



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO Y FONIATRÍA EN  
PACIENTES CON FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA  
(FLAP).

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

ERIKA DEL CARMEN PONCELIS PÉREZ

TUTORA: Esp. LILIA ESPINOSA VICTORIA



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, por siempre gracias por lo que has hecho Señor conmigo. Por concederme terminar una etapa de mi vida llena de amor y de tu compañía, por haberme dotado de aptitudes que me han formado a lo largo de mi vida.*

*A mi papá y mamá porque son mi mayor e incondicional apoyo, por todo su amor, por estar siempre que los necesito, por festejar mis triunfos y no dejarme caer. Por el gran ejemplo de vida que nos han mostrado. Gracias!!*

*A mis abuelitos: Gracias por su sabiduría, por ustedes soy quién soy. Agus desde donde está sigue viendo por nosotros, me hubiera gustado que presenciara este logro del cual fue uno de mis principales impulsores y Margarita, mi abue consentidora que sigue cuidándonos con todo su cariño, gracias por desvelarte conmigo, por ser mi gran maestra de vida, admiro tu fortaleza y sencillez.*

*A todos mis tíos, de quienes recibí apoyo y muestras de cariño de diferentes formas y en todas las etapas de mi vida, cada uno a su manera me ha enseñado a ver siempre hacia adelante, a cumplir con mis metas sin dejar de lado el ayudarnos entre todos. Gracias en especial a mi tío Chon, Pila, Pancho, Isa, Carmen, Juan, Bety y Moris.*

*A mis hermanos Jess y Mario y a mis primos Juan, Mitzi, Midori y Afo, crecimos juntos y hemos compartido tantas experiencias que nos enseñan el valor de la vida, gracias por ser un gran apoyo además de ser mis primeros pacientes.*

*A los profesores que gustan de compartir sus conocimientos, en especial a mi tutora Dra. Lily, y a los doctores del seminario, en estos últimos meses aprendí una pequeña introducción de la especialidad que mas disfruto.*

*A mis amigos que han marcado y dejado huella en mí, los quiero mucho, gracias Meli, Diana, Rodrigo, Jair, Judith, Monis, Dianas, Mariel, Mari, Trini, Julio, Cristian, Christian, Jose Manuel, Areli, Oscar, Adrian, César, Ale, Felipe, Pablo, no quisiera dejar a ninguno fuera... Y en especial quiero agradecerte Julio por ayudarme a hacer posible este trabajo, por ser tan especial, me has acompañado en los mejores/peores momentos y me has demostrado tu apoyo y cariño con tantos detalles que nunca olvidaré.*

*A la familia Piñera Collins porque además de compartirme sus conocimientos, comparten su amistad, al Dr. Carlos Sánchez y familia, gracias por mostrarme el lado humano de esta profesión, gracias también a todos mis pacientes, especialmente a mis pacientes con mayor calidad humana que tan solo con una sonrisa muestran su agradecimiento y me hacen valorar todo lo que tengo y lo que soy.*

*Gracias Facultad de Odontología, gracias Universidad Nacional Autónoma de México.*



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. ANTECEDENTES	6
2. FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA	8
2.1. DEFINICIÓN	8
2.2. EMBRIOLOGÍA	9
2.3. ETIOLOGÍA	12
2.4. ANATOMÍA	14
2.5. DIAGNÓSTICO	19
2.5.1. FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA	19
2.5.2. SUBMUCOSO (ÚVULA BÍFIDA)	20
2.6. CLASIFICACIÓN	21
3. TRATAMIENTO INTEGRAL	23
3.1. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	25
3.1.1. QUEILOPLASTÍA	25
3.1.2. PALATOPLASTÍA	26
3.1.3. VELOPLASTÍA	29
3.1.4. FARINGOPLASTÍA	29
4. TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO	31
4.1. PLACAS OBTURADORAS	31
4.2. PLACAS ORTOPÉDICAS	31
4.3. TRATAMIENTO DENTAL	33
5. FONIATRÍA	37
5.1. EVALUACIÓN DE LA AUDICIÓN	37
5.2. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE	39
5.3. PRUEBAS	40
5.3.1. CEFI	40



---

<b>5.3.2. VALERO FERNÁNDEZ</b>	<b>43</b>
<b>5.4. EJERCICIOS</b>	<b>46</b>
<b>5.4.1. TERAPIA DE LENGUAJE</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>52</b>

## INTRODUCCIÓN

La fisura labio alveolo palatina es una anomalía congénita, caracterizada por la falta de unión de los procesos labiales, alveolares y palatinos, desarrollada entre la 4ª y 11ª semana de gestación, afectando con mayor frecuencia al sexo masculino. Su etiología es multifactorial, englobando los factores de riesgo en dos grupos: Factores hereditarios y Factores ambientales.

El diagnóstico puede ser realizado desde la gestación (a partir de la 16ª semana) mediante ecografía o inmediatamente al nacimiento en la inspección clínica. Dicha malformación afecta la fonación, deglución, audición, estética y psicología del paciente, por lo que es requerida la atención especializada de un equipo Médico multidisciplinario para llevar a cabo un adecuado tratamiento integral desde los primeros meses de vida del paciente. La fisura puede ser parcial o completa, con dimensiones variables, pudiéndose extender hasta la nariz.

El equipo Médico debe trabajar desde los primeros meses de vida conjuntamente para garantizar una mejor calidad de vida. La odontopediatría es una de las especialidades encargada de orientar, prevenir y educar tanto al paciente como a sus padres, principalmente enfocándose en la alimentación al nacimiento mediante la colocación de una placa obturadora, ortopedia de los maxilares, prevención, atención a caries y enfermedad periodontal.

El tratamiento quirúrgico es indispensable para lograr una armonía facial, devolviendo la funcionalidad, anatomía y estética. Para comenzar con éste tratamiento es indispensable cumplir con algunos parámetros individualizados para cada paciente, entre las diversas técnicas empleadas en la corrección de las Fisuras Labio Alveolo Palatinas se incluyen tres básicas: *Bernard Von Langenbeck*, *Wardill-Kilner* y *Doble Z plastia inversa de*

*Furlow*, cuando existen secuelas tras la cirugía es indicado realizar diversos tratamientos quirúrgicos sumados a los anteriores como son la veloplastía y faringoplastía.

El tratamiento foniátrico inicia inmediatamente que el paciente comienza con el desarrollo del habla al articular las primeras palabras, atendiendo los diversos trastornos de lenguaje, incluidos los defectos de origen auditivo, dichos trastornos son corregidos mediante terapia del lenguaje, que incluye diversos ejercicios para mejorar la funcionalidad orofacial.



## 1. ANTECEDENTES

Se han encontrado datos históricos de la existencia de malformaciones maxilofaciales desde los primeros tiempos. En la dinastía china Tang (650 a. C.) en sus textos médicos hacen referencia a la corrección del labio hendido.

Según Perello, a principios del siglo XIX se realizaron algunos intentos para cerrar fisuras de labio y paladar; aunque hay datos que demuestran indicios anteriores que nos llevan a las culturas paracas documentados a través de sus retratos de cerámica.

En algunos estados de la República Mexicana como Colima, Nayarit y Veracruz se han encontrado piezas de cerámica que pertenecen al período clásico entre los años 200 a 400 a. C., esto es relevante porque en dichas piezas de la cultura totonaca, se pueden observar malformaciones de labio superior así como desnutrición asociada a labio y paladar hendido.

Otros datos encontrados en el continente asiático fueron los del médico árabe Albucasis (1013-1106), estudioso que se dedicó a investigar las deformidades de la cara. De igual modo, algunas investigaciones llevadas a cabo en el continente africano por Smith y Dawson nos llevan a la aparición de una momia egipcia con fisura palatina.

Estas investigaciones demuestran que desde la antigüedad ha habido intentos por realizar tratamiento quirúrgico para las fisuras labiales, no así las fisuras maxilopalatinas, de las cuales existen muy pocas referencias. De ello podemos citar:

- a) Le Monnier (1764) da a conocer un caso de sutura del velo de paladar realizado con éxito.





- b) Eustaquio (1779) hace referencia sobre la disfagia y la disfonía de las fisuras palatinas.

Junto con estas investigaciones se conservan distintos métodos y técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las fisuras labio alveolo palatinas. Entre las que destacan:

- a) Roux (1819) y Von Grafe (1824). Primeros en realizar exitosamente dichas cirugías.
- b) Georgiade, Fara, Davis (1879).
- c) Thompson (1912).
- d) Hagedon (1924).
- e) Veau (1931).
- f) Wardill – Kilner (1937)
- g) Le Mesurier (1945).
- h) Mc Donald (1945).
- i) Trauner y Millard (1955).
- j) Bernard Von Langenbeck (1861)
- k) Crinin y Skoog (1969).
- c) Doble Z plastía inversa deFurlow (1980)

Y entre los más recientes Fava, Parisi, Jackson y Onizuka, Kernahan y Kaplan, Michans, entre otros.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Habbaby AN. Enfoque Integral del niño con Fisura Labiopalatina. Buenos Aires : Médica Panamericana; 2000.Págs.1-2

## 2. FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA

### 2.1. DEFINICIÓN

Es una anomalía congénita causada por la falta de fusión de las estructuras maxilares, el agujero incisivo determina fisura labial cuando se presentan fisuras anteriores y fisura palatina cuando se encuentra posterior a éste.<sup>2</sup>

Estas malformaciones se desarrollan entre la 4<sup>a</sup> y 11<sup>a</sup> semana de gestación. Es considerada la anomalía craneofacial más frecuente, se puede clasificar tomando como referencia la fosa incisiva. Su incidencia en México es de 1.39 casos por cada 1000 recién nacidos vivos, siendo 9.6 casos nuevos por día y 3,521 casos al año.<sup>3</sup>



Fig. 1 Fisura Labio Alveolo Palatina.<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Langman. Embriología Médica con Orientación Clínica. 10<sup>a</sup> ed. Chile : Médica Panamericana; 2007. Págs. 285-289

Gómez de Ferraris ME, Muñoz AC. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 3<sup>a</sup> ed. México DF : Medica Panamericana; 2009. Págs. 108-109

<sup>3</sup> Corbo Rodríguez MT, Marimón Torres ME. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001; 17(4): págs. 385-379.

<sup>1</sup>Fig. Archivo Lilia Espinosa Victoria.



La Fisura Labio Alveolo Palatina (FLAP) se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino mientras que la fisura palatina aislada es más frecuente en el sexo femenino.<sup>4</sup>

Esta malformación afecta la fonación, deglución, respiración, audición, estética y psicología del paciente.<sup>5</sup>

## 2.2. EMBRIOLOGÍA

Las hendiduras anteriores se producen debido a una deficiencia del mesénquima de la prominencia maxilar y de la prolongación palatina media.

Esta hendidura se extiende desde el labio y porción alveolar del maxilar, hasta la fosa incisiva, como consecuencia son separadas las partes anterior y posterior del paladar.

Las hendiduras posteriores son producidas por un desarrollo defectuoso del paladar secundario y a la falta de fusión de las prolongaciones palatinas laterales, también pueden contribuir otros factores como la anchura del estomodeo, la movilidad de las prolongaciones palatinas posteriores y focos de degeneración del epitelio palatino. Esta hendidura abarca el paladar secundario y se extiende por la región blanda y dura del paladar, hasta la fosa incisiva, como consecuencia se produce una separación de la parte anterior y posterior del paladar. .

---

<sup>4</sup> De la Teja Ángeles E, Madrigal GE, Durán Gutiérrez A. Diagnóstico de paladar hendido submucoso. Características clínicas e informe de un caso. Acta Pediátrica de México. 2006(enero-febrero); 27( 1): págs. 23-19.

<sup>5</sup> Secretaría de Salud . Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de Niños con Labio y Paladar Hendido. Lineamiento Técnico. 2006.



La hendidura unilateral del labio superior es debido a la falta de unión de la prominencia maxilar del lado afectado, con las prominencias nasales medias fusionadas.

Es el resultado de la falta de fusión de las masas mesenquimatosas, de la falta de proliferación del mesénquima y del aislamiento del epitelio del revestimiento. El epitelio del surco labial se distiende y los tejidos del suelo del surco se separan, dividiendo al labio en porción media y lateral.

La hendidura bilateral del labio superior, es debido a que las masas mesenquimatosas de las dos prominencias maxilares no se encuentran y no se unen con las prominencias nasales mediales fusionadas. Al distenderse el epitelio de los surcos labiales se rompe. Los grados de hendiduras en ambos lados pueden variar. Si existe una hendidura bilateral completa del labio y la porción alveolar del maxilar, las prolongaciones palatinas medias se proyectan hacia adelante provocando deformidades importantes debido a la pérdida de continuidad del músculo orbicular de la boca.

La hendidura media del labio superior, es rara y es debida a una deficiencia mesenquimatosas, produciendo falta de fusión parcial o completa de las prominencias nasales medias y de la formación de la prolongación palatina media.

La hendidura media del labio inferior también es rara y es debida a una fusión incompleta de las masas mesenquimatosas de las prominencias mandibulares y del aislamiento de la hendidura embrionaria entre ellas.

La hendidura del paladar anterior, es producida por la falta de unión de las masas mesenquimatosas de las prolongaciones palatinas laterales con el mesénquima del paladar primitivo.



La hendidura del paladar posterior, es producida por la falta de unión de las masas mesenquimatosas de las prolongaciones palatinas laterales con el tabique nasal.

Hendidura de los paladares anterior y posterior, es producida por la falta de unión de las masas mesenquimatosas de las prolongaciones palatinas laterales entre sí, con el mesénquima del paladar primitivo y el tabique nasal.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Morre K L, Persaud TVN. EMBRIOLOGÍA CLÍNICA.7ª ed. Barcelona : ELSEVIER; 2004.Págs. 285-289.

Gómez de Ferraris ME, Muñoz AC. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 3ª ed. México DF : Medica Panamericana; 2009.Págs. 108-109.



## 2.3. ETIOLOGÍA

La Fisura Labio Alveolo Palatina está asociada a diversos factores de riesgo por lo que se denomina como un defecto de origen multifactorial, en el que se encuentran implicados los siguientes factores:<sup>7</sup>

### 1.- Factores genéticos

Aproximadamente del 25 al 30% son casos con antecedentes familiares. Cuando un padre está afectado, se presenta del 15 al 20% y cuando ambos padres están afectados, esta cifra aumenta a 33%.

La FLAP se presenta en diversos síndromes, algunos de ellos son:

- ✓ Trisomía 13 o Síndrome de Patau.
- ✓ Trisomía 18 o de Edwards.
- ✓ Secuencia de Pierre Robin.
- ✓ Síndrome de Treacher Collins
- ✓ EEC: ectrodactilia, displasia ectodérmica y fisura labio palatina.
- ✓ Holoprosencefalia
- ✓ Meckel – Gruber
- ✓ Papillon Leage<sup>8</sup>

### 2.-Factores ambientales

Afectan al momento en que se produce un fallo de fusión en el proceso embriológico facial, dependiendo de la predisposición de

---

<sup>7</sup> Vila CN, García Marín F, Ochandiano Caicora S. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.( Vol. II) 2ª ed. España : Arán; 2009. Págs. 964. 986.

<sup>8</sup> Cruz M, Bosch J. Atlas de Síndromes Pediátricos. BARCELONA : ESPAXS; 1998. Pág. 188.



cada embrión, cualquier factor puede producir o no una anomalía en el desarrollo del cierre de los procesos maxilares, mandibulares y nasales causando muerte celular, alteración de los tejidos en crecimiento e interferencia en la diferenciación celular; debido a que en ocasiones la mujer está expuesta a diversos factores. Consideramos:

- ✓ Agentes infecciosos: Rubeola, toxoplasmosis, citomegalovirus.
- ✓ Efectos de radiaciones: Exposición incontrolada a rayos x, radiaciones ionizantes.
- ✓ Drogas: Talidomida
- ✓ Hormonas: Cortisona y diferentes esteroideos. Adrenalectomía.
- ✓ Deficiencias nutricionales:
- ✓ Estrés intrauterino<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Habbaby AN. Enfoque Integral del niño con Fisura Labiopalatina. Buenos Aires : Médica Panamericana; 2000. Págs. 26-41.

Nowak AJ. Odontología Para el Paciente Impedido. 1ª ed. Argentina : Mundi S.A.I.C y F.; 1979. Págs. 63-64.

Vila CN, García Marín F, Ochandiano Caicora S. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.( Vol. II) 2ª ed. España : Arán; 2009. Pág. 964.

Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría La Evolución del niño al adulto joven. España : Ripano; 2011. Pág. 705.



## 2.4. ANATOMÍA

### LABIOS

Están formados por tejidos blandos, delimitados internamente por mucosa oral y cubiertos externamente por piel. La parte cutánea del labio superior presenta un surco vertical poco profundo (*filtrum*), limitado por dos crestas verticales. En la cara interna de ambos labios, el frenillo labial une a los labios con la encía.

En el tejido submucoso, entre el tejido muscular y la mucosa oral se encuentran gran número de glándulas labiales, en el tejido subcutáneo se encuentran las glándulas sebáceas y pilosas.

*Músculos.*- Formados por el músculo orbicular de los labios, dispuesto alrededor del orificio bucal, entre la cara interna y externa de los labios. Su función es realizar el cierre del orificio bucal.

*Arterias.*-Proceden en mayor parte de las dos coronarias, que se desprenden de la arteria facial a nivel de las comisuras.

*Venas.*- Forman un plexo drenado y circulan mayormente debajo de la piel. Su terminación está en parte en la vena facial y en las venas submentonianas.

*Ganglios Linfáticos.*- Son numerosos y se ramifican en los ganglios submaxilares.

*Nervios.*- Las ramas motoras proceden del nervio facial, las ramas sensitivas del nervio suborbitario y del nervio mentoniano, ramas del trigémino.





## PALADAR

Está formado en la parte anterior por la bóveda palatina y en la parte posterior por el velo del paladar. La bóveda palatina está formada por 3 capas, mencionándolas de arriba hacia abajo son las siguientes:

*Capa ósea.*- Está constituida por las dos apófisis palatinas de los maxilares, unidas a las láminas horizontales de ambos palatinos. En la línea media, por delante se encuentra el agujero palatino anterior, que marca el límite entre el paladar primario y secundario. En los ángulos posterolaterales de la bóveda se abren los agujeros palatinos posteriores.

*Capa Mucosa.*- De color blanco-rosado, cubre la región en toda su extensión y está adherida al periostio subyacente.

*Capa Glandular.*- Las glándulas palatinas se encuentran al lado de la línea, entre la mucosa palatina y el periostio subyacente.

*Arterias.*- Proceden de la arteria esfenopalatina, pero sobretodo de la arteria palatina superior descendiente o anterior, ramas de la arteria maxilar interna. La arteria palatina superior desciende al conducto palatino posterior, en la bóveda palatina se dividen en dos ramas dirigiéndose a la parte anterior y posterior. Una de ellas la arteria palatina anterior, situada a unos milímetros del reborde alveolar, en contacto con el esqueleto, en la capa profunda de la mucosa. La arteria esfenopalatina llega a la bóveda palatina por el conducto palatino anterior y termina en la parte anterior de la región uniéndose con las ramas de la palatina superior.

*Venas.*- Siguen el mismo camino que las arterias, pero en sentido inverso. Algunas se introducen en el conducto palatino posterior, pasando por la fosa pterigomaxilar, terminando en el plexo pterigoideo. Otras



ascienden del conducto palatino anterior y se unen con las venas anteriores de la mucosa nasal a través del conducto palatino anterior.

*Ganglios Linfáticos.*- Forman una red que se continúa con la de las encías y el velo del paladar. Los conductos que emergen de esta red terminan en los ganglios situados sobre la yugular interna (ganglios yugulares subdigástricos).

*Nervios.*- Proviene del nervio palatino anterior y del esfenopalatino interno que forman las ramas del ganglio esfenopalatino. El nervio palatino anterior llega a la bóveda palatina por el conducto palatino posterior, el nervio esfenopalatino interno llega a través del conducto palatino anterior. Se anastomosan entre sí en el tercio anterior de la región y se distribuyen por los elementos propios de la mucosa y por las glándulas.

## VELO DEL PALADAR

Es un tabique musculo-membranoso que se prolonga por detrás de la bóveda palatina, por lo que constituye la porción blanda del paladar. Es móvil y contráctil, puede descender y elevarse. Al descender se pone en contacto con la lengua. Tiene función de esfínter e intercepta toda comunicación entre la cavidad bucal y la farínge, por un lado y la cavidad nasal por el otro.

En la parte posterior del paladar blando se encuentra la úvula, a ambos lados de ésta y hacia afuera se proyectan los pilares palatoglosos (anteriores) y palatofaríngeos (posteriores), entre ellos encontramos a las amígdalas.

Está constituido por la aponeurosis palatina, músculos del paladar, mucosas bucal y nasal y glándulas salivales menores.

La aponeurosis palatina es una hoja tendinosa ancha, muy resistente que se continúa detrás de la bóveda palatina ósea, ocupa el tercio anterior



del velo. En ella se fijan los músculos del velo del paladar. Se inserta hacia adelante en el borde posterior del paladar óseo y a la espina nasal, lateralmente a las apófisis pterigoides derecha e izquierda, hacia atrás tiene un borde libre correspondiente al borde libre del paladar blando.

*Músculos:* El paladar está conformado por 10 músculos, ubicados 5 de cada lado:

*Periestafilino interno.-* Músculo elevador del paladar. Se extiende de la base del cráneo al velo del paladar. Desciende en forma de V desde la base del cráneo hasta la aponeurosis palatina, al contraerse lleva al paladar blando hacia arriba y atrás, hasta que su superficie superior se ponga en contacto con la pared posterior de la faringe. Es antagonista del tensor del paladar y del glosostafilino.

*Periestafilino externo.-* Músculo tensor del paladar. Se extiende de la base del cráneo al velo del paladar. Se dirige hacia abajo y adelante, siguiendo el ala interna de la apófisis pterigoides, se transforma en un tendón que se refleja sobre el gancho pterigoideo, posteriormente se dirige transversalmente hacia adentro terminando en forma de abanico en la cara inferior de la aponeurosis del velo del paladar. Individualmente cada tensor del velo del paladar desvía el paladar hacia un lado. Actuando simultáneamente ambos músculos tensan el paladar blando, convirtiéndolo en una estructura plana.

Como función accesoria, este músculo actúa sobre la trompa de Eustaquio, permitiendo la equiparación entre las presiones del oído medio y la cavidad nasofaríngea.

*Palatoestafilino.-* Único músculo propio del paladar. Está situado en la cara posterior del velo del paladar, a cada lado de la



línea media. Se origina en la aponeurosis palatina, detrás de la espina nasal posterior, se dirige hacia atrás y abajo, terminando en el vértice de la úvula. Al contraerse acortan la longitud del velo del paladar y contraen a la úvula encorvándola hacia atrás.

*Glosoestafilino.*- También palatogloso. Constituye el pilar anterior del velo. Nace de la base de la lengua, asciende formando la cresta del pilar anterior de la fosa amigdalina y termina expandiéndose en el velo, entrecruzando sus fibras con las del lado opuesto. Tiene una acción opuesta a la del elevador del paladar, estrechando la apertura entre la faringe y la boca durante la fonación.

*Faringoestafilino.*- También palatoestafilino. Se extiende de la faringe al paladar. Nace de dos fascículos en la superficie superior de la aponeurosis palatina, desciende formando el pilar posterior amigdalino y se inserta en parte en el cartílago tiroideo y en parte fundiéndose con el constrictor inferior de la faringe. Actúa estrechando el istmo faringonasal aproximando entre sí los pilares posteriores, es elevador de la laringe y la faringe. Durante su contracción ayuda al cierre nasofaríngeo.

*Arterias.*- Proceden de tres orígenes: De la arteria palatina superior o descendiente, rama de la maxilar interna; de la arteria palatina inferior o ascendente, rama de la arteria facial; de la arteria faríngea inferior, rama de la carótida externa.

*Venas.*- Divididas en dos grupos: Superiores e inferiores; los superiores terminan en el plexo venoso de la fosa cigomática, los inferiores se unen con las venas de las amígdalas y con la base de la lengua, desemboca en la yugular interna.



*Ganglios Linfáticos.*- Se dividen en superior e inferior, terminan en los ganglios de la cadena yugular interna.

*Nervios.*- Los nervios sensitivos provienen del nervio maxilar superior, que da ramas pterigopalatinas para el ganglio pterigopalatino y que por medio de los Nervios palatinos lo inervan al igual que a la úvula y la amígdala.

*Nervios motores.*- Los músculos del velo del paladar están inervados por los nervios glosofaríngeo, vago y espinal a través del plexo faríngeo, excepto el músculo tensor que es inervado por el Nervio Pterigoideo medial a través del ganglio ótico.

Controlan los músculos que ayudan a articular sonidos en el paladar blando, la posición de la úvula, el movimiento y posición del velo del paladar y el reflejo nauseoso.<sup>10</sup>

## **2.5. DIAGNÓSTICO**

### **2.5.1. FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA**

La FLAP afecta el labio, cresta alveolar, paladar duro y paladar blando con diferente grado de intensidad. El 75% de los casos son unilaterales. El lado izquierdo suele ser más afectado que el derecho.

En la actualidad el diagnóstico se realiza en el control ecográfico, durante el embarazo, a través de la vista ultrasonográfica Town, que permite observar la región bucal en proyección mento-nasal, practicado a partir de la 16ª semana. A partir de la 20ª semana puede complementarse el diagnóstico con una resonancia magnética, esta técnica proporciona un mejor contraste

---

<sup>10</sup> Tresserra Llauro L. Tratamiento del Labio Leporino y Fisura Palatina. Barcelona : Jims; 1977. Págs. 19-28.



de tejidos, es multiplanar independientemente de la posición fetal y no tiene efectos adversos.

La fisura labial es diagnosticada cuando hay discontinuidad en el labio superior sin evidencia de pérdida de continuidad en la cresta alveolar subyacente. En la fisura labio palatina se aprecia la pérdida de continuidad en el labio y en la cresta alveolar, se puede observar mejor en el plano sagital.<sup>11</sup>

### **2.5.2. SUBMUCOSO (ÚVULA BÍFIDA)**

Paladar submucoso: Malformación congénita en la que el paladar óseo no se encuentra unido en la línea media, únicamente se encuentra unida la mucosa que lo recubre.

Su diagnóstico es obtenido por la presencia de los siguientes signos patognomónicos:

- a) Úvula bífida (ancha o con ranura central).
- b) Adelgazamiento central del paladar blando (zona traslúcida).
- c) Muesca palpable en el borde posterior del paladar duro.
- d) Voz nasal. Causa alteración en la articulación de la e, g, d y b.

---

<sup>11</sup> Vila CN, García Marín F, Ochandiano Caicora S. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.( Vol. II) 2ª ed. España : Arán; 2009.Pág. 965.

Garmendía Hernández G, Felipe Garmendía AM, Vila Morales D. Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino. Revista Cubana de Estomatología. 2010(abril-junio); 47 (2).

MA. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. 2004(enero); 15: págs. 11 - 3.

Arenas Ramírez J. García González P. Duplá Paruges B. Iñarrea Fernández J. Otero Chouza M. Holoprosencefalia. Papel de la resonancia magnética en el diagnóstico prenatal. Radiología. 2007;49(5):362-5.



Anatómicamente se puede observar una separación del músculo del velo del paladar, igual que en las hendiduras abiertas.<sup>12</sup>

## 2.6. CLASIFICACIÓN

Stark y Kernahan en 1958 proponen una ingeniosa y sencilla clasificación de fisuras labio-palatinas que abarca todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario.

Sugiere una esquematización con una “Y con rayas”. Divide el paladar duro en fisuras completas e incompletas utilizando dos cajas; el paladar blando y la úvula se ilustran con una tercera caja. Las ramas de la Y que representan el paladar primario y los labios

Esta clasificación, aprobada en 1967 por la Confederación Internacional de Cirugía Plástica, se basa en nociones embriológicas y sitúa las lesiones en el espacio bucal (topografía) y en la etapa de gestación (cronología).

El comité de nomenclatura de la Asociación Americana de Paladar Hendido (ACPA) reconoce tres clases fundamentales: las fisuras anteriores en el canal palatino anterior, las fisuras posteriores en el canal palatino inferior y la combinación de ambos. La delimitación entre el paladar primario y el secundario se sitúa al nivel del canal palatino anterior, con respecto a las secuencias del desarrollo embrionario.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> De la Teja Ángeles E, Madrigal GE, Durán Gutiérrez A. Diagnóstico de paladar hendido submucoso. Características clínicas e informe de un caso. Acta Pediátrica de México. 2006(enero-febrero); 27( 1): págs. 23-19.

Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009.Pág. 327.

<sup>13</sup> Corbo Rodríguez MT,Marimón Torres ME. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001; 17(4): págs. 385-379.

Ford MA. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. 2004(enero); 15: págs. 11 - 3.

### Hendidura del paladar primario

1. Subtotal
2. Unilateral
3. Bilateral

### Hendidura del paladar secundario

4. Subtotal
5. Total

### Hendidura del paladar primario y secundario

6. Unilateral subtotal
7. Unilateral total
8. Bilateral<sup>14</sup>

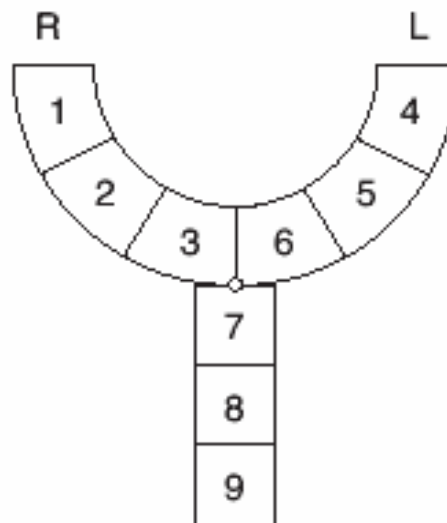


Fig. 2 "Y" de Kernahan 1, 4: labio; 2, 5: cresta alveolar; 3, 6: paladar duro entre la cresta alveolar y el orificio del incisivo; 7, 8: paladar duro; 9: paladar blando.<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Fig. Noirrit-Esclassan E. Pomar P. Esclassan R. Rerrie B. Galinier P. Woisard V . Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire; 2008.

<sup>14</sup> Secretaría de Salud . Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de Niños con Labio y Paladar Hendido. Lineamiento Técnico. 2006. Págs. 13-14.





### 3. TRATAMIENTO INTEGRAL

Es la integración de un equipo Médico multidisciplinario para la atención al paciente con FLAP de manera que se pueda llevar a cabo un adecuado tratamiento y sea realizado de una manera eficiente.

El grupo Médico especialista está integrado por:

**CIRUJANO PLÁSTICO Y RECONSTRUCTIVO:** Su objetivo es, mediante una cirugía temprana la rehabilitación funcional y estética de los tejidos involucrados en las FLAP. Son requeridas como mínimo cuatro cirugías:

3 meses: Cierre de labio, paladar duro y plastía de punta nasal.

12 a 18 meses: Cierre del paladar y faringoplastia.

6 a 8 años: Injerto óseo alveolar

Después de 14 años: cirugía estética facial: rinoseptumplastía, mentoplastía.

**PEDIATRA:** Médicos con experiencia en el tratamiento de estos niños, quienes elaboran un plan individual por ser ellos el contacto inicial en el recién nacido en conjunto con el Neonatólogo.

**ORTODONCISTA Y ODONTOPEDIATRA:** Se registra y clasifica la FLAP, se le indica a la madre cómo debe llevar a cabo la alimentación e higiene, así como los cuidados específicos.

Se realiza el diseño, la colocación y el control de la aparatología ortopédica-ortodóncica prequirúrgica.



**OTORRINOLARINGÓLOGO:** Los niños con FLAP suelen tener infecciones óticas ya que al no desarrollarse correctamente su paladar y los músculos palatinos, no se abren adecuadamente las trompas de Eustaquio.

**PSICÓLOGO:** Es indispensable la orientación psicológica tanto para el niño, como para su familia, se puede realizar ésta mediante grupos de personas con las mismas problemáticas.

**FONIATRA:** Al existir pérdida de la audición es común que encontremos problemas de aprendizaje del habla, es necesario recibir terapia para el desarrollo del lenguaje, articulación correcta y balance de resonancia de voz una vez que se haya realizado la cirugía reconstructiva del paladar.

**NUTRIÓLOGO:** La alimentación materna puede resultar complicada los primeros meses, pero con el adecuado apoyo a las madres para lograr un buen amamantamiento se puede beneficiar al paciente aportándole los nutrimentos necesarios para su salud y crecimiento.

**GENETISTA:** Interviene de manera importante en el asesoramiento, sobre todo en la prevención secundaria y terciaria. El consejo genético puede tener diferentes momentos, se debe tener diagnóstico de certeza y cálculo de riesgos de recurrencia, conocimiento de la historia natural del padecimiento y de las medidas de rehabilitación física y psicológica, diagnóstico de heterocigocidad y en casos necesarios, ponderación de la carga genética.

**AUDIÓLOGO:** Diagnostica en forma temprana la otitis media para prevenir la hipoacusia.

**TRABAJADOR SOCIAL:** Orienta a las familias llevando a cabo actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación.



**ENFERMERÍA:** Apoyo a padres, brinda información, estimula y demuestra atributos y perspectivas de niños con FLAP, apoya la alimentación a seno materno de los lactantes. Preparación y apoyo pre y pos quirúrgico.

**ANESTESIÓLOGO:** Debe tener especial preparación en el manejo anestésico de estos pacientes, para evitar o reducir al mínimo las complicaciones durante los eventos quirúrgicos o que requieran anestesia.<sup>15</sup>

### **3.1. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS**

El momento para la reparación de la FLAP debe individualizarse para cada paciente, pero existe una serie de parámetros básicos para la realización de ésta cirugía: 10 semanas de edad, 10 libras de peso (4.5kg) y 10 gramos de hemoglobina.

El objetivo principal del cierre de la fisura palatina es la movilización de los tejidos del paladar para llevarlos a una aproximación tisular con una mínima tensión e incluso sin tensión alguna.<sup>16</sup>

#### **3.1.1. QUEILOPLASTÍA**

El objetivo de esta técnica quirúrgica es restaurar la continuidad del músculo orbicular de los labios proporcionando funcionalidad, así como recuperar la anatomía y estética labial. La técnica de Millard es la más destacada.

*Rotación y avance d Millard.-* El elemento labial medial es rotado hacia abajo, si es necesario se puede realizar un corte trasero, el elemento lateral

---

<sup>15</sup> Secretaría de Salud . Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de Niños con Labio y Paladar Hendido. Lineamiento Técnico. 2006.Págs. 18- 19.

<sup>16</sup> Alarcón Almanza JM. Labio y paladar hendido. 2010(abril-junio); 33 (1): págs. S78-S76.  
Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009.Pág. 328.

labial avanza hacia el defecto debajo de la base nasal. Para cubrir la nariz y el vestíbulo del labio se utilizan colgajos mucosos.

La ventaja de esta técnica es que crea una adecuada proyección del labio, ya que se la tensión es provocada bajo la base nasal, en lugar de hacerlo a lo largo del borde bermellón.<sup>17</sup>

### 3.1.2. PALATOPLASTÍA

Está basada sobre todo en 3 técnicas básicas, de las cuales han realizado combinaciones y modificaciones, sin embargo siguen siendo la base de las técnicas quirúrgicas del cierre del paladar.

*Bernard Von Langenbeck.*- Describe el uso de colgajos mucoperiosticos bipedunculados para el cierre del paladar duro. En esta técnica se realiza la aproximación de lado a lado de los márgenes de la hendidura del paladar duro y del paladar blando, con separación de las fibras del músculo elevador

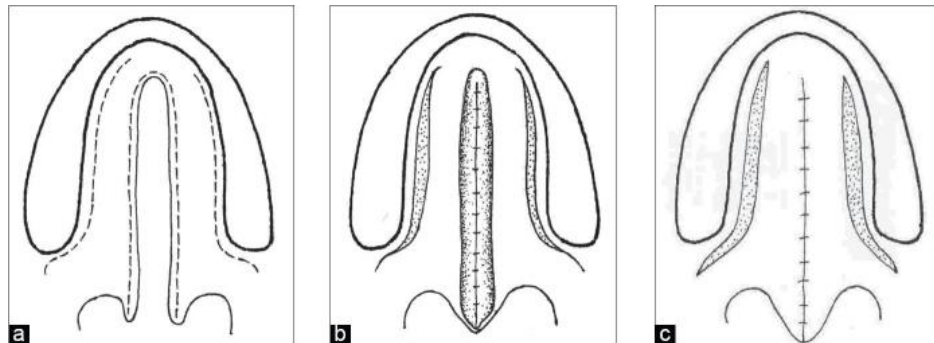


Fig. 3 Palatoplastia técnica Bernard Von Langenbeck<sup>3</sup>

<sup>17</sup> Raspall G. Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. Madrid : Médica Panamericana; 1997. Pág. 42.

Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009.Pág. 328

<sup>3</sup> Fig. Agrawal K. Cleft palate repair and variations. Indian Journal of Plastic Surgery. 2009(october); 42: págs. S109-S102.

de su inserción ósea y con incisiones laterales de descarga. En el lado sin hendidura, se puede añadir un colgajo de vómer para proporcionar una doble capa al cierre del paladar duro. Esta técnica es utilizada en la reparación del paladar hendido aislado.<sup>18</sup>

*Wardill-Kilner.*- Esta técnica es realizada mediante un avance del mucoperiostio del paladar duro mediante colgajos de avance en V-Y. Esta técnica tiene la ventaja de alargar el paladar y colocar el músculo elevador en una posición más favorable.

La mayor elongación es obtenida del paladar blando, ya que el mucoperiostio es muy rígido. Una de las desventajas de esta técnica, es que

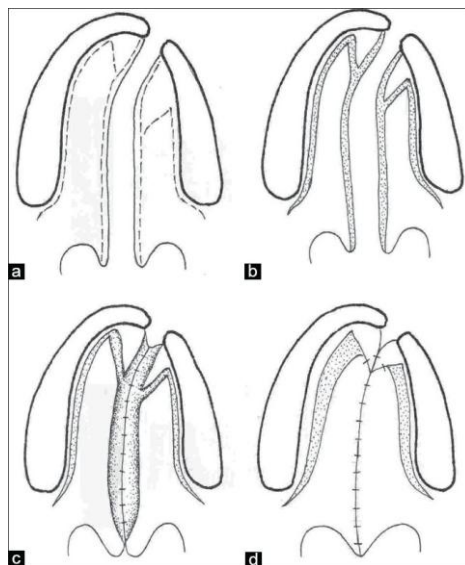


Fig. 4 Palatoplastia técnica Wardill Kilner<sup>3</sup>

<sup>18</sup> Agrawal K. Cleft palate repair and variations. Indian Journal of Plastic Surgery. 2009(october); 42: págs. S109-S102.

León Pérez J. A., Sesman Bernal, A. L., Fernández León Pérez JA, Sesman Bernal AL, Fernández Sobrino G. Palatoplastia con incisiones mínimas. Proposición de una técnica y revisión de la literatura. 2009(enero-marzo); 35(1).

Loré JM. Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas. 3ª ed. Argentina : Médica Panamericana; 1990. Pág. 434.

Monserrat Soto ER, Sillet M. Paladar Hendido Tratamiento Quirúrgico (Reporte de un Caso). Acta Odontológica Venezolana. 200; 40 (3).

quedan dos zonas de hueso membranoso expuestas, cicatrizan por segunda intención alrededor de 2 ó 3 semanas, estas zonas dan lugar a distorsiones en el crecimiento maxilar y la oclusión dental.<sup>19</sup>

*Doble Z plastia inversa de Furlow.*- Se trata de una intervención de tejidos blandos y consiste en dos Z-plastias, una en la mucosa oral y otra orientada al lado contrario de la mucosa nasal del paladar blando; el músculo elevador queda incluido en el colgajo de pedículo posterior de la Z-plastia, como consecuencia el elevador de un lado permanece en el colgajo de la mucosa oral, el elevador contralateral queda en el lado de la mucosa nasal.

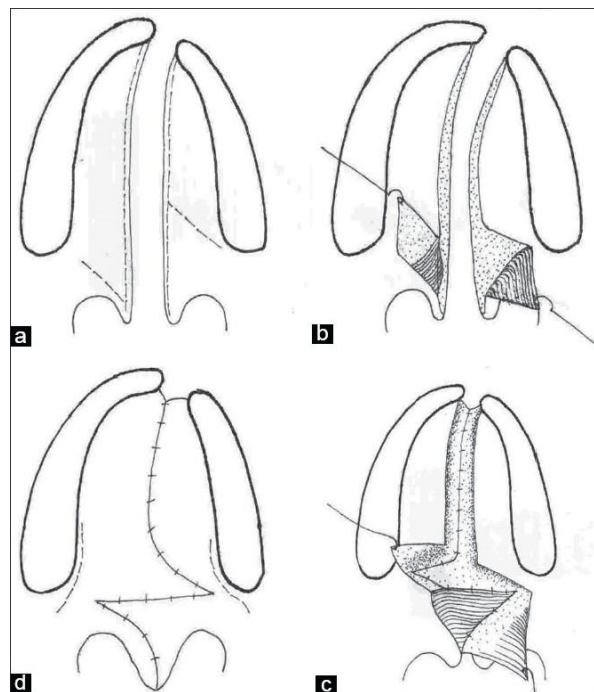


Fig. 5 Palatoplastia técnica Doble Z plastia inversa de Furlow<sup>3</sup>

<sup>19</sup> Agrawal K. Cleft palate repair and variations. Indian Journal of Plastic Surgery. 2009(october); 42: págs. S109-S102.

León Pérez JA, Sesman Bernal AL, Fernández Sobrino G. Palatoplastia con incisiones mínimas. Proposición de una técnica y revisión de la literatura. 2009(enero-marzo); 35(1).

Ming Leow A, Jou Lo L. Palatoplasty: Evolution and Controversies. Chang Gung Med J. 2008.( july-august); 31 (4): págs 342-335.

Loré JM. Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas. 3ª ed. Argentina : Médica Panamericana; 1990.Pág. 438.



El paladar duro se cierra con un colgajo de vómer en una o dos capas, cuando es posible avanzar el mucoperiostio de los bordes de la fisura.<sup>20</sup>

### **3.1.2. VELOPLASTÍA**

Cuando la acción valvular velo faríngea está alterada se presenta dificultad de deglución y fonación hipernasal, en dichos casos, es indicado realizar una veloplastia (Reparación del músculo elevador). Se realiza mediante disección de las mucosas oral y nasal.

Se disecciona el vientre del músculo elevador del paladar por separado y se sutura de forma independiente, éste músculo es dominante para la elevación del velo del paladar durante el habla. Ésta técnica ha dado grandes resultados en el desarrollo del lenguaje.<sup>21</sup>

### **3.1.4. FARINGOPLASTÍA**

Es realizada posterior al tratamiento quirúrgico del cierre del paladar, cuando en algunos pacientes existe escape de aire nasal al hablar, producido por cicatrización, pérdida de tejidos, acortamiento del paladar blando, movimiento inadecuado del músculo elevador o formación de fístulas.

---

<sup>20</sup> Ming Leow A, Jou Lo L. Palatoplasty: Evolution and Controversies. Chang Gung Med J. 2008.( july-august); 31 (4): págs 342-335.

León Pérez JA, Sesman Bernal AL, Fernández Sobrino G. Palatoplastia con incisiones mínimas. Proposición de una técnica y revisión de la literatura. 2009(enero-marzo); 35(1).

Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009.Pág. 333

<sup>21</sup> Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009. Págs. 233-234.

Agrawal K. Cleft palate repair and variations. Indian Journal of Plastic Surgery. 2009(october); 42: págs. S109-S102.



*Colgajo Faríngeo.-* Se toma mucosa, submucosa y tejido muscular de la pared faríngea posterior, en la mayoría de los procedimientos con una base superior cerca del tejido adenoideo.

*Faringoplastía en esfínter.-* Se realiza con colgajos elaborados de los pilares amigdalinos posteriores, se incluye al músculo palatofaríngeo con el fin de obtener un colgajo teóricamente innervado. Para suturar los dos colgajos se crea un área desnuda en la pared faríngea posterior, debajo de las adenoides, obteniendo un puerto central disminuido y mayor superficie de prominencia para el contacto con el velo.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009. Págs. 334-335.  
Sloan GM. Posterior Pharyngeal Flap and Sphincter Pharyngoplasty: The State of the Art. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2000(February); 37 (2): págs. 122-112.  
Loré JM. Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas. 3ª ed. Argentina : Médica Panamericana; 1990. Pág. 442.





## 4. TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO

### 4.1. PLACAS OBTURADORAS

Las placas palatinas están indicadas en las fisuras que afectan el paladar duro y el velo del paladar.

Fueron introducidas a inicio de los años 50 por McNeil (1954), retomadas posteriormente por Burston (1958) y modificadas por Hotz y Gnoinski, son realizadas y colocadas desde el nacimiento hasta la veloplastia si la intervención se realiza en dos tiempos o hasta la palatoplastia si se desarrolla en un solo tiempo.

Tienen una serie de funciones que ayudan al tratamiento: evitan la interposición de la lengua en los bordes de la fisura, permitiendo que el tamaño de la fisura disminuya y permitiendo una deglución fisiológica, facilitan la succión, ya que separa la cavidad bucal de la nasal, guía el crecimiento de los segmentos maxilares, que tienden a unirse en la línea media.<sup>23</sup>

### 4.2. PLACAS ORTOPÉDICAS

Es realizado un tratamiento ortopédico para corregir desplazamientos severos de los fragmentos maxilares en las fisuras unilaterales y bilaterales totales.

---

<sup>23</sup> Vila CN, García Marín F, Ochandiano Caicora S. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.( Vol. II) 2ª ed. España : Arán; 2009. Págs. 971-972.

Noirrit-Esclassan E. Pomar P. Esclassan R. Rerrie B. Galinier P. Woisard V . Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire; 2008.

### *Gato y argolla de compensación*

Se puede incluir un gato en la placa con el fin de compensar la endognacia del pequeño fragmento en las fisuras unilaterales, que podrían justificarse por la ausencia de impulso de crecimiento del septo nasal al cual este fragmento no se une.

El gato se coloca lo más alto y adelante posible en la resina y la argolla de compensación se posiciona en la parte posterior para que sirva de eje de rotación

### *Aparato ortopédico nasolabial*

Brecht, Grayson y Cutting describen un aparato ortopédico preoperatorio que estimula y reposiciona las partes óseas bucales, pero también los tejidos blandos y los cartílagos nasales. En el reborde labial de una placa pasiva se implanta una varilla nasal de resina acrílica que penetra por el orificio nasal cuando la amplitud de la fisura en el nivel anterior es inferior o igual a 6 mm. Esta permite sostener y modelar la cúpula nasal y los cartílagos de las aletas nasales hacia el exterior y hacia adelante, lo que corrige el aplastamiento de la nariz. Esta etapa de modelado nasoalveolar prequirúrgico utilizado en coordinación con la cirugía mejora los resultados estéticos.<sup>24</sup>



Fig. 6 Aparato ortopédico nasolabial.<sup>1</sup>

<sup>24</sup> Noirrit-Esclassan E. Pomar P. Esclassan R. Rerrie B. Galinier P. Woisard V . Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire; 2008.



### 4.3. TRATAMIENTO DENTAL

La odontopediatría, como integrante del equipo multidisciplinario para la atención de los pacientes con FLAP busca orientar, prevenir y educar al niño y a los padres en todas las áreas estomatológicas, principalmente en tratamientos de prevención, caries, enfermedad periodontal y detección precoz de malos hábitos con objeto de lograr un crecimiento armónico y libre de enfermedades bucales, dentro de las posibilidades de cada paciente y facilitar la instauración y el desarrollo de los tratamientos correctores y rehabilitadores.

Ésta atención se inicia desde los primeros días de vida del paciente con FLAP, colaborando en la promoción de la lactancia materna, continuando con la profilaxis, mantenimiento o restauración de las diferentes estructuras y funciones bucales, que servirán como sustrato fundamental en el éxito de los tratamientos necesarios, ya sean ortopédicos, quirúrgicos, fonoaudiológicos o kinesiológicos.

A la exploración, podemos observar algunas alteraciones dentoalveolares como:

- ✓ Maloclusión
- ✓ Microdoncia
- ✓ Agenesia
- ✓ Retención dental
- ✓ Dientes supernumerarios
- ✓ Hipoplasia
- ✓ Pigmentaciones en las piezas contiguas a la fisura
- ✓ Alteraciones de forma en incisivos en relación a su colateral



También se encuentran alteraciones generales como:

- ✓ Disfunciones psicológicas, alteraciones fonéticas y del lenguaje
- ✓ Trastornos de la audición
- ✓ Trastornos de la respiración
- ✓ Hipertrofia de amígdalas y adenoides
- ✓ Desviación del tabique nasal

Es posible encontrar secuelas secundarias a intervenciones terapéuticas como:

- ✓ Retrognasia y compresión maxilar
- ✓ Trastornos de alineación dentaria
- ✓ Insuficiencia velofaríngea
- ✓ Pérdida de tejidos duros (óseos y dentarios) o blandos
- ✓ Enfermedad periodontal<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Puebla MD, Cortés J. Intervención Odontopediátrica en Niños Fisurados Labio Máximo Palatinos. Revista Dental de Chile. 2004; 95 (2): págs. 39-34.



## ODONTOPEDIATRÍA

### DE 0 A 3 AÑOS

OBSERVAR Y CONTROLAR	ORIENTAR, PREVENIR Y EDUCAR
<p><b>1. Presencia de dientes natales/ neonatales.</b></p> <p><b>2. Presencia de nódulos de Bohn.</b></p> <p><b>3. Presencia de Perlas de Eptein.</b></p> <p><b>4. Quistes de la Lámina Dental.</b></p> <p><b>5. Micrognasias / macrognasias.</b></p> <p><b>6. Lengua escrotal, geográfica.</b></p> <p><b>7. Frenillo lingual.</b></p> <p><b>8. Petequias bucales (Púrpura).</b></p> <p><b>9. Edema Angioneurótico (hereditario/ no hereditario)</b></p>	<p><b>1. Alimentación y amamantamiento:</b>  <b>De 0 a 6 meses:</b> Sin restricción (materna)  <b>De 6 meses a 2 años:</b> No agregar azúcares al biberón. Comenzar la enseñanza con vaso desde el año de edad.  <b>De 2 a 3 años:</b> Uso de vaso. Adelantar el horario de consumo de leche nocturna.</p> <p><b>2. Caries tipo biberón:</b> Concepto de ventana de infectividad (no pasar ni probar nada de la boca de un adulto a la boca del niño).          Afecta a niños hasta el primer año de vida. Educar a la madre sobre su etiología, para eliminar malos hábitos.          Asesoramiento dietético (no permitir consumo de jugos azucarados, bebidas o golosinas entre comidas y en la noche).          Control según dolor. Tratamientos preventivos y curativos (uso de Flúor, en sus distintas presentaciones; ionómeros y sellantes;          tratamientos pulpares y exodoncias según sintomatología: observación clínica).</p> <p><b>3. Limpieza y cepillado:</b> Comenzar limpieza de rodetes antes de la erupción de las piezas dentarias con gasa, algodón y agua tibia.          Comenzar con cepillo cuando erupcionaron los molares (sin pasta dental). Mayor higiene en piezas cercanas a la fisura.</p>

Tabla 1 Tratamiento de 0 a 3 años. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tabla. Puebla MD, Cortés J. Intervención Odontopediátrica en Niños Fisurados Labio Máxilo Palatinos. Revista Dental de Chile. 2004; 95 (2): págs. 39-34.

<b>DE 3 A 6 AÑOS</b>	
<b>OBSERVAR</b>	<b>INDICAR Y TRATAR</b>
1.- Dentición temporal completa (oclusión 2os molares temporales).	1. Utilización de barniz flúor en dentición temporal y mixta.
2.- Observar erupción 1os molares permanentes (llaves de oclusión).	2. Sellar surcos de 1os molares permanentes y de 1os y 2os molares temporales.
3.- Agenesias dentarias, dientes supernumerarios.	3. Indicar higiene oral con técnica de cepillado, después de cada comida (con supervisión de los padres).
4.- Presencia de manchas blancas.	4. Asesoramiento dietético: evitar dulces (bebidas gaseosas, jugos azucarados) e hidratos de carbono entre comidas. Indicar el consumo de frutas y verduras.
5.- Presencia de hipoplasias.	5. Tratamiento restaurativo en caries de dientes temporales para lograr una oclusión favorable e impedir pérdidas de espacios).
6.- Control de malos hábitos (succión de dedo, uso de biberón, respiración bucal).	6. Desgaste de interferencias en caninos (para lograr mejor desarrollo de los maxilares).
7.- Arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio.	

Tabla 2 Tratamiento de 3 a 6 años. <sup>1</sup>

<b>DE 6 A 14 AÑOS</b>	
<b>OBSERVAR</b>	<b>INDICAR Y TRATAR</b>
1. Erupción de incisivos superiores e inferiores.	1. Guía oclusal pasiva (mantenedores de espacio y extracciones seriadas).
2. Erupción de caninos y premolares.	2. Remitir a ortodoncia para guía oclusal activa (recuperadores de espacio, control de hábitos, ajustes oclusales).
3. Relación de arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio.	

Tabla 3 Tratamiento de 6 a 14 años. <sup>1</sup>



## 5. FONIATRÍA

Se ha estudiado que los niños con FLAP muestran retraso en el desarrollo del lenguaje, tanto de manera receptiva (comprensión), como de manera expresiva (producción). Esto es debido a la disminución auditiva, por lo tanto a la limitación de sonidos y palabras.

Hay varios factores que contribuyen a la presencia de diferencias en la hipernasalidad y la articulación en niños con FLAP reparada. En relación con el adecuado cierre velofaríngeo, es importante tener en cuenta: el estado de la reparación del paladar primario y secundario, la presencia de patrones compensatorios articulares, la integridad, la capacidad y las relaciones de comunicación oral, las estructuras faríngeas y nasales (la alineación dental, la presencia de fístulas, el estado de las amígdalas y adenoides, la permeabilidad de las fosas nasales, etc), así como en general la anatomía y fisiología velofaríngea.<sup>26</sup>

### 5.1. EVALUACIÓN DE LA AUDICIÓN

Actualmente se acepta que la fisura del paladar no siempre provoca incremento de otitis media, como se afirmaba hasta hace unos años, pero es evidente que los niños con FLAP presentan mayor incidencia de patología ótica.

---

<sup>26</sup> Nagarajan R, Savitha VH, Subramaniyan B. Communication disorders in individuals with cleft lip and palate: An overview. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2009 (October); 42: págs. S143 - S137.

Henningsson G, Kuehn DP, Sell D, Sweeney T, Trost-Cardamone JE, Whitehill TL. Universal parameters for Reporting Speech Outcomes in Individuals With Cleft Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2008(January); 45 (1): págs. 17-1.



El oído medio se ve afectado ya que los músculos tensores y elevadores del velo del paladar permiten la comunicación de la trompa de Eustaquio con la nasofaringe.

La otitis media se produce por la interferencia de aireación y drenaje del oído con la acumulación de líquido en el oído medio.

Cuando se hace crónica dicha patología, debido a las alteraciones estructurales velares, se manifiesta un síntoma principal: la interferencia de la audición, produciéndose una hipoacusia conductiva de diferente grado según la intensidad de afección.<sup>27</sup>

Defectos de origen auditivo:

*Sustitución de consonantes.*- Debido a la falta de audición en fonemas agudos, frecuentemente son confundidas las explosivas sordas, con menor frecuencia las explosivas sonoras o pueden sustituirse sordas por sonoras.

*Alteración de las vocales.*- Falta de nitidez y confusión de las vocales. Generalmente sustituidas por un sonido nasal.

*Sigmatismos.*- Son articulados de la misma forma los fonemas /ç/, /s/, /x/ y /θ/, o se sustituyen por un sigmatismo nasal, interdental o adental. Se necesita tener una buena audición en los agudos para percibir los armónicos de la /s/.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Vila CN, García Marín F, Ochandiano Caicora S. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.( Vol. II) 2ª ed. España : Arán; 2009. Pág. 989.

Perelló J. TRASTORNOS DEL HABLA. 5ª ed. Barcelona : Masson, S.A.; 1990.

Raspall G. Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. Madrid : Médica Panamericana; 1997. Pág. 41.

<sup>28</sup> Raspall G. Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. Madrid : Médica Panamericana; 1997. Pág. 511.





## 5.2. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Los pacientes con FLAP presentan trastornos en la producción del lenguaje, debido a las anomalías en la estructura oronasal, orofacial y crecimiento.

Dichos trastornos son:

- ✚ *Golpe de glotis.*- Los fonemas /p/, /b/, /t/, /d/, /k/ y /g/ son sustituidos por un pequeño ruido, con o sin vibración, en función de la sonoridad o sordera del fonema.
- ✚ *Ronquido faríngeo.*- En ocasiones se acompaña de vibraciones laríngeas y reemplaza a las consonantes /s/, /ç /, /x/, /θ/ y en ocasiones la /f/ y /r/.
- ✚ *Soplo nasal.*- Es el escape de aire por la nariz durante la emisión de las palabras, alterando el sonido de todos los fonemas excepto a los nasales.
- ✚ *Rinofonía.*- La mayoría de las divisiones palatinas presentan una rinofonía mixta debida a una obstrucción nasal y a la insuficiencia del velo palatino.
- ✚ *Falta de presión aérea oral.*- Durante la articulación de fonemas oclusivos, la presión aérea de la cavidad bucal es constante aún con la oclusión de las fosas nasales.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Raspall G. Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. Madrid : Médica Panamericana; 1997. Págs. 506-510.



## 5.3. PRUEBAS

### 5.3.1. CEFI

El “Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil” CEFI consta de 49 láminas que se refieren en su mayoría a sustantivos, las cuales se le pide al niño reconocer y nombrar sin ayuda del examinador. La prueba evalúa consonantes aisladas y grupos consonánticos en ataque complejo y en posición de coda silábica.

Para contabilizar y evaluar las emisiones de los sujetos la prueba CEFI organiza a los fonemas en:

consonantes aisladas, grupos consonánticos y diptongos. Las consonantes, a su vez, son organiza-das en cinco grupos según el modo articulatorio:

*/b/, /d/, /j /, /g/ : sonoras orales*

*/p/, /t/, /tʃ /, /k/: sordas no continuas*

*/f/, /s/, /x/: sordas continuas*

*/m/, /n/, /ɲ /: nasales*

*/ɾ /, /r/, /l/: laterales*

El protocolo del test CEFI refiere que el evaluador debe clasificar, después de escuchar cada articulación, mediante cuatro claves:

N (normal),

M (modificado).- Corresponde a un cambio fonético dentro del rango articulatorio del fonema, en lugar del fonema esperado aparece alguna de sus variantes o alguna producción que no forma parte del sistema fonológico de la lengua.

S (sustituido).- Cuando un fonema es sustituido por otro. El criterio principal utilizado para considerar que existe un cambio fonológico está relacionado con el carácter distintivo del fonema.

O (omisión).- Cuando no se emite el fonema esperado.

? (Duda por parte del investigador).- Cuando el evaluador no entiende o no escucha bien lo que emite el niño.<sup>30</sup>

#### Fonemas consonánticos evaluados

POSICIÓN	OCCLUSIVAS	FRICATIVAS / AFRICADAS	SONANTES
INICIAL	/p/ - /t/ - /k/ /b/- /d/ - /g/	/f/ - /s/ - /x/ - /j/ /ts/	/m/ - /n/ - /ɲ/ /r/ - /l/
MEDIA	/p/ - /t/ - /k/ /b/- /d/ - /g/	/f/ - /s/ - /x/ - /j/ /ts/	/m/ - /n/ - /ɲ/ /r/ - /r/ - /l/
FINAL	/d/	/s/ - /x/	/n/ - /l/ - /r/

Tabla 4 Fonemas consonánticos evaluados por CEFI.<sup>2</sup>

<sup>30</sup> Vivar P, León H. DESARROLLO FONOLÓGICO-FONÉTICO EN UN GRUPO DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS. Rev. CEFAC. 2009(Abril-Junio); 11(2): 196-190.

<sup>2</sup> Tabla. Vivar P, León H. DESARROLLO FONOLÓGICO-FONÉTICO EN UN GRUPO DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS. Rev. CEFAC. 2009(Abril-Junio); 11(2): 196-190.

### Láminas evaluadas por CEFI

1.Perro	11.Rueda	21.Doctor	31.Dientes	41.Pluma
2.Ojo	12.Estrella	22.Lече	32.Tapa	42.Cuadro
3.Amarillo	13.Bolsa	23.Limón	33.Trompeta	43.Clavos
4.Sopa	14.Árbol	24.Falda	34.Fuego	44.Flecha
5.Reloj	15.Caja	25.Piano	35.Ciudad	45.Enfermo
6.Gato	16.Llave	26.Jaula	36.Cárcel	46.Inyección
7.Muñeca	17.Mosca	27.Blusa	37.Chico	47.Hombre
8.Niño	18.Naranja	28.Chofer	38.Resbaló	48.Ombligo
9.Peineta	19.Gorro	29.Baila	39.Brazo	49.Alto
10.Jirafa	20.Tambor	30.Torta	40.Globo	

Tabla 5. Láminas evaluados por CEFI.<sup>2</sup>

### 5.3.2. VALERO FERNÁNDEZ

Prueba de articulación de Valero Fernández utilizada en el Instituto Nacional de Pediatría.

En la primer parte se evalúa cada uno de los fonemas, inicial.- la palabra inicia con el fonema, media; el fonema se encuentra en medio de la palabra y algunos se evalúan en la sílaba final de la palabra.

FONEMA	INICIAL	MEDIA	FINAL
P	PAPA	SOPA	
B	VELA	UVA	
M	MESA	CAMA	
F	FOCO	CAFÉ	
T	TAZA	PATO	
D	DEDO	HELADO	
S	ZAPATO	OSO	LÁPIZ
N	NARIZ	MANO	PAN
L	LUNA	PELOTA	SOL
R	RATÓN	PERRO	
R		PERA	COLLAR
C	CHILE	COHCHE	
Ñ		PIÑATA	
Y	LLAVE	POLLO	
K	CASA	BOCA	
X	JABÓN	OJO	
G	GATO	LAGO	

Tabla 6 Fonemas evaluados por Valero Fernández.



2. Se evalúan las vocales al crear un diptongo dentro de una palabra.

PALABRAS CON DIPTONGO	
EI	PEINE
IE	PIE
OI	BOINA
UE	HUEVO

Tabla 7 Palabras con diptongo evaluados por Valero Fernández.

3. En la siguiente sección se evalúa el sonido emitido al estar dos consonantes seguidos dentro de una palabra.

PALABRAS CON SÍLABA COMPUESTA			
BL	BLUSA	BR	LIBRO
KL	CHICLE	KR	CRUZ
DR	COCODRILO	FL	FLOR
FR	FRESA	GL	GLOBO
GR	TIGRE	PL	PLATA
PR	PRENDEDOR	TL	ATLETA
TR	TREN		

Tabla 8 Palabras con sílaba compuesta evaluados por Valero Fernández.

4. En este punto se evalúa el sonido de las sílabas formadas por un grupo consonántico que involucran la función labial y velar del paladar.

PALABRAS CON GRUPO CONSONÁNTICO			
KT	CACTO	LK	ALCANCÍA
MB	TAMBOR	MP	LÁMPARA
NG	LENGUA	ND	SANDÍA
NK	BANCA	NT	ELEFANTE
SK	MOSCA	ST	LISTÓN

Tabla 9 Palabras con grupo consonántico evaluados por Valero Fernández.

5. En la siguiente sección se señala la evaluación del habla del paciente, el volumen y tonalidad en su voz, si existe voz nasal, si habla con claridad o interfiere la fuga de aire hacia la nariz.

#### ORACIONES

1. Pepe pintó una paloma en el pizarrón / hace poco.
2. La vaca más bonita es blanca / y vale 20 pesos.
3. Memo manejó la moto / muy mal en México.
4. La falda café tiene un alfiler / en el forro.
5. Los patitos saltaron / cuando el toro los espantó.
6. Dame un dulce / y te doy un disco.
7. La señora cose sus vestidos / todos los sábados.
8. El pan de nuez se vende en la panadería / de la esquina.
9. Lola hizo el helado de limón / el lunes.
10. Las peras y las ciruelas están caras / y verdes.
11. El perro corrió rápido / cuando paró el ferrocarril.
12. El muchacho echó la mochila al coche / hace mucho.
13. La niña baña a la muñeca / por las mañanas.
14. El payaso se llevó un pollo / ayer cuando llovía.
15. En la casa comemos quesadillas con carne / y coco todos los días.
16. Al jefe le gusta el jugo / de naranja y la jamaica.
17. El gato del mago tiene bigotes / grandes y grises.



### VALORACIÓN

ALTURA TONAL \_\_\_\_\_ MEDIA \_\_\_\_\_ RINOFONIA NORMAL SI ( ) NO ( )

HIPERRINOFONIA \_\_\_\_\_ MOV. LAB. SUP. \_\_\_\_\_ DEGLUCIÓN \_\_\_\_\_

MOV. PAL. LAT. DER. \_\_\_\_\_ MOV. PAL. LAT. IZQ. \_\_\_\_\_

Lenguaje espontáneo. Cambios de: \_\_\_\_\_

Lenguaje espontáneo. Omisiones de: \_\_\_\_\_

Lenguaje espontáneo. Distorsiones de: \_\_\_\_\_

Lectura. Cambios de: \_\_\_\_\_

Lectura. Omisiones de: \_\_\_\_\_

Lectura. Distorsiones de: \_\_\_\_\_

Varios: \_\_\_\_\_

## 5.4. EJERCICIOS

### 5.4.2. TERAPIA DE LENGUAJE

Al obtenerse condiciones favorables desde el punto de vista quirúrgico y odontológico es indispensable actuar sobre estructuras orofaciales, fundamentalmente en su funcionalidad.

La terapia de lenguaje tiene como objetivo corregir trastornos como: reeducación de la articulación y del timbre nasal, respiración incorrecta, funcionamiento anormal de los músculos fonadores y audición insuficiente.

*Reeducación respiratoria.*-Por lo general los niños con FLAP respiran insuficientemente.

Se comienza por el aumento en la capacidad pulmonar y el control del tiempo de espiración. Se realizarán diariamente ejercicios con el espirómetro,





cerrando los dos orificios nasales los primeros días, una vez que dirigen correctamente el aire oral solo se cierra un orificio para posteriormente dejar los dos abiertos. Primero se debe aprender a soplar, después éste aire vocal debe aplicarse a la fonación.

Después de una inspiración lenta y profunda se emite una /a/ aguantándola el mayor tiempo posible. Se realiza el mismo ejercicio pero con /m/, que se articula sin apretar los maxilares y palpando la laringe, nariz y mejillas para percibir la vibración.

Ejercicios de soplo sordo y soplo sonoro.- Después de una inspiración lenta soplar entre el labio inferior y los incisivos superiores obteniendo una /f/, cuidando que no contraiga la frente o la nariz, se pueden tapar uno o dos orificios nasales.

*Reeducación del velo palatino.*- Se realizan ejercicios de soplo, entre ellos hacer burbujas de jabón, hacer correr bolitas de papel sobre una mesa, silbar melodías sencillas, primero con la nariz ocluida y después destapada, tocar instrumentos de viento como armónica, flauta, trompeta, juegos de succión, beber con popotes, entre otros. Puede resultar útil aprender a alternar el soplo por la boca con el soplo por la nariz. De ésta forma puede dominar mejor el control del velo del paladar.

Los ejercicios de ronquido son útiles para aprender a dirigir la corriente aérea y manejar el esfínter nasofaríngeo. El bostezo estira y ejercita los músculos del velo del paladar, se hace respirar con la posición del bostezo y bostezar emitiendo sonidos.

La estimulación del velo del paladar se realiza pidiéndole al paciente que pronuncie alternadamente una vocal y una nasal: /a/, /ñ/, /a/, /ñ/, /a/, /ñ/..., observándose en un espejo y teniendo conciencia de estos movimientos de elevación y descenso del velo.



*Reeducación muscular.*- Por lo general el labio superior permanece inerte, está atrofiado y atáxico, el labio inferior trabaja solo, se mueve demasiado y se vuelve prominente.

Se dan masajes en el labio superior, tracciones y se hacen ejecutar los siguientes movimientos.

- ✓ Descender el labio superior hasta cubrir el borde de los incisivos superiores.
- ✓ Elevar el labio superior hasta descubrir la encía.
- ✓ Fruncirlos en redondo cerrando la boca.
- ✓ Avanzarlos en forma de embudo.
- ✓ Separa lateralmente las comisuras labiales.
- ✓ Elevar el labio superior, separar los maxilares.
- ✓ Elevar el labio inferior hasta tocar los incisivos superiores.
- ✓ Elevar el labio superior y descender el labio inferior, hasta que se vean dientes y encías.

Ejercicios para aumentar la fuerza de los labios: coger y mantener un lápiz entre los labios, sostener con los labios un tubo de papel, metal o plástico y soplar a través de éste, mover la punta de la lengua en forma circular entre los dientes y los labios empujándolos hacia afuera.

Ejercicios para la lengua: Dejar la lengua completamente relajada en el piso de boca y elevarla hasta tocar con la punta los incisivos superiores, Sacar la lengua y tocar alternadamente las comisuras labiales, sacar la lengua lo más posible, mover la punta de la lengua circularmente por los labios, mover la punta de la lengua por los dientes debajo de los labios, fijar la punta de la lengua con los dientes inferiores y elevar y descender su dorso, lamer con la punta de la lengua la cara superior y posterior de los incisivos superiores, alternar los sonidos /t/ y /k/.



*Reeducación auditiva.*- Debe cuidarse correctamente la otitis con antibióticos parenterales y locales. Es útil enseñar las diferencias de octava, ritmo, entonar acordes o canciones sencillas, todas las acciones para educar al oído musical repercutirá favorablemente en el resultado final.

*Corrección de las alteraciones propias de la hendidura palatina*

*Corrección del golpe de glotis.*- Para sustituir las oclusivas

- ✓ Humedecer los labios con la lengua y avanzarlos apretándolos uno contra otro.
- ✓ Inspirar por la nariz, cuando se termina la inspiración cerrar las ventanas nasales, emitir la /p/ deliberadamente, teniendo los labios entreabiertos.
- ✓ Mantener la nariz ocluida. Una vez que se articuló más de 20 veces la /p/ de manera satisfactoria, se realiza: /p/, una pausa y por último una vocal /a/, /p/ /a/, /p/ /a/.
- ✓ Pronunciar la /p/, pausa y /la/; /p/ /la/.  
Articular la /p/, pausa y /ra/; /p/ /ra/.  
Articular una vocal, pausa y /p/; /a/ /p/.
- ✓ Repetir los fonemas sólo con una narina cerrada y después con las dos abiertas.
- ✓ Reducir la pausa progresivamente hasta juntar los dos fonemas en una misma emisión de voz /pa/, /pra/, /pla/, /ap/.
- ✓ Una vez dominada la articulación de las oclusivas, se articulan palabras enteras que las contengan.

*Corrección del ronquido.*- Se evita si depende de la incorrección de la articulación, no se corregirá en casos de lesión orgánica.

*Corrección de la fuga de aire nasal.*- La longitud y movilidad del velo determinará el resultado final.



- ✓ Expulsar el aire por la boca haciendo vibrar los labios como si se experimentara sensación de frío, que se puede transcribir como brr...
- ✓ Retención de aire por el esfuerzo de los músculos respiratorios. Evitar cerrar la glotis.
- ✓ Intercalar pausas entre vocales y consonantes.

*Corrección de la rinofonía.*-Se corrige cuando se deba a un movimiento vicioso del velo.

- ✓ Provocar reflejo nauseoso y elevación del velo.
- ✓ Inflar las mejillas a toda presión con los labios bien cerrados.
- ✓ Emitir vocales gritando.
- ✓ Corregir la posición de la lengua.
- ✓ Masajes en la pared faríngea para desarrollar el rodete de Passavant.
- ✓ Excitaciones eléctricas del velo.
- ✓ Usar obturadores protésicos.

*Reeducación de la articulación.*- Es el resultado de las reeducaciones anteriores, el paciente puede combinar y dirigir de forma conveniente sus órganos articulatorios aplicando sus conocimientos de una correcta posición.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Perelló J. TRASTORNOS DEL HABLA. 5ª ed. Barcelona : Masson, S.A. Págs. 534-544.



## CONCLUSIONES

El Cirujano Dentista forma parte del grupo de atención inicial de los pacientes con Fisura Labio Alveolo Palatina por lo que es vital el conocimiento de las manifestaciones presentes en los pacientes con FLAP, así como la ruta de atención para disminuir las secuelas y rehabilitar al paciente extraoral e intraoralmente.

Desde el inicio del tratamiento de estos pacientes debemos ser consientes de la función que desempeñamos, en primera instancia el orientar a los padres en cuanto a la etiología y cuidados especiales requeridos, desde los primeros meses elaborando placas obturadoras para llevar a cabo una mejor alimentación, seguido por el tratamiento ortopédico, alternando cirugías y terapia de fonación de forma que actuemos conforme el desarrollo del niño, teniendo en cuenta que entre más temprano se realicen los tratamientos mayor será el éxito.

El propósito de conocer estos aspectos pueden ser de utilidad en casos en los que la patología no ha sido diagnosticada, como es el caso de paladar submucoso, y una vez conociendo la patología actuar en conjunto con otros especialistas para que el niño presente las mínimas secuelas disminuyendo la afección fisiológica y a su vez algunos efectos psicosociales.

Nuestra labor como Cirujanos Dentistas no debe limitarse a la cavidad bucal, debemos evaluar al paciente de una manera general e integral, concientizando a padres y familiares que esta entidad no pone en riesgo a los niños que los rodean, los pacientes con FLAP debe tener un trato digno y de respeto ante sus alteraciones faciales y de esta manera promover un trato de igualdad.



## BIBLIOGRAFÍA

- Agrawal K. Cleft palate repair and variations. Indian Journal of Plastic Surgery. 2009(october); 42: págs. S109-S102.
- Alarcón Almanza JM. Labio y paladar hendido. 2010(abril-junio); 33 (1): págs. S78-S76.
- Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría La Evolución del niño al adulto joven. España : Ripano; 2011.
- Corbo Rodríguez MT, Marimón Torres ME. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001; 17(4): págs. 385-379.
- Cruz M, Bosch J. Atlas de Síndromes Pediátricos. BARCELONA : ESPAXS; 1998.
- De la Teja Ángeles E, Madrigal GE, Durán Gutiérrez A. Diagnóstico de paladar hendido submucoso. Características clínicas e informe de un caso. Acta Pediátrica de México. 2006(enero-febrero); 27( 1): págs. 23-19.
- Ford MA. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. 2004(enero); 15: págs. 11 - 3.
- Garmendía Hernández G, Felipe Garmendía AM, Vila Morales D. Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino. Revista Cubana de Estomatología. 2010(abril-junio); 47 (2).
- Gómez de Ferraris ME, Muñoz AC. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. 3ª ed. México DF : Medica Panamericana; 2009.



- Habbaby AN. Enfoque Integral del niño con Fisura Labiopalatina. Buenos Aires : Médica Panamericana; 2000.
- Henningsson G, Kuehn DP, Sell D, Sweeney T, Trost-Cardamone JE, Whitehill TL. Universal parameters for Reporting Speech Outcomes in Individuals With Cleft Palate. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2008(January); 45 (1): págs. 17-1.
- Lalwani AK, MD. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. México : Mc Graw Hil; 2009.
- Langman. Embriología Médica con Orientación Clínica. 10ª ed. Chile : Médica Panamericana; 2007.
- León Pérez JA, Sesman Bernal AL, Fernández Sobrino G. Palatoplastía con incisiones mínimas. Proposición de una técnica y revisión de la literatura. 2009(enero-marzo); 35(1).
- Loré JM. Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas. 3ª ed. Argentina : Médica Panamericana; 1990.
- Ming Leow A, Jou Lo L. Palatoplasty: Evolution and Controversies. Chang Gung Med J. 2008.( july-august); 31 (4): págs 342-335.
- Montserrat Soto ER, Sillet M. Paladar Hendido Tratamiento Quirúrgico (Reporte de un Caso). Acta Odontológica Venezolana. 200; 40 (3).
- Morre K L, Persaud TVN. EMBRIOLOGÍA CLÍNICA.7ª ed. Barcelona : ELSEVIER; 2004.
- Nagarajan R, Savitha VH, Subramaniyan B. Communication disorders in individuals with cleft lip and palate: An overview. Indian Journal of Plastic Surgery. 2009 (October); 42: págs. S143 - S137.



Nett Cordero K. Assessment of Cleft Palate Articulation and Resonance in Familiar and Unfamiliar. Minesota. 2008.

Noirrit-Esclassan E. Pomar P. Esclassan R. Rerrie B. Galinier P. Woisard V .  
Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire;  
2008.

Nowak AJ. Odontología Para el Paciente Impedido. 1ª ed. Argentina : Mundi  
S.A.I.C y F.; 1979.

Perelló J. TRASTORNOS DEL HABLA. 5ª ed. Barcelona : Masson, S.A.;  
1990.

Puebla MD, Cortés J. Intervención Odontopediátrica en Niños Fisurados  
Labio Máxilo Palatinos. Revista Dental de Chile. 2004; 95 (2): págs. 39-  
34.

Raspall G. Patología Quirúrgica de la Cara, Boca, Cabeza y Cuello. Madrid :  
Médica Panamericana; 1997.

Secretaría de Salud . Prevención, Tratamiento, Manejo y Rehabilitación de  
Niños con Labio y Paladar Hendido. Lineamiento Técnico. 2006.

Sloan GM. Posterior Pharyngeal Flap and Sphincter Pharyngoplasty: The  
State of the Art. The Cleft Palate-Craniofacial Journal. 2000(February);  
37 (2): págs. 122-112.

Tresserra Llaurado L. Tratamiento del Labio Leporino y Fisura Palatina.  
Barcelona : Jims; 1977.

Trigos Micoló I, Guzmán y López Figueroa ME. Análisis de la incidencia,  
prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. Cirugía  
Plástica. 2003, 13(1).





---

Vila CN, García Marín F, Ochandiano Caicora S. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial.( Vol. II) 2ª ed. España : Arán; 2009.

Vivar P, León H. DESARROLLO FONOLÓGICO-FONÉTICO EN UN GRUPO DE NIÑOS ENTRE 3 Y 5 AÑOS. Rev. CEFAC. 2009(Abril-Junio); 11(2): 196-190.