólogos miden que tan bien escuchan los niños y hacen recomendaciones si la audición del niño está comprometida.

Patólogo del lenguaje y el habla

Asisten a los niños para producir un lenguaje claro, los patólogos del lenguaje y el habla dan terapias en áreas de articulación y desarrollo de lenguaje.

Geneticista.

Estudia varios aspectos de la familia, la historia familiar, etc. Y asiste a la familia en la determinación de un riesgo recurrente cuando escogen si tener o no tener más hijos. Los geneticistas ayudan a la familia a adquirir y a entender los factores que contribuyen a las condiciones de las hendiduras.

Trabajadores sociales.

Ayuda a los familiares en los temas de respaldo financiero, moral y emocional. Los sentimientos de culpa, enojo y cosas así son tópicos no médicos que afectan sobre todo el tratamiento de los niños y los familiares. Los trabajadores sociales pueden ayudar a la familia a acceder a recursos apropiados y a canalizarlos para algún apoyo.

Psicólogos.

Trabajan individualmente con los niños, los padres o la familia en grupo para asegurar un buen funcionamiento. Muchas veces los padres tienen problemas para adaptarse al niño discapacitado o con alguna deformidad. Los psicólogos pueden proporcionarles ayuda a estas necesidades⁽¹³⁾.

El valor del enfoque por el equipo en el tratamiento del labio y paladar hendido fue señalado por Halfond, por Spriesterbach, por Vincent, por Kobes y por Pruzansky. El equipo exige la habilidad integrada del pediatra, cirujano plástico, paidoncista, ortodoncista, trabajo social, protesista y otorrinolaringólogo. También se incluyen en el equipo psicológico, médico geneticista, periodoncista y cirujano bucal. Cada participante desempeña un papel importante en el tratamiento del niño fisurado.

El programa integrado de cirugía, reducción fonológica, rehabilitación dental y adaptación social para cada niño individual requiere un planeamiento cuidadoso y reevaluación periódica de las modificaciones evolutivas del paciente y la respuesta al tratamiento.

No deberán existir problemas en la rehabilitación del niño si cada miembro del equipo de rehabilitación de labio y paladar hendido es cuidadoso en la consideración de cada fase del tratamiento del paciente y la pone en la perspectiva adecuada. Una coordinación inadecuada del tratamiento se refleja consecuentemente en el resultado de la atención del paciente (5).

II. Programa de cuidados.

Cuidados prenatales.

Embriológicamente, el paladar primario (alvéolos y labio) se fusionan a partir del foramen incisivo anterior hacia las 5-6 semanas de vida intrauterina, y el paladar secundario desde el foramen palatino posterior hacia las 7-8 semanas. Estos procesos separados pueden fracasar completamente o pueden ser detenidos en cualquier etapa. Las fisuras pueden encontrarse en gran variedad de presentaciones clínicas.

El diagnóstico de labio hendido en útero es ahora posible con ultrasonido desde las 17 semanas. Ciertamente que el diagnóstico casi siempre no es simple, e incluso en los centros más experimentados este defecto puede ser equivocado (C Welch, comunicación personal, 1994). Han sido reportados resultados positivos falsos. El diagnóstico de paladar hendido es hasta más difícil. Cuando el labio y paladar hendido es diagnosticado prenatalmente los padres son avisados de la condición y son referidos al equipo para ser aconsejados.

III. Periodo perinatal.

a). Diagnóstico y comunicación.

Este es generalmente el papel de los pediatras el identificar y confirmar el defecto, para determinar si el paladar hendido es aislado o un síndrome potencial.

La totalidad del paladar hasta atrás de la punta de la úvula deben ser examinados con la lengua abajo y una luz brillante. La palpación con el dedo puede detecta alguna muesca en el borde posterior del paladar duro sugestivo de paladar hendido submucoso. Otros signos de este puede ser una úvula bifida y/o una zona central translúcida. Representando un 3% de todas las hendiduras, el paladar hendido submucoso suele pasarse por alto diagnosticarse posteriormente. La regurgitación nasal de fluidos pueden ser signos que alertan o avisan al pediatra.

Algunas pequeñas hendiduras del paladar y paladar hendido submucoso pueden tener serios impactos en la función del lenguaje y de la audición. Cuando el pediatra tenga una duda debe referirlo al equipo de especialistas.

Es importante que los padres sean advertidos rápidamente y sensibilizados acerca del nacimiento del niño con algún defecto congénito⁽⁸⁾.

b). Dificultad en la alimentación.

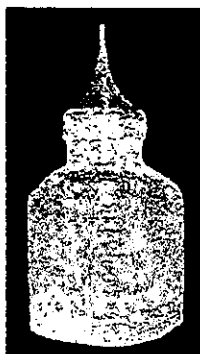
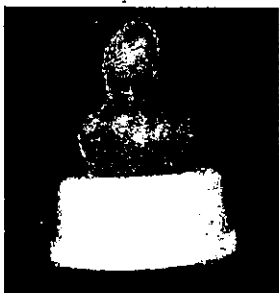
Las dificultades en la alimentación debido a labio y paladar hendido conducen a la inanición y a la muerte a los infantes afectados; fueron reconocidas casi 400 años atrás por Fabricus de Aquapendente. (8) Cerca de 255 de los infantes con labio y paladar hendido tienen dificultades tempranas en la alimentación con poca ganancia de peso de los primeros dos o tres meses (145 g/mes comparado con un promedio de 200g/mes en bebés sin labio y paladar hendido).

Algunos infantes tienen aumentadas las necesidades metabólicas, por ejemplo; debido a enfermedades congénitas del corazón u obstrucción de vías aéreas.

Una exitosa alimentación del seno materno requiere presión intraoral negativa la cual no se puede generar con un paladar hendido, pero es comúnmente posible con una fisura aislada del labio donde el tejido del seno llena el defecto (9).

Los niños que presentan labio hendido completo, e interrupción de la arcada dental, o paladar hendido existe complicaciones en la alimentación del seno materno porque ellos son comúnmente incapaces de generar suficiente presión intraoral negativa para adecuarse a succionar el pezón en el seno materno. Lo mejor para estos niños puede ser el uso de una botella para alimentación con un pezón regular con alargamiento del corte hacia el agujero del pezón y la remoción de una esquina del área recortada. Los padres con esto pueden fingir el labio del niño contra el pezón y colocar la botella angulada, entonces esta corre fuera y cruza la porción entera del paladar(14). Figura 1.

Aditamentos para la alimentación del niño⁽¹⁵⁾.



Los padres aprenden rápidamente a remover la botella después de uno o dos sorbos (los niveles usuales tolerados), para no sobrellenar la cavidad oral. Usando esta técnica, los padres pueden encontrar metas de lograr la cantidad de ingestión apropiada para la edad, tomando un límite de tiempo adecuado para cada alimento, y alimentando al niño en intervalos convenientes.

Esta formula solamente proporciona nutrición suficiente durante los primeros 4 a 6 meses de edad. Después de esto, los alimentos para bebé colados pueden introducirse en la dieta del niño, introduciendo un nuevo alimento cada 2 ó 3 días. Mientras no exista un mejor esquema para introducir alimentos sólidos, muchos pediatras comienzan con cereales, sigue por frutas, vegetales amarillos, carnes y finalmente introducen jugo de naranja y vegetales verdes.

La introducción de clara de huevo y chocolates deben esperar hasta el primer año. Estos dos parecen ser más alérgicos que otros alimentos y/o mas problemáticos para digerirlos.

Los padres deben ser adiestrados en observar con mucho cuidado la habilidad del niño de tragar comidas sólidas, para poder juzgar que alimento y en que momento puede empezar a introducirlos (4).

c). Obturadores palatinos.

Un obturador consiste en un retenedor dental con una "extención que es diseñado para ocluir la abertura residual velofaríngea.

Inmediatamente después del nacimiento en algunos casos se coloca un obturador sobre la bóveda palatina del niño. El principal objeto de esto es asegurar que las dos mitades del paladar se igualen en tamaño: en el nacimiento, una parte es usualmente más pequeña que otra. El obturador se coloca de tal forma que se ayuda a la parte más pequeña a crecer más rápidamente que la parte más grande.

Es necesario hacer obturadores nuevos según va cambiando la forma del paladar. Una vez que ambas partes son de igual tamaño (el proceso lleva normalmente varios meses) se realiza la operación para reparar el hueco. Los obturadores tienen la ventaja secundaria de ayudar al bebé a comer correctamente, evitando, que la leche vaya o se escape por la nariz⁽¹⁶⁾.

d). Reparación del labio y paladar.

Reparación temprana del labio hendido (neonatal).

Los defensores de este tratamiento sienten que reparando el labio dentro de los primeros días de vida resulta en una cicatriz menos sobresaliente, puesto que los niveles fetales de colágeno son más altos en los recién nacidos. Ellos también se basan tanto en los altos niveles de hemoglobina, corticoesteroides plasmáticos y en las hemoglobinas maternas ya que la respiración es superior y la infección del oído no ha tenido tiempo para desarrollarse. Otras ventajas afirman que la reparación del labio hace la alimentación más simple y que la aceptación psicológica de los padres hacia el niño sea más fácil ⁽⁴⁾.

Algunos cirujanos manejan este método de reparación de labio y paladar hendido en las primeras 48 horas de vida; y contrario a las expectativas, no se presentaron complicaciones por la anestesia y estos niños empiezan una vida normal con su deformidad facial reparada.

Los fines de este método son la reparación temprana de la deformidad facial, así como para obtener un resultado cosmético con una buena apariencia y lograr tener un seguimiento cuidadoso para garantizar que el labio reconstruido funcionara y crecerá normalmente con el resto de la cara⁽¹⁷⁾.

En algunas literaturas se menciona que después de la intervención quirúrgica se han presentado complicaciones como son: Problemas respiratorios, hemorragias postoperatorias, infecciones de tejidos blandos, dehiscencias palatinas y formaciones de fistulas (18).

e). Tratamiento ortopédico.

(nacimiento a los 18 meses)

La coordinación entre el equipo quirúrgico y el equipo dental harán posible el tratamiento primario para realizar correcciones ideales, tempranas del alineamiento alveolar con cierre periostico y adhesión labial(19).

Esta etapa se interesa por el alineamiento de los segmentos maxilares en una relación normal, antes de la quieloplastia. El realineamiento de segmentos sumamente separados facilita muchísimo el cierre primario del labio. El alineamiento normal de los segmentos ha alentado a algunos cirujanos al colocar hueso autógeno en la fisura para producir una unión ósea en el segmento afectado. La ortopedia maxilar logra su mayor éxito cuando se le realiza en las primeras semanas de vida, antes de la cirugía (4).

f). Adhesión del labio.

En una hendidura ancha unilateral y en una hendidura ancha bilateral, la adhesión preliminar del labio ha sido protegida como un medio de reducir la hendidura, para facilitar y para mejorar el resultado definitivo de una reparación de labio efectuada algunos meses más tarde. En combinación con aparatos ortopédicos, la adhesión labial tiene la gran ventaja que actúa como una fuerza dinámica en la alineación de la arcada alveolar superior sin ningún sacrificio significativo del tejido. Los defensores de la adhesión labial generalmente la realizan a la edad de 6 a 8 semanas y hacen la reparación subsecuente definitiva a la edad de 5 a 6 meses.

g). Cierre del remanente del paladar primario en el momento de la reparación del labio.

Una vez que la hendidura del labio es cerrada, el acceso al área alveolar y a la porción del paladar duro son restringidas, y el cierre es difícil de realizar en una operación subsecuente. Esto conduce a una alta incidencia de fístulas prealveolares y postalveolares, que su cierre constituye un difícil problema técnico. Por esta razón, muchos cirujanos escogen reparar el área alveolar y el paladar primario al mismo tiempo que en el cierre, cuando este se encuentra más abierto y accesible. En una verdadera hendidura amplia sin una adhesión preliminar, esto es muy difícil de hacer, envolviendo una amplia disección del colgajo vomeriano y palatino, aunque en proceso se discute sobre los efectos de la disección del colgajo mucoperióstico extenso sobre el desarrollo maxilar, esto no ha sido establecido, solamente cuanto es dañado, si ninguno de estos lo dirige. Un colgajo mucoso del surco bucal, casi siempre es transpuesto hacia los dos alvéolos terminales para proveer un revestimiento oral para la reparación, es inconveniente. La migración y la erupción de los dientes no ocurrirán hacia la mucosa bucal, y al cortar en la arcada alveolar en el sitio de la hendidura puede persistir.

h). Cierre completo del paladar duro en el momento de la reparación del labio.

Esta reparación es más extensa, se realiza coincidentemente con la reparación labial. Lo racional es que esto convierta la hendidura completa, sea esta uni o bilateral, en una sola hendidura parcial del paladar secundario. La maduración de la cicatrización a partir de la reparación puede ocurrir en el intervalo entre este primer procedimiento y la reparación subsecuente del paladar blando. Esto significar que la línea de cicatrización sigue la reparación del paladar blando pudiendo ser más corta y desde aquí contraerse menos que la cicatriz que pudo ser resultado de una reparación sincronizada de los paladares duro y blando.

IV. Etapa 0-6 años.

a). Desarrollo del habla y del lenguaje.

Hasta cuando el paladar es reparado los niños pasan por un gran riesgo de presentar desordenes del lenguaje subsecuentes. La incidencia de desordenes en el lenguaje varía considerablemente. Los autores han reportado que aproximadamente 25% de los niños con labio y paladar hendido desarrollan normalmente el lenguaje después de la primera cirugía mientras aproximadamente 75% requieren de muchas operaciones en la infancia y la adolescencia para alcanzar una producción del habla y del lenguaje aceptable.

La causa de los desordenes del lenguaje es a menudo multifactorial y complejo. Anormalidades estructurales persistentes así como insuficiencia velofaríngea, problemas dentales y oclusales, fistulas oronasales y problemas auditivos pueden contribuir a esto. Otras anomalías asociadas, como síndrome o factores sociales o psicológicos pueden ser factores causales. En suma, los niños nacidos con paladar fisurado son sujetos a estos mismos factores que influyen en el desarrollo del habla y del lenguaje y en los niños sin hendidura, factores tales como influencias neurológicas, cognoscitivas, de desarrollo, del medio ambiente y emocionales.

Aunque el desarrollo expresivo del lenguaje sea frecuentemente más lento en estos niños, los problemas de lenguaje son usualmente asociados con hendiduras palatinas incluyendo disturbios en la resonancia o en el tono, pronunciación anormal de las consonantes, emisión de aire excesiva turbulencia durante la pronunciación de consonantes y la calidad de voz laríngea perturbada(20).

Los desordenes más comunes del tono son aquellos por hipernasalidad, esto, ocurre cuando el sonido es producido por las cuerdas vocales entre las cavidades nasal y oral durante el habla, causando estas dos cavidades cambios a la vibración y realizando las ondas sonoras.

El sonido total del paciente es "nasal". La causa principal de la hipernasalidad es IVP, en la cual existe un inadecuado cierre de las válvulas velofaríngeas durante el habla. Aproximadamente el 15-20% que han tenido la reparación durante los primeros 12-15 meses de vida tienen VPI. Algunas veces una fístula oronasal puede ser significativa; el aire nasal entra a las cavidades nasales hacia la fístula en el paladar duro o blando. Cuando se sospecha VPI dos investigaciones son tomadas múltiples exposiciones en videofluoroscopia (movimiento de rayos X durante el habla) y un nasofaringoscopia.

La última involucra exploración fibrooptica de la estructura y la función del paladar blando y las paredes laterales posteriores de la faringe durante el habla. El tratamiento es usualmente quirúrgico, a menudo descrita como faringoplastia, la naturaleza exacta de la cual es definida por la naturaleza del defecto que es observado a través de estas técnicas. Las opciones de tratamiento incluyen paladares con aparatos entrenadores o bulbos de lenguaje, o biofeedback tratamiento del habla particularmente aplicable cuando es encontrado un inconstante patrón de cierre.

Un problema significativo para los pacientes con paladar hendido se le dificulta la articulación de consonantes. Errores en las consonantes son relacionados al paladar hendido, esto es "tipos de hendiduras erróneas", son necesarios de distinguir para aquellos relacionados con otros factores etiológicos, tales como problemas en la audición, o factores de desarrollo.

El mayor aporte de estas terapias del lenguaje y el habla es durante el periodo del desarrollo del habla normal, en particular en los primeros siete años de edad del niño. Las evaluaciones de las terapias de habla y lenguaje, proveen un diferente diagnóstico, aconsejando a otros miembros del equipo o padres de brindar cuidados y probar tratamientos. Cuando el tratamiento regular es requerido por el niño este se emprende comúnmente en un centro de salud local en colaboración cercana con el equipo.

El monitoreo de la terapia del habla continua durante la maduración paralelamente a tratamientos ortodónticos y quirúrgicos. La intervención del equipo de terapia del habla es a menudo determinada en colaboración con otros miembros del equipo(9).

b). Audición.

Los pacientes con paladar hendido tienen un gran riesgo de derrames medias de oído. Esto es a causa las uniones del músculo elevador palatino alrededor de la entrada del conducto del tubo de Eustaquio es anormal conduciendo a una pobre audición y drenando al oído medio. El arreglo de los defectos palatinos es por tanto poco probable que resulte en una mejoría de la función(9).

c). Tratamiento dental general.

Los niños con labio y paladar hendido tienen el riesgo de desordenes en la oclusión dental. Si la hendidura comprende el proceso alveolar, existe la posibilidad de ausencias congénitas, malformaciones, o dientes supernumerarios. La intervención de la ortopedia no es requerida en los años preescolares.

Como un miembro del equipo de tratamiento de las hendiduras el Odontopediatría tiene la mayor responsabilidad de prevenir enfermedades dentales y para monitorear la erupción de los dientes. Los otros miembros del equipo deben ser informados acerca del crecimiento y el desarrollo de la dentición esto para facilitar tratamientos futuros.

Implicaciones periodontales en pacientes con labio y paladar hendido, las intervenciones quirúrgicas, ortodónticas y prostodónticas, juegan un papel principal en la rehabilitación de pacientes con labio y paladar hendido. La hendidura deformante y las cicatrices pueden hacer difícil controlar la placa. La terapia ortodóntica y el uso de prótesis para prevenir el colapso de la arcada dental comúnmente resultan en una hiperplasia gingival inflamatoria.

También se han sugerido programas profilácticos intensivos para los pacientes con labio y paladar hendido, han sido implementadas lo más pronto posible y un acercamiento coordinado del equipo para el tratamiento de todos los aspectos de cuidados que pueden incluir supervisión cercana de medidas de higiene oral y un mantenimiento profesional regular mediante un sistema regular de recordatorios para la vida entera del paciente⁽²¹⁾.

La atención regular por el dentista es recomendada y la importancia de una dieta balanceada con un mínimo de carbohidratos refinados y una higiene oral acentuada. Donde el abastecimiento de agua local no es fluorado el suplemento de fluoruro debería prescribirse⁽⁹⁾.

V. Periodo comprendido entre los 6 y 14 años.

Las áreas de mayor consideración en este periodo son:

- ñ Tratamientos ortodónticos.
- ñ Procedimientos quirúrgicos de implantes alveolares de hueso.
- ñ Resultados psicológicos.

a). Injertos de hueso alveolar.

La reparación quirúrgica del paladar a menudo incluye múltiples procedimientos primarios y secundarios. El cierre inicial de la hendidura incluye colgajos usando tejidos blandos es usualmente llevado a cavo en la infancia para promover la capacidad velofaríngea, eliminar formaciones de fistulas maxilares y minimizar el crecimiento retardado del maxilar. Los tratamientos contemporáneos de hendiduras palatinas también incluyen un secundario injerto de hueso realizado en la adolescencia para producir la integridad de la arcada maxilar, la cual es conducida para la erupción del canino en el sitio defectuoso. El injerto de la cresta deficiente es comúnmente realizado con hueso autógeno, típicamente tomado del ilion

Injertos de hueso autólogos en pacientes con labio y paladar hendido han sido practicados por muchas décadas. Intentos tempranos para llenar los defectos óseos usando costillas en el momento de la reparación del labio puede llamarse "implante de hueso primario".

El resultado generalmente pobre, y esta técnica es actualmente obsoleta. Otras fuentes comunes menores incluyen los dos sitios intraorales (sitio de extracción del tercer molar y la sínfisis mandibular) y la extraoral (costillas y hueso parietal)(22).

Un segundo injerto de hueso, o un injerto de hueso alveolar, ha sido practicado en Gran Bretaña; este fue primero descrito en América en 1972(17). Esta es una de las mayores de los últimos años. A la edad de 9 u 11 años el hueso esponjoso, usualmente toma forma la cresta iliaca, es colocada en el defecto alveolar. Un periodo de 5 a 9 meses de alineación ortodóntica y expansión preceden a la operación, la cual es un ejercicio combinado de cirugía/ortodoncia.

Después de tres meses el implante de hueso es indistinguible desde el hueso maxilar en la radiografía y los defectos óseos son rellenados completamente figura 1. El implante de hueso alveolar permite la creación de una arquitectura normal a través de la cual el diente puede erupcionar y subsecuentemente ser movido ortodónticamente figura 3ª. La cirugía tiene otros beneficios: fístulas residuales pueden ser reparadas simultáneamente y con más éxito. Algunas veces la apariencia de la nariz puede ser mejorada porque con el aumento de la infraestructura de la base de la nariz(5).

figura 1



b). Tratamiento ortodóntico.

Etapa de los 2 a los 5 años.

El tratamiento ortodóntico en esta etapa consiste en la reubicación de los segmentos del maxilar o la corrección de las mordidas cruzadas en una tentativa por permitir que la dentición se desarrolle en una relación normal. Las fisuras totales unilaterales y bilaterales del labio y paladar, muy frecuentemente, requieren tratamiento ortodóntico en la dentición temporal. Los niños con estos defectos muestran asimetrías faciales laterales así como convexidad exagerada en el perfil. La reubicación ortodóntica del premaxilar mediante retracción de los dientes se logra mejor con aparatos extrabucales. Ha de destacarse que el tratamiento ortodóntico temprano a menudo requiere el mantenimiento prolongado de los aparatos y puede crear problemas adversos de caries dental y dificultar la cooperación del paciente en el momento del tratamiento definitivo, como resultado de un programa prolongado de aparatos desde la temprana infancia.

e). Etapa de los 6 a 10 u 11 año.

En la etapa de dentición mixta, es común observar erupción ectópica, premaxilar protuyente, incisivos centrales permanentes rotados y sobremordida y resalte en el niño con labio y paladar hendido. La tercera parte del tratamiento ortodóntico consiste en el alineamiento de los segmentos y corrección de la oclusión traumática.

Los pacientes con hendidura labiopalatina completa bilateral y unilateral grave con frecuencia muestran una mordida cruzada de los segmentos anteriores y posteriores superiores. Este problema puede ser corregido en la dentición mixta mediante expansión palatina y con un aparato para separar los dientes anteriores superiores.

También presenta un problema serio la fijación de los segmentos y dientes corregidos y debe ser considerada en el tratamiento a largo plazo. Hay que evitar la fatiga del paciente y se debe presentar buena atención a la terapéutica extensiva. El análisis del crecimiento debe ser previsto con todo cuidado para evitar la necesidad de volver a tratar en la dentición permanente un problema que fue apuradamente tratado en la dentición mixta. Si no hubiera evidencia de oclusión traumática, es mejor posponer muchos casos hasta la fase de la dentición permanente en el tratamiento ortodóncico o diferirlo hasta que se pueda determinar el patrón de crecimiento.

f). Etapa de 10 años.

El tratamiento ortodóncico para el adolescente de hendidura labiopalatina (dentición permanente) exige las mismas consideraciones que en los otros niños, con la excepción del alineamiento y espaciamiento en la zona de la hendidura. Cada niño debe de contar con una cuidadosa evaluación ortodóncica antes del tratamiento. El protesista debe siempre ser tomado en cuenta al pensar en la atención restauradora y fijación definitivas⁽⁴⁾.

g). Aspectos psicológicos.

Las dificultades emocionales pueden presentarse en la edad media de la niñez; la autoestima baja y las relaciones sociales deterioradas conducen a la depresión en la adolescencia pueden mejorar con la cirugía. Elevando la aceptación y las relaciones positivas entre padres-hijo son los mejores profilácticos aunque no siempre disponible. La repulsión escolar, a menudo es menor, o marca sobredependencia con la protección de los adultos, debe conducir a una revisión de la función social y una discusión acerca de la guía de estos niños. El abuso es común sobre los niños con incapacidad; los niños con labio y paladar hendido están en riesgo particular antes del cierre del defecto, aunque esto no ha sido cuantificado en una población no sindrómica de la hendidura ⁽⁵⁾.

VI. Adolescencia.

La evaluación del desarrollo facial en hendiduras completas de labio, proceso alveolar y paladar, inevitablemente se toma en cuenta la eficacia del injerto, para que este no afecte adversamente el crecimiento. Todas las variables ciertamente no son consideradas para su control, se van a reconocer y a enumerar las principales, casi siempre, son superiores. El tipo de cirugía, la localización de la cirugía, la sobrevivencia del injerto, el nacimiento de hueso, el cirujano, el momento de la cirugía y la secuencia del procedimiento, son todos factores que pueden ser identificados antes⁽⁴⁾.

El momento de los procedimientos ortodónticos han sido asociados con el comienzo de la dentición permanente en una situación conveniente. Este tiempo cronológico generalmente se correlaciona con el crecimiento acelerado en la pubertad, que ofrece una ayuda adicional en el logro de un buen alineamiento anteroposterior del maxilar y la mandíbula.

El tratamiento ortodóntico en el comienzo de la totalidad de la dentición permanente del niño con hendidura unilateral o bilateral del labio, proceso alveolar o paladar es dirigido hacia la misma meta como la ortodoncia en general: el funcionamiento más fino posible, estético y estable.

Tratamiento ortodóntico en el inicio de la dentición permanente completa.

La categoría de la oclusión en la dentición permanente es la primera consideración de los ortodoncistas clínicos, y el desarrollo de la secuencia del procedimiento es permitido para realizar un temprano, favorable alineamiento de los segmentos maxilares, pero además para mantener esta orientación hacia el desarrollo de la dentición.

Problemas ortodónticos únicamente en pacientes con labio y paladar hendido

1. Falta de base de hueso sobre la cual se dirige el movimiento de los dientes.
2. Anquilosis de los dientes individual en el área de la hendidura.
3. Dientes supernumerarios, ausencia congénita y geminación de los dientes.
4. Dientes situados ectopicamente, tales como caninos maxilares impactados y dientes adyacentes al sitio de la hendidura.
5. La premaxila libremente móvil.

El consenso general entre los ortodoncistas es que la hendidura completa del labio, reborde alveolar y paladar ya sea unilateral o bilateral, usualmente se presenta con problemas de crecimiento en todos los planos del espacio, sobre y abajo e independiente de aquellos problemas generales asociados a los casos usuales de ortodoncia⁹.

Crecimiento facial comprometido y la necesidad de un mayor avance del maxilar.

Un número significativo de pacientes con labio y paladar hendido experimentan crecimientos deformantes de media cara. La retrusión de media cara no llega a ser evidente hasta la pubertad, en este tiempo la desarmonía facial puede ser evidente. Estudios en adultos jóvenes de países subdesarrollados a los cuales no se les ha practicado ningún tipo de cirugía del paladar en la infancia esto producen algún crecimiento anormal. Desafortunadamente, la reparación del paladar es esencial para el desarrollo del habla normal.

Ningún periodo de la intervención quirúrgica que disminuya las alteraciones del crecimiento facial va a permitir el desarrollo normal del habla⁽²³⁾.

La ortodoncia debe llevarse a cabo en conjunto en este momento, específicamente con el cirujano, el prostodoncista, el terapeuta del habla y el odontopediatra.

El criterio principal para el comienzo de la ortodoncia no es tanto la edad cronológica, como la presencia de un buen número de dientes permanentes o la ausencia de todos los dientes deciduos. Generalmente el tratamiento ortodóntico activo en este momento toma en cualquier parte de 2 a 3 años.

Los cirujanos que deciden hacer la cirugía secundaria del labio usualmente es grata la colocación de la dentición anterior en oclusión funcional y estética antes de la cirugía.

Los procedimientos quirúrgicos secundarios ya sean intraorales (faringoplastia o cierre de fístulas residuales) o extraorales (alineamiento del bermellón del labio) deben ser consideradas en perspectivas propias. Uno no considera el cierre de fístulas antes del tratamiento ortodóntico comprendiendo la expansión puede crear presión negativa en la fístula recién cerrada, causando nuevamente la abertura.

La prostodoncia es indispensable en diagnosticar el tratamiento para los niños con hendidura palatina en este momento. Si el ortodoncista alinea los dientes de manera adecuada, esto hace que el tratamiento del prostodoncista sea mejor y más fácil.

Cirugía ortognática.

La cirugía en pacientes con labio y paladar hendido varía considerablemente sobre el desempeño de los pacientes sin hendidura. Este es parte de un plan de tratamiento a largo plazo que incluyen otros problemas secundarios, tales como la necesidad de la revisión de la hendidura del labio y la nariz, la presencia o ausencia de fístulas palatinas si o no se ha hecho la estabilización de la arcada con injertos óseos y la presencia de colgajos faríngeos. Adicionalmente, los niños con hendidura tienen una deficiencia de crecimiento inherente que es comparada con la existencia de tejido cicatrizal y una vascularidad disminuida en tejidos con procedimientos operatorios anteriores. Todos estos factores pueden influir en el tipo de procedimiento, ortognático que se escoja, por su resultado definitivo y la incidencia de las complicaciones postoperativas. Casi siempre algunos niños han tenido una primera y segunda fase ortodóntica, en otros la dentición puede no ser ideal debido a la falta o malformación de los dientes o la pobre oclusión. En general, los principios básicos de la cirugía ortognática son utilizados: de cualquier modo, en las condiciones de hendiduras la planeación es mucho más detallada por los cirujanos y los ortodoncistas en conjunto.

La esencia de la cirugía ortognática es analizar correctamente la deformidad y determinar su influencia en el balance facial y la oclusión. Estos deben ser considerados cuando se planea el régimen del tratamiento y debe escogerse entre el movimiento de los dientes o la combinación de la ortodoncia y la cirugía.

El problema más común que requiere cirugía ortognática en los niños con hendiduras es la retrusión de media cara. La etiología es multifactorial. Existen desde luego, las inherentes deficiencias en el crecimiento en el tercio medio de la cara debido a las condiciones de la hendidura.

Después de haber definido la deformidad, el plan de tratamiento debe ser iniciado. En general, la retrusión de media cara puede ser manejado adecuadamente con un avance del maxilar.

Prótesis.

Los protesistas trabajan con el equipo, especialmente con los cirujanos y los ortodoncistas, para planear la rehabilitación final del paciente. De esta manera el protesista debe ser consciente de la limitación de ambos, cirujano y ortodoncista en el tratamiento final.

Después de la cirugía ortognática existen muchos problemas dentales los cuales necesitan tratamiento protésico para los pacientes con hendidura palatina. El tratamiento protésico usual es el remplazo de dientes o diente en la línea de la hendidura. Si el segmento anterior en una hendidura completa bilateral no ha sido quirúrgicamente estabilizada, el arreglo protésico debe ser considerado. Casi siempre, si el paciente ha recibido cuidados anteriores, la tarea protésica puede ser formidable. Las hendiduras no reparadas son usualmente restauradas usando una combinación de aparatos fijos y removibles para dirigir el problema horizontal y vertical del maxilar y la mandíbula.

Indicaciones para el tratamiento protésico⁽²⁴⁾

1. Cirugía para la redivisión del paladar
2. Colgajos faríngeos no funcionales
3. Largas y múltiples perforaciones o fístulas
4. Insuficiencia palatofaríngea, reparación postquirúrgica del paladar.

Contraindicaciones para el tratamiento protésico^(25, 26)

1. Cualquier defecto que haya sido reparado exitosamente por la cirugía
2. Dientes o hueso que no puedan soportar la prótesis
3. Pacientes con deficiencia mental que no puedan soportar la prótesis.
4. Cualquier paciente que no coopere en la fabricación o uso de los aparatos protésicos.

Conclusiones.

El tratamiento dental de rutina del paciente con hendidura no es realmente diferente del realizado en otros pacientes de edades comparables. Las necesidades preventivas y restauradoras del paciente pueden ser encaradas por el odontólogo que entiende los problemas del desarrollo de los defectos fisurales y tiene consciencia de los objetivos a largo plazo del tratamiento de estos. Si hay una diferencia en la atención odontológica del paciente fisurado, está relacionada con la mayor urgencia de un programa preventivo integral.

Los procedimientos de restauración suelen ser los habituales, excepto por el manejo de los defectos hipoplásicos y morfológicos. Lamentablemente la salud dental de muchos niños con paladar hendido ha sido descuidada. Estos niños no llegan al consultorio odontológico tan temprano como otras niños, y en el momento de su primer examen hay evidencia de descuido y, a menudo, de daño irreparable para los dientes. Los padres pueden haberse preocupado por las intervenciones quirúrgicas previas del niño y pueden así haber pasado por alto la labor odontológica rutinaria. A veces, el odontólogo vaciló en realizar siquiera el trabajo corriente por temor a interferir en los procedimientos quirúrgicos. Un premaxilar malformado y móvil puede significar una gran preocupación para el odontólogo que no ha tenido experiencia en el tratamiento del niño con labio y paladar hendido. La falta de comprensión del problema y el posible tratamiento a largo plazo ha disuadido a algunos odontólogos en cuanto a participar en la rehabilitación dental. Sería imposible insistir demasiado en la importancia de un examen bucal temprano y de un minucioso programa restaurador y preventivo minucioso como parte de la rehabilitación total del paciente fisurado.

REFERENCIAS

Referencias.

1. Dr. Shafer G. William. Tratado de patología bucal, Editorial Interamericana, Segunda edición, México, D.F. 1986. Págs. 13 – 16.
2. Villavicencio José A. Ortopedia Dentofacial "una visión multidisciplinaria. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A. Tomo 2 Primera edición 1997. Págs. 749 – 752.
3. <http://widesmiles.org/index.html>.
4. Kernahan Desmonda A. M.D. Cleft lip and palate a system of management. Williams & Wilkins, 1990, Baltimore, Maryland, USA. Págs.3-320.
5. McDonald Ralph E. Odontología para el niño y el adolescente. Editorial Mundi. Buenos Aires, Argentina 1971. Págs. 411-419.
6. <http://www.cleft.net/>
7. [http://www.healthgate.com./](http://www.healthgate.com/)
8. <http://gateway.ovid.com/>
9. Habel, Alex: Management of cleft lip and palate. Archives of Disease in Childhood. Volume 74(4). April 1996. 360-366.
10. <http://www.naidunia.com/clap/index.htm>.
11. <http://www.cleft.org/overview.htm>.
12. <http://www.mayo.edu/staff/plastic/cleft-page.html>.
13. <http://www.widesmiles.org/outreach/ws359.html>.
14. Waterland, Robert A. Calibrated-orifice nipples for measurement of infant nutritive sucking. The Journal of Pediatrics. Volumen 132(3). March 1998. pp. 523-526.
15. <http://www.cleft.net/mio/feeding/bottleshtml>.
16. Jolly Hugh. Cuidados infantiles Guía para padres. Salvat Editores. Barcelona, España. 1981. Págs.412-413.

17. Desai Sanu N. Cleft lip repair in newborn babies. *Journal of Royal College of Surgeons of England*. 1990. Vol. 72, pp. 101-103.
18. Lees V.C. Early postoperative complications in primary cleft lip and palate surgery how soon may we discharge patients from hospital?. *British Journal of Plastic Surgery*. 1992. 45. pp. 232-234.
19. Millard D. Ralph. Improved primary surgical and dental treatment of clefts. *Plastic and reconstructive surgery*. Vol. 86 No. 5. November. 1990. pp. 856-881.
20. Sell Debbie. A screening assessment of cleft palate speech (Great Ormond Street Speech Assessment). *European Journal of Disorders of Communication*. 1994. 29. pp. 1-15.
21. Eong Fanny W.L. The oral health of children with clefts — A review. *Cleft Palate – Craniofacial Journal*, may 1998, Vol. 15. No. 3. pp. 248-254.
22. Machtie. Eli. E. Guided bone regeneration for the treatment of cleft palate defects: a report of two cases. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*. 1999. Vol. 57, pp. 604-608.
23. Boyne Philip J. Combined orthodontic – surgical management of residual palato – alveolar cleft defects. *Am. J. Orthod*. July 1976, Vol. 70, No. 1, pp. 20 – 37.
24. McKinsty RE, Armany MA. Prosthodontic consideration in the management of surgically compromised cleft palate patients. *J. Prosthet Dent* 1985;53:827.
25. Birnbach S. Prosthetic management of the congenital cleft palate patients. *J. Prosthet Dent*. 1986; 35:654.
26. Ettinger RL. Use of teeth with a poor prognosis in cleft palate prosthodontics. *J Am Dental Assoc*. 1977; 94: 910.