

318322
14



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

209321

TRATAMIENTO INTEGRAL A PACIENTES CON LABIO Y/O
PALADAR HENDIDO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA

MA. DEL CARMEN MORÁN RUMOROSO

DIRECTOR DE TESIS: C.D. JOSE LUIS CORTÉS BASURTO

MÉXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

GRACIAS.

A MIS PADRES, POR APOYARME SIEMPRE,

A MIS HERMANOS QUE HAN ESTADO CONMIGO EN

TODO MOMENTO,

A TOÑO, PORQUE HA LLENADO MI VIDA DE FELICIDAD,

AL DR. JORGE DURAN POR BRINDARME SU AYUDA Y SUS

CONOCIMIENTOS.

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
I. EMBRIOGENESIS DEL LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.....	2
II. EPIDEMIOLOGIA Y CLASIFICACION DE ANOMALIAS.....	5
III. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PADRES AL CONOCER EL PADECIMIENTO DE SUS HIJOS.....	12
IV. MANEJO INICIAL DE RECIEN NACIDOS.....	19
V. EVALUACION CLINICA Y MENTAL DE LOS PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA.....	22
VI. CIRUGIA DEL PACIENTE CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.....	27
VII. MANEJO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE.....	35
VIII. CANALIZACION A LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	37
VIII.1. TERAPIA DE LENGUAJE Y FONIATRIA.....	37
VIII.2. TERAPIA PSICOLOGICA.....	39
IX. IMPORTANCIA DEL APOYO DEL TRABAJADOR SOCIAL A LA CLINICA.....	41

X.	MANEJO DE LAS ANOMALIAS OSEAS.....	43
	X.1. ORTODONCIA.....	43
	X.2. ORTOPEDIA.....	44
	X.3. PROTESIS.....	46
XI.	IMPORTANCIA DE LA NECESIDAD DE INTEGRACION DE UNA CLINICA ESPECIALIZADA DE ATENCION.....	48
	CONCLUSIONES.....	50
	BIBLIOGRAFIA.....	51

INTRODUCCIÓN.

El objetivo principal de esta investigación es brindar una información completa de todos los tratamientos de rehabilitación como son: quirúrgicos, protésicos, foniatricos y psicológicos. Además de las especialidades necesarias para el restablecimiento de las funciones orgánicas de la cavidad oral de los niños que nacen con esta malformación.

Podemos encontrar diversos artículos a cerca de este padecimiento, pero en forma aislada, es decir, por especialidades, en las cuales, cada una de ellas nos muestra un tratamiento específico. Por medio de esta tesis se quiere brindar un resumen didáctico y un concepto global multidisciplinario para el manejo de los pacientes con fisura labial y/o palatina.

Para obtener un control y prevención de las complicaciones pediátricas, óticas, dentales, maxilares, nasales, foniatricas, cosméticas y psicológicas, es de vital importancia la comunicación entre los diferentes especialistas durante el tratamiento de estos pacientes, con el fin de transmitir estos conocimientos de manejo a los padres y familiares para lograr una mayor colaboración y disminuir la tensión que ocasiona tener un hijo con este problema.

Por consiguiente, es importante la promoción, desarrollo y formación de clínicas de atención que cuenten con todos los servicios requeridos para los niños que padecen esta anomalía.

Este proyecto tiene como propósito fundamental, dar a conocer los medios y necesidades que se requieren para tener una clínica integral para mejorar la atención de los pacientes.

CAPITULO I

EMBRIOGÉNESIS DEL LABIO Y PALADAR HENDIDOS.

Para lograr el mejor entendimiento a cerca de esta malformación, es necesario conocer primero la embriología normal de la cara. El centro topográfico del desarrollo facial es el estomodeo o boca primitiva, alrededor del cual se forman prominencias y surcos que al crecer y diferenciarse dan lugar a las diversas estructuras que forman la cara.

Al inicio de la cuarta semana se hace evidente una prominencia central única que limita rostralmente a la cavidad oral, denominada "proceso frontal". Creciendo hacia la línea media desde los ángulos cefalolaterales de la cavidad oral se forman los procesos maxilares y caudalmente a estos, se encuentran dos procesos que tienden a reunirse en la línea media para formar el arco mandibular. Poco después aparecen dos engrosamientos locales del ectodermo en las zonas laterales del proceso frontal, denominadas placodas olfatorias de las que se originan las fosas nasales y el epitelio olfatorio.

El paladar se desarrolla a partir de dos primordios: el paladar primario y el paladar secundario. Aunque la palatogénesis se inicia hacia el final de la quinta semana, el desarrollo se completa hasta aproximadamente la duodécima semana. Su periodo critico de desarrollo está entre el final de la sexta y el inicio de la novena semana.

El paladar primario o proceso palatino mediano, se desarrolla al final de la quinta semana a partir de la porción profunda (interna) del segmento intermaxilar. Este segmento constituido por la fusión de las prominencias nasales mediales forman un cumulo de mesenquima en forma de cuña entre las superficies internas de las prominencias maxilares en desarrollo.

El paladar primario se convierte en la porción premaxilar del maxilar, que aloja a los incisivos. El paladar primario origina sólo una pequeña porción del paladar duro en el adulto (la porción anterior del agujero incisal).

El paladar secundario es el primordio de las porciones dura y blanda del paladar que se prolonga en dirección posterior a partir de la región del agujero incisal.

Se desarrolla a partir de dos proyecciones mesenquimatosas horizontales que se prolonga desde las caras internas de las prominencias maxilares. Estos procesos palatinos laterales se proyectan hacia abajo a cada lado de la lengua. A medida que se desarrollan los maxilares y el cuello, la lengua disminuye de tamaño y se desplaza hacia abajo.

En la sexta semana ocurren procesos muy marcados en el desarrollo; los procesos maxilares se hacen más prominentes y crecen hacia la línea media acercándose a los procesos nasales, los que han crecido hasta el punto que la porción inferior del proceso frontal situada entre ellos, desaparece por completo, quedando en contacto ambos procesos nasomediales. Los procesos nasolaterales se mueven hasta ponerse en contacto con los procesos maxilares de ambos lados.

Conforme avanza la palatogénesis, los procesos palatinos laterales se alargan y desplazan a una posición horizontal por arriba de la lengua durante la séptima semana. Los procesos se aproximan y fusionan entre sí en la línea media. También se fusionan con el paladar primario y el tabique nasal.

El tabique nasal se desarrolla como un crecimiento hacia abajo a partir de las prominencias nasales mediales. La fusión entre el tabique nasal y los procesos palatinos se inicia en dirección ventral o anterior durante la novena semana y se completa en dirección dorsal o posterior en la región de la úvula hacia la duodécima semana.

La fusión de los procesos palatinos comienza en su porción anterior y se dirige hacia atrás, finalizando al término de la semana dieciséis de la gestación. Dicha fusión puede verse interrumpida en cualquier momento, lo que explica los diferentes tipos de paladar hendido.

Una vez comprendida la embriología normal y los procesos de formación de la cara, a continuación, se explicaran las teorías existentes a cerca de las malformaciones como son el labio y paladar hendidos.

Se han postulado dos teorías: la primera, considerada como clásica, es aquella que propone la existencia de una falla en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara, sugiriendo como mecanismos patogénicos, un retardo o restricción de sus movimientos, evitando así que estos procesos se pongan en contacto, o un desequilibrio entre la producción y la muerte celular. Waarbick, sugirió que las células epiteliales deben desaparecer y que si esto no ocurre, aunque los extremos de los dos procesos se unan, el mesodermo subyacente no pueda fusionarse, ocasionando una hendidura; interrupciones parciales darán lugar a fisuras incompletas. Este mecanismo ha sido aceptado como causante del paladar hendido.

La segunda teoría o de la penetración mesodérmica fue propuesta inicialmente por Waarbick, Stark y Ehrmann, quienes sugieren que no existen extremos libres en los procesos faciales, sino que el centro de la cara esta formado por una capa bilamelar de ectodermo-endodermo por el interior de la cual migra el mesodermo (coadunación) y que si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe dando lugar a una hendidura. Johnson, reconoció como organizadores secundarios a las células de la cresta neural, que forman una capa suplementaria al mesodermo subyacente de los procesos faciales y de los arcos branquiales. Así las estructuras craneofaciales pueden considerarse como derivadas de células neuroectodérmicas; si la migración de estas células no se lleva a cabo, la penetración mesodérmica ocurre si se ocasiona una hendidura cuya extensión será directamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. Los mecanismos patogénicos implicados en estos casos son una alteración en el índice mitótico con muerte celular prematura, ocasionando una falla en la penetración mesodérmica y creando áreas débiles; o bien, son resultante de un retardo o detección de la replicación de las células de la cresta neural. Así, cualquier factor que altera la proliferación, migración o diferenciación, tanto del mesenquima como de las células neuroectodérmicas de la cresta neural, podrá causar una hendidura facial.

CAPITULO II

EPIDEMIOLOGIA Y CLASIFICACION DE ANOMALIAS.

Malformaciones congénitas.

El término malformaciones congénitas, suele aplicarse a defectos estructurales importantes que existen al nacer y que no dependen de una lesión obstétrica.

La importancia máxima de las malformaciones congénitas ha aumentado a medida que ha ejercido un control más eficaz sobre los agentes ambientales de enfermedad.

En 1900, en Estados Unidos, aproximadamente el 3.3% de la mortalidad total, pudo atribuirse a malformaciones congénitas. En 1964 correspondió al 25% de toda la mortalidad infantil.

Durante los primeros 15 años de vida, a las malformaciones congénitas les corresponde el 15% aproximadamente de la mortalidad anual. El 7% de los niños tiene a la edad de 1 año una malformación congénita de consecuencias para el individuo, sin embargo, sólo el 43% de tales malformaciones pueden descubrirse al nacer.

En la mayor parte de malformaciones no puede identificarse el factor causal mayor, cabe presumir que su existencia dependa de interacciones complicadas de influencias genéticas y ambientales, o de combinaciones genéticas particulares.

Los parientes de primer grado de un individuo con una malformación congénita tienen mayor peligro que la población general, ya que tendrán una curva de distribución aproximada a mitad de camino entre la población general y la población de afectados.

En el paladar hendido y labio leporino, en comparación con la población general, los parientes de primer grado (hermanos e hijos) de un individuo afectado tendrán 40 veces más probabilidades de presentar la malformación.

De las malformaciones congénitas que afectan la cara del ser humano, la fisura labial y/o palatina es la más común, ya que se presenta en cualquier nivel socioeconómico, educacional, en todas las razas y causa una gran repercusión psicológica al individuo.

Se han realizado muchos estudios en diversos países relacionados con la frecuencia de labio y paladar hendidos, y existe gran discrepancia de cálculos de esta anomalía en el mundo, tal vez debido al método de registro. En nuestro país no disponemos de fuentes que nos apoyen para presentar cifras veraces y por este motivo, tenemos que basarnos en estadísticas referidas por autores de otras naciones.

Existe diferencia racial en la presentación de la fisura labial y/o palatina como lo hacen notar los diferentes reportes en la literatura médica mundial, pero en términos generales, se observa 1 por cada 500 a 800 nacidos vivos en la raza caucásica, que es la población que más se ha estudiado. Esta malformación es menos frecuente en el negro con una frecuencia de 0.24 en 1000 nacimientos en los Estados Unidos de América. Se dispone de pocos estudios realizados en Africa donde se reporta frecuencia baja. La frecuencia en los orientales es mayor. Neel, en 1958, observó una incidencia de 2.13 en 1000 nacimientos en el pueblo japonés.

Generalizando, labio y paladar hendidos, se presentan 1 en 1289 nacimientos; fisura labial sola ocurre 1 en 1000 nacimientos, de los cuales 60 a 80% de los lactantes afectados son del sexo masculino; y paladar hendido solo 1 en 2500 y es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.

El paladar hendido submucoso es una forma incompleta de fisura palatina cuya frecuencia es del 5 al 10 % de todas las fisuras palatinas. Cuando es mínima puede pasar desapercibida sobre todo cuando el lenguaje es "normal" y la anormalidad se encuentra compensada por un mecanismo constrictor faríngeo.

La fisura labial puede ser unilateral o bilateral (25%), cuando es bilateral, se observa más comúnmente en el lado izquierdo (70%).

Sólo el 5% de unilateral derecha. Aproximadamente el 85% de las fisuras bilaterales y el 70% de las fisuras labiales unilaterales están asociadas con fisuras palatinas.

La fisura labial asociada con fisura palatina es más común en el hombre, mientras que la fisura palatina aislada, lo es en la mujer. En general, cuanto mayor es el defecto, tanto mayor es en la proporción de varones. La fisura labiopalatina es menos frecuente en la raza oriental.

La fisura palatina aislada es una entidad completamente diferente a la fisura labial asociada con fisura palatina. Se ha demostrado que los hermanos nacidos de padres con fisura labial o palatina (o sin ella), presentan una mayor frecuencia de la misma anomalía, pero no de fisura palatina aislada o viceversa. La incidencia de fisura palatina aislada es de 1 en 2500 en la raza caucásica y en mayor número de mujeres que de hombres. En el 60% de los niños con fisura palatina, se asocian a otra malformación congénita. La fisura palatina completa es más frecuente que la fisura de paladar blando.

Un amplio estudio realizado por Grace en Pennsylvania, reveló que la proporción más elevada de estas deformaciones ocurría en niños nacidos de mujeres que contaban entre 21 y 25 años de edad. Esto está en contradicción con otros tipos de anomalías que aparecen con mayor frecuencia en hijos de mujeres en edades tardías para la concepción.

Clasificación.

No existe una clasificación universalmente aceptable. Hay una gran necesidad por obtener una clasificación sencilla y de uso común para los diferentes especialistas que intervienen en la atención de estos casos.

Es necesario que se utilicen términos y datos de interés común para la mejor comunicación ya que este es un procedimiento que requiere de atención interdisciplinaria y es importante que la comunicación entre ellos sea lo más claramente posible.

Se ha propuesto cierto número de clasificaciones hechas por la Asociación Americana de Paladar Hendido y Kernahan_and Stark, basadas en patrones morfológicos y embriológicos como las dos mejores.

La clasificación hecha por Kernahan y Stark es la más aceptada y empleada por los investigadores dedicados al problema, es por ello que a continuación enumeramos los principios básicos de esta clasificación.

- 1.-Hendidura unilateral incompleta del paladar primario.
- 2.-Hendidura unilateral completa del paladar primario.
- 3.-Hendidura bilateral incompleta del paladar primario.
- 4.-Hendidura bilateral completa del paladar primario.
- 5.-Hendidura unilateral incompleta del paladar secundario.
- 6.-Hendidura unilateral completa del paladar secundario.
- 7.-Hendidura bilateral incompleta del paladar secundario.
8. -Hendidura bilateral completa del paladar secundario.
- 9.-Hendidura unilateral incompleta del paladar primario y secundario.
- 10-Hendidura unilateral completa del paladar primario y secundario.
- 11 -Hendidura bilateral incompleta del paladar primario y secundario.
- 12-Hendidura bilateral completa del paladar primario y secundario.

En cuanto al labio leporino, encontramos la siguiente clasificación:

- 1.-Labio unilateral incompleto.
- 3.-Labio bilateral incompleto.
- 4.-Labio bilateral completo.

Con base en los estudios anatómicos de la fisura labial y/o palatina realizados en cadáveres de niños con estas malformaciones congénitas, se han podido conocer las anomalías de las estructuras musculares, vasculares, nerviosas y óseas. En presencia de una fisura labial, las fibras musculares del músculo orbicular no se entrecruzan sobre la maxila, sino que siguen paralelamente el margen del labio fisurado y de esta forma su integridad queda dividida haciendo que el esfínter mutilado por la división sea incapaz para evitar la tracción de los músculos antagonistas que se insertan en la comisura bucal produciendo levantamiento y distorsión de los elementos del labio.

Las deformidades del área nasal son las siguientes:

- ❖ Desviación de la punta hacia la fisura.
- ❖ Desplazamiento del domo que incluye el cartilago, el ángulo obtuso entre la cruz medial y lateral.
- ❖ Torcimiento de la narina.
- ❖ Ausencia del surco alar y desplazamiento de la base alar.
- ❖ Deficiencia del apoyo maxilar.
- ❖ Piso nasal amplio.
- ❖ Desplazamiento medial de la cruz.
- ❖ Desplazamiento de la columnela.

Fará, en 1965 disecó y describió la anatomía del músculo orbicular de los labios, que más tarde fue comprobada por otros autores. Refiere que el músculo a nivel del filtrum en el lado fisurado es hipoplásico y no se extiende en toda la longitud del margen del labio como en el lado opuesto; sugiere la limitación de las fibras musculares para crecer a través de la línea media. En el labio hendido unilateral incompleto, las fibras musculares atraviesan hacia el filtrum solamente cuando el defecto es menor de un tercio de la altura del labio, pero son inútiles para la función.

En la fisura labial bilateral completa, los haces musculares de los segmentos laterales pasan en la misma forma que en la fisura labial unilateral completa, el prolabio se encuentra únicamente compuesto por tejido conectivo colágeno.

Cuando la fisura es incompleta, los haces musculares de los segmentos laterales pasan sobre la hendidura sin dificultad hacia el segmento medio del labio llenándolo completamente. Existe una diferencia importante entre la anatomía de las fisuras bilateral y unilateral, cuando son incompletas. En la última, los músculos como regla general no cruzan la fisura, a menos que el puente esté a un tercio de la altura del labio; además, en la fisura bilateral incompleta, los puentes usualmente contienen fibras musculares que penetran desde los segmentos laterales la parte media del labio; donde se abren como abanico.

El principal aporte vascular al labio, proviene de la arteria facial de las ramas colaterales de las arterias oftálmica e infraorbitaria.

En la fisura labial unilateral, los vasos siguen a lo largo del margen del labio hacia arriba y paralelos a las fibras musculares; no obstante que los vasos están interrumpidos a nivel de la fisura, hay suficiente aporte sanguíneo para el labio y la nariz para obtener una cicatrización normal cuando se realiza la corrección quirúrgica. En la fisura bilateral completa, la red vascular de los segmentos laterales pasan en la misma forma que en la fisura unilateral completa.

El aporte sensorial del labio y la nariz proviene del nervio infraorbitario que es rama del quinto par. El aporte nervioso motor es proporcionado a partir del facial (cigomático, bucal y la rama mandibular), que sigue el curso de las fibras musculares del orbicular y también se interrumpe a nivel de la fisura.

Son muchos los estudios que se han realizado para conocer la anatomía del área velofaríngea, tanto normal como en la fisura palatina. Estas estructuras participan en la producción del lenguaje, de tal forma que cuando existe alteración de su anatomía, se produce disfunción y lenguaje anormal.

En la anatomía normal, las estructuras musculares del área velofaríngea forman un anillo que se encuentra roto en la fisura palatina; las fibras musculares se dirigen de su inserción lateral hacia el paladar óseo en forma de abanico y forman un rafé al unirse con la porción media. En la fisura palatina, existen alteraciones en su inserción muscular y distribución, se sitúan y se dirigen siguiendo los márgenes de la fisura, eventualmente encuentran sitios para su inserción en el borde posterior del paladar óseo.

Las alteraciones musculares en el paladar hendido submucoso están condicionadas a la severidad de la anomalía; cuando es mínima (leve), se observa solamente moderada separación de las fibras musculares por debajo de la mucosa, pero cuando es severa, prácticamente existen las mismas características musculares que en la fisura palatina ya descrita. El aporte vascular y nervioso está dado a la premaxila y al paladar por ramas de la arteria y nervio esfenopalatino y por lo general, no existen grandes alteraciones.

Dependiendo del grado y tipo de la fisura palatina será el defecto óseo en el paladar hendido. Por lo general, el paladar óseo es corto y estrecho cuando la fisura es completa, habrá un canal nasopalatino.

Mediante evaluaciones cefalométricas se han revelado los siguientes hallazgos óseos:

- ❖ Acortamiento de la premaxila.
- ❖ Menor dimensión vertical.
- ❖ Retrusión de la misma.

CAPITULO III.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PADRES AL CONOCER EL PADECIMIENTO DE SUS HIJOS.

Cuando en la familia existe un miembro con algún tipo de incapacidad, como es el labio y/o paladar hendido, sin duda alguna, el camino por recorrer será difícil para los padres y para ese hijo especial, pero ambos triunfarán si es tomada la orientación necesaria a cerca de la manera de tratar a su hijo.

De las malformaciones congénitas que afectan la cara del ser humano, la fisura labial y/o palatina es la más común, ya que se presentan en cualquier nivel socioeconómico, educacional, en todas las razas y con gran repercusión psicológica del individuo.

La deformidad estética atrae la atención de los padres, produciendo en ellos el primer impacto y generalmente, es lo que hace que acudan al médico. En el paciente con labio y/o paladar hendido, el médico plantea la conducción del manejo de un problema que habrá de prolongarse durante toda su época de crecimiento.

Durante la conducción de este tratamiento, el objetivo no es lograr el cierre de un par de agujeros; se trata de una rehabilitación integral, la cual se llegue a tener un niño con buen aspecto, que se haya desarrollado bien, cuya articulación dentaria sea completa y que hable sin defectos mayores, sólo así es posible lograr la reintegración completa a su medio social, sin estigmas psicológicos que le impidan llevar una vida normal.

Para lograr el mejor entendimiento de los aspectos psicológicos, a continuación se describirán algunos de los principales sentimientos y reacciones.

Muchos expertos hablan de etapas por las que atraviesan los padres cuando tienen un hijo impedido; en realidad, no hay etapas, sino una secuencia general de estados emocionales que se experimentan

típicamente; estos son el choque, la negación, la culpabilidad y la aceptación.

Es común que los padres experimenten sentimientos conflictivos cuando descubren que su hijo presenta un problema de desarrollo. Estos sentimientos cambian y evolucionan con el paso del tiempo y a medida que las situaciones varían.

Tener un hijo con esta malformación es un fuerte golpe que por lo general, implica una reacción que los expertos han designado con el término “**choque**”. Se trata de ese sentimiento de indiferencia en el que se escuchan las palabras, se sabe lo que quieren decir, pero en realidad no se siente nada.

Esta etapa inicial, el choque, puede ser muy breve o bien prolongarse, pero todos atraviesan por este periodo.

Otra de las reacciones típicas que experimentan algunos padres es la “**negación**” del problema, un mecanismo de defensa para protección del yo, creado por Sigmund Freud, en la corriente psicoanalítica. Son manifestaciones de escape que se experimentan cuando no quieren aceptar que su hijo tiene una malformación. Niegan que exista un problema, porque no pueden afrontar que su hijo no sea perfecto. Lo primero que piensan es: “no es mi hijo”, “no es cierto”, “el médico se equivocó”, etc.

Todas las personas son susceptibles de renunciar a sus conocimientos objetivos y de construir imágenes del mundo de acuerdo con sus deseos. El soñar despierto permite al individuo aliviar su tensión, satisfacer sus necesidades, prescindiendo de la acción y del esfuerzo que son necesarios para lograrlo en la vida real. En contraste con el pensamiento lógico y realista, el pensamiento fantástico hace que las metas aparezcan como alcanzables, la fantasía permite satisfacciones sin esfuerzo y por ello tiende a desvincular al sujeto del ambiente en el área de las necesidades satisfechas por la imaginación, sobre todo cuando es excesiva, ocupa gran parte de su vida mental.

Como otros de los dinamismos, éste es el protector hasta cierto punto; algunas fantasías ayudan a la resolución de conflictos y atenúan el dolor de la frustración, pero otras, particularmente en el niño, son generadoras de nuevos conflictos y angustia. De cualquier modo, la fantasía nunca puede aliviar completamente la tensión de necesidades insatisfechas y en el mejor de los casos, solo logrará atenuarlos o ayudar al individuo a posponer su satisfacción.

Aunque es natural sentirse así, no es conveniente que esta actitud se prolongue; cuanto más tiempo se niegue que existe un problema, el niño tardará más en recibir el cuidado adecuado.

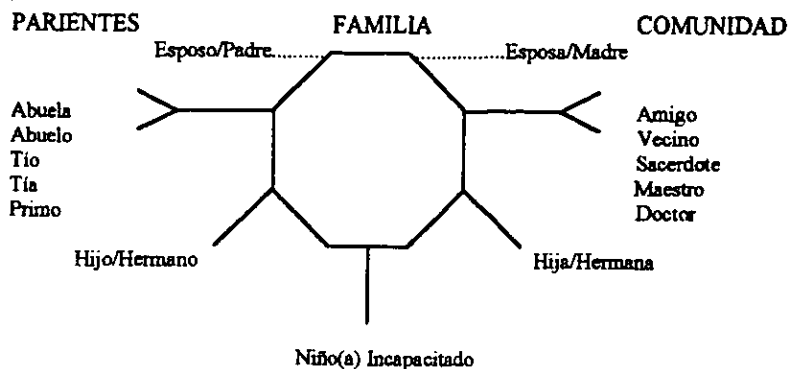
El “enojo” es otro sentimiento normal, hay muchas razones para estar enojado. Estos sentimientos de ira tienen como finalidad generar energía para actuar. Sin embargo, los padres no deben permitir que ese sentimiento invada su vida. Pueden ponerle fin a su enojo y encauzarlo constructivamente; puede utilizar esa energía para hacer algo útil, en beneficio de ellos mismos, del niño y de la familia en general.

La “aceptación” no significa que la situación les tenga que gustar tal como es; significa que acepten que su hijo tiene un impedimento y que tal vez nunca será capaz de hacer todas las cosas que un niño que se desarrolla normalmente puede hacer, estarán decididos a ayudar a su hijo a superar los problemas que se le presenten.

Relaciones:

Nadie está solo; para bien o para mal, participamos en una red de relaciones. Existe la relación esposo-esposa; la relación de estos con sus padres, sus hermanos y hermanas y sus hijos; entre estos últimos, también existe la relación hermano-hermana. Existen todo tipo de relaciones entre los cónyuges, sus hijos y todos sus parientes finalmente, hay relaciones entre amigos, profesionales y otras personas de la comunidad.

Cada relación es única, dinámica, está en continua evolución; un cambio en cualesquiera de las relaciones afectan y, como resultado, altera todas las demás relaciones; un cambio en una de ellas, ocasiona cambios en la red de relaciones.



Al principio, solamente estaban los esposos. Esta es la relación fundamental en un matrimonio. Una vez que la pareja tiene hijos, se adoptan nuevas funciones; la esposa se convierte en madre y el esposo asume el papel de padre. Así, la relación se torna más compleja.

Cuando nace un niño, la relación esposo-esposa requiere un gran esfuerzo, ya que ambos ejercen las funciones adicionales de padres. En consecuencia, reafirman su condición matrimonial; sin embargo, ésta puede peligrar si la pareja siente que el niño es un intruso en su forma de vida. Generalmente, la llegada de un niño a la unidad familiar sirve para profundizar la relación esposo-esposa y ampliar los sentimientos de compromiso.

Si el niño tiene una incapacidad, la pareja debe hacer un esfuerzo todavía mayor, no solo cambiará la relación, sino que ambos se cuestionarán a sí mismos, el uno al otro, así como a cerca del valor de la relación. Por desgracia, algunos matrimonios no son lo suficientemente fuertes para soportar este tipo de tensión.

A veces, uno de los padres no puede resistir la idea de tener un hijo especial; principalmente el hombre por miedo a perder su hombría por la cultura de machismo que se da en México, esto se agrega a la tensión que el otro experimenta. Si esto sucede, deben buscar consejo, hablar con alguien es una ayuda y una manera de aligerar sus sentimientos.

Algunos hombres piensan que no deben mostrar ninguna emoción, también esto es generado por la carga social; tal vez, se sienten incapaces de ayudar a su propio hijo y por ello se cuestionan su propio valor; sienten que buscar ayuda no es asunto de hombres. Tradicionalmente, los hombres funcionan bajo muchas reservas; tienen su propio punto de vista de lo que debe ser un hombre.

También las mujeres pueden sentirse renuentes a buscar ayuda, aunque en menor grado, ya que existe una unión más fuerte por haber sido quien lo llevó dentro durante nueve meses. Este es un sentimiento natural que todos experimentamos. Lo mejor es que ambos acepten el desafío de criar juntos al niño incapacitado. Sin embargo, algunas veces, uno de los miembros de la pareja no está listo para hacerlo, en este caso, no hay que esperar al cónyuge, hay que empezar por su cuenta, consiguiendo la ayuda que se necesita.

Es importante tratar de involucrar al cónyuge, tal vez, el o ella se rehúsen a asistir a las reuniones; sin embargo, el que sí lo hace, puede hablarle a acerca de lo que sucede en dichas juntas, compartir sus sentimientos y explicar lo que está haciendo para modificar la vida de su hijo, haciéndole saber que no lo culpa y que necesita su ayuda y apoyo.

Otras parejas se apoyan mutuamente. Sus matrimonios no sólo sobreviven a la tensión de tener un hijo con impedimento, sino que su relación se estrecha para ofrecerse apoyo mutuo.

Uno de los miembros de la pareja puede desempeñar una función dependiente, mientras que el otro por lo general desempeña el papel independiente. Si bien estas formas primarias de acción son habituales en una persona, las funciones no son permanentes; pueden cambiar temporal o, en algunos casos, permanentemente.

Relaciones padres-hijos:

La base es la crianza, la cual es indispensable para el niño y es proporcionada por la madre y el padre. Los padres sienten la necesidad de amar y proteger a los hijos. Quieren ayudarlos para que desarrollen lo más posible. El niño por su parte, necesita amor y cuidado. En los seres humanos, esta relación es muy intensa.

El padre y el niño especial:

En ocasiones, el lazo entre uno de los padres y el niño incapacitado se vuelve más sólido, lo cual hace que el sistema de relaciones familiares se desequilibre.

Si en una familia, la madre está tan involucrada con el niño con discapacidad casi no le dedica tiempo al padre-esposo (buena madre, pero mala esposa = padre desplazado; después de ser esposos, pasan a ser padres y se pierde la relación matrimonial y más con este problema perdiendo el vínculo afectivo que los une o minimizándolo), quien no tiene oportunidad de alimentar, bañar o incluso jugar con su hijo como lo hace su esposa debido a que tiene que permanecer casi todo el día en el trabajo. El esposo puede querer ser un buen padre, pero carece de destreza paternal y no sabe como actuar con su pequeño e indefenso bebé; no tiene la oportunidad de cuidar a su hijo o de actuar conjuntamente con su esposa, porque ella invierte todo su tiempo y energía en cuidarlo.

Obviamente, esta relación unilateral no es la ideal, pero acontece con frecuencia. Es probable que esta preocupación por el desarrollo de niño se convierta en una obsesión.

A veces, uno de los padres niega que exista un problema o afirma que el doctor y los educadores no saben de lo que están hablando. Aunque el padre sienta que la terapia no es necesaria y que es una pérdida de tiempo y de dinero, esperamos que no se oponga a que el niño reciba terapia adecuada. En estos casos, el padre necesita tiempo para darse cuenta de que el niño requiere ayuda. Es habitual que el otro padre lleve al niño a la terapia. Cuando antes comience, más aprenderá y será mejor.

“La imagen que los padres proyecten a sus hijos, sea positiva o negativa, es la de mayor impacto en su formación por ser ellos los primeros educadores de sus hijos, ya que son quienes tienen mayor tiempo de realización educativa”.

NOTA: Si alguien presenta este tipo de problema, al cual todos estamos expuestos, es recomendable aceptar la problemática y acudir con un especialista que ayude a madurar y a enfrentar la situación de forma positiva, para brindarles buenos cimientos al hijo afectado.

CAPITULO IV.

MANEJO INICIAL DE LOS RECIEN NACIDOS.

En conciencia de los enormes problemas que existen en los hogares en que nacen niños con labio y/o paladar hendido es de suma importancia recurrir a un grupo de personas especializadas que indiquen a los padres de familia del manejo de su hijo desde los primeros días de vida; ya que el objetivo de éste, no es tan solo la corrección quirúrgica, sino asegurar al paciente una vida normal o lo más cercana a lo normal, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico.

Desde el nacimiento, el médico pediatra, en primera instancia deberá señalar que el labio, nariz, encía y paladar están deformados, y que cada uno de ellos requerirá de atención especializada.

Los problemas empezarán con la alimentación, la cual parecerá muy difícil, la falta de ingesta y/o la pérdida excesiva de líquidos traen como consecuencia la deshidratación.

En el niño recién nacido, el defecto puede impedir un buen aporte, no tan sólo de líquidos, sino calórico. En tanto la vía oral se establece, se mantendrá al aporte de líquidos y electrolitos por vía parenteral.

De los métodos empleados para alimentar a los pequeños, el uso de prótesis, goteros y sonda son quizá los más usuales.

Deberá vigilarse un aporte adecuado (100-110 cal/kg./día).

La alimentación del recién nacido con labio y paladar hendido presenta ciertas particularidades que es preciso identificar y tratar en forma precoz. El primer alimento ofrecido al recién nacido, en general, puede ser rechazado y/o parcialmente aspirado. Esto es debido a una incoordinación fisiológica y deberá ser llevado a cabo en forma cuidadosa y probablemente la primera toma debería ser de agua.

Accidentes por aspiración de moco, contenido gástrico y/o fórmula, son una amenaza constante en el recién nacido enfermo. Es fácil entender que en el niño con labio y/o paladar hendido, esto constituye un riesgo permanente. La administración cuidadosa de la vía oral y el control de las constantes fisiológicas, frecuencia cardíaca y apnea, alterarán al clínico sobre la presencia de tales accidentes.

Los signos clínicos que acompañan a la aspiración son: ahogo, cianosis, esfuerzo respiratorio exagerado y taquipnea. La apnea prolongada puede ser el único signo presente, sobre todo en los recién nacidos prematuros o de bajo peso.

El manejo está encaminado a mantener las vías aéreas permeables mediante la succión suave de la orofaringe. La aspiración de traque se llevará a cabo bajo visión directa con laringoscopio. En ocasiones será necesario la utilización de la vía parenteral y suspensión de la vía oral.

La prevención de la aspiración puede llevarse a cabo con la succión frecuente de secreciones y la administración cuidadosa de la fórmula, asegurándose que el niño eructe al menos dos veces por toma, evitando así la regurgitación. Se recomienda acostar al niño en decúbito lateral derecho durante 30-40 minutos y después de este lapso en prono.

El empleo de sondas y en particular las colocadas en duodeno, ofrecen la ventaja de evitar la regurgitación y posible aspiración, pero implican también el riesgo de provocar el síndrome de vaciamiento rápido, sobrehidratación, deshidratación hipertónica, además de dificultades técnicas para su colocación.

Una vez que se presenta el accidente de aspiración, es necesario tomar una radiografía de tórax para establecer el diagnóstico, así como la extensión del daño. Debe insistirse en la vigilancia estrecha del aporte calórico para evitarse la desnutrición.

Cualquiera de los métodos empleados, lleva el riesgo de provocar diarrea por intolerancia a la fórmula, sobrealimentación o infección. El diagnóstico etiológico se basa en el cuadro clínico, la presencia o no de sustancias reductoras con heces, frotis de materia fecal con presencia o no de leucocitos polimorfonucleares y la identificación en coprocultivo del posible agente infeccioso.

En ocasiones, a pesar de los cuidados que se tengan, la leche puede salirse por la nariz y en este caso habrá que acudir al dentista para que elabore y coloque una pequeña placa en el paladar a manera de cerrar la comunicación entre la nariz y la boca, con lo que, el problema no queda resuelto, pero mejora en mucho la alimentación.

Leche materna o alimentación al seno.

El primer problema que enfrentará la madre es la alimentación del pequeño, al no poder crear una presión al colocarlo al seno materno, o bien, porque el alimento pasa a través de la hendidura del paladar hacia la nariz. Otros problemas importantes son el rechazo y el temor que tiene la madre de alimentar al niño, por no lastimarlo o complicarlo. No se debe olvidar que si bien estos niños tienen dificultad para la succión, con paciencia, ellos se adaptan a sus propias necesidades.

- ❖ La madre deberá estar relajada al dar el pecho. Tomar el tiempo necesario para cada seno y procurar sacar el aire al bebé, ya que los niños con paladar hendido tragan exceso de aire.
- ❖ Cuando el paladar está abierto, los niños se alimentan mejor estando casi sentados (posición denominada en balón de fútbol) en vez de acostados.
- ❖ Los niños con hendidura labial aislada, habitualmente no presentan problemas, aunque es necesario enseñar a la madre a crear un cierre hermético de la boca con la areola (mano de bailarina o posición de tijera); puede ser necesario obstruir la fisura con el dedo o con una placa removible, para que la presión negativa sea óptima para la succión.
- ❖ En una evaluación de 143 niños con labio y/o paladar hendido durante 5 años, Claren y colaboradores encontró que estos pacientes podían deglutir normalmente y que el éxito de la lactancia dependía de la habilidad de cada niño para generar presión intraoral negativa y poder mover la lengua contra el pezón.
- ❖ Cuando no es posible amamantar al bebé, se debe estimular a la madre para que extraiga su leche y puede dársela por diferentes medios o con suplementador.

CAPITULO V.

EVALUACIÓN CLÍNICA Y MENTAL DE LOS PACIENTES CON FISURA LABIAL Y/O PALATINA.

El examen físico de cada paciente debe incluir: peso, talla, perímetro cefálico, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria. Los exámenes de laboratorio de rutina comprenden: hemoglobina, hematocrito y examen general de orina.

Se tomará especial cuidado en el estado de la función respiratoria, circulación y balance líquido electrolítico y acidobásico.

Los signos que denotan alteración en la función respiratoria son: aleteo nasal, tirajes, quejidos respiratorios, taquipnea y cianosis. Es prudente hacer notar que para que la cianosis sea detectable desde el punto de vista clínico, la presión parcial de O₂ arterial debe bajar a cifras alarmantes. Esto es aún más pronunciado en el recién nacido dada la desviación a la izquierda de la curva de disociación de la hemoglobina.

Por lo anterior, si existe duda en cuanto a la función respiratoria, deberá realizarse gasometría para su mejor valoración.

Las vías aéreas deben mantenerse permeables mediante succión y aspiración frecuentes. Cabe hacer la advertencia que la succión debe realizarse en forma suave para evitar estimular al vago y sus consecuencias potencialmente graves, como son la bradicardia e hipotensión.

En ocasiones, la posición prona facilita la respiración, en particular en los recién nacidos.

La necesidad o no de ventilación asistida dependerá de la valoración integral que incluye gasometría. Una buena circulación debe acompañar a un color rosado y una temperatura tibia de las extremidades, la presión arterial y el pulso deberán estar dentro de los límites normales, y la diéresis deberá ser de por lo menos 1ml/kg/h.

VALORES NORMALES A DIFERENTES EDADES.

EDAD	PESO	PULSO X MIN.	RESP. X MIN.	P.A. mmHg
Prematuro	1000-2000g	140	150	50/26
	2000-3000g			60/32
	3000g			70/45
Termino	± 3.4 Kg.	125	30-50	70/50
3 Meses	6 Kg.	120	30	80-90/50
1 Año	10.3 Kg.	110	25-30	90-100/50

Dentro de la evaluación clínica es importante mencionar las complicaciones anatómicas que pueden presentarse.

Hasta el año de 1969 se reconocían 50 síndromes asociados con labio y paladar hendido, aún cuando en años posteriores se han mencionado hasta 154, la importancia de este hecho radica en que las malformaciones de otros aparatos y sistemas como el cardiovascular, renal y neuroesquelético modifican y complican el manejo pre, trans y postoperatorio.

Los síndromes que con mayor frecuencia se asocian al labio y/o paladar hendido son: Pierre Robin, también llamado micrognasia, paladar hendido y glosoptosis, consiste en desarrollo insuficiente del maxilar inferior, que constituye la micrognasia, y paladar hendido que aunque casi siempre es completo, no afecta al labio. A causa del maxilar pequeño la lengua se desplaza hacia la faringe (glosoptosis) y provoca dificultad respiratoria, manifestada por cianosis cuando el niño está acostado. El síndrome de Treacher-Collins, caracterizado por una herencia autosómica irregular y una detención del desarrollo en la etapa fetal con osificación defectuosa que se manifiesta como cara de pez (mejillas hundidas, retrognatia, microftalmia, macrostomía), ausencia del conducto auditivo externo, posición oblicua de los ojos, coloboma de párpado inferior y ausencia de glándulas de Meibomio y pestañas en los párpados inferiores. Y el síndrome de Goldnhar, que es un síndrome polimalformativo, es una enfermedad congénita (que se evidencia en el nacimiento), se caracteriza por una amplia gama de síntomas y signos, en la mayoría de los casos afecta más el lado derecho que el izquierdo. Se caracteriza por hipoplasia malar y maxilar, malformación de las orejas, lipoma ocular, malformaciones cardíacas y sordera, labio y paladar hendido, y anomalías vertebrales múltiples.

La hendidura palatal puede ser un componente de los síndromes y enfermedades siguientes: disostosis cleidocraneal, oxicefalia, insuficiente desarrollo del maxilar, hernia umbilical e inguinal, hidrocefalo, cardiopatía, pie zambo, espina bífida, hipospadias, hipertiroidismo, sindactilia y polidactilia. El retraso mental no acompaña con frecuencia el paladar hendido, pero las dificultades de habla de estos enfermos, junto con una personalidad introvertida o un franco complejo de inferioridad, pueden dar la impresión de deficiencia mental.

Estos síndromes requieren atención especial ya que por sus condiciones anatómicas constituyen problemas importantes para la intubación y manejo preanestésico.

En cuanto al desarrollo mental en pacientes con fisura labial y/o palatina, se ha estudiado que el ser humano al nacer, entre las muchas características que presenta, sobresale una, la indiferencia psicológica, entendiéndose por esto el que no puede diferenciar su cuerpo respecto al de otros; sus límites corporales no están establecidos de tal forma, que lo interno de su ser y el medio ambiente parecen ser una continuidad.

Su autoimagen necesariamente parte de las heteroimágenes, es decir, el niño "se ve" como los otros sujetos lo ven y como él ve a los demás.

Greenacre, habla de que el niño enviste de gran carga emocional diversas zonas de su cuerpo, resultando 3 de ellas como las de mayor relevancia: cara, genitales y manos. Así pues, es fácil suponer que las perturbaciones que indican en dichas zonas modificándolas, generarán en el individuo trastornos emocionales.

Los factores de culpa, rechazo y vergüenza en niños que nacen con defectos del área labiopalatina, generan por sí solos, un estilo propio de ser, ya que crecen con este defecto que introyectan a su personalidad: se sienten defectuosos, se ven defectuosos, son vistos como defectuosos; la resultante es: se viven como defectuosos.

Los estudios antropológicos hablan de que dichos individuos en casi todas las culturas son rechazados, observándose la más variada expresión de la fantasía para justificar su origen.

Nuestra evolución cultural ha permitido una mayor tolerancia, conocimiento y ayuda a esos niños que como sabemos, en una época histórica eran sofisticados al nacer.

El primer problema que suele observarse con estos niños es la no aceptación de los padres, la culpa de hacer consciente su rechazo y la depresión posterior; a esto, se suma "la crítica externa" y la necesidad de que estos niños sean escondidos. Factores que como podrá observarse, retrasan las medidas iniciales de tratamiento.

El segundo problema se presenta por la ubicación anatómica de la perturbación: la esfera oroalimentaria, en donde, la alimentación en sí ya es difícil que se realice a libre demanda y en condiciones naturales, este padecimiento lo convierte en una interferencia en el desarrollo.

Continuando con el listado de problemas se señala el factor emotivo de su imagen corporal, el amor (sobrepotección) y rechazo del cual puede ser objeto; las reacciones de personas que la rodean y su propia imagen reflejada; la no-aceptación de su cuerpo y la depresión subsecuente (agresión interna) o bien la expresión de agresión como tal.

Los trastornos de lenguaje que se observan en estos niños son una dificultad extra que se suma a los problemas referidos. Sabemos que el lenguaje con sus fines de comunicación, también cumple el de "extensión" emocional de la imagen corporal y es definitiva en la integración de la identidad personal.

Con lo anterior señalado, podemos considerar algunas medidas generales para la rehabilitación integral del niño con fisura labial y/o palatina.

1.-La necesidad de un conocimiento amplio del origen del proceso morbo, desterrando así los factores "culturales" que impiden su diagnóstico y manejo.

2.-El abordaje de la familia respecto al problema del niño que elimine la "culpa" genética que entorpece el manejo posterior del paciente y que incremente la alianza terapéutica de los padres.

3.-El manejo precoz del niño, en cuanto a los conflictos que pueden interiorizarse y dejar una "huella" permanente en su personalidad.

4.-El manejo psicoterapéutico del niño con trastornos emocionales secundarios a la lesión, con los objetivos de resolver aspectos situacionales, tales como depresión, introversión, minusvalía, desamparo y otros, que puedan dar origen a perturbaciones severas del carácter futuro.

CAPITULO VI

CIRUGIA DEL PACIENTE CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO.

Debido a que la fisura labial y/o palatina representa no solo un defecto que interfiere con la forma de alimentar y el habla, sino que constituye un importante estigma social tanto para el paciente como para su familia; desde los albores de la cirugía y la anestesia, personalidades como John Snow en 1847 y Collins en 1865, recomendaban su corrección temprana empleando éter y cloroformo, en tanto que cirujanos como Ferguson en 1852 y Warren en 1867 condenaban el uso de la anestesia general, así como la operación en niños, dada la alta mortalidad (40-50%).

A medida que las técnicas anestésicas y quirúrgicas fueron mejorando, se logró una reducción importante de la mortalidad, siendo de 4% en 1953 y a partir de 1959 menor del 1%.

Por lo tanto, ha sido motivo de controversia la edad en que debe llevarse a cabo el cierre del labio hendido, así como de la fisura palatina; edades que varían para la corrección del primero desde los primeros días del recién nacido, hasta los 2, 4 o 6 meses en tanto que para el paladar hendido, desde los 18 meses hasta los 3 años dependiendo de las condiciones socioculturales, así como del estado de salud en que se encuentra el niño y la presencia o no de otras malformaciones congénitas asociadas.

Los pacientes con malformaciones de labio y paladar hendido pueden estar afectados en diversos grados: desde el labio hendido incompleto unilateral, hasta el labio y paladar hendido bilateral, existiendo entre ambos diversos grados de lesión, por lo que para obtener una reparación total es necesario someter al paciente a varios actos quirúrgicos.

Los objetivos de la cirugía son los siguientes:

- ❖ Corrección quirúrgica del labio fisurado para lograr un labio simétrico y bien contorneado con preservación de todos los reparos funcionales y mínimo tejido cicatrizal.
- ❖ Minimizar el traumatismo y las fuentes de inflamación en el procedimiento y disecar la preparación de los márgenes en ambos lados.
- ❖ Restablecimiento de la continuidad del músculo orbicular de la boca y por lo tanto el funcionamiento del labio superior.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS:

Se han descrito muchas técnicas de cierre labial y se han practicado diferentes métodos, pero básicamente, la técnica operatoria puede dividirse en dos métodos.

- 1.- Las técnicas que emplean incisiones lineales.
- 2.- Las técnicas que emplean incisiones angulares.

El método de incisiones lineales que ha sido empleado en el pasado, puede rendir resultados primarios buenos, pero a menudo se observa un acortamiento de labio superior en el lado de la hendidura, necesitando una segunda operación correctiva.

Para evitar el acortamiento de labio es más recomendable el método de incisiones angulares, ya que rompe con la línea de cicatrización con colgajos cuadrangulares o triangulares. Con estas técnicas, el ala desviada de la nariz es simultáneamente rotada en sentido medial y parte anterior del piso es cerrada con las líneas de incisión angular, por lo común utilizadas actualmente la rehabilitación de la longitud, forma del labio y del arco de cupido es posible que mejoren al mismo tiempo el vestibulo bucal de esta zona.

Cabe mencionar que es mucho más difícil el cierre del labio en una hendidura bilateral. Si la premaxila está también protruida, nunca debe cerrarse porque puede dar por resultado severas deformidades maxilares.

Por esto, es preferible mover la premaxila protruida posteriormente mediante métodos ortodónticos preoperatorios que hacen el cierre labial mucho más fácil. El cierre del labio puede realizarse primero en un lado y 6 a 8 semanas después en el otro lado o ambos lados pueden ser cerrados simultáneamente, dependiendo de la amplitud de la apertura y la posición de la premaxila. Si se han escogido las técnicas de incisión angular, es conveniente que el cierre labial sea realizado en una operación de 2 tiempos para evitar trastornos en la irrigación del tejido premaxilar.

La cicatriz después de la reparación de la hendidura bilateral es algunas veces desde el punto de vista estético desfavorable y combinada con el acortamiento de la parte media del labio superior a menudo es necesario hacer correcciones quirúrgicas ulteriores.

Es importante recordar la osteoplastia primaria, ya que en este procedimiento, el cierre labial es realizado al mismo tiempo con el cierre de la hendidura ósea en el proceso alveolar, utilizando un trasplante óseo autógeno. Este método, que inicialmente había tenido adeptos, ha sido abandonado cada vez más ya que no muestra muchas ventajas, de hecho se han observado trastornos en el crecimiento de la maxila.

El trasplante óseo que no crece tiene los defectos de una pinza y consecuentemente el crecimiento del arco maxilar es inhibido además la eliminación del injerto, por lo común de una costilla, esta relacionado con más complicaciones en los niños pequeños.

El obtener estos lineamientos o puntos con la técnica a elegir sería lograr una integridad anatómica, simetría y apariencia normal, como objetivo final del cierre o reconstrucción labial, al que siempre hay que llegar. El efectuar una técnica depurada, no siempre lleva a un resultado deseado, ya que si el técnico no tiene mucha experiencia o no toma en cuenta todos los parámetros mencionados, el resultado final será deficiente, lo que requerirá de mayor número de correcciones secundarias ocasionando cicatrices más visibles o notables; es menester del cirujano que inicia el tratamiento de estos pacientes fisurados, tratar de obtener el mejor resultado desde un principio, lo que disminuirá el número de procedimientos a futuro y no efectuar el cierre de una brecha.

Desde luego, habrá que esperar crecimiento para llevar a cabo algunas de las correcciones secundarias, así como la colaboración del ortodoncista. En algunas ocasiones, el efectuar el cierre labial independientemente de la técnica que se elija, se practica colgajo vomeriano con el objeto de efectuar el cierre anterior de la fisura de paladar, así como alvéolo; esto permitirá posteriormente, obtener una fisura tipo secundario en la que se pueda hacer el cierre del paladar según la técnica que se elija.

Técnicas quirúrgicas de labio hendido:

Desde tiempos pasados, diversos autores se han preocupado por diseñar diversas técnicas quirúrgicas que se adapten a las necesidades del paciente debido a que las cicatrices se contraen por lo que se han esforzado por minimizar el traumatismo y las fuentes de inflamación en el procedimiento por lo que han hecho diferentes preparaciones de los márgenes en varios planos. Durante el diseño de estos márgenes todo el tejido de calidad se preserva y se utiliza durante la operación. En las fisuras unilaterales el lado no afectado sirve como guía de la longitud y la simetría de la restauración del labio.

En términos generales, las técnicas más utilizadas son:

1.-Labio hendido unilateral incompleto: Quieloplastia unilateral tipo Randall-Tenison. También llamada técnica de reparación con colgajo triangular. El colgajo es marcado mediante un alambre dividido en 3 partes iguales y doblado en forma de Z (como patrón) después de haberse medido la altura del lado normal del labio. Los cortes se practican en los 3 planos: piel, músculo y mucosa. La cicatriz queda en forma de "plastía z".

Ventajas:

- ❖ Se conserva el arco de cupido natural.
- ❖ El colgajo se introduce de tal manera para producir unión completa del borde vermellón cutáneo.
- ❖ Se desperdicia el mínimo de tejido.

Desventajas:

- ❖ La cicatriz se introduce sobre el filtrum y en ocasiones puede ser muy notable a pesar de usar la técnica quirúrgica más meticulosa.
- ❖ Hay una tendencia al crecimiento desproporcionado, especialmente si el colgajo triangular es grande.

2.-Labio hendido unilateral completo: Queiloplastia unilateral tipo Millard. Consiste en la rotación y avance del trazo. Es muy útil cuando existe una separación severa de la hendidura. La profundidad y la altura del arco de cupido se marca y se hacen los trazos de incisión. El límite superior de la incisión puede extenderse más allá de la línea media, pero no del pilar filtrar en el lado normal del labio. El avance del colgajo lateral rota el ala de posición. Puede ser necesario descartar un pequeño triángulo en el piso de la nariz. El colgajo ayuda a jalar la columela y el septum membranoso a su posición.

Ventajas:

- ❖ El método es muy flexible, lo que permite una modificación constante a través del curso de la operación.
- ❖ Los márgenes de los colgajos siguen las líneas naturales y preserva no sólo el arco de cupido, sino también el hundimiento del filtrum.
- ❖ Se preserva buena contracción de la porción inferior del labio.
- ❖ La flexibilidad inherente del diseño se presta a revisiones secundarias.

Desventajas:

- ❖ La única desventaja significativa es el diseño de un colgajo lateral adecuado en hendiduras completas anchas. Puede ser necesario sacrificar mucho vermellón lateral causando notable asimetría del arco de cupido.

3.-Labio hendido bilateral completo o incompleto: Queiloplastia bilateral tipo Broadbent y tipo Millard. Es una modificación de la amplitud del arco de cupido a sólo 6mm de diámetro total, reduce la amplitud del filtrum y consigue una caída más natural de los bordes de la cicatriz. Con esta técnica se ha logrado un labio con longitud satisfactoria, un arco de cupido, un tubérculo central lleno, un patrón de cicatriz aceptable, un prolabio libre y un surco labial superior adecuado. Broadbent salva el ancho y la propia cicatriz como colgajo ahorquilado para elevar la punta de la nariz.

Ventajas:

- ❖ Arco de cupido no muy ancho y aún así labio lleno.
- ❖ Buen borde vermellón.
- ❖ Adecuado surco gingivo-labial.
- ❖ Patrón de cicatriz aceptable.
- ❖ Tubérculo central lleno.

Técnicas quirúrgicas de paladar hendido.

Es importante recordar que la actividad palatina es necesaria para la función y deglución normales. El paladar duro forma la división entre las cavidades bucal y nasal, mientras que el blando funciona junto con la pared faríngea en una importante función valvular denominada mecanismo velo-faríngeo. Además de su acción en la evaluación y tensión del paladar blando, los músculos elevador y tensor efectúan una apertura del conducto auditivo.

Es por todo esto, que el cierre del paladar es de mayor importancia para el odontólogo que el del labio, ya que los trastornos oclusales con todos sus posibles defectos sobre la dentición pueden presentarse si el cierre del paladar duro no es realizado de manera adecuada. En el cierre del paladar son de mayor importancia los resultados funcionales, siendo de menor importancia los estéticos.

Los objetivos de la palatorrafia es la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina para la fonación y la deglución normal y realizar esta restauración con mínima perturbación del crecimiento y desarrollo del maxilar superior.

En cuanto a la edad, no puede establecerse un momento ideal para obtener mejores resultados quirúrgicos, sin embargo, la mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños de edades entre 18 meses y 3 años.

1.-Técnica d colgajo (Van Langenbeck). Realizada en 1861, también llamada cierre simple de paladar.

Ventajas:

❖ Que el cierre puede lograrse sin tensión. Sin embargo, esto requiere de ligar los principales vasos palatinos y pueden ocurrir trastornos en la nutrición y crecimiento de la maxila como consecuencia de la irrigación afectada.

2.-Técnica del colgajo arterial o colgajo pediculado. (Veau). En 1932, Veau, sugirió que el tiempo más oportuno para el cierre de la base de la nariz y el paladar anterior ocurre antes de cerrar el labio o borde de la premaxila y estrechando los márgenes de la abertura. Las arterias pueden observarse pero la tensión puede presentarse a los bordes del paladar blando, lo cual puede provocar aperturas residuales en esta área.

Ventajas:

- ❖ Hay mejoría en la fisiología nasal, dado que la nariz está alineada con la membrana mucosa nasal.
- ❖ Hay una pequeña interferencia con el subsecuente cierre del paladar.
- ❖ Son evitadas fistulas anteriores.
- ❖ El impedimento de crecimiento o expansión no ocurre, dado a que el crecimiento de los centros no está implicados por la disección.

Con una técnica precisa y cuidadosa, ambos métodos pueden dar los mismos resultados, la exactitud del cierre del piso de las cavidades nasales y una longitud suficiente y movilidad del paladar.

CAPITULO VII.

MANEJO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE.

Los cuidados postoperatorios de los pacientes con labio y/o paladar hendido son tan importantes como la cirugía misma, si no se siguen las indicaciones y no se lleva un manejo adecuado, tendremos complicaciones, en ocasiones, irreparables.

En primera instancia, dichos cuidados son responsabilidad de la clínica u hospital donde fueron operados los pacientes, y estos son:

En labioplastía:

- ❖ Ayuno hasta recuperarse completamente de la anestesia (en ocasiones, suero vida oral).
- ❖ Solución mixta para mantener permeable la vena.
- ❖ Administración de penicilina sódica 300,000 U.I. cada 4hrs. Vía intravenosa.
- ❖ Vigilar datos de sangrado.
- ❖ Administración de ½ supositorio de Tempra cada 6 hrs. En caso de dolor o fiebre.
- ❖ Mantener al paciente en posición de cúbito lateral.
- ❖ Alta al recuperar la tolerancia a la vía oral.

En palatoplastía:

- ❖ Líquidos a tolerancia al recuperarse completamente de la anestesia, postcontinuada con dieta blanda.
- ❖ Solución mixta 500 c.c. por 12hrs.
- ❖ Administración de Fleflind 500mg. Cada 12hrs.
- ❖ Administración de Metamizol sódico 500mg. Cada 6hrs.
- ❖ Vigilar datos de sangrado.
- ❖ Posición de semifowler.

En ninguno de los dos casos, es necesario que el paciente se quede internado por más de 24hrs, si no presenta alguna complicación.

Las indicaciones posteriores, quedan en manos del odontólogo que detectó el caso, y son las siguientes:

En labioplastía:

- ❖ Pasados 6 días después de la cirugía, se retiran los puntos de sutura.
- ❖ A las 4 semanas, se dan indicaciones a los padres sobre el masaje y lubricación que deben dar en la zona operada.
- ❖ Revisiones periódicas.

En palatoplastía:

- ❖ Al día siguiente a la cirugía, retirar las gasas.
- ❖ Revisiones periódicas.
- ❖ A los 2-3 meses canalización a terapia de lenguaje.

Complicaciones postoperatorias:

Las más frecuentes son respiratorias y de estas tenemos:

1. Obstrucción por edema de partes blandas.- Esta es más frecuente después de faringoplastia. Profilácticamente, en forma rutinaria debe aplicarse en el postoperatorio inmediato y durante las primeras 24hrs, dexametasona 0.2-0.5mg/kg, además de un nebulizador frío para disminuir el edema.
2. Sangrado abundante.- Que obligue a reintervenir al paciente.
3. Dehiscencia de suturas.- Los cuidados en el servicio de recuperación postoperatoria deben incluir:
 - a) Posición que permita una buena ventilación.
 - b) Inmovilización de los brazos mediante férulas de codos.
 - c) Fijación de la lengua en casos de obstrucción respiratoria por faringoplastia.

CAPITULO VIII

CANALIZACIÓN A LOS DIFERENTES SERVICIOS.

Probablemente, uno de los aspectos más importantes de la rehabilitación integral de los pacientes con labio y/o paladar hendido es la canalización a los diferentes servicios, como son: terapia de lenguaje, terapia foniátrica y terapia psicológica, ya que sin alguno de estos tratamientos, todo el caso se viene abajo. De nada sirve operar a un paciente, si no lleva a cabo dichas terapias.

Durante la conducción de este tratamiento, el objetivo no es lograr el cierre de un par de agujeros; se trata de lograr una rehabilitación completa, en la cual se llegue a tener un niño con buen aspecto, que se haya desarrollado bien, cuya articulación dentaria sea completa y que hable sin defectos mayores. Solo así es posible lograr la reintegración completa a su medio social, sin estigmas psicológicos que le impidan llevar una vida normal.

TERAPIA DE LENGUAJE Y FONIATRICA.

La fisura palatina, al comunicar la cavidad oral y la nasal, elimina a la caja de resonancia, constituida por la cavidad nasal, produciéndose voz hiperrinofónica. La separación de ambas mitades del paladar blando acompañada de una longitud anteroposterior corta producen una insuficiencia velofaríngea y consecuentemente, defectos de articulación de las palabras. La voz, con defectos de tono y modulación de tipo gangoso y con mala articulación, llega a ser inteligible.

La enfermedad del oído medio en estos pacientes tiene un común denominador, se ha determinado que de un 50 a 90% de personas con fisura nasopalatina presentan secuelas de otitis media. Esta condición ha permitido descubrir nuevos casos con episodios recurrentes de otitis secretorias acompañadas de pérdidas auditivas significativas, las que condicionan una falta de información en la escuela y en el hogar para la adquisición de su lenguaje, sobre todo en tres defectos articulatorios que son de origen auditivo, dando por descontados los problemas fonatorios propios de cada caso en particular con el defecto de fisura labiopalatina:

- ❖ **Substitución de consonantes.-** Las explosiones sordas y sonoras son fácilmente confundibles, debido a la falta de audición en los armónicos agudos de los fonemas; como consecuencia, existen substituciones en las sordas y en las sonoras.
- ❖ **Alteraciones de las vocales.-** La falta de nitidez y la confusión de las vocales obedece también a la falta de audición, ya que muchas veces está confundida por un sonido nasal.
- ❖ **Sigmatismo.-** El sujeto articula los sonidos de la S, (C), (S), (X) y (Q) sustituyéndolas por un sigmatismo interdental o adental. Para percibir los armónicos de la S es necesario tener buena audición en los tonos agudos.

El punto de vista foniátrico es indispensable para saber si la acción que se pretende llevar a cabo en el paciente, está justificada en el tiempo y ejecución. Para ello, hay que analizar el estudio fisiopatológico de los elementos orofaciales pues se debe recordar que dichos elementos van a intervenir en la producción de la voz, el habla y el lenguaje.

Los pacientes son canalizados a estas terapias a los 2 años, lo ideal, es que duren 1 hora 2 veces a la semana durante 7-8 años. Dado que el niño con labio y/o paladar hendido, al crecer tiene cambios en el tamaño y posición de sus estructuras anatómicas, como consecuencia de ese crecimiento, el cambio fisiológico puede producir alteraciones diversas por el defecto congénito que presenta. Por ello es necesario vigilar foniátricamente al paciente durante varios años, hasta que se llega a estabilizar el crecimiento de esas estructuras.

Los objetivos de estos tratamientos son corregir la fonación, el habla y el lenguaje; es necesario que meditemos que el lenguaje no es sólo comunicación, sino que es parte de la personalidad y es un patrón de conducta que difiere de un individuo a otro. Por ello es tan importante dar a nuestro enfermo las mejores armas para mejorar su personalidad y su conducta personal y social.

TERAPIA PSICOLÓGICA.

El ser humano al nacer, entre las muchas características que presenta, sobresale una, la indiferencia psicológica, entendiéndose por esto el que no puede diferenciar su cuerpo respecto del de otros; sus límites corporales no están establecidos de tal forma, que lo interno de su ser y el medio ambiente parecen ser una continuidad. Posteriormente, su autoimagen necesariamente parte de la heteroimagen, es decir, el niño se "ve" como otros sujetos lo ven y como el ve a los demás.

Los factores de culpa, rechazo y vergüenza en niños que nacen con defectos del área labiopalatina, generan por sí solos, un estilo propio de ser, ya que crecen con ese defecto que introyectan a su personalidad: se sienten defectuosos, se ven defectuosos, son vistos como defectuosos; la resultante es: se viven como defectuosos.

El principal problema que suele observarse con estos niños es la no-aceptación de los padres, la culpa de hacer consciente su rechazo y la depresión posterior; a esto se suma "la crítica externa" y la necesidad de que estos niños sean escondidos. Factores que como podrá observarse, retrasan las medidas iniciales del tratamiento.

Otro problema es el factor emotivo de su imagen corporal, el amor (sobrepotección) y rechazo del cual puede ser objeto; las reacciones de personas que le rodean y su propia imagen reflejada; la no-aceptación de su cuerpo y la depresión subsecuente (agresión interna) o bien la expresión de agresión como tal.

Por todo lo anterior, es de suma importancia la temprana atención de estos pacientes a nivel psicológico, el manejo precoz del niño, en cuanto a los conflictos que pueden interiorizarse y dejar una "huella" permanente en su personalidad. El manejo psicoterapéutico del niño con trastornos emocionales secundarios a la lesión, con los objetivos de resolver aspectos situacionales, tales como: depresión, introversión, minusvalía, desamparo y otros, que pueden dar origen a perturbaciones severas del carácter futuro.

Esto, en cuanto al paciente, pero se debe recordar que vive en un entorno familiar y social, al cual también es recomendable proporcionarle una terapia psicológica, más que nada, para saber cómo enfrentar y manejar el problema que se está viviendo a diario en casa.

CAPITULO IX.

IMPORTANCIA DEL APOYO DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CLINICA.

El papel que realiza el trabajador social en la clínica es de suma importancia, ya que una de las múltiples labores que realiza es proporcionar **información**: Es comunicar a todos aquellos familiares del paciente con labio y/o paladar hendido, y al público en general una información adecuada, por medio de escritos, programas, entrevistas y pláticas, en donde se comenta y discute los aspectos del padecimiento, lo que se requiere para el tratamiento y la rehabilitación, permitiendo una mejor atención y comprensión a todas aquellas personas que manifiestan o tienen una malformación.

Así mismo, la información que obtenga el trabajador social por parte de los pacientes, va a ser determinante para terminar o continuar con el tratamiento.

Otra de sus funciones es la **captación de pacientes**, en la cual se realiza una propaganda a nivel local sobre la existencia del programa; dentro del cual se busca favorecer el desarrollo de la familia, y sobre todo del niño que padece la malformación.

También tienen que estar al pendiente de la **valoración de los pacientes**, esto en conjunto con los demás especialistas. Primero es detectado por el pediatra y remitido al cirujano dentista, éste a su vez al cirujano maxilofacial y posteriormente al psicólogo y foniatra para lo cual, el trabajador social tendrá que revisar que sea canalizado con quien se debe y en los tiempos correctos.

El trabajador social es el encargado de **aplicar estudios socioeconómicos**, este es un mecanismo que está basado en preguntas específicas para saber las condiciones de integración familiar y de esta manera conocer las relaciones y comunicaciones existentes en la misma, así como para saber si ha existido dentro de la familia personas con la misma malformación u otra.

Se detecta el domicilio exacto del paciente para poder realizar **visitas domiciliarias** para conocer las condiciones del hogar y el medio en el que se desarrolla el paciente, con la familia, con quien convive, cómo se expresa, cómo se comporta, etc.

Uno de los métodos especiales del trabajador social, es el **estudio, seguimiento del caso y rescate de pacientes**, tal vez el más importante de todos. El estudio de caso, analiza individualmente la conducta humana a fin de explicar, descubrir y eliminar las condiciones "negativas", para lograr el mayor grado de ajuste y adaptación entre el individuo y su ámbito social.

El seguimiento del caso se realiza con el paciente y/o la familia a través de una investigación, entrevista domiciliaria con el fin de que terminen el tratamiento o bien para que cumplan con la rehabilitación que necesita el afectado.

Así mismo, al hacer que la familia cumpla con la obligación y responsabilidad que tienen con el menor, se está haciendo el rescate de pacientes con labio y/o paladar hendido.

CAPITULO X.

MANEJO DE LAS ANOMALIAS OSEAS.

El siguiente capítulo, es de suma importancia para los interesados, ya que habla del seguimiento correcto que debe llevarse cuando tengamos un paciente con labio y/o paladar hendido. El manejo de las anomalías óseas, se divide en tres especialidades, que son: ortodoncia, ortopedia y prótesis.

Cada una de ellas, aplicadas en estos niños, harán un tratamiento integral para el mejoramiento tanto de la estética, como del lenguaje y la satisfacción psicológica.

ORTODONCIA.

El ortodoncista debe ver al lactante poco tiempo después del nacimiento y continuará revisando el crecimiento facial y oclusal a través del periodo del desarrollo. Casi todos los niños necesitan la intervención ortodóntica, durante alguna etapa. Debido a la continuidad de la supervisión, el ortodoncista muchas veces es la persona más adecuada del equipo de la clínica del paladar fisurado, para coordinar el tratamiento y aconsejar al niño y a sus padres. También puede aprovechar esta oportunidad para resaltar la importancia de la higiene bucal apropiada y asegurar que reciba atención dental y preventiva regulares.

En estos casos casi siempre se necesita tratamiento ortodóntico en la dentición permanente. Es muy importante no agobiar a estos niños con el tratamiento provisional, con un beneficio cuestionable a largo plazo. En consecuencia, aunque algunas autoridades recomiendan el tratamiento con aparatos en la dentición primaria, tiene pocas, si es que alguna, ventajas a largo plazo y debe evitarse. Si los incisivos superiores están en oclusión lingual en la dentición mixta temprana y es posible conseguir una corrección estable de la sobremordida horizontal, se debe hacer. Sin embargo, el tratamiento ortodóntico activo debe ser mínimo.

Con frecuencia está indicado el injerto óseo secundario alrededor de los 9 a 10 años de edad.

En la dentición mixta tardía y la permanente temprana, la planeación terapéutica debe incluir cuando sea conveniente la odontología restauradora y la cirugía maxilofacial, de tal forma que se pueda acordar un método completo. En muchos casos hay problemas en tres dimensiones. El arco maxilar está retruido y estrecho y pueden existir diferencias locales o generales en el desarrollo vertical. Si hay sobrecierre mandibular por un deficiente desarrollo vertical del maxilar, la verdadera magnitud de la protrusión mandibular será exagerada cuando el paciente ocluya los dientes; en consecuencia, se debe planear el tratamiento con la mandíbula en posición de descanso.

Si se necesita corrección quirúrgica de la posición maxilar y del patrón esquelético, se planea el tratamiento de ortodoncia para lograr una forma del arco que sea adecuada para la relación rectificadora del maxilar. En los casos más leves, se puede conseguir un resultado aceptable sólo con el tratamiento ortodóntico.

Por lo regular se necesitan los aparatos fijos, y en muchas ocasiones la técnica del arco de canto es la más conveniente, porque los arcos grandes se pueden usar durante las fases tardías para ayudar a controlar las relaciones segmentarias.

ORTOPEDIA.

Los segmentos del maxilar, al carecer de continuidad estructural, se desplazan incluso antes del nacimiento. Lo cual puede complicar la reparación quirúrgica del labio y el proceso alveolar y la alineación prequirúrgica puede facilitar la operación.

McNeil inició el tratamiento ortopédico prequirúrgico y Burston lo desarrolló. McNeil pensó que era posible estimular el cierre de una fisura por medio de aparatos, pero esto no ocurre. Varios estudios señalan que la forma del arco es mejor en los niños que reciben la alineación ortopédica prequirúrgica, pero los estudios adecuadamente controlados a largo plazo son pocos.

Los beneficios a largo plazo no son aceptados de forma universal, al menos en casos unilaterales; y es difícil comparar los resultados de centros especializados distintos, debido a las diferencias en la técnica quirúrgica. En resumen, el tratamiento ortopédico previo a la operación se puede justificar cuando el cirujano considera que lo ayudará a lograr un mejor efecto. Se debe reconocer que la necesidad de asistir con frecuencia al hospital durante los primeros tres meses es otra carga para la familia.

FISURAS UNILATERALES COMPLETAS DEL LABIO Y EL PALADAR:

Por lo general el segmento principal se rota hacia el lado sin hendidura, mientras que la porción menor puede relacionarse en forma adecuada con el arco inferior o desplazarse en sentido lateral. Si el desplazamiento de las partes no es considerable, no se requiere la alineación prequirúrgica. Muchas veces la colocación de las correas extrabucales elásticas simples basta para aproximar los segmentos. Si el desplazamiento es mayor, resulta provechoso emplear la alineación prequirúrgica con un aparato.

FISURAS BILATERALES COMPLETAS DE LABIO Y EL PALADAR:

El segmento premaxilar se desplaza en sentido anterior sobre el tabique nasal, mientras las partes laterales muchas veces están en buena relación con el arco inferior, pero pueden contraerse. La alineación de los segmentos es particularmente útil en los casos bilaterales para facilitar la operación.

Se han propuesto muchos sistemas distintos para alinear los arcos. Algunos cirujanos reparan el labio en dos fases, separadas por algunas semanas, de tal manera que la presión labial restrinja a la premaxila. Sin embargo, eso puede causar asimetrías y dificultar la reparación labial realmente adecuada. En los casos graves también se usa la reubicación quirúrgica del segmento premaxilar, luego de eliminar parte del vómer y el tabique nasal; pero existe el peligro de interferir en forma importante con el crecimiento, para originar una retrusión maxilar a largo plazo.

Se puede conseguir la alineación con las placas que conservan separados a los segmentos laterales, mientras se retrae la premaxila con la correa.

PROTESIS.

Desde hace muchos años, el hombre ha tratado de sustituir partes faltantes de nuestro organismo por medio de aparatos que se asemejen a las estructuras ausentes, aparatos que sean cómodos y que funcionen, cosa nada fácil de lograr, por lo que se necesita el conocimiento amplio de las estructuras anatómicas y su fisiología e ingeniar una mecánica para su función sin perder estética.

Al desarrollar un trabajo protésico en los pacientes con fisura labiopalatina, es indispensable conocer el enfoque de cirujanos plásticos, terapeutas de lenguaje, ortodontistas, psicólogos y trabajadores sociales, para que con la aportación adecuada de cada uno de ellos, se facilite el uso de una prótesis.

Indicaciones para una prótesis:

La terapia de una prótesis debe ser instituida siempre que sea necesaria, sin pensar en ella como último recurso, sino que la indicación debe ser clara y bien definida. Cuando se diagnostica el uso de una prótesis hay que considerar los siguientes aspectos:

- 1)Tipos de paladar.
- 2)Su longitud y amplitud.
- 3)Perforaciones existentes en el paladar, bien sea duro y/o blando.
- 4)Dientes mal formados o mal implantados.
- 5)Número de dientes faltantes.
- 6)Erupción parcial.
- 7)Dientes ectópicos.
- 8)Colapso dentario.
- 9)Condición de premaxila.

Estamos conscientes de que una prótesis está indicada cuando las condiciones del caso así lo marquen y que algunos de ellos pueden ser:

- a) Cuando una hendidura es muy ancha con tejido local insuficiente.
- b) En ausencia de piezas dentarias.
- c) Cuando existe un paladar blando inmóvil, debido a problemas congénitos o postoperatorios.
- d) En contraindicación quirúrgica, como en una discracia sanguínea.
- e) En aquellos casos en que se use temporalmente, en espera de una cirugía reconstructiva.

Aproximadamente en el 95% de los casos en los que la fisura incluye el arco alveolar, el paciente necesita una prótesis fija o removible y aproximadamente el 60% de todos los pacientes con labio y paladar hendidos necesitan algún tipo de prótesis antes de llegar a los 30 años.

CAPITULO XI.

IMPORTANCIA DE LA NECESIDAD DE LA INTEGRACIÓN DE UNA CLINICA ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN.

En nuestro país, la atención integral de estos pacientes es muy compleja, debido a la escasez de lugares donde puedan rehabilitarse de manera apropiada.

En este grave problema de salud pública, el gobierno no se ha preocupado por brindarles la asistencia social necesaria, ya que el manejo de los pacientes con labio y/o paladar hendido se viene realizando por organizaciones no gubernamentales que han creado conciencia de la gran problemática que representa el que nazca un niño con esta anomalía.

Es de suma importancia que el paciente sea atendido en una sola clínica de todas las especialidades que requiere el tratamiento, ya que se ha comprobado que en la mayoría de los casos, se abandona la rehabilitación por tener que desplazarse a distintas instituciones para recibir terapias de lenguaje, foniátricas y psicológicas, así como acudir al departamento de prótesis, ortodoncia, ortopedia, etc.

Se ha observado que México tiene un gran rezago, existiendo un enorme vacío entre el aspecto quirúrgico y el apoyo terapéutico de las demás especialidades involucradas para el manejo de estos pacientes, ya que no existe una clínica integral especializada donde se otorguen todos los servicios necesarios para completar la atención desde el nacimiento hasta que se den de alta.

Es por esto, que en la Ciudad de Texcoco, Estado de México, se ha creado la "Asociación Silverio Pérez Gutiérrez Pro Labio y Paladar Hendido" I.A.P., la cual se ha dado a la tarea de reunir a todo el equipo de rehabilitación multidisciplinaria para la atención de estos pacientes. Labor que se ha venido desarrollando desde 1990, a cargo del Dr. Jorge Durán Miramontes, con un total hasta el momento de 145 pacientes, a los cuales en una gran mayoría se les ha logrado mantener en rehabilitación constante, debido al grupo de especialistas que conforman dicha asociación.

Esta I.A.P. tiene como objetivo fundamental la construcción de una clínica que será la primera esta I donde se reúnan todas las especialidades y departamentos antes mencionados, sirviendo como modelo único en el país, para que a partir de ella, puedan integrarse otras en diferentes Estados de la República.

Por las características socioeconómicas de los pacientes, el tratamiento a través de esta institución, se hace en forma gratuita, aportando el paciente únicamente los materiales y medicamentos necesarios para su atención y/o tratamiento.

ESTA TESIS NO CALIF
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES.

En México, diariamente nacen niños con diversos tipos de deformidades craneofaciales como son el labio y/o paladar hendidos. Se estima que un 10% de estas malformaciones dependen de factores ambientales, como agentes infecciosos, radiaciones, agentes químicos, alteraciones metabólicas maternas, etc.; otro 10% depende de factores genéticos y cromosómicos y el 80% restante son causadas por la interacción combinada de diversos factores genéticos y ambientales.

Debido a la falta de servicios especializados, en algunos estados de nuestra República, muchos niños quedan sin recibir atención médica oportuna, aumentando importantemente el número de pacientes en determinadas áreas.

El principal problema que se ha presentado a lo largo de este tiempo, es el seguimiento de los casos clínicos, la gran mayoría de los pacientes abandonan el tratamiento por falta de información y de un lugar apropiado para ello. Con base en esta experiencia, el objetivo primordial que se busca con este trabajo de investigación es proporcionar un esquema que se adapta a la realidad actual de nuestro país y que tiene como meta brindar tratamiento integral a pacientes con esta deformidad, luchando por crear una infraestructura local, que en el futuro creará a su vez una red de clínicas especializadas a lo largo del país.

BIBLIOGRAFÍA.

“MANEJO Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES
CON FISURA LABIOPALATINA”.

Dr. Enrique Vinageras Guarneros.

Ediciones médicas del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.
México, D.F. 1991.

“MANUAL DE ORTODONCIA”.

W.J.B. Houston, W.J. Tulley.

Ed. Manual moderno.

México, D.F. 1990.

“ORTODONCIA TEORÍA Y PRÁCTICA”.

Dr. T.M. Graber.

Ed. Interamericana.

3ª. Edición.

México, D.F. 1990.

“PSICOLOGÍA MÉDICA”

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.

Fondo de cultura económica.

México, D.F. 1989.

“HIGIENE MENTAL”.

Herbert A-Carroll

Ed. CECSA.

México, D.F. 1990.

“TRATADO DE MEDICINA INTERNA”

Tomo 1.

Cecil- Loeb. (Beeson-McDermott).

Ed. Interamericana. 13ª. Edición.

“EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO”.

María Félix Venegas Ruíz.

Tesis.

Escuela particular incorporada Juana de Asbaje.

Texcoco, Edo. de Méx. 1993.

“TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LAS NEUROSIS”.

Otto Fenichel.

Ed. Paidós.

México, D.F. 1994.

“LA DINÁMICA DEL COMPORTAMIENTO DE GRUPOS”.

Elton Reeves.

Ed. Técnica. S.A.

México, D.F. 1994.

“ODONTOLOGÍA PEDIATRICA”.

Finn B. Sidney.

Ed. Interamericana.

5ª. Edición.

México, D.F. 1999.

“ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN NIÑOS CON FISURAS PALATINAS”.

Paula M. Gutiérrez M., Iris Peña Ortiz.

Ediciones Médicas actualizadas, S.A.

México, D.F. 1989.

“ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTAL Y BUCAL”.

Tomás Velázquez.

La Prensa Médica Mexicana.

México, D.F. 1988.

“DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE OFTALMOLOGÍA.”

Prof. Dr. Demetrio Pita Salorio.

Catedrático de oftalmología, Hospital clínico y provincial, Universidad de Barcelona.

Internet: www.ofthalmored.com/diccionario.htm.

Elsa Reich, M.S.

Fundación para el síndrome de Treacher-Collins.

Programa de genética humana.

Internet: www.treachercollinsfnd.org/tcfepn.htm.