

2ej 7



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
I Z T A C A L A

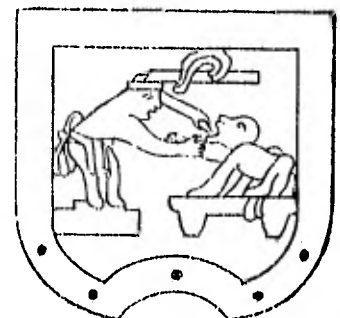
Carrera de Cirujano Dentista

**Tratamiento y Resultado Obtenido en 700
Pacientes con Labio y/o Paladar Hendido**

**Que para obtener el Título de :
CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a :

Arminda Alcalá Pérez



San Juan Iztacala, Méx,

1982



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.

INTRODUCCION

Al estar cursando la profesión de Cirujano Dentista, - los profesores mencionaban temas de Labio y Paladar Hendido, me llamó la atención puesto que no me imaginaba como se vería y sería dicha afección en niños, aumentó el interés cuando de casualidad ví a una persona femenina de aproximadamente 25 años de bajos recursos económicos, que tenía Labio y Paladar Hendido y por lo mismo todas las consecuencias que atrae tanto físico-psíquico-social por no ser llevada a tratamiento desde niña.

Fue entonces cuando me decidí a desarrollar dicho tema por medio de una tesis de investigación.

Con la finalidad de conocer y saber la edad en que se tiene que llevar con el especialista de dicha malformación, - tratamiento y problemas de este, edad en que se opera, edad aproximada que se da de alta, causa y frecuencia.

Es observable e importante las consecuencias que ocasiona el Labio y Paladar Hendido en niños y adultos que no son tratados en clínica.

Va a repercutir sobre ellos los factores de la voz --- anormal: articulación dentaria con maloclusión, fisonomía facial desagradable, prognatismo marcado, problemas de alimentación y psicológicos debido a las burlas de sus compañeros, vecinos, familiares: rechazo de los otros niños hacia él y a veces hasta de los mismos padres.

Todos los niños con Labio y Paladar Hendido son valora
dos y tratados conjuntamente en clínica, antes y después de_
ser operados y por lo tanto deben de ser observados o revisa
dos por diversos especialistas, que mas adelante se menciona
rán.

I N D I C E

INTRODUCCION

I.-	EMBRIOLOGIA	1
1.1.-	Desarrollo normal.....	1
1.2.-	Desarrollo patológico.....	6
1.2.1.-	Labio.....	6
1.2.2.-	Paladar.....	7
2.-	ANATOMIA.....	11
2.1.-	Naríz.....	11
2.2.-	Labio.....	12
2.3.-	Paladar.....	14
2.3.1.-	Paladar duro.....	14
2.3.2.-	Paladar blando.....	15
3.-	FISIOLOGIA	19
3.1.-	Naríz.....	19
3.2.-	Labio.....	19
3.3.-	Paladar.....	19
4.-	ETIOLOGIA	22
4.1.-	Factores preedisponeentes.....	22
5.-	METODO DE ESTUDIO.....	25
6.-	CLASIFICACION.....	27
7.-	TRATAMIENTO.....	35
7.1.-	Definición de Ortopedia Maxilofacial.....	35
7.2.-	Tratamiento Ortopédico Maxilar.....	35
7.2.1.-	Indicaciones del uso y manera de hacerse el gorrito - para retracción de la premaxila.....	36
7.2.2.-	Material para la elaboración del gorro.....	37
7.2.3.-	Aparatos que se utilizan en Ortopedia Maxilar.....	47
7.2.4.-	Indicaciones para el manejo de estos aparatos.....	54
7.2.5.-	Aseo de dichos aparatos.....	56
7.3.-	Técnicas Quirúrgicas de Labio.....	58
7.3.1.-	Millard.....	58
7.3.2.-	Broadbent.....	74

7.3.3.-	Tenison Randal.....	77
7.3.4.-	Skoog.....	83
7.4.-	Tratamiento post-operatorio.....	87
7.5.-	Técnicas Quirúrgicas del Paladar.....	89
7.5.1.-	Von Langenbek	89
7.5.2.-	Wardill-Kilner.....	97
7.6.-	Tratamiento post-operatorio.....	109
7.7.-	Terapia de Lenguaje.....	110
7.8.-	Especialistas y su función de cada uno de ellos ha-- cia el niño de Labio y Paladar Hendido durante su -- tratamiento.....	115
8.-	SECUELAS.....	117
8.1.-	Nariz.....	117
8.2.-	Labio.....	117
8.3.-	Paladar.....	117
9.-	DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	118
9.1.-	Procedimientos para el manejo de las hojas de tabula ción.....	118
9.1.1.-	Números promedios de los colapsos.....	127
9.2.-	Notas de los antecedentes heredo-familiares.....	164
9.2.1.-	Labio Hendido.....	164
9.2.2.-	Paladar Hendido.....	165
9.2.3.-	Labio y Paladar Hendido.....	166
10.-	RESULTADO GENERAL DE LAS HOJAS DE TABULACION.....	172
11.-	ESTADISTICA.....	172
12.-	CONCLUSIONES.....	180
13.-	BIBLIOGRAFIA.....	182

EMBRIOLOGIA DESARROLLO NORMAL Y PATOLOGICO

Los cinco primordios faciales aparecen alrededor del estomodeo o boca primitiva al principio de la cuarta semana.

- 1.- La elevación frontonasal impar constituye el límite superior del estomodeo, y es resultado de proliferación del mesénquima ventral al cerebro en desarrollo.
- 2.- Los procesos maxilares (4) pares del primer arco bronquial constituyen los límites laterales o lados del estomodeo.
- 3.- Los procesos mandibulares pares, de éste mismo arco, constituyen el límite inferior del estomodeo.

Hacia el final de la cuarta semana, aparecen a cada lado de la parte más inferior de la elevación frontonasal engrosamientos bilaterales de forma oval del ectodermo superficial, denominados placodas nasales.

El mesénquima prolifera en los bordes de estas placodas, produciendo las elevaciones nasales medial y lateral en herradura. Las placodas nasales se encuentran ahora en depresiones llamadas foveas nasales.

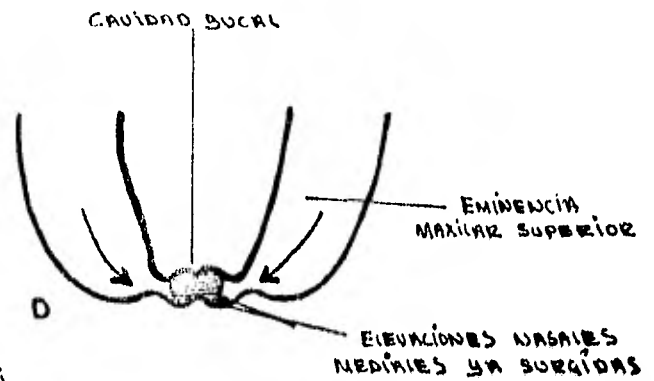
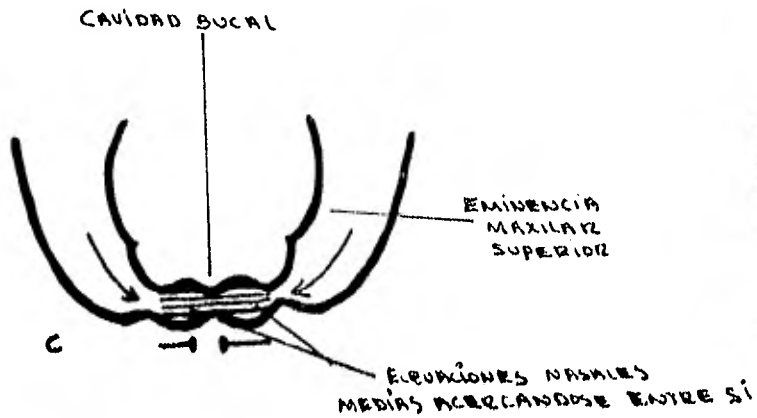
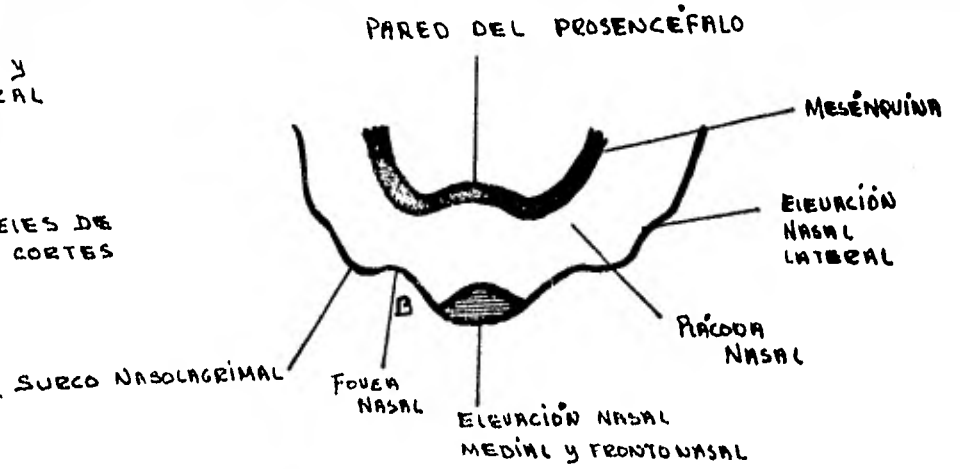
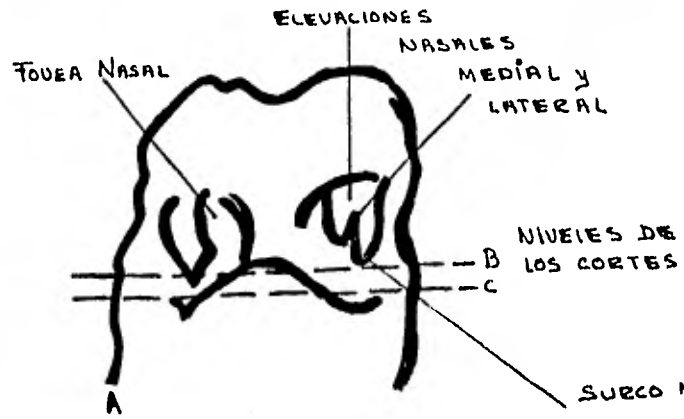
Los procesos maxilares crecen con rapidez y pronto se aproximan entre sí y con las elevaciones nasales mediales.

Cada elevación nasal está separada de los procesos maxilares por una hendidura, denominada surco nasolagrimal. Hacia el final de la quinta semana, los ojos están ligeramente hacia adelante en la cara, y ha empezado a desarrollarse el oído externo.

Durante la sexta y séptima semana, las elevaciones nasales mediales confluyen entre sí y con los procesos maxilares. Conforme las elevaciones nasales mediales se encuentran, forman un segmento intermaxilar del maxilar superior. Este segmento origina : a) la porción media del labio superior -- filtrum, b) La porción media del maxilar superior y sus encías, y c) El paladar primario.

Las partes laterales del labio superior del maxilar superior y del paladar secundario se forman a partir de los -- procesos maxilares. Estos procesos surgen en sentido lateral con los procesos mandibulares y reducen el tamaño de la boca. Los labios y carillos primitivos son invadidos por mesénquima del segundo arco bronquial, que origina los músculos faciales.

La elevación frontonasal origina frente, dorso y ápice de la nariz. Los lados de las alas de la nariz se derivan de las elevaciones nasales laterales. Los procesos maxilares superiores se fusionan en la cuarta semana, y el surco que -- existe entre los mismos desaparece antes de que termine la quinta semana. Los procesos mandibulares originan maxilar inferior, labio inferior y parte más baja de la cara.



P A L A D A R

El paladar se desarrolla a partir del paladar primario y paladar secundario. Aunque el desarrollo del paladar se -- inicia durante la quinta semana, la fusión de sus partes no_ es completa hasta la duodécima semana aproximadamente.

Paladar primario; o proceso palatino medial, se desa-- rrolla al final de la quinta semana a partir de la parte más interna de segmento intermaxilar del maxilar superior. Forma una masa cuneiforme de mesodermo entre los procesos maxila-- res del maxilar superior en desarrollo.

Paladar secundario; se desarrolla a partir de proyec-- ciones mesodérmicas horizontales que se originan de los procesos maxilares, denominados procesos palatinos laterales. - Estas estructuras con forma de placa se proyectan al princi-- pio hacia abajo a cada lado de la lengua, pero conforme se - desarrollan los maxilares la lengua se mueve hacia abajo y - los procesos palatinos laterales crecen de manera gradual ha-- cia el lado contrario y se fusionan. También se fusionan pa-- ladar primario y tabique nasal. La fusión empieza hacia ade-- lante en la novena semana y para la decimosegunda es comple-- ta en la parte posterior. Se desarrolla intramenbranoso en - el paladar primario, formando la porción premaxilar del maxi-- lar superior, que lleva los incisivos. Al propio tiempo, se_ extiende hueso de los huesos maxilares y palatinos hacia el_ proceso palatino lateral para formar el paladar duro. Las -- porciones posteriores de los procesos palatinos laterales no se oscifican, sino que se extiende más allá del tabique na-- sal y se fusionan para formar paladar blando y úvula.

La úvula es la última parte del paladar en formarse. - El rafe palatino indica de manera permanente el sitio de fu-

si3n de los procesos palatinos laterales.

LABIO Y PALADAR HENDIDOS

Labio y paladar hendidos son malformaciones comunes de cara y paladar. Aunque el paladar por lo normal est1 hendido durante el desarrollo, el labio nunca lo est1 de 3sta mane--ra. A menudo van acompa1ados, pero labio y paladar hendidos_ son malformaciones diferentes desde los puntos de vista em--briol3gicos y etiol3gicos.

Se originan en 3pocas diversas del desarrollo, y abar--can procesos distintos durante el mismo.

LABIO HENDIDO

Esta malformaci3n del labio superior con paladar hendi--do o sin 3l, ocurre aproximadamente en uno de cada 900 naci--mientos. Las hendiduras var1an desde un surco peque1o hasta_ una divisi3n completa del labio y del proceso alveolar que _ se extiende hasta la narina; puede ser unilateral o bilate--ral.

LABIO HENDIDO UNILATERAL.

Es resultado de fusi3n insuficiente del proceso maxi--lar del lado afectado con las elevaciones nasales mediales.- Esto es consecuencia de falta de fusi3n de las masas mesod3r--micas y de proliferaci3n del mes3nquima para empujar el epi--telio suprayacente. El resultado es una hendidura labial per--sistente. Adem1s, el epitelio de la hendidura labial se esti--ra, y despu3s la deformaci3n de los tejidos en el piso de di--cha malformaciones produce divisi3n del labio en partes me--dial y lateral. Cuando ha ocurrido cierta fusi3n, las partes del labio est1n unidas por un puente de tejido denominado --

BANDA DE SIMONAR.

LABIO HENDIDO BILATERAL.

Es resultado de falla de las masas mesodérmicas de los procesos maxilares para encontrarse y fusionarse con las elevaciones nasales mediales ya fusionadas. El epitelio de ambos surcos labiales se estira y desprende. En caso de hendidura bilateral completa del labio superior y del proceso alveolar, el segmento intermaxilar cuelga libre y se proyecta hacia delante. Estos defectos son especialmente deformantes por la pérdida y continuidad del músculo orbicular de los labios.

LABIO HENDIDO MEDIAL

Es en labio superior y es causado por deficiencia mesodérmica, que da por resultado insuficiencia parcial y completa de las elevaciones nasales mediales para fusionarse y formar el segmento intermaxilar. Es el único tipo de labio hendidido que puede llamarse de manera correcta "Labio Leporino", La hendidura medial del labio inferior es muy rara, y es causada por convergencia y fusión insuficientes de los procesos maxilares inferiores.

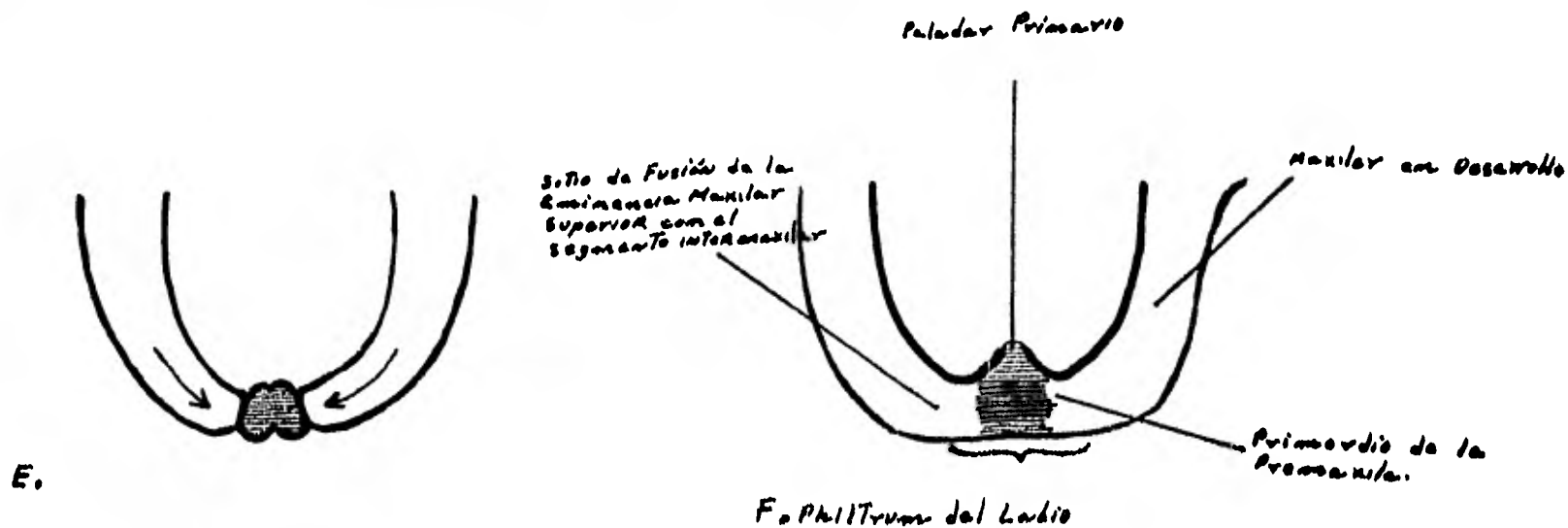
PALADAR HENDIDO.

El paladar hendidido, con labio hendidido o sin él, ocurre en uno de cada 2,500 nacimientos. La hendidura abarca solo la úvula, que tiene aspecto de cola de pez, o extenderse por paladares blando y duro.

En los casos graves acompañados de labio hendidido, la hendidura en los paladares anterior y posterior se extiende por todo el proceso alveolar del labio en ambos lados.

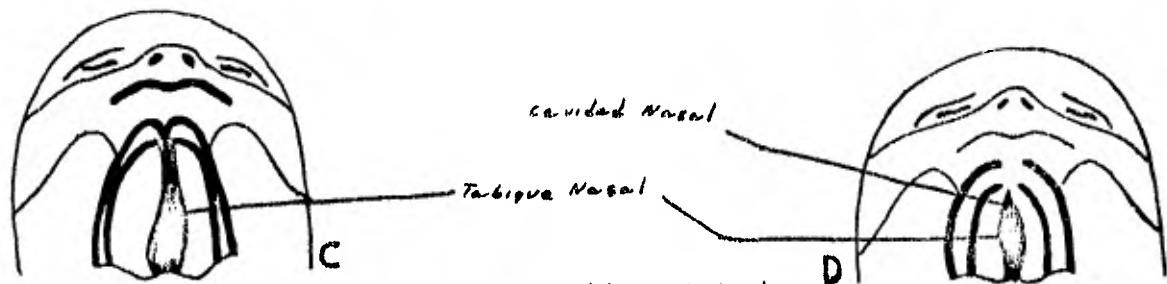
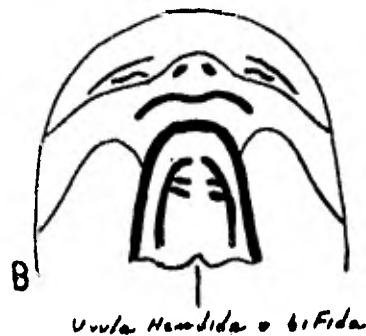
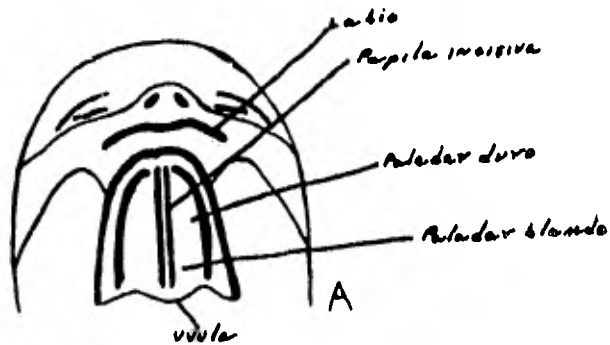
La base embriológica del paladar hendido es insuficiencia de las masas mesodérmicas de los procesos palatinos laterales para encontrarse y fusionarse tanto entre sí como con tabique nasal o proceso palatino medio, o con ambos, o con paladar primario. Estas hendiduras pueden ser unilaterales o bilaterales, y se clasifican en tres grupos:

- 1.- Hendidura del paladar anterior o primario...hendiduras anteriores al orificio incisivo que son resultado de insuficiencia de masas mesodérmicas y procesos palatinos laterales para encontrarse y fusionarse en el ectodermo del paladar primario.
- 2.- Hendiduras de los paladares anterior y posterior...hendiduras que abarcan tanto el paladar primario como el secundario, y que son resultado de insuficiencia de las masas mesodérmicas de los procesos palatinos laterales para encontrarse y fusionarse con el mesodermo del paladar primario, entre sí y con el tabique nasal.
- 3.- Hendiduras del paladar posterior o secundario...hendiduras por detrás del orificio incisivo, que son resultado de insuficiencia de las masas mesodérmicas de los procesos palatinos laterales para encontrarse y fusionarse entre sí.



Desarrollo de los Maxilares superiores y del labio Superior

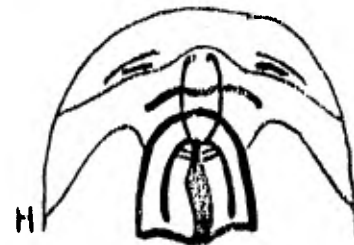
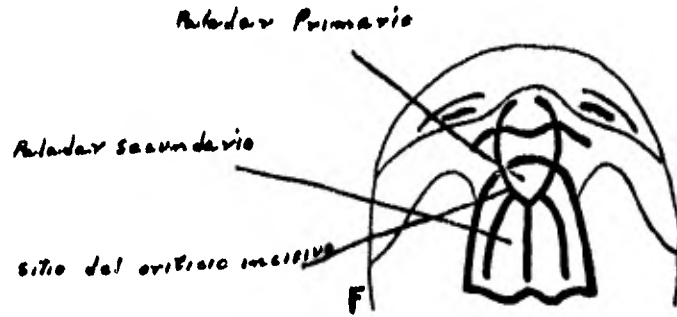
- A - Vista facial de un embrión de 5 semanas, B y C - cortes Horizontales
 C - Crecimiento subsecuente de los procesos maxilares y de las alveolas maxilares mediales entre sí. B y F - cortes semejantes en embriones de mayor edad que muestran la convergencia de las cavidades maxilares mediales entre sí.



Diversos Tipos de Labio y Paladar Hemidos

A.-labio y Paladar normales. B.-Uvula Hemida
 D.-sutura bilateral, del paladar posterior.

C.-Hendidura unilateral del paladar posterior o secundario.



E- Hemidura unilateral completa de labio y proceso alveolar.
 F- " " bilateral completa de labio y Proceso Alveolar con Hemidura unilateral en
 paladar anterior. G- Hemidura bilateral completa del labio y del proceso alveolar con
 hemidura bilateral del paladar anterior y unilateral en posterior. H- Hemidura bilateral
 completa de labio y Proceso alveolar con Hemidura bilateral

A N A T O M I A

En este tema hablaremos de la anatomía, pero nada más de Naríz, Labio y Paladar, que son los puntos que nos interesan.

Como sabemos los tres puntos mencionados, están situados en una parte muy importante de nuestro cuerpo que es la cara, que es inervada por dos pares craneales:

El I (primer) par que es el Olfativo, que viene del -- bulbo olfatorio.

El V (quinto) par que es el Trigémino, que viene del - gánglio de Glasser y salen tres ramas, dos sensitivas que es la Oftálmica y la Maxilar Superior, la tercer rama es la mixta (sensitiva y motora) que es la Maxilar Inferior.

Es irrigada por la Carótida.

NARIZ.

Presenta un vértice libre y se halla unida a la frente por medio de la raíz o puente nasal.

El borde redondeado extendido entre el vértice y la -- raíz es el dorso nasal. La nariz aparece distalmente perforada por los orificios. Cada uno de ellos queda limitado medialmente por el tabique nasal y externamente por el ala de la nariz. La parte superior de la nariz está sostenida por -- los huesos nasales y por el frontal y los maxilares superiores.

La parte inferior tiene un cartilago hialino como armazón. Esta se compone de un cartilago septal con expansiones externas llamadas Cartilagos laterales.

Un cartílago alar mayor, está situado caudalmente a cada cartílago lateral.

La principal vascularización Arterial de la nariz procede de las Arterias facial y Oftálmica.

La inervación cutánea procede de ramas de los nervios Oftálmico y Maxilar.

Los músculos de la nariz son:

Piramidal---es antagonista del frontal y desplaza hacia abajo la piel de la región superciliar produciendo en ella pliegues transversales.

Transverso de la nariz--contracción aplasta el ala de la nariz, reduciendo la amplitud de los orificios y levanta la piel del ala de la nariz.

Mirtiforme---depresor del ala de la nariz y constrictor de sus aberturas.

Dilatador de la aberturas nasales---contracción, desplaza hacia fuera el ala de la nariz.

LABIOS.

Son dos pliegues movibles musculofibrosos que limitan la entrada de la boca. Se extiende lateralmente hasta el ángulo de la misma.

La parte media del labio superior presenta externamente un surco poco marcado llamado philtrum. La cara interna de cada labio se relaciona con la encía por un pliegue medio de mucosa llamado frenillo labial. Los labios están recubiertos de piel y constituidos parcialmente por los músculos orbiculares y por glándulas labiales, todo ello tapizado por mucosa.

El labio hendido se presenta en el labio superior y -- en posición paramedia. Se asocia bastantes veces con la hendidura del velo del paladar.

Músculos de los Labios son:

El orbicular de los labios---esfínter, acción, cerrar_ la apertura bucal y pronunciación de las letras bucales, sil_ bar, mamar y besar.

El buccinador---acción contracción, masticación, silbi_ do y movimiento.

El elevador común de la nariz y del labio superior---- eleva el labio superior y el ala de la nariz.

El elevador propio del labio superior--eleva el labio_ superior.

El canino--levanta y dirige hacia dentro la comisura - de los labios.

Los cigomáticos mayor y menor--desplaza hacia arriba y afuera la comisura labial. El menor, desplaza hacia arriba y hacia fuera la parte media del labio superior.

El risorio de Santorini---desplaza hacia atrás la comi_ sura labial y produce la sonrisa.

El triangular de los labios--desplaza hacia bajo la co_ misura de los labios, expresión de la tristeza.

El cuadrado de la barba--desplaza hacia bajo y afuera_ el labio inferior.

Borla de la barba---levanta la piel del mentón.

PALADAR.

El paladar constituye el techo de la boca y el suelo de la cavidad nasal. Se extiende hacia atrás constituyendo una separación parcial entre las porciones bucal y nasal de la faringe. El paladar es arqueado en sentido transversal y anteroposterior y se compone de dos partes.

Los dos tercios anteriores constituyen el paladar duro, y el tercio posterior, el paladar blando.

PALADAR DURO.

El paladar duro queda en el adulto a nivel del axis, -- pero más alto (a nivel de la articulación, entre el cráneo y el atlas) en el niño.

Se caracteriza por tener un esqueleto óseo.

Paladar óseo, formado por las apófisis de los maxilares por delante y las láminas horizontales de los palatinos por detrás.

El paladar óseo se halla recubierto por arriba por la mucosa nasal, y por abajo, por la mucosa y periostio del paladar duro. La lámina mucoperióstica contiene vasos sanguíneos y nervios, y posteriormente un gran número de glándulas palatinas de tipo mucoso.

Su epitelio se halla queratinizado y es de tipo escamoso estratificado y muy sensible al tacto. La lámina mucoperióstica presenta un rafe medio que termina por delante en la papila incisiva.

Algunos pliegues transversos palatinos se extienden lateralmente y contribuyen a la fragmentación de los alimentos

por compresión contra la lengua durante la masticación. En la cara inferior del paladar duro se observa a veces una prominencia ósea central, el toro palatino.

PALADAR BLANDO.

El paladar blando, o velo del paladar, es una formación fibromuscular movable, que continúa el borde posterior del paladar duro. El paladar blando constituye una separación parcial entre la nasofaringe, y la orofaringe, por abajo. Funciona cerrando el istmo faríngeo durante la deglución y la fonación. Está cubierto principalmente por epitelio escamoso estratificado, y en su cara anterior se observan numerosas glándulas palatinas. Los corpúsculos del gusto se hallan más posteriormente.

El borde inferior, libre, del paladar blando presenta, en el plano medio, una proyección de variable longitud, la úvula.

El paladar blando se continúa lateralmente con dos pliegues que reciben el nombre de pilares glosopalatino y faringopalatino.

El paladar blando y los pilares palatofaríngeos delimitan la nasofaringe (porción dorsal de la cavidad nasal) y la orofaringe. Estas dos cavidades se hallan separadas por un espacio, el istmo faríngeo, limitado por delante por el borde posterior del paladar blando; lateralmente por un pilar palatofaríngeo, y posteriormente por el reborde faríngeo.

IRRIGACION

El paladar está provisto de una irrigación arterial --

profusa.

La principal fuente en cada lado es la arteria palatina mayor, rama de la palatina descendente, procedente a su vez de la maxilar. Los nervios sensitivos, ramas del gánglio pterigopalatino, comprenden los nervios palatinos y nasopalatinos. Las fibras nerviosas van probablemente al nervio maxilar.

MUSCULOS DEL PALADAR BLANDO.

1.- El palatogloso--ocupa el pilar palatogloso. Se origina en la cara inferior de la aponeurosis palatina y se inserta en el borde de la lengua.

2.- El faringostafilino se sitúa en el pilar palatofaríngeo o posterior.

Se origina en el borde posterior del paladar óseo y de la aponeurosis palatina. En el paladar blando se inserta en dos fascículos, interno y externo, separados por el elevador del velo del paladar. Estos fascículos se unen, y el faringostafilino se inserta en el borde posterior del cartílago tiroideos (palatotiroideo) y en la pared de la faringe y del esófago (faringostafilino).

3.- El músculo de la úvula---se origina en la espina nasal posterior de los palatinos y en la aponeurosis palatina. Se inserta en la mucosa de la úvula.

4.- El elevador del velo del paladar---se origina en la cara inferior de la porción petrosa del temporal, por delante del conducto carotídeo, en la vaina carotídea y en el cartílago de la trompa timpánica. Se inserta en la cara superior de la aponeurosis palatina (entre los dos fascículos--

del faringostafilino) y en el músculo del lado opuesto.

Los elevadores y los faringostafilinos forman, respectivamente, un dispositivo superior inserto en el cráneo, y otro inferior inserto en la laringe.

5.- El tensor del velo del paladar--se origina en la fosita escafoidea, en la raíz de la lámina pterigoidea interna, desde la espinal del esfenoides y desde una cresta situada entre estas inserciones. Termina en un tendón que se refleja en el gancho de la lámina pterigoidea interna, pasa -- por un espacio en el origen del buccionador y se inserta en la aponeurosis palatina. Las fibras más profundas del tensor unen al gancho pterigoideo con el cartilago y la pared membranosa de la trompa timpánica.

La aponeurósis palatina es una expansión situada en -- los dos tercios anteriores del paladar blando, en la cual se insertan todos los músculos del paladar. Está formada por la expansión tendinosa del tensor y se inserta en el borde posterior del paladar duro.

INERVACION

Con excepción del tensor, todos los músculos del paladar blando son inervados por el plexo faríngeo, por medio de 2 fibras derivadas de la porción craneal del nervio espinal,

El tensor está inervado por el nervio mandibular.

ACCION DE LOS MUSCULOS.

Los palatoglosos, o glosostafilinos, aproximan los pilares correspondientes, por lo que separan la cavidad bucal de la faríngea.

Los faringostafilinos aproximan los pilares posteriores, y por tanto, separan la orofaringe de la nasofaringe.

La musculatura de la úvula levanta ésta.

El elevador del velo del paladar eleva el paladar blando y lo dirige hacia atrás, durante la fonación y succión de líquidos.

El tensor del velo estira o tensa el paladar blando y quizá contribuye a la abertura de la trompa timpánica. Es activo durante la deglución y algo durante la fonación.

F I S I O L O G I A

1.- NARIZ: Tiene varias funciones importantes además - de la olfatoria. La fosa y senos dan resonancia a la voz, regulan la humedad del aire y detienen partículas de polvo.

2.- LABIOS: Los músculos dan movilidad voluntaria produciendo constricción o interrupción de la salida de aire. - El orbicular es constrictor, los elevadores del labio superior y del ala de la nariz, elevan el labio y limita la apertura de las narinas.

3.- PALADAR: Es muy importante en la deglución, con -- ayuda de la lengua apoyando sobre él; el bolo alimenticio pasa al istmo de las fauces y en este lugar con la ayuda del - paladar blando que se eleva, se pone tenso y en contacto con la pared posterior de la faringe, el bolo no pasa a las fo--sas nasales y al mismo tiempo por la acción de los faringoestafilinos, la laringe se eleva y es cerrada por la epíglotis; los alimentos pasan al esófago por la acción de los constrictores. Cuando hay fisura palatina los alimentos pasan a la - cavidad nasal y salen al exterior por las fosas nasales. Sobre esto es importante aclarar que durante los primeros días del nacimiento, esto sucede y causa alarma de los padres y - pediátras, pero el niño rápidamente aprende a controlar esta dificultad y solamente es necesario con paciencia enseñarlo - durante los primeros días.

La producción de las palabras exige el curso de tres - grupos orgánicos:

a) Los que producen la fuerza inicial; pulmones y músculos - respiratorios.

- b) El que permite la producción de los sonidos; la Laringe.
- c) Los que modifican las funciones de los anteriores y de -- cierta manera los amplifican, son los resonadores y amplificadores: faringe, cavidades bucal y nasal, labios, dientes, lengua y paladar blando.

Los órganos que producen la fuerza inicial, la fonación y el lenguaje son normales en los pacientes con paladar hendido; pero no suele ser el mismo con los resonadores y articuladores los cuales tienen un papel muy importante en la formación de las vocales consonantes y cualquier alteración que tenga provoca trastornos en la articulación de la palabra.

Los labios quizá los menos importantes, sin embargo difícil aún operado la articulación de las consonantes bilabiales P, B, M, las que a veces omite o substituye por ---- otras.

El papel de los dientes es el servir de punto de apoyo a la lengua para producir numerosos sonidos, por lo tanto si los dientes están mal colocados o faltan, los sonidos dentales T, D, S, no serán debidamente pronunciadas.

El paladar duro sirve de punto de contacto en articulación de los sonidos CH, LL, N, y su ausencia impide que la lengua haga los contactos necesarios.

El trabajo del paladar blando es de servir de puerta - entre larino y la orofaringe; en el momento de la fonación, - el velo se eleva a manera de tabique horizontal entre ambas cavidades, a la vez las paredes de la faringe se contraen para encontrarlo impidiendo que el aire salga por la nariz.

En caso de fisura del paladar no se puede efectuar la clausura al hablar y gran parte del aire escapa por la nariz de los conductos nasales M, N, Ñ, se ven afectados...

ETIOLOGIA

Se han reportado en literatura gran cantidad de factores teratogénicos, pero en realidad no se puede determinar - el factor directo causante de ella.

Los factores etiológicos son:

GENETICO-HERENCIA.

- 1.- Autosómica por factores dominantes y recesivos.
- 2.- Ligada al sexo por factores recesivos únicamente (gonosomas).
- 3.- Herencia multifactorial.

AMBIENTALES.

- 1.- Deficiencia metabólica.
 - Nutrición
 - Vitamina A
 - Vitamina E
 - Acido fólico
 - Acido pantoténico.
- 2.- Presencia de antimetabolitos
- 3.- Radiaciones;
 - Terapéuticas o atómicas.
- 4.- Hipoxia.

TOXICOS

- 1.- Inhibidores del crecimiento:
 - Acido bórico
 - Acido salicílico.
 - Selenium
- 2.- Infección viral
 - Rubeola.

- 3.- Infección Parasitaria:
Toxoplasmosis.

HORMONALES.

- 1.- Hormonas sexuales:
Testosterona.
Progesterona.
Diétilstilbestrol.
- 2.- Hormona tiroidea;
Compuestos de yodo.
- 3.- Hormona Pancreática;
Tolbutamida,
- 4.- Hormona Adrenalina.
- 5.- Esteroides, Cortisona.

MECANICOS Y TRAUMATICOS.

Kitamura en 1964, describe la presencia de perlas epiteliales remanentes en la línea de fusión misma que provocan una ruptura posterior provocando la hendidura.

Puede presentarse esta malformación en forma aislada - o bien acompañada de otras malformaciones. En algunas ocasiones se le considera parte de un síndrome, también que afecta más a los hombres que a las mujeres y que aparece con mayor frecuencia del lado izquierdo.

Embriológicamente, se considera que el período crítico para la formación de Labio y Paladar Hendido, comprende las 12 primeras semanas de vida intrauterina, que es cuando se fusionan normalmente esas estructuras orofaciales.

Durante la 4 y 7 semanas se fusionan el paladar primario, integrado por el labio y proceso alveolar.

Entre la 8 y 12, semana se fusiona el paladar secundario, formado por el paladar duro y blando.

El punto de delimitación entre el paladar primario y secundario lo constituye el agujero palatino anterior.

METODO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación fue realizado en el Hospital General Centro Médico la Raza, del IMSS, en el área de Ortopedia Maxilofacial.

Se consultaron libros y revistas, en la biblioteca de esta institución, se recopiló información. Sobre 700 pacientes, se les preguntaron una serie de datos para sacar una estadística y resultados del índice de esta alteración.

Los datos obtenidos se anotaron en una hoja de tabulación con los siguientes puntos; por orden ascendente del 1 al 700, número del expediente, nombre del paciente, sexo, fecha de nacimiento, edad del padre y la madre cuando nació el niño, antecedentes heredo-familiares, tipo de operación si fue queiloplastia o nasoqueiloplastia edad en que lo operaron de labio, resultado de la intervención en labio, nariz, si existe o no piso nasal, técnica quirúrgica empleada, doctor y lugar donde se efectuó la cirugía.

En paladar si es primario o secundario, unilateral, bilateral, derecho, izquierdo, completo, incompleto y central, división velofaríngea, longitud, si se realizó la palatoplastia, resultado de la intervención, si hay o no movilidad del paladar, si existen fístulas, técnica utilizada en la intervención, cirujano que la efectuó y lugar, edad en que lo operaron del paladar, fecha en que se inició el tratamiento ortopédico Maxilar, y la edad, el colapso de los segmentos maxilares y el resultado de esta durante el tratamiento.

También se estudió la Historia Clínica General y la Historia Clínica perteneciente a Ortopedia Maxilofacial, así

como las radiografías, fotografías, modelos de estudio y los aparatos que les fuerón colocados.

CLASIFICACION DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

Clasificación de Davis y Ritchie (1922), han dividido el hendimiento congénito en 3 grupos, de acuerdo a la posición del hendimiento con el proceso alveolar.

Grupo 1...hundimiento prealveolar unilateral, medial o bilateral.

Grupo 2...hundimiento pos-alveolar, sólo envolviendo paladar blando, el paladar duro o blando, o el hundimiento submucoso.

Grupo 3...hundimiento alveolar unilateral, bilateral o medial.

Veau (1931), sugirió una clasificación en 4 tipos: (figura A)

- 1.- Hundimiento en paladar blando.
- 2.- Hundimiento en paladar duro o blando, extendiéndose además del foramen incisivo y envolviendo el paladar secundario.
- 3.- Hundimiento completo unilateral, extendiéndose desde la úvula, hasta el foramen incisivo en la línea media, presentándose la desviación a un lado, y se extiende a través del alveolo hacia la posición del diente incisivo lateral en un futuro.
- 4.- El hundimiento completo bilateral con el mismo tipo del 3 con dos hundimientos extendidos hacia el foramen incisivo abarcando alveolo. Cuando ambas hendiduras abarcan alveolo, el pequeño elemento anterior del paladar, referido hacia la premaxila y suspendido en el septum nasal.

Kernahan y Stark (1958), organizaron una clasificación basada en la embriología y morfología.

El canal de la boca, desde el foramen incisivo o bestigio, papila incisiva, hacia la úvula. Es el que constituye el paladar secundario. Es la formación del paladar primario -- premaxila, septum anterior y labio. El foramen incisivo divide al paladar primario y secundario. (Figura B).

La hendidura del paladar secundario es además clasificado como completo e incompleto dependiendo en su extensión. La hendidura incompleta es la hendidura común del velo, mientras que la hendidura completa incluye ambos velo y paladar duro, así como lo lejos se encuentre del foramen incisivo.

En esta clasificación se añade la hendidura mesodérmica del paladar o, hendidura submucosa. El cual puede estar encubierto al menos que la úvula esté hendida, por lo tanto no es fácil detectar dehiscencia de la musculatura del velo, la presencia de incompetencia velofaríngea y palpación de una escotadura de la espina nasal posterior que ayuden al diagnóstico.

Kernahan (1971) propuso una clasificación de bandas en "Y". En la clasificación anterior el foramen incisivo es el punto de referencia. Con modelo de la porción involucrada de "Y" cuyo sistema proporciona una representación gráfica rápida de la anomalía original. (Figuras C).

Kernahan y asociados (1962), presentaron una clasificación de fisuras o hendiduras faciales, basados en principio embrional usados por Kernahan y Stark.

1.- Hendidura del paladar primario.

A.- labio hendido.

(1).- izquierdo, derecho.

(a).- extensión... un tercio, dos tercios o completo.

(2).-bilateral...izquierdo, derecho.
 (a).- extensión...un tercio, dos tercios o completo.

(3).-medial o central.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios o completo.

(4).-prolabio...chico, mediano, grande.

(5).-ciatriz congenita...izquierdo, derecho o medio.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios o completo.

B.-hendidura del proceso alveolar.

(1).-unilateral...izquierdo, derecho.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios o completo.

(2).-bilateral...un tercio, dos tercios o completo.

(a).-extensión..un tercio, dos tercios o completo.

(3).-medial...central.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios o completo.

(4).-submucoso...izquierdo, derecho medial.

(5).-dientes incisivos anteriores ausentes.

2.- paladar hendido.

A.- paladar blando.

(1).-postero anterior..un tercio, dos tercios o completo.

(2).-ancho-máximo (mm).

(3).-acortamiento del paladar...mínimo, leve, moderado y
 marcado.

(4).-hendidura submucosa.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios o completo.

B.- paladar duro.

(1).-postero anterior.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios, o completo.

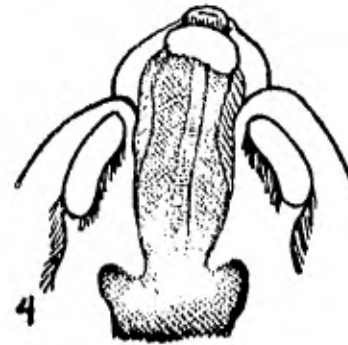
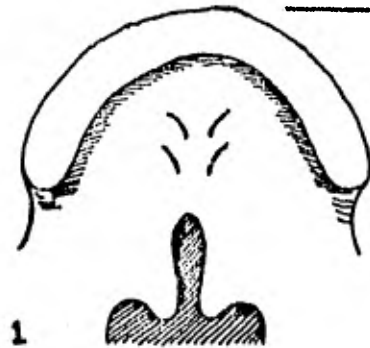
(2).-ancho-máximo (mm).

(3).-unión a vomer...izquierda, derecha, ausente.

(4).-hendidura submucosa.

(a).-extensión..un tercio, dos tercios, o completa.

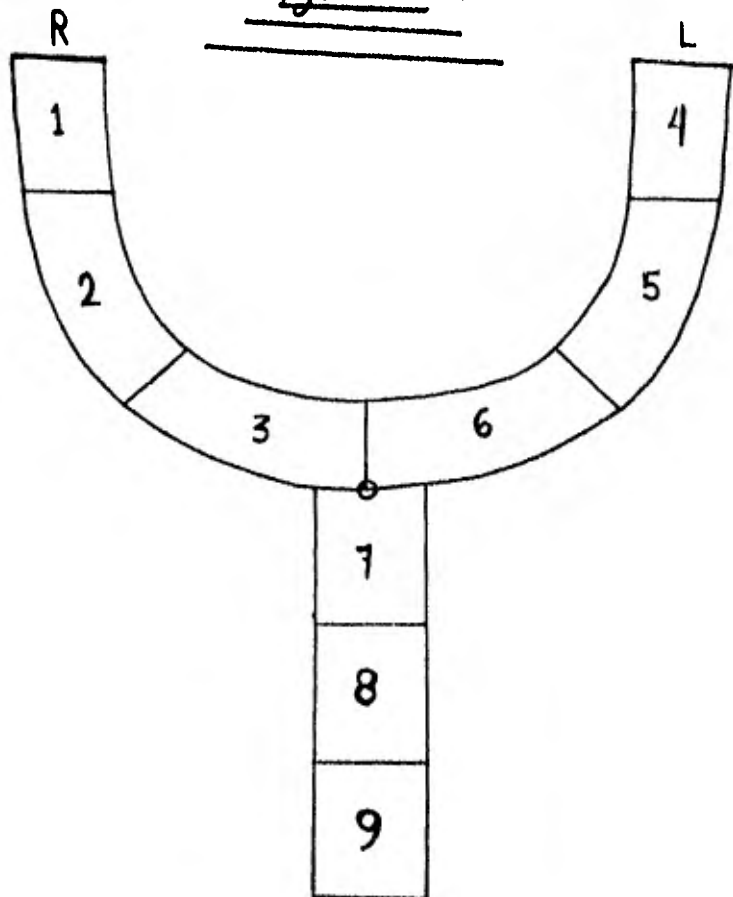
"Figuras A"



"Figures B"



"Figura C"



3.- Hendidura de proceso mandibular.

A.-labio.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios, completo .

B.-mandíbula.

(a).-extensión...un tercio, dos tercios o completa.

C.- fisuras de labio congenitas.

4.-Naso-ocular...extendida de región de narinas a la región_ del canto medial.

5.-Oro-ocular...estendida del angulo de la boca hacia la fi- sura palpebral.

6.- Oro-auricular...estendida del ángulo de la boca hacia la auricular.

Spina (1974), modificó y simplificó la anterior clasifi- cación en la siguiente forma.

Grupo I.- hendiduras de foramen preincisivo (hendiduras colo- cadas anteriores al foramen incisivo). Hendiduras_ de labio con o sin hendiduras alveolar.

A.- Unilateral.

(1).- cuando llega al proceso alveolar parcialmente to- tal - Derecha.

B.- Bilateral.

(1).-total } en uno o ambos lados.

(2).-parcial }

C.- Medial

(1).-total.

(2).-parcial.

Grupo II.-hendiduras del foramen trancisivo (hendiduras de la_ bio, alveolo y paladar.

A.- unilateral } izquierdo

} derecho

B.- bilateral.

Grupo III.- hendiduras posteriores al forame incisivo.

A.-total

B.-Parcial.

Grupo IV.- hendiduras faciales raras.

TRATAMIENTO

El tratamiento ortopédico maxilofacial en niños con La bio y Paladar Hendido, debe de ser iniciado lo más pronto po sible, a partir de su nacimiento.

DEFINICION DE ORTOPEDIA MAXILO-FACIAL.

Es una de las disciplinas que intervienen en el tratamiento integral de los pacientes que presentan Labio y Paladar Hendido y su función es la de mantener y obtener el alineamiento de los segmentos del arco maxilar en relación al crecimiento y desarrollo normal de la mandíbula.

TRATAMIENTO ORTOPEDICO MAXILAR

Los padres llevarán al niño con el pediatra, en la Clínica que le corresponda, quien le tomará su Historia Clínica General, lo enviará a Ortopedia Maxilo-Facial, que se hará cargo de su tratamiento a través de una Historia Clínica exclusivamente de Labio y Paladar Hendido; se han elaborado diversos tipos de Historias Clínicas para dicha alteración, de tal manera que son breves y específicas a la lesión. Se solicitan dos fotografías de aproximadamente 14 x 9 cm. a colores o blanco y negro, una de frente y una de perfil únicamente de cara.

Se obtienen radiografías oclusales, ortopantomografías y Cefalométricas, las cuales nos van a mostrar, la forma de la cara, la relación del maxilar superior con el inferior, - si existen o no afecciones de otro tipo a nivel óseo, al período de la erupción dentaria y estudiaremos la posición y forma de los dientes.

Se obtendrán impresiones para los modelos de estudio, los cuales nos permitirán conocer la profundidad de esta, su clasificación y amplitud.

En el modelo de trabajo se elabora el aparato que se le coloca al paciente lo más pronto posible para facilitar su alimentación y evitar el colapso de los segmentos maxilares.

En el caso de que la hendidura sea bilateral, se deberá usar un gorro para retracción de la premaxila si esta se encuentra protuida, que nos servirá para evitar lo anterior y lograr un resultado quirúrgico estético.

INDICACIONES DEL USO Y MANERA DE HACERSE EL GORRO.

Estas indicaciones serán dadas a los padres del niño. Se le harán 5 gorros, que le queden perfectamente al niño, que no le moleste, ni apriete su cabecita, pero que tampoco le quede flojo.

Van a ser 5 gorros, para que se le cambie en el momento que se ensucie.

Lo usará durante el día y la noche, solamente se le retirará para bañar al niño y cambiarle el gorro.

La costura debe ir por fuera para comodidad del paciente.

El elástico va a ser abrochado por fuera en el gorro a nivel de donde termina la oreja.

El elástico se colocará cuidadosamente sobre la premaxilar protuida, y no sobre las áreas sanas ya sea en la nariz o en el labio inferior.

El elástico no debe de quedar flojo ni muy apretado.

Debe ser una tensión del elástico sobre la premaxila - firme y exacto.

MATERIAL PARA LA ELABORACION DEL GORRO.

Tela delgadita de algodón, como la popelina, que no -- raspe, ni pese.

Broches de gancho, que se colocará uno a cada extremo del gorro del elástico.

El elástico debe ser satinado o sea esponjoso, suave, Hilo de algodón.

HISTORIAS

CLINICAS

UTILIZADAS

EN

ORTOPEDIA

MAXILAR

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 ORTOPEDIA MAXILO FACIAL
 LABIO Y PALADAR FISURADO

		DIAGNOSTICO									
		L	P	I	D	B	O	L cir	P cir		
PSICOLOGIA	FONIATRIA	EXPEDIENTE _____ No. _____ NOMBRE _____ F. NAC. _____ DOM. _____ EDAD INGRESO _____ SEXO. M. _____ F. _____ FECHA _____								OPERACIONES	
										RESULTADOS	
										EDAD	
										M	
										ANTECEDENTES	
										OTROS	
										P	
										0	
										5	
										10	
										15	
										20	
										25	
										30	
										35	
										40	
										45	
										50	
										55	
										60	
										65	
										70	
										75	
										80	
										85	
										90	
										95	
										100	
										105	
										110	
										115	
										120	
										125	
										130	
										135	
										140	
										145	
										150	
										155	
										160	
										165	
										170	
										175	
										180	
										185	
										190	
										195	
										200	
										205	
										210	
										215	
										220	
										225	
										230	
										235	
										240	
										245	
										250	
										255	
										260	
										265	
										270	
										275	
										280	
										285	
										290	
										295	
										300	
										305	
										310	
										315	
										320	
										325	
										330	
										335	
										340	
										345	
										350	
										355	
										360	
										365	
										370	
										375	
										380	
										385	
										390	
										395	
										400	
										405	
										410	
										415	
										420	
										425	
										430	
										435	
										440	
										445	
										450	
										455	
										460	
										465	
										470	
										475	
										480	
										485	
										490	
										495	
										500	
										505	
										510	
										515	
										520	
										525	
										530	
										535	
										540	
										545	
										550	
										555	
										560	
										565	
										570	
										575	
										580	
										585	
										590	
										595	
										600	
										605	
										610	
										615	
										620	
										625	
										630	
										635	
										640	
										645	
										650	
										655	
										660	
										665	
										670	
										675	
										680	
										685	
										690	
										695	
										700	
										705	
										710	
										715	
										720	
										725	
										730	
										735	
										740	
										745	
										750	
										755	
										760	
										765	
										770	
										775	
										780	
										785	
										790	
										795	
										800	
										805	
										810	
										815	
										820	
										825	
										830	
										835	
										840	
										845	
										850	
										855	
										860	
										865	
										870	
										875	
										880	
										885	
										890	
										895	
										900	
										905	
										910	
										915	
										920	
										925	
										930	
										935	
										940	
										945	
										950	
										955	
										960	
										965	
										970	
										975	
										980	
										985	
										990	
										995	
										1000	

OBSERVACIONES _____

HISTORIA CLINICA ACTUAL

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA "

CLINICA DE PALADAR

HOJA DE CONTROL

40

DIAGNOSTICO _____
NOMBRE _____ CEDULA _____ SEXO _____
FECHA _____ EDAD _____
ANTECEDENTE HEREDITARIO: _____

VALORACION PSICOLOGICA _____ COEF INT. _____

GRADO ESCOLARIDAD _____

EXPLORACION FISICA _____

PERFIL : _____
RECTO _____ CONVEXO _____ CONCAVO _____

DE FRENTE _____ ASIMETRIA OBVIA _____

OIDOS : AGUDEZA AUDITIVA _____ D _____ I _____

NARIZ : CONFIGURACION _____ ALA _____

SEPTUM: _____ COLUMNELA _____

LABIOS: _____ CICATRIZ _____

EXPLORACION INTRAORAL :

LENGUA: TAMAÑO _____ MOVILIDAD _____

FRENILLO _____

PALADAR: SEPARACION DE LA HENDIDURA _____

CICATRIZ _____ FISTULA _____

DISTANCIA A FARINGE _____ MOVIMIENTO _____

UVULA _____

FARINGE : AMIGDALAS _____ PILARES _____

MOVILIDAD _____

REFLEJO NAUSEOSO _____

DEGLUSION TIPICA _____ ATIPICA _____

VOZ NORMAL _____ ININTELIGIBLE _____ INTELIGIBLE _____

HISTORIA CLINICA ANTERIOR

EXAMEN DENTAL :

DENTICION PERMANENTE _____ PRIMARIA _____ MIXTA _____ 41

MORDIDA CRUZADA _____ LABIOVERSION _____

LINGUOVERSION _____ AUSENTES _____

DIENTES SUPERNUMERARIOS _____

RELACION MOLARES _____
DERECHOS _____ IZQUIERDOS _____

RELACION DE CANINOS _____
DERECHOS _____ IZQUIERDOS _____

LINEA MEDIA _____

OVER BITE _____ MM

OPEN BITE _____ MM

RADIOGRAFIAS _____

FOTOGRAFIAS _____

TRATAMIENTO ORTOPEDICO MAXILAR

COLAPSO MAXILAR :

UNILATERAL _____ BILATERAL _____

PROTRUSION PREMAXILA _____

APARATOLOGIA :

IMPRESIONES

TIPO APARATO

INSERCIION

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS.

No. DE PROCEDIMIENTO	1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.
OPERACION						
EDAD DEL PACIENTE						
CIRUJANO						
LUGAR						
FECHA						

REHABILITACION FONETICA: _____

FORMA

DE

FOTOGRAFIA

QUE

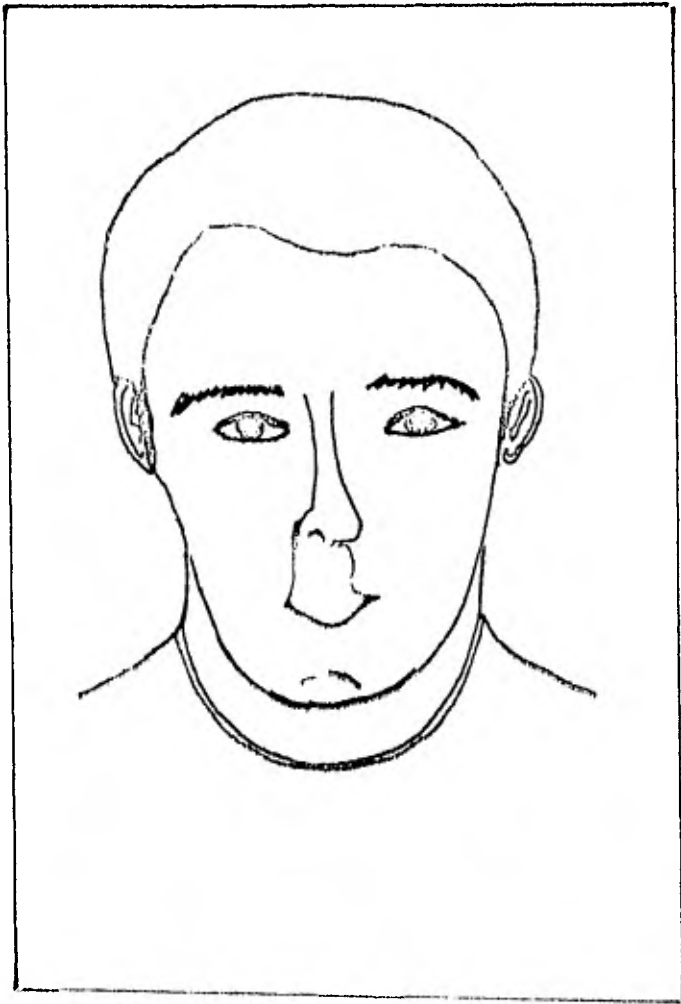
SE

USA

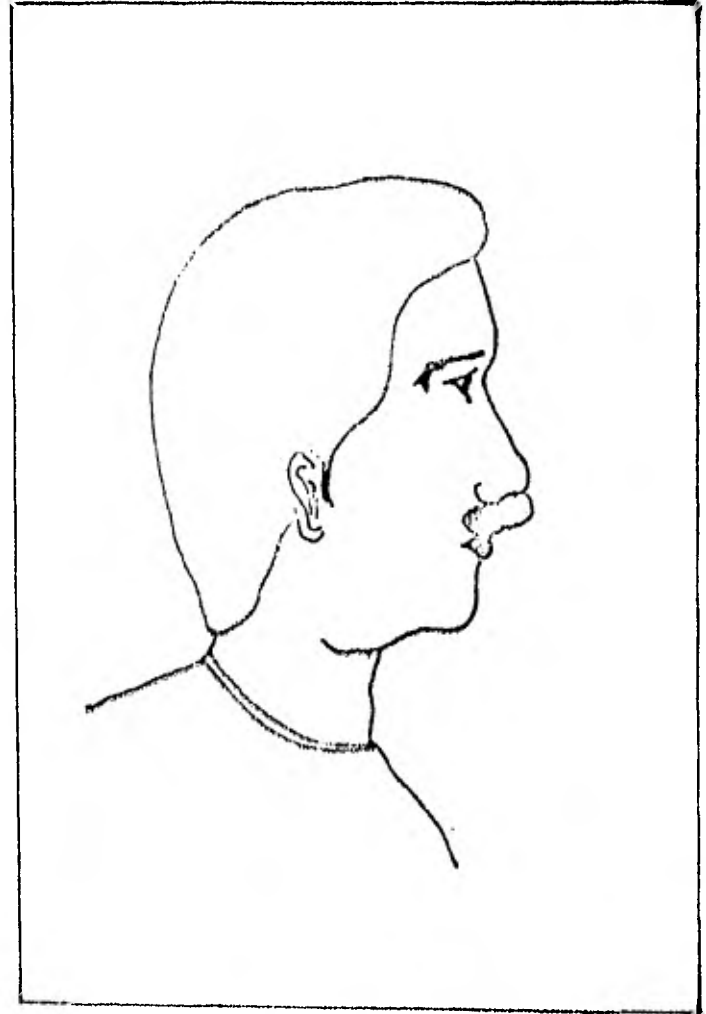
EN

ORTOPEDIA

MAXILAR



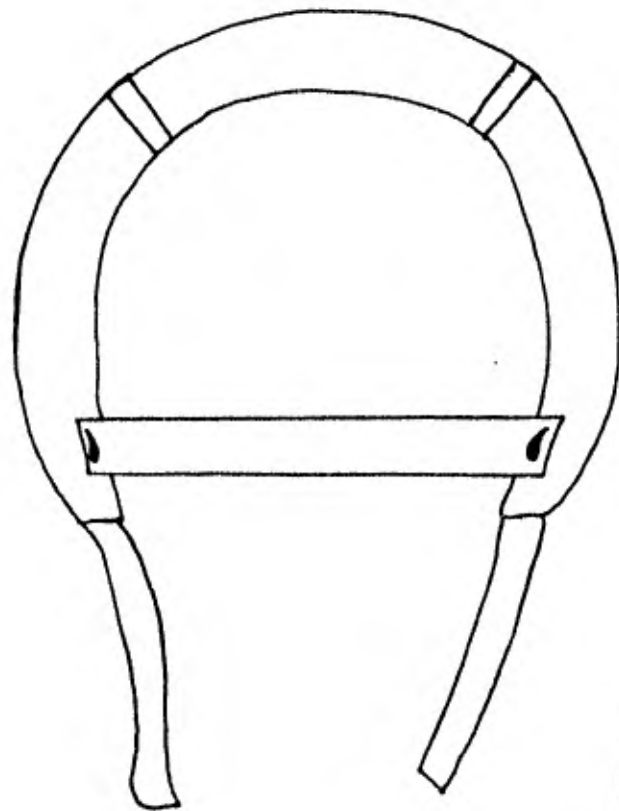
FRENTE



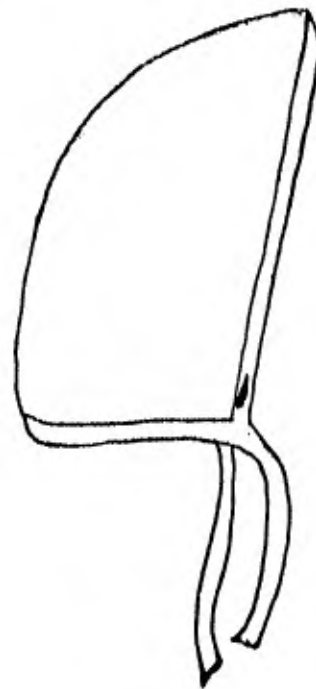
PERFIL.



←Elastico

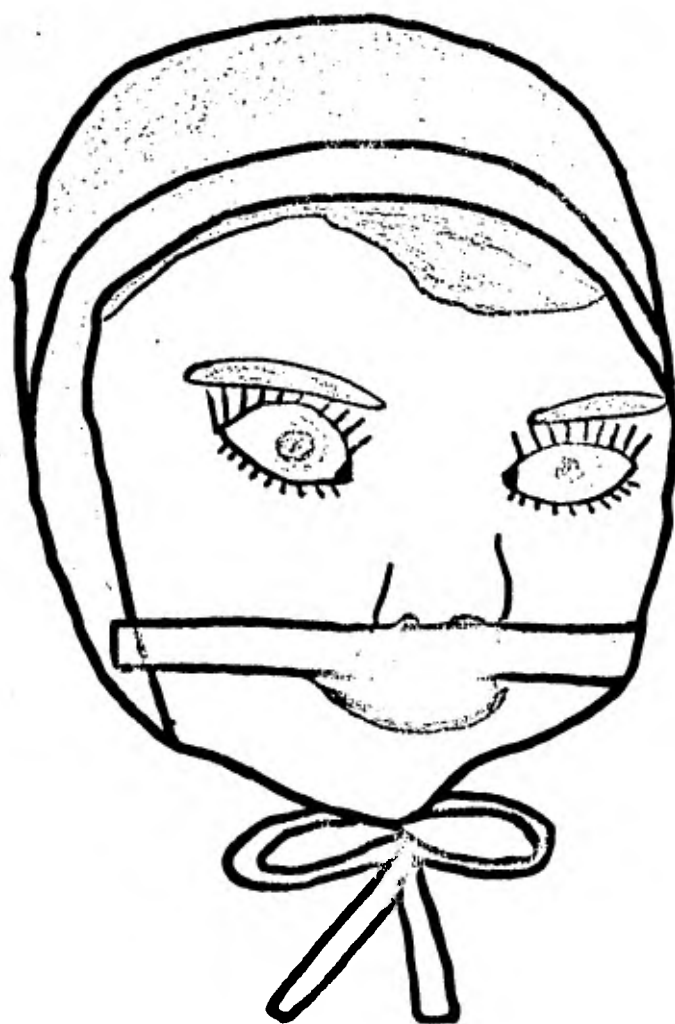


Gorro





Premaxila Protuda



Govvito para retracci3n de la premanila

APARATOS QUE SE UTILIZAN EN ORTOPEDIA MAXILAR

Obturador para niños edentulos y facilitan la alimentación.

Estos aparatos obturan o tapan las fisuras, mientras que se les opera.

Placa de expansión lateral para niños edentulos irá abriendo el paladar hacia los lados, antes de operarse, por medio de un tornillo de expansión.

Placa de expansión lateral para niños dentados, abrirá el paladar hacia los lados, antes o despues de operarse, consta de unos ganchos de retención y el tornillo de expansión.

Placa de expansión anterior para niños dentados, abrirá ó ayudará a crecer el paladar primario o premaxila. Consta de ganchos de retención y el tornillo expansor.

Placa de expansión doble o bilateral para pacientes dentados abrirá el paladar hacia los lados y al frente, consta de ganchos de retención y dos tornillos expansores.

Placa de ganchos activos-servirá para obturar las fístulas y los ganchos harán su acción de enderezar o componer los dientes en malposición.

Placa estética para niños dentados, que consta de los dientes faltantes al arco dentario y ganchos de retención.

"Todos los expansores ayudarán al crecimiento del paladar, - al mismo tiempo que toda su cara, cabeza y cuerpo se va desarrollando, para que no haya una desarmonía de crecimiento en su cara que sería el paladar".

Arco de Hawley-ayudará a mantener los dientes en una posición normal y siguiendo el arco dentario de nuestra boca.

MATERIAL.

Ganchos de bola-retención, van en los aparatos y en los dientes.

Ganchos de Adams-retención, van en los aparatos y en los dientes.

tes.

Tornillo de Expansión y Llaves para el manejo de este.

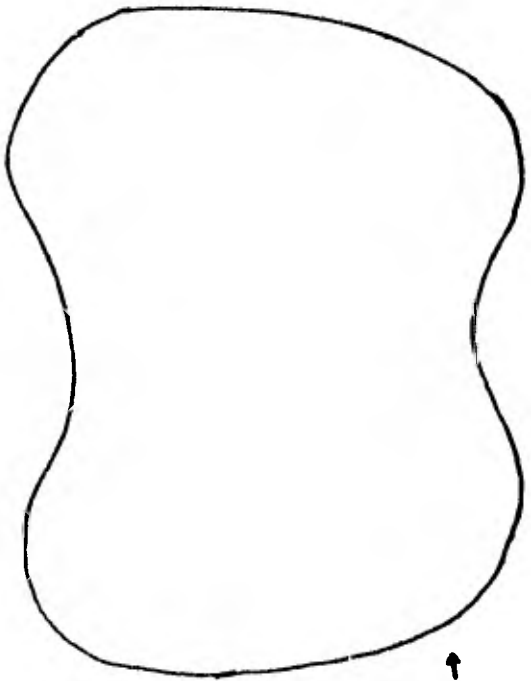
Acrílico.

Todos los niños de Labio y Paladar Hendido que tengan dientes, su aparato expensor va a llevar un levantamiento que cubrirá hasta las caras oclusales de todos los dientes posteriores, de canino a canino no va a ver levantamiento.

El levantamiento de mordida tiene la finalidad de evitar la oclusión normal para permitir el movimiento planeado con el aparato de los segmentos maxilares sin que haya una oposición con los dientes antagonistas.

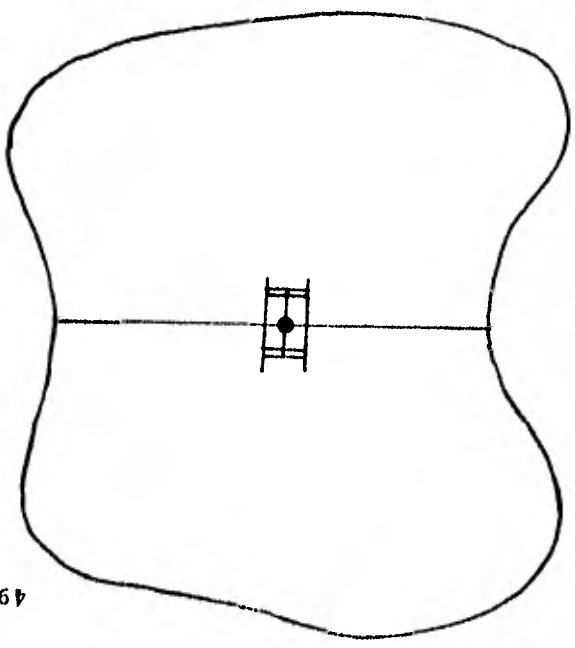
Y haya un mejor desplazamiento parejo de los segmentos maxilares y crecimiento.

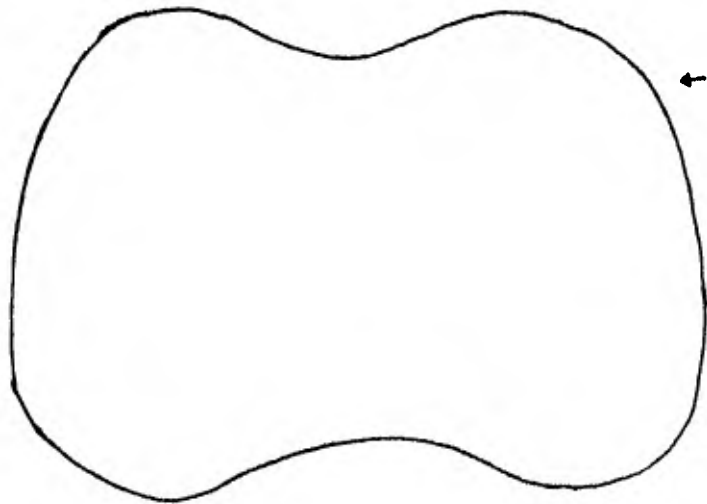
Y en las arcadas desdentadas o edentulas el aparato va a cubrir todo el reborde alveolar en posteriores y enfrente también va a ser cubierto por el aparato, y a veces no, porque muchas veces ya erupcionaron los dientes anteriores y los posteriores todavía no.



Obturador o aparato de
contención de los segmentos
→ Mxiliares.

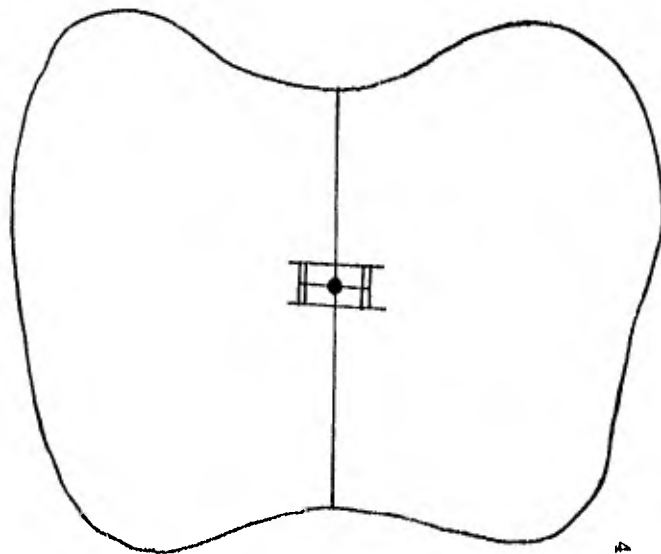
Placa de expansión
inferior →

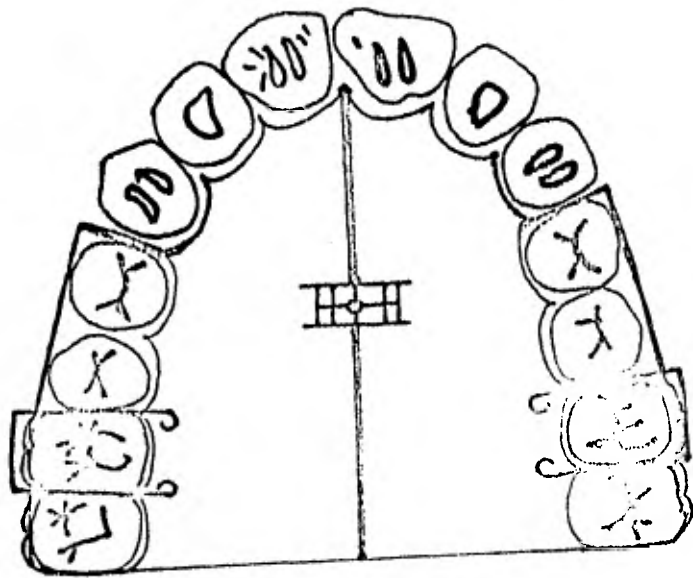




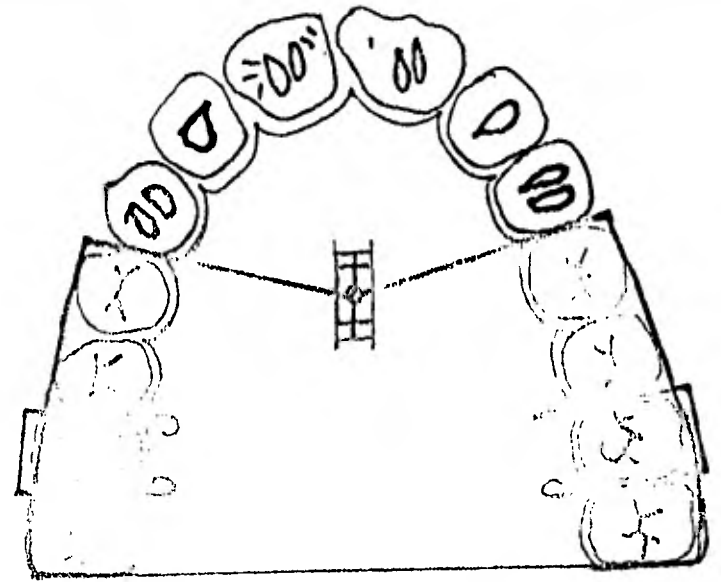
Obturador o aparato de
contención de los segmentos
Maxilares. ←

Placa de expansión
lateral →

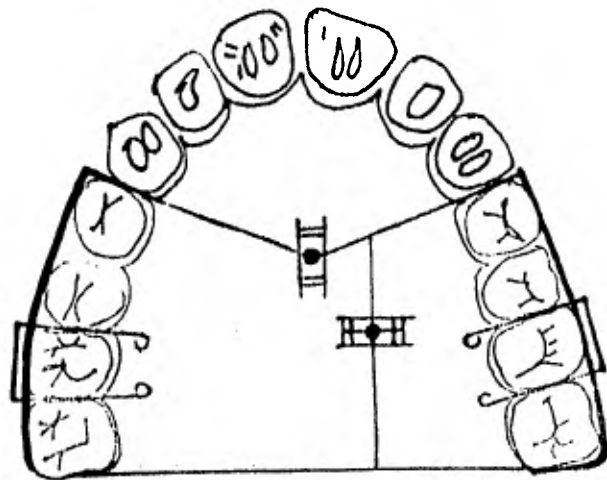




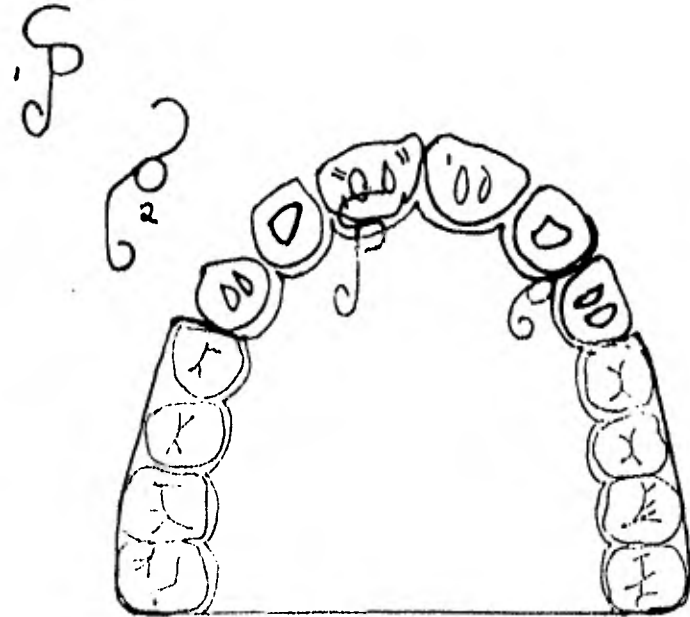
Aparato de expansión lateral



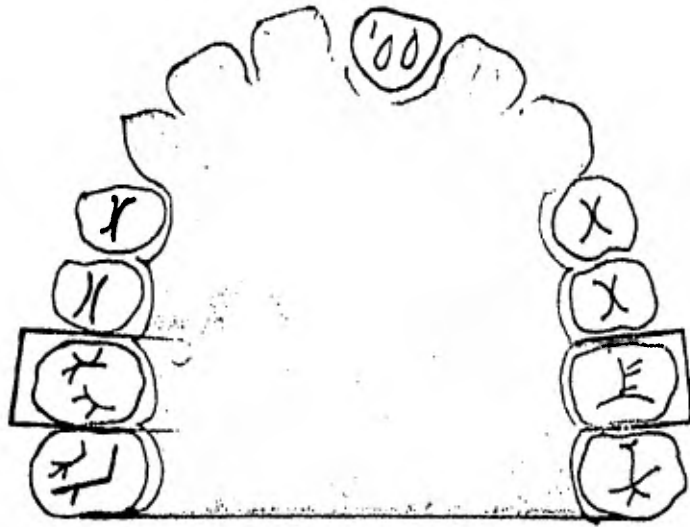
Aparato de expansión anterior



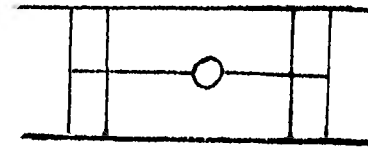
Aparato de expansión Doble
ó Bilateral.



Aparato con
1. Helical-Loop.
(Dado).
2. Retractor
(Cautivos)

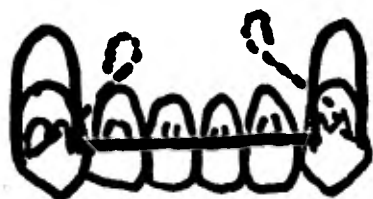


Protésis Estática



Tornillo de expansión

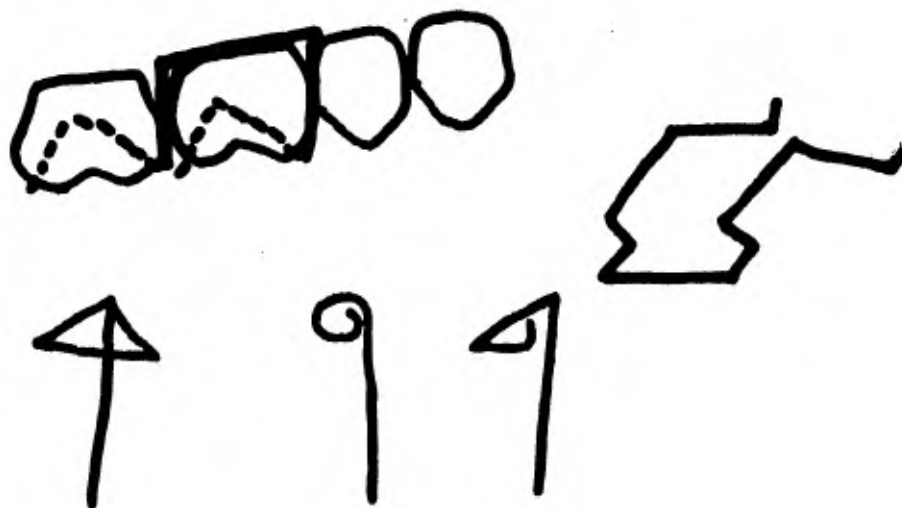
Arco de Hawley



(Retención) Gancho de bola



(Retención) Gancho de Adams



Llaves para el Tornillo de expansión

INDICACIONES PARA EL MANEJO DE LOS APARATOS QUE SE
USAN EN ORTOPEDIA MAXILAR

Estas indicaciones serán dadas a toda persona que lleve al niño a consulta, siempre y cuando sea una persona joven o adulta.

OBTURADOR.

Se comprará un adhesivo para protesis llamado corega.

Se tomará la plaquita de los extremos, se humedece la parte que contacta con el paladar.

Se espolvorea poco corega en la zona humedecida.

Se coloca al niño en una posición de hiperextensión -- del cuello, se le abrirá su boquita.

Se pondrá la plaquita con cuidado.

Ya se que sienta que entró bien se le hará presión durante unos dos o tres minutos.

Y queda perfectamente adherida al paladar.

El aparato debe traerse durante todo el día y toda la noche.

El niño deberá dormir de lado o boca abajo, pero nunca boca arriba.

El aparato debe ser usado siempre hasta nueva cita con el ortopedista para la colocación de otro aparato.

"el corega no es dañino para los pacientes y tiene sabor agradable".

EXPANSOR.

Este aparato si no tiene ganchos se va a usar de la -- misma manera que el obturador y se van a seguir todas las indicaciones anteriormente citadas.

Lo único que se le va hacer es darle vueltas al torni-

llo de expansión con una llavecita que se les da a los padres para que efectúen estos movimientos en su casa.

Se le dará 1 vuelta cada 24 hrs. o diario a una determinada hora.

En el caso de que el aparato se caiga se le dará media o un cuarto de vuelta diario.

Para darle las vueltas al tornillo es necesario retirar el aparato de la boca del niño.

Ya dadas las vueltas, se humedecerá la zona del aparato contactante a el paladar, se espolvorea el corega, se prepara para el niño para la colocación de su placa.

Y es colocada de nuevo.

Así será durante todo el tiempo que tenga que usar el aparato, diario los mismos pasos, hasta que se abra totalmente todo el expansor, y de nuevo se le tomará impresiones y se le colocará otro aparato nuevo.

El niño con el tiempo se acostumbra y ya no se quitará los aparatos, como en un principio, que se las retiraba con la mano o la lengua y la madre lo tenfa que estar cuidando por que pueden romper los aparatos y si eso sucede ya no se le podrá colocar ese aparato, su tratamiento se atrasa y tiene que esperar a que llegue el día de su nueva cita con el especialista.

EXPANSOR CON GANCHOS.

Todos los aparatos que tengan ganchos retentivos, no se les colocará el adhesivo corega, nada más se tomará el aparato se llevará a la boca y se le hará presión.

Se seguirán los puntos anteriores sobre la movilidad del tornillo de expansión.

" ...Todos los aparatos que no tengan retensión se les

colocará el corega..."

ASEO DE LOS APARATOS USADOS EN ORTOPEDIA MAXILAR

Se les retirará el aparato de su boca únicamente, después de cada alimento y como se había dicho para darle vueltas al tornillo de expansión en el caso de que fuera un expansor, se retira después de ingerir sus alimentos para hacerla perfectamente que no le queden restos alimenticios, y le che pegada.

Este aseo del aparato es muy fácil nada más se necesita un cepillo de dientes y agua.

Se humedecerá la placa y el cepillo de dientes, se le tallará por todas las zonas primeramente donde se puede guardar la comida y donde se encuentra el tornillo de expansión, se enjuaga y se le vuelve a tallar hasta que ya esté perfectamente limpia, se enjuaga y se seca, se llevará de nuevo a la boca.

Si estos aparatos no se hacen va a traer las siguientes afecciones; infección gastroenteritis, despiden mal olor de su boca, infecciones a nivel de la faringe, amígdalas y boca.

Una manera de saber si la plaquita es aseada ó no, es cuando se empieza a manchar y a oler mal.

A la edad de 3 meses de haber nacido, el niño será operado de el Labio, ya sea una queiloplastia o nasoqueiloplastia.

El niño se internará un día antes de la fecha de la cirugía, durante ese día seguirá su dieta normal, antes de entrar a quirófano deberá retirarse la plaquita.

Ya en el quirófano, el cirujano utilizará la Técnica - Quirúrgica mas apropiada ya sea cualquiera de las siguientes que son las que se utilizan mas en el Hospital General - Centro Médico La Raza que son: la técnica de Millard, Broadvent, Tenison Randal y Skoog.

PERSONAL QUE DEBE ESTAR EN QUIROFANO DURANTE LA INTERVENCION
DE LABIO Y PALADAR

El Cirujano
El ayudante
El anestesista
El Instrumentista
y el Circulante.

A continuación el desarrollo de cada una de las Técnicas Quirúrgicas que se utilizan en Labio ya citadas.

TECNICA DE MILLARD. I.

REPARACION AVANZADA DE ROTACION.

A) Es un método de vista. Lo normal es que no se mida como en otros métodos. La profundidad y la altura del arco de cupido son marcadas. Se puede usar un calibrador para localizar la cima del arco en el lado hendido si es indistinguible.

B) Después que se ha marcado el arco de cupido, se hace tracción sobre el tubérculo con un gancho para piel y se delinear las incisiones propuestas. El borde vermellón cutáneo se marca con dobles puntos azules. Se puede inyectar un anestésico local y epinefrina si se tiene el cuidado de evitar distorsión.

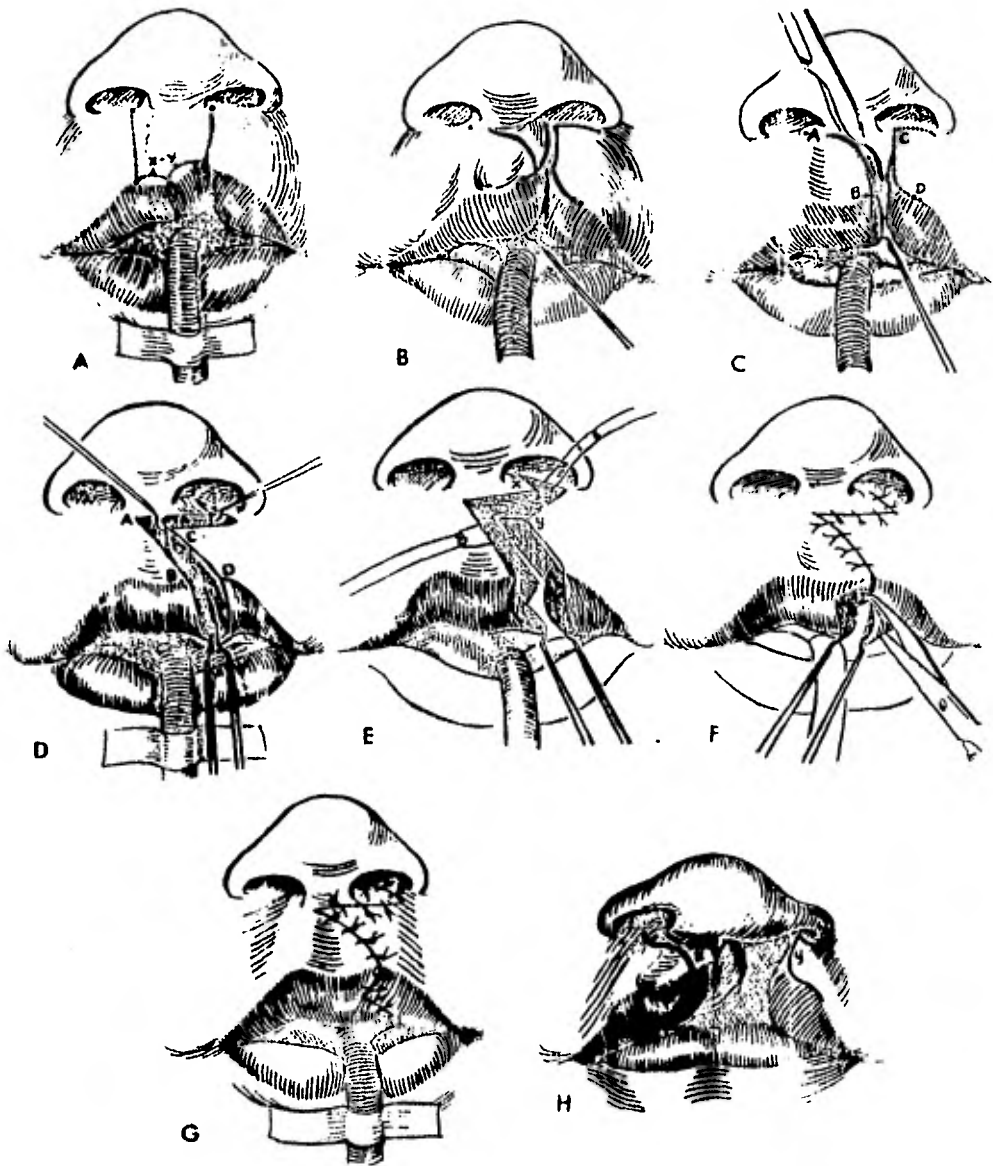
C) Se hace la incisión a lo largo de la línea ab manteniendo la tracción sobre el tubérculo. La incisión se continúa hasta que el arco de cupido serota hacia abajo su posición normal.

El límite superior de la incisión puede extenderse más allá de la línea media, pero no debe extenderse más allá del pilar filtrar en el lado normal o el lado normal del labio - se agrandará por la reparación.

D) Se hace un colgajo lateral de manera que CD iguale AB.

En hendiduras anchas puede ser necesario mover el punto D más cerca a la comisura labial de lo que muestra el diagrama (fig. 2-h).

Figuras 1



El avance del colgajo lateral rota el ala a su posición. Ocasionalmente puede ser necesario descartar un pequeño triángulo en el piso de las narinas (área sombreada).

E) El colgajo X, que descansa entre la incisión AB y los márgenes liberados de la hendidura, se voltea a su posición para formar el umbral de la aprina. El colgajo ayuda a jalar la columela y el septum membranoso a su posición.

F) La incisión longitudinal AB sigue e imita a la línea natural de la columna filtral. La Z en la porción superior del labio se mantiene escondida por la sombra y por las líneas del pliegue del piso nasal.

G) La mayoría de la tensión en esta reparación ocurre en la parte alta del labio que está normalmente tensa. Al proceder a la operación el lado medial puede ser alargado lo necesario extendiendo la incisión bajo la columna hacia el lado intacto curvándola inferiormente en un gancho ligero. El colgajo lateral puede ser alargado llevando la incisión CD más allá de la comisura bucal.

H) En hendiduras severas completas, puede ser difícil desdoblarse el arco de cupido con la técnica original de Millard (ejemplo rotar el arco de cupido inferiormente), a menos que la incisión AB se extiende considerablemente pasando la base columelar en el lado intacto.

El problema puede ser resuelto con el más recientemente descrito "corte posterior" (Fig.2-A). Puede ser también difícil trazar un colgajo lateral suficientemente grande para llenar el defecto creado por la rotación del segmento medial. Puede ser necesario usar un tejido delgado y apenas satisfactorio para la punta del colgajo ^Y y puede ser necesari-

rio llevar la incisión a lo largo del margen inferior del -- colgajo ^Y hasta el borde del vermellón hacia la comisura bucal. La posibilidad de tener que sacrificar cantidades des-- proporcionadamente grandes del vermellón lateral, conduciendo a un estrechamiento del labio superior del lado hendido, -- es el mas serio inconveniente del principio de rotación avanzada.

VENTAJAS DE LA OPERACION MILLARD I DE ROTACION AVANZADA.

1.- El método es muy flexible lo que permite una modificación constante a través del curso de la operación. Es la operación mas satisfactoria para grados ligeros a moderados de hendidura.

El cirujano nunca llega a puntos sin regreso, como sucede en los métodos de colgajo triangular o rectangular, en -- las que una vez diseñadas y marcadas las incisiones poco pueden hacerse para variar el curso de la operación.

2.- Los márgenes de los colgajos siguen las líneas naturales (del pilar filtral y el pliegue de la nariz) y preserva no solo el arco de cupido sino también el hundimiento del filtrum.

Las cicatrices de la reparación, como las del método -- Rosethompson, descansan en localizaciones ideales para su camuflaje.

3.- Se conserva una buena contracción de la porción -- inferior del labio.

4.- La flexibilidad inherente del diseño se presta a revisiones secundarias.

Figuras 2



5.- El crecimiento desproporcionado es raramente un -- problema. El cirujano puede esperar que la longitud del lado reparado en relación con la longitud normal se mantenga toda la vida. Las excepciones a esta generalidad son extremadamente raras. Durante las primeras semanas de convalecencia, -- mientras las cicatrices estén eritomasas o induradas, generalmente se observa acortamiento del lado reparado, pero esta discrepancia se auto-corrige cuando ocurre la maduración.

DESVENTAJAS DE LA OPERACION MILLARD I DE ROTACION AVANZADA.

La única desventaja significativa que puede esperarsees en el diseño de un colgajo lateral adecuado en hendiduras completas anchas. Para obtener un colgajo apropiado puede -- ser necesario sacrificar mucho vermellón lateral causando -- una notable asimetría del arco de cupido.

REPARACION DE ROTACION AVANZADA MILLARD II

A) Como en las otras técnicas donde se conserva el arco de cupido, la altura del arco del lado normal y la profundidad del arco en la línea media son marcadas, se marca en el margen de la hendidura de manera que la línea dos tres igual a la línea 2-1. El punto 3 toma la altura del arco de cupido del lado reparado. Se hace una incisión hacia arriba del punto 3 de manera que margine el hundimiento filtral y se curve bajo la base columelar al punto 5 descansando bajo la línea media y del pilar filtral en el lado normal. El punto 5 tiene localización variable, dependiendo de la cantidad de rotación requerida, la línea 3-5 puede ser extendida con un retroceso al punto x, que debe quedar medial al pilar filtral normal. La posición exacta del punto x también es variable y depende de la cantidad de rotación requerida.

La incisión para el avance lateral se curvan alrededor de la inserción alar superior y al parejo del bordo de la hendidura del punto 6 al 7, medial e inferiormente.

La distancia del punto 6 al 7 debe igualar la distancia de 3 a x.

B) El arco de cupido ha sido rotado inferiormente a la posición normal. Se usa un gancho en el ápice de la nariz hendida para jalar el colgajo C a su posición y alargar la columna al lado hendido. Generalmente se requiere desgastar moderadamente el colgajo ^C para reposicionarlo.

C) Los puntos 9 y x son aproximados a el colgajo C se sutura en su lugar.

D) La inserción lateral del labio y alar se liberan ampliamente de la maxila a través de una incisión que se ex---

tiende del surco labial superior a lo largo de la apertura - piriforme a la línea media.

Es una extensión opcional, se puede movilizar el cartílagó nasal con la ayuda de una incisión redonda que produce un colgajo de estas estructuras basado en el septum nasal.

El domo alar desplazado en el lado hendido se puede re posicionar y anclar al domo normal con sutura no absorbible.

La operación de la corrección del cartílagó nasal se puede hacer en una intervención posterior si el cirujano lo prefiere.

E) El punto 6 es avanzado al punto x por una de las suturas clave de la reparación.

F) Los márgenes x-3 del segmento medial y 6-7 del colgajo lateral no quedan congruentes inmediatamente. Deben ser rebajados para que ajusten uno con otro de manera que la posición correcta del punto 3 se mantenga intacta. Se puede hacer un pequeño colgajo interdigitante de la línea vermellón cutánea en el punto 7 para romper la cicatriz cuando cruza el arco de cupido.

G) El piso de la nariz es reparado y se completa la operación.

La distancia entre 4 y 1 debe ser igual a 8-7.

VENTAJAS DE LA TECNICA MILLAR II

Tiene las ventajas del Millar ^I y además brinda un alartamiento de la columnela del lado hedndio y una mejor corrección del umbral alar. La reposición del domo alar es una opción existente.

Esta operación es sumamente flexible, (no tiene que -- ser seguido rígidamente el diseño de esta técnica).

DESVENTAJA DE LA TECNICA MILLAR II.

Tiene el mismo inconveniente que el Millard ^I pero en mayor grado. El tejido medial empleado en Millard ^I para reconstruir el umbral nasal, se usa en la Millard ^{II} para alargar la columela.

Por ello, hay una demanda adicional hecha a expensas - del colgajo lateral del labio.

Es por ello que el cirujano puede encontrar mayor dificultad en diseñar un colgajo de avance adecuado que no acorte notablemente la distancia de la comisura labial del lado hendido a partir del ápice ipsilateral del arco de cupido.

METODO MILLARD DE REPARACION DE HENDIDURAS BILATERALES INCOMPLETAS.

Millard (1960), ha adaptado su método de rotación avanzada de reparación de hendidura labial unilateral para su uso en hendidura labiales bilaterales. En pacientes con hendiduras simétricas incompletas, la columela, es generalmente, adecuada en longitud, a pesar de que el prolabio es característicamente muy pequeño (Figuras 4-B-C-D).

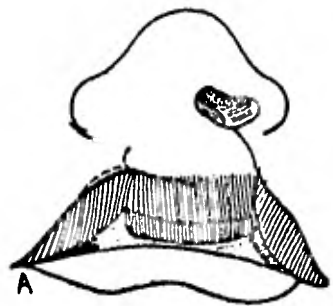
Este es el método de elección en esta situación ya que mueve al prolabio corto a partir del componente normal de la nariz hasta una posición natural del filtrum mejor que cualquier otro método.

Un lado del prolabio se libera de la columela por una incisión rotativa extendiéndose casi hasta la mitad de la columela. La brecha así producida se llena con el avance un colgajo triangular grande del segmento lateral del labio. La cuña de piel se mueve del piso nasal tanto como se requiera. Se forma un arco de cupido y el prolabio deficiente se construye avanzado un colgajo de la porción lateral del labio (conteniendo vermellón y músculo) para sobreponerse al borde prolabial-vermellón, que ha sido reflejado inferiormente de la mitad adyacente del prolabio.

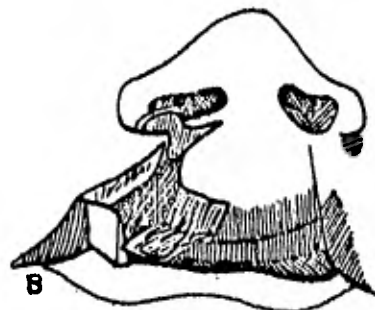
Dos meses después, o cuando la duración haya cedido, se repara al otro lado de la misma manera. El límite superior de la incisión rotativa debe terminar de 2 a 3 mm. corto de la cicatriz del primer lado para tratar de evitar prolongación excesiva del labio en dirección vertical.

Cuando es una hendidura completa es un lado o incomple

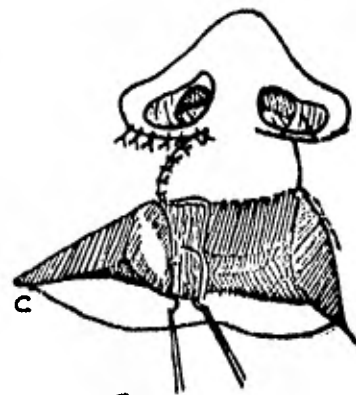
ta en el otro, se emplea la misma técnica. Se repara primero el lado completo ya que la unión del lado incompleto mantendrá el aporte sanguíneo al prolabio. El colgajo ^C que se describe en la reparación unilateral de Millard se puede usar - para alargar la columnela del lado completo.



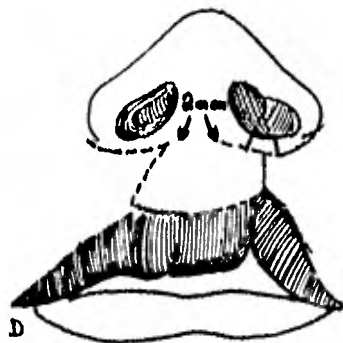
SE MARCA LA INCISION



SE LLEVA ACABA LA INCISION



SE SUTURA



Resultado

REPARACION DE MILLARD EN DOS ETAPAS PARA HENDIDURAS LABIALES BILATERALES COMPLETAS

Observando que las mejores cicatrices se obtienen con una reparación primaria en la infancia y que el intervenir - el labio mas tarde para levantar colgajos ahorquillados, como era su costumbre, producía cicatrización objetable. Millard, desarrolló un método de dos etapas en donde los colgajos ahorquillados son levantados inicialmente y guardados para usos posteriores (Figuras 1). Un requisito primario de esta técnica es un prolabio bastante grande.

Si el prolabio es muy pequeño, el método Veau ^{III} o la rotación avanzada deben ser usadas, con el consiguiente --- agrandamiento del prolabio.

Millard también se avoca a sutura mucosa-músculo a --- mucosa-músculo detrás de la franja filtral del prolabio, pero el prolabio no se agranda en esta circunstancia.

Consecuentemente, como una segunda etapa un avance v-y de los colgajos guardados en el piso de la nariz se emplean para alargar la columela.

A pesar de que la sutura músculo a músculo puede mejorar la función labial, el autor no está del todo convencido de que la tensión producida no provoque retrusión facial.

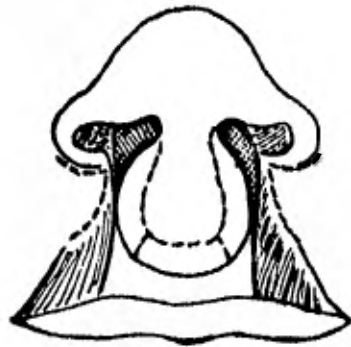
Millard, en su comunicación original propuso hacer la segunda etapa de 1 a 3 meses después, posteriormente recomendó retardarla hasta el período preescolar. (Figuras 2).

No obstante desearía proceder en un año para hendidura

incompletas, si era necesaria el alargamiento de la columna.

Encontró que haciendo la segunda etapa inmediatamente_ tendía a resultar en una dimensión vertical larga del labio. La segunda etapa consiste en alargar la columna.

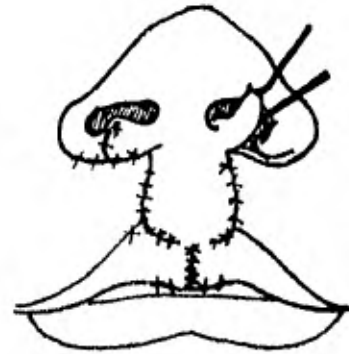
Figuras 1



A

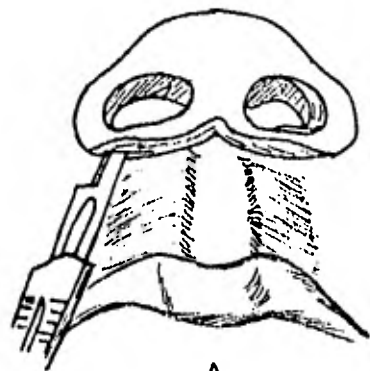


B

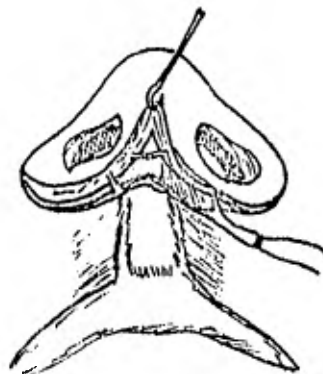


C

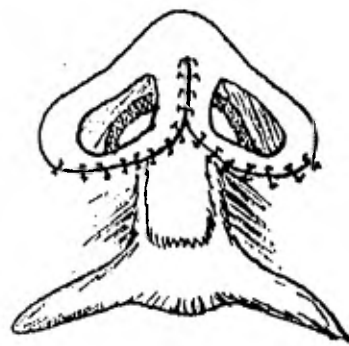
Figuras 2



A



B



C

TECNICA DE BROADBENT

REPARACION DEL LABIO HENDIDO BILATERAL.

En un intento de mejorar las áreas, Broadbent, revisó el procedimiento de Schultz. El desarrollaba el prolabio para crear un surco labial abundante; esto permitía un arco de cupido y un borde de vermellón continuos. El prolabio junto con los elementos laterales del labio traídos a un punto central bajo él, crean un tubérculo central adecuado para el labio. El patrón de la cicatriz del labio puede ser similar a la reparación de Millard, lo que es una ventaja. Una incisión alrededor de la base del ala de la nariz ha ayudado, en algunos casos a ganar una mejor fosa nasal (figuras A). Pero aún queda la nariz plana como un problema irresoluble en la reparación primaria. Se ha encontrado que el "guardar" pequeños colgajos en el piso de las fosas nasales no tiene valor.

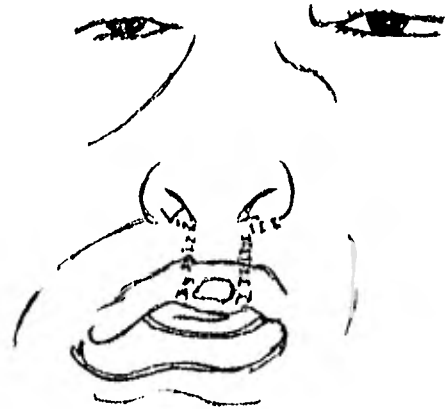
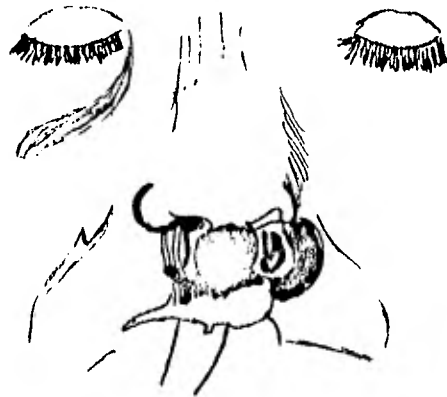
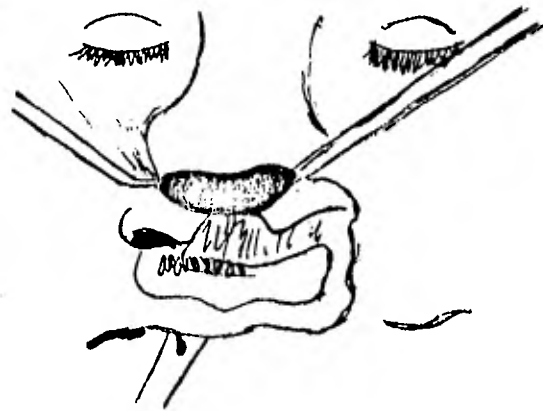
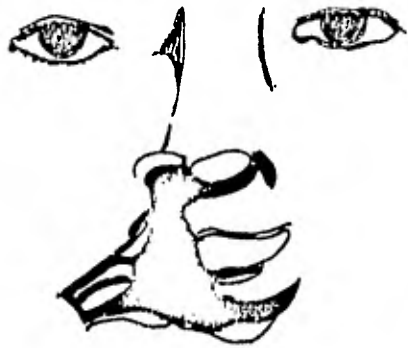
Se han reparado hendiduras bilaterales del labio en un paso por el procedimiento de Broadbent. Al hacerlo, se ha logrado un labio con longitud satisfactoria, un arco de cupido, un tubérculo central lleno, un patrón de cicatriz aceptable, un prolabio libre y un surco labial superior adecuado.

Broadbent salva el ancho completo del prolabio, intentando usar algo de su abultamiento y la propia cicatriz como colgajo ahorquillado para elevar la punta de la nariz.

Esto puede dejar un arco de cupido ancho y creemos que cualquier revisión, viola la mejor cicatriz labial que pueda tener el niño y portanto debe ser evitada.

El arco de cupido no debe ser de más de 3 mm del fondo del arco a su punta en cualquiera de los lados.

Figuras A



Si se hace más que esto se producirá un arco muy burdo.

Podríamos adelgazar el prolabio si fuera necesario, colocar el patrón cicatrizal en el abultamiento filtral y guardar cualquier exceso de tejido en el piso de la nariz. Se admite que este último tejido es inadecuado para una elevación nasal adecuada, pero da buen cuerpo al piso nasal y angosta el arco de cupido.

Reparación modificada, disminuirá la necesidad de una operación secundaria tal como corrección de defecto de silbido, injerto o colgajos para un prolabio adherente y colgajos de "Abbe" para un labio tenso.

Las ventajas de esta reparación han sido:

- 1.- Arco de cupido no muy ancho y aún así labio lleno.
- 2.- Buen borde de vermellón.
- 3.- Adecuado surco gingivo-labial.
- 4.- Patrón de cicatríz aceptable.
- 5.- Tubérculo central lleno.

"Se debe usar un diseño Millard cuando el operador piense que se debe cerrar un labio a la vez".

TECNICA DE TENNISON RANDALL

REPARACION CON COLGAJO TRIANGULAR.

A). En el método Tennison original el colgajo era marcado mediante un alambre dividido en tres partes iguales y doblado en Z (COMO PATRON) después de haberse medido la altura del lado normal del labio.

B). En el lado medial, el ángulo superior del alambre doblado fue colocado paralelo al borde del vermellón y el -- brazo medio de la Z aproximadamente perpendicular al borde -- del vermellón. El brazo inferior de la Z no fue usado.

C) Braver (1850) advirtió que al planear una repara--- ción Tennison, ninguno de los puntos elegidos sobre la línea lateral deberían caer laterales a la línea vertical que partiera de la porción interna del ala al vermellón, o podría -- ocurrir distorsión.

D) El vermellón se corta verticalmente con colgajos in terdigitantes. El labio se repara por planes.

E) Hagerty (1858), para hacer más científico el método triangular introdujo nuevas medidas, AB menos $A'B'$ igual a -- X.

F) X equivale a la distancia que debe ser disminuída -- del ápice del arco de cupido sobre el lado mesial (X'). X tam -- bién equivale a la base (X'') del colgajo triangular que se -- introducirá del lado lateral.

G) Se marca una línea de la base de la columnela al -- punto medio del arco de cupido. La línea es cruzada por un -- pase perpendicular a través del ápice del arco de cupido ---

(B'). El punto Y se marca a la mitad del trayecto entre la intersección de estas dos líneas y el punto medio del arco de cupido. La incisión YB'' permite la introducción de un triángulo isóceles lateral con la base X'' .

H) La modificación de Randall se diseña para asegurar igual altura de los lados normal y reparado. Por tanto la distancia 4-2 (en el lado normal o intacto) igual a 5-3 e igual 6.8).

La selección de puntos son A, A' y A''. El punto 3 es a la altura del arco de cupido, una marca bastante estandar para reparaciones triangulares de labio. El punto 7 está cerca de la línea media del filtrum y nunca debe extenderse más allá de la línea 4-2.

La línea 3-7 está aproximadamente en los ángulos derechos al borde vermellón cutáneo.

I) Los puntos 10 y 11 están localizados aproximadamente en el punto medio de la incisión transversal. Las líneas punteadas 5-10 y 11-8 determinan la altura en el lado hendidado. De hecho estas medidas se determinan antes de hacer las incisiones y pueden ser checadas después de las incisiones mediales pero antes de las incisiones laterales.

J) El punto 8 se hace donde el borde vermellón-cutáneo comienza a desaparecer. El punto 0 puede moverse hacia o lejos del punto 8 para obtener la distancia deseada entre 8 y 11 (la dimensión vertical menor). La distancia se calcula restando 5-10 de 2-4 como se muestra en las (figuras 1).

VENTAJAS DEL COLGAJO TRIANGULAR.

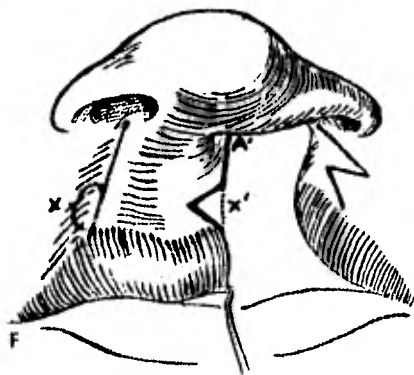
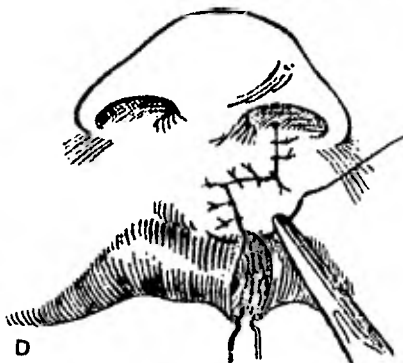
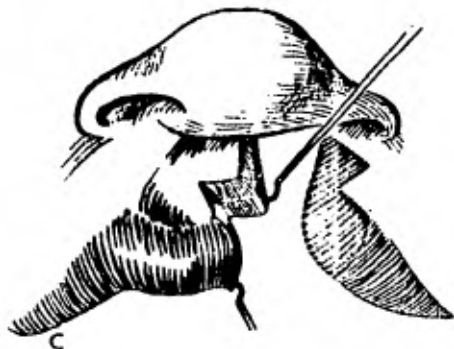
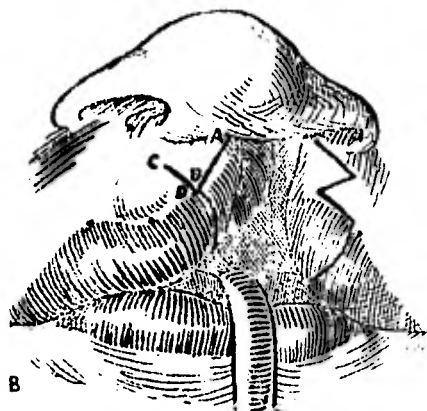
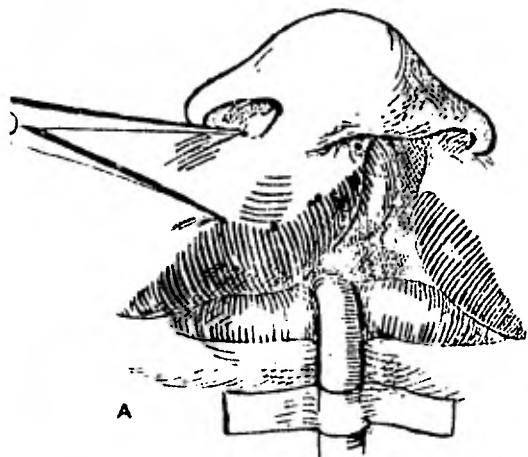
- 1) Se conserva el arco de cupido natural
- 2) El colgajo

se introduce de tal manera para producir unión completa en el borde vermellón cutáneo. 3) Se desperdicia el mínimo de tejido. Casi no se descarta tejido medialmente y solo una pequeña cantidad de tejido en la porción alta del labio cerca de la narina se descarta lateralmente. El método es, por tanto de particular valor en hendiduras anchas donde las deficiencias de tejido son más severas.

DESVENTAJAS DEL COLGAJO TRIANGULAR.

1) La cicatriz se introduce sobre el filtrum y en ocasiones puede ser bastante notable a pesar de usar la técnica quirúrgica más meticulosa. 2) Hay una tendencia al crecimiento desproporcionada especialmente si el colgajo triangular - empleado es grade. Como sucede con el colgajo rectangular, - el cirujano debe diseñar su reparación para que resulte algo corta, con la esperanza que ha de ocurrir un agrandamiento. Una reparación con colgajo triangular que se vuelve excesivamente larga, es extremadamente difícil de acortar.

Figuras 1



ADAPTACION DE LA INCISION DE TENNISON RANDALL PARA LABIO
 "HENDIDO UNILATERAL A REPARACION BILATERAL.

Esta reparación da como resultado cicatrices en zigzag, la parte central del vermellón se protuyen de una manera más normal de la que se logra con una línea de cierre recta debido a la longitud horizontal incrementada del tejido del vermellón obtenido del prelabio y la relativa tensión de labio unos milímetros arriba del borde del vermellón.

Generalmente se hace necesario procedimiento de dos pasos por los cortes horizontales en el prolabio. La revisión, si es necesaria, puede ser mas difícil por el diseño en zigzag de las incisiones y las cicatrices resultantes. Las variaciones de este tipo de incisión han sido descritas por Ma recks, Trevanski, etc.

En un lado de la base de la columna se coloca el punto A', teniendo cuidado de no localizarlo demasiado alto y B' se coloca en el extremo del borde vermellón, de 4 a 6 milímetros de A'. El punto C' se coloca a unos tres milímetros de B' de manera que B' C' formen un ángulo ligeramente agudo con el ángulo inferior del vermellón.

Es preferible hacer B' C' corto, ya que hace al colgajo A'B'C' menos conspicuo en el labio reparado y también hace mas la longitud horizontal del labio, ya que el punto C' está bastante separado.

Justamente dentro de la punta de la base del ala, el punto A se coloca con el punto ^D tan alto sobre el labio como la extensión del grosor normal donde aún es borde del vermellón. Más arriba del borde del vermellón, se coloca el --

punto C a una distancia igual $A'B'C$.

El punto B se coloca de manera que la línea $A'B'=AB$, $B'C'=BC$ y $C'D'=CD$. Ambos lados del labio se marcan en esta etapa. Los puntos del lado que será reparado posteriormente son marcados con tinta china, a 0.5 milímetros fuera de su lugar de manera que puedan ser excisionadas al momento de la reparación.

Esta práctica simplifica a la segunda etapa ya que la línea de incisión pueden ser dibujadas entre las marcas existentes.

La distorsión del prolabio por la primera reparación hace más difícil la marca exacta, si no se ha hecho previamente.

Solo se repara un lado del labio a la vez, ya que las incisiones $C'D'$ pueden interrumpir peligrosamente la circulación en la parte baja del prolabio. El colgajo muscular lateral del vermellón se voltea hacia abajo como el colgajo x , - siendo fijada y retirando toda la piel. La incisión $A'B'$ se hace a través de la piel y tejido subcutáneo del prolabio, - con el colgajo del vermellón volteado lateralmente para hacer uso como se necesite para suturar la mucosa del segmento lateral del labio. La incisión $B'C'$ se extiende a la premaxilar subyacente a través del borde del vermellón. Se pueden usar los colgajos musculares x de vermellón.

El piso de la nariz se repara como se describe en el primer método ("se puede alargar la columela si es necesario, después de unos meses ó años".)

METODO DE SKOOG

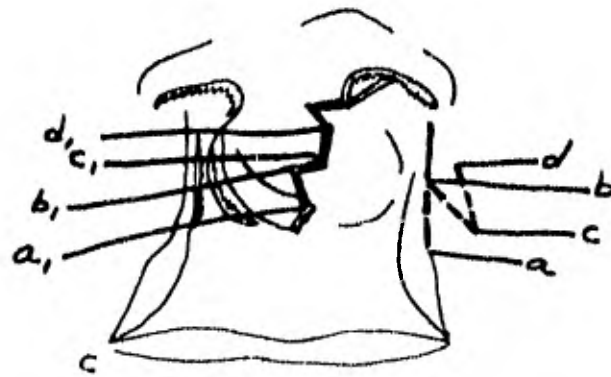
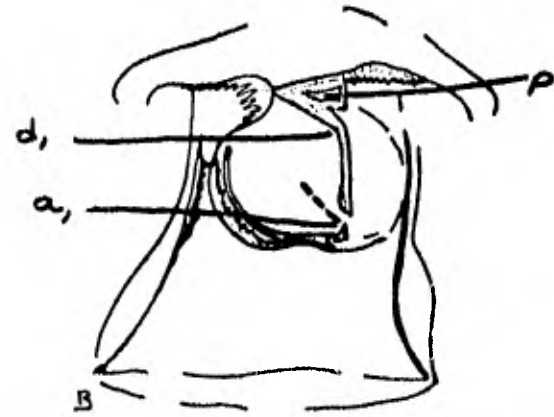
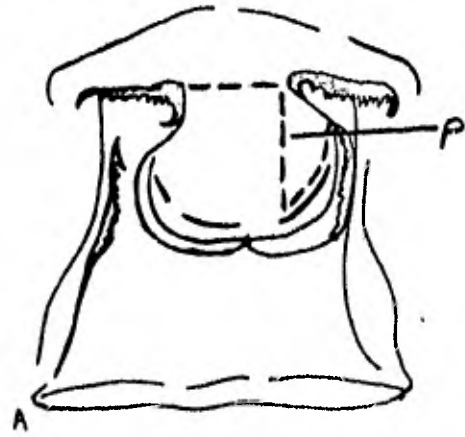
Skoog (1965) hace por etapas las reparaciones bilaterales, la primera operación a los 3 meses de edad. Una cerca - de un tercio del prolabio para la construcción columnelar. (figuras 1).

Se levanta un colgajo triangular con base superior al lado de la columnela y se rota 90 grados a que corte a través de la base de la columnela, alargando así la columnela por el ancho del colgajo. Este colgajo es similar a un lado del llamado colgajo ahorquillado de Millard, pero se usa en la misma manera para elongación secundaria de la columnela. Dos colgajos triangulares del elemento lateral del labio se usan para elongar el prolabio, para romper la cicatriz recta y para dar algún grado de protrusión al labio. (Figuras 2 y 3).

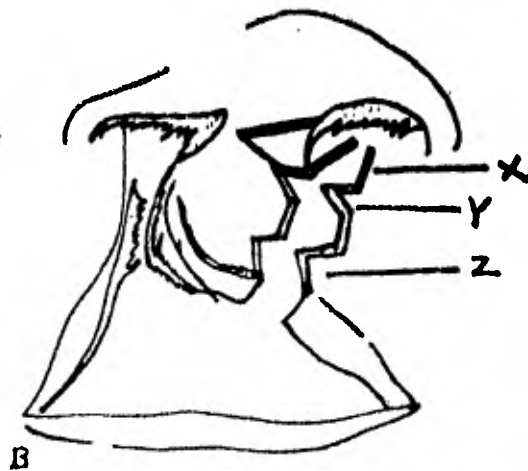
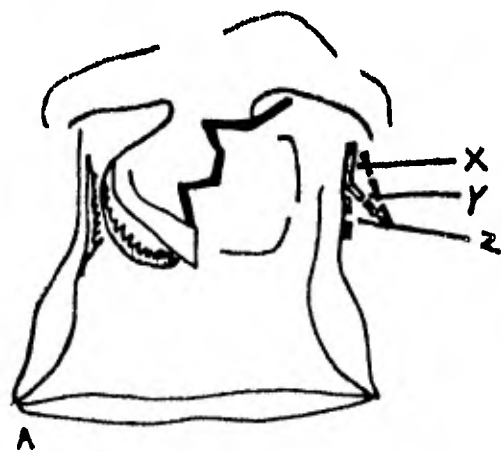
REPARACIONES DE LABIO HENDIDO BILATERAL.

("Se ha dicho que un labio hendido bilateral es el doble de difícil de reparar que una unilateral, pero que el resultado final solo es la mitad de bueno").

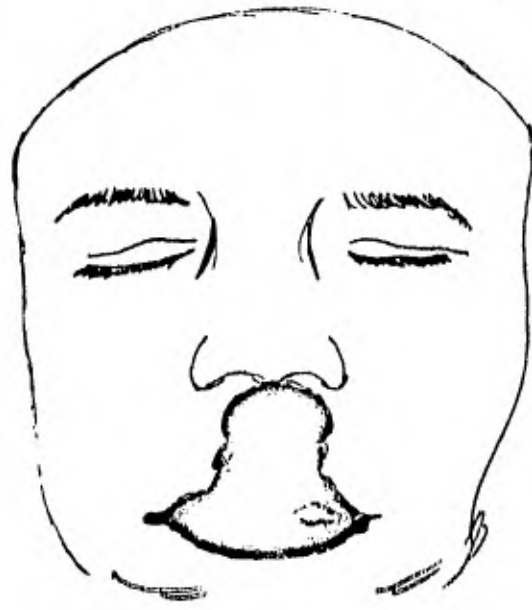
Figuras 1



Figuras 2

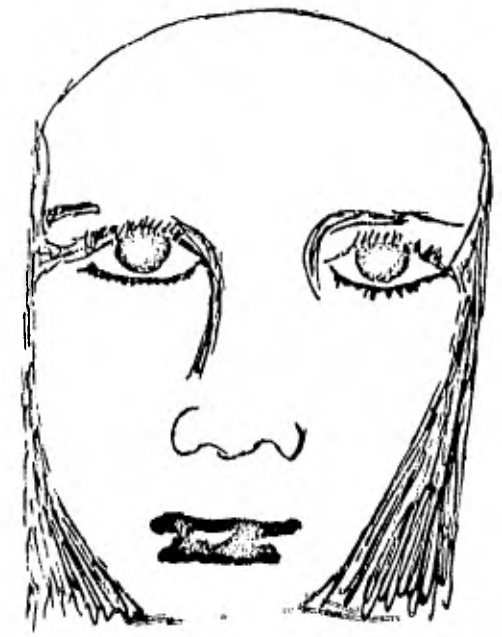


Figuras 3



A

Preoperat^orio



B

Postoperat^orio

Técnica de Skoog.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Después de la operación, durante ese día se mantendrá con pura solución al siguiente o segundo día de su intervención quirúrgica, se le colocará su aparato y su dieta será líquida y se le dará con gotero, al tercer día su dieta seguirá siendo líquida y blanda, con gotero y cuchara, al cuarto día se le dará de aita y durante tres semanas se le dará una dieta líquida y blanda.

Posteriormente irá con el especialista quien anotará la historia clínica privada, se le pedirán otras fotografías postoperatorias, como las anteriores, de frente y de perfil, se le tomarán de nuevo impresiones, se le hará su aparato y se le colocará.

Seguirán los mismos pasos e indicaciones del manejo del aparato, se le harán plastías cuando se requiera del labio, que se hará lo mismo que lo anterior de retirar el aparato antes de entrar a quirófano y después de la intervención se vuelve a colocar.

También se hará la plastía de la nariz cuando se requiera...

Se operará del paladar o se le hará la palatoplastia a la edad de 18 meses, después de su nacimiento.

El niño se internará un día antes de la fecha de la cirugía, durante ese día seguirá su dieta normal, y antes de entrar al quirófano deberá de retirarse la plaquita.

Ya en el quirófano, el cirujano utilizará la técnica quirúrgica más apropiada, ya sea cualquiera de las siguien--

tes que son las que se utilizan más en el Hospital General - Centro Médico la Raza, y son: Técnica de Von Langenbek y la técnica de Wardill-Kilner.

PERSONAL QUE DEBE ESTAR EN QUIROFANO DURANTE LA INTERVENCION

DE LABIO Y PALADAR
PALADAR

Es el mismo personal que debe de estar en la intervención de Labio.

El Cirujano
El Ayudante.
El Anestesista
El Instrumentista
y el o la Circulante.

A continuación el desarrollo de cada una de las Técnicas Quirúrgicas que se utilizan en Paladar ya citadas.

TECNICA DE VON LANGENBECK

SIMPLE CIERRE DEL PALADAR

Hay 2 técnicas clásicas para el cierre del paladar hendido:

- 1.- Para obtener un cierre anatómico entre la boca y la nariz
- 2.- Para producir habla normal.

Pero hay una tercera para prevenir colapsos maxilares y deformidades dentales del alveolo.

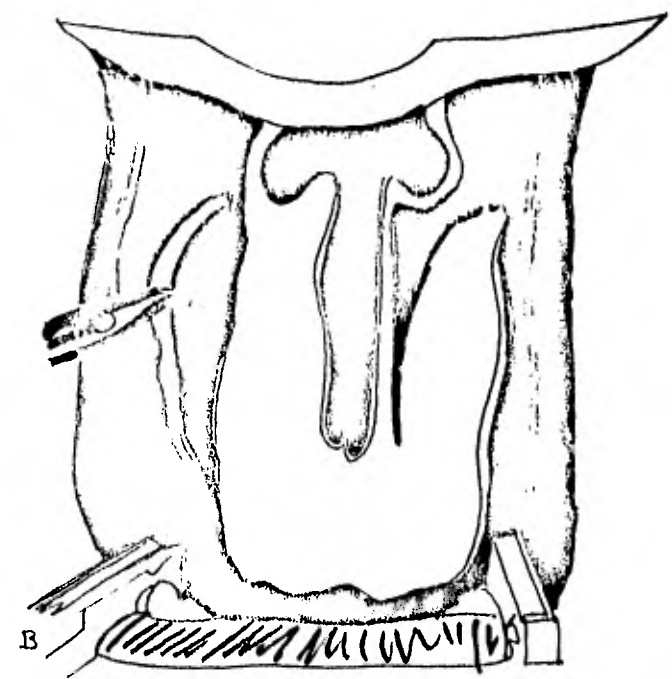
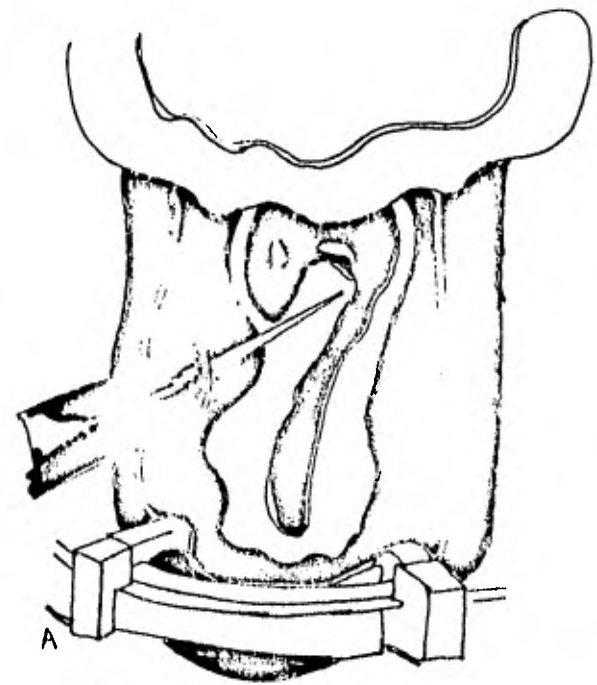
En 1861 Von Langenbeck describió un nuevo método de reparar hendiduras del paladar, llamada cirre simple del paladar (Figuras 1 y 2).

TECNICA OPERATIVA

Los margenes libres del paladar blando y úvula están infiltrados con una solución salina normal de 1:200,000 de epinefrina (para producir una contracción de urgencia). Los tejidos marginales están cortados y divididos lo suficiente para producir los 3 planos; mucosa oral y submucosa, músculo y mucosa nasal.

Los bordes laterales del paladar blando están cortados, comenzando en el rafe medio de la tuberosidad del maxilar y prosiguiendo posteriormente a lo largo de la línea del rafe pterygomandibular, hacía una posición, justo anterior del soporte o pilar anterior de la amígdala. La posición o extremo del hamulus pterygoideo es identificado con la yema del dedo índice. (Figura B-1).

Figuras 1



Las tijeras (metzenbaun) de curva cerrada se inserta - en aspecto lateral del extremo del hamulus y descubierto posteriormente en este plano relativamente superficial, para liberar la mayoría de las fibras superficiales del músculo palatino tensor del rafe pterygomandibular.

El elevador es regresado al aspecto lateral del hamu--lus o insertado mas profundamente, cerca de la base del hamulus. El hamulus es ahora separado mediante el palanqueo del elevador o presionándolo con el dedo indice. El elevador está al lado izquierdo del hamulus, separado y movido poste---riormente para abrir el espacio entre el tensor y los músculos elevadores palatinos y el rafe pterygomandibular un poco más amplio, esta área abierta, es sujeta para minimizar --sangrado durante el resto de la operación.

DISECCION DEL PALADAR DURO.

Los margenes medios de la porción dura del paladar hendido están cortados al ras evitando el deslizamiento del ---margen libre del paladar duro y corte de la mucosa nasal, en la región de la espina nasal posterior. (Figura (1)).

Los margenes laterales del paladar duro están dividi--dos, empezando con el agujero medio a la tuberosidad maxilar y siguiendo por el medio a los alveolos en una línea que está presente demarcando el margen gingival.

Esta incisión continua tan lejos como la región canina bicuspidé.

Esto es llevado al ras, presionando digitalmente sobre el foramen posterior palatino, durante esto y una subsecuente disección minimiza el sangrado. Cuidar de no cortar la arteria palatina anterior.

Un pequeño y ligeramente elevador curvo, es insertado en la zona media de la incisión lateral del paladar duro, -- presionando contra el hueso y girando ligeramente para permitir entrar al plano subperiostio. Una vez en el plano correcto es pasado de la parte media al comienzo de la elevación del mucoperiostio.

La elevación es continuada por la disección media del elevador.

El elevador es pasado alrededor de la espina nasal y empujado bajo el borde dividido de la mucosa nasal para elevar el tejido nasal tanto como sea posible. El elevador es pasado del lado medio a lo largo del borde posterior del paladar duro, detras de la arteria palatina posterior.

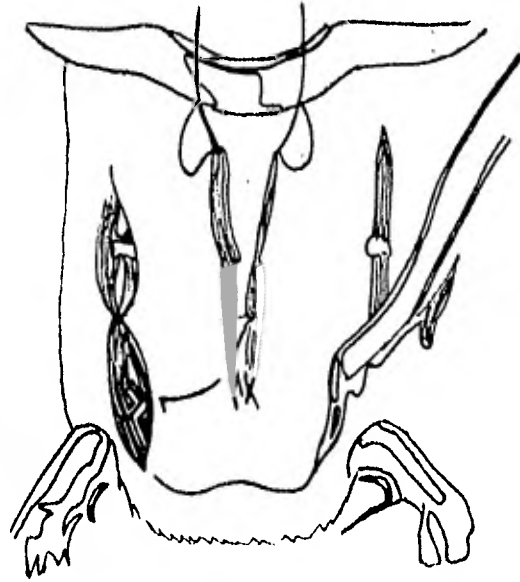
El elevador es desviado otra vez a la incisión lateral, y la arteria palatina posterior es desplazada fuera de su foramen.

Finalmente, habrá algunas fibras densas entre la tuberosidad maxilar y la región palatina posterior foramen y hamulus, que deben ser separados por una disección roma o aguda para obtener suficiente relajación lateral.

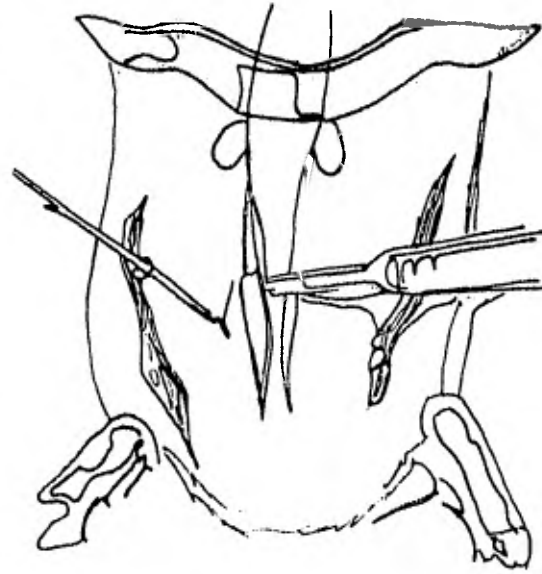
MUCOSA NASAL.

La mucosa nasal disecada es seccionada comenzando en su margen medio, a un punto anterior a la espina nasal posterior y prosiguiendo lateralmente para obtener tanto como sea posible de ese material, para regresar con el paladar suave. (Figura D-1).

F.1



C



D

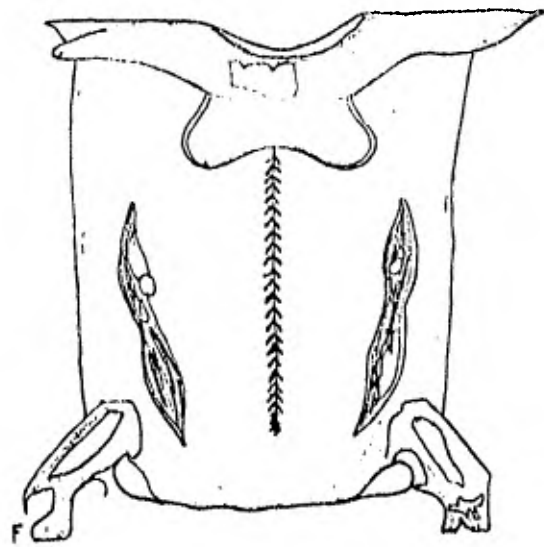
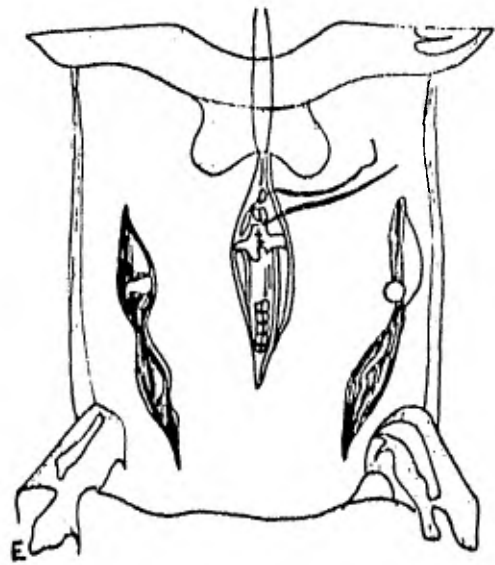
CIERRE DE LA MUCOSA NASAL.

(Figura E-1). La mucosa nasal está suturada con tripa de gato con intervalo 4-0, los músculos tensor y elevador -- del paladar están suturados con tripa de gato a 4-0, la mucosa oral está cerrada con sutura de polietileno a intervalo de 5-0. (Figura F-1).

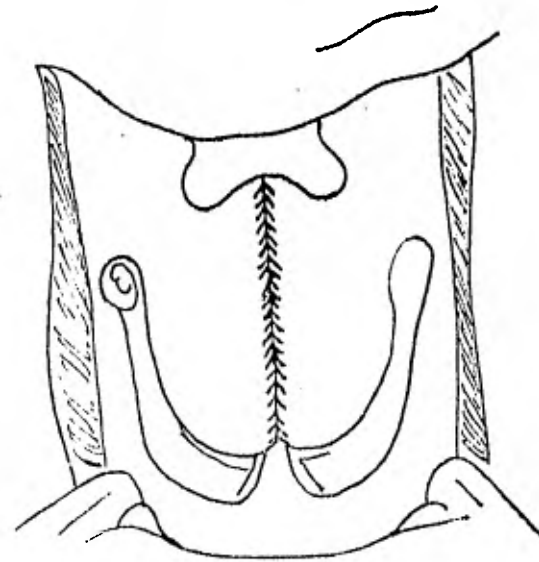
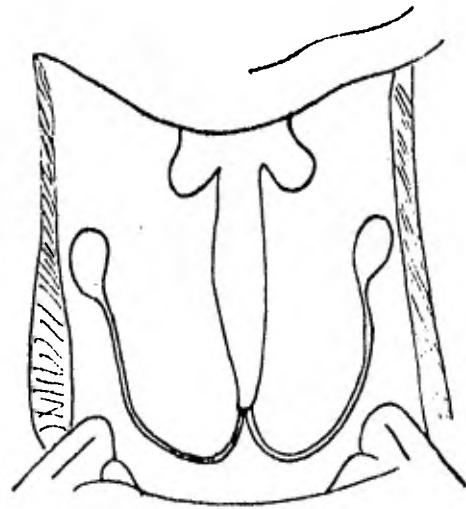
La única variante entre esto y la descripción original de Langenbeck es la infractura del hamulus, la cual fue añadida a su procedimiento por Bilroth en 1868.

La principal diferencia entre esto y la mayoría de los procedimientos anteriores; es que el mucoperiostico no está desprendido anteriormente en el área del canino-incisivo y en las cavidades palatinas anteriores, si están presentes, son dejadas intactas. Esta modificación aparentemente pequeña puede producir una diferencia en el maxilar, segmento bucal y deformidades en el alveolo dental. (Figura 2).

F.1



Figuras 2



TECNICA DE WARDILL - KILNER

DISECCION QUIRURGICA DE LA ABERTURA DEL PALADAR POR LA TECNICA V = Y.

La cirugía del paladar v-y (Wardill-Kilner) fué originalmente desarrollado para tratar de contestar el problema clínico sin solución de obtener longitud adicional del paladar cuando se cierra completamente la abertura del paladar.

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.

La técnica de "Veau" de reparación de la aleta vomer - para el cierre anterior fue introducido en este país por Ivy y Curtis en 1934.

Las ventajas del procedimiento de "veau" incluye lo siguiente:

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

En 1937 Kilner en Londres y Wardill en Newcastle, describieron una técnica de reparación del paladar, que última-

mamente vino a ser conocida como la operación de retroposición V-Y, la cual es más radical que la de "Veau". Wardill y Kilner adoptaron la técnica de Veau, y el resultado, Veau, - Wardill-Kilner, incluyó los siguientes aspectos importantes:

- 1.- Incisiones laterales relajantes.
- 2.- Bordes bilaterales embasados en las arterias palatinas - posteriores (Wardill originalmente dividió la arteria palatina posterior).
- 3.- La mucosa nasal cerrada como un plano separado.
- 4.- Fractura del hamulus.
- 5.- Separación muscular o cerrado por capas.
- 6.- V-Y tipo de alargamiento del paladar.

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS.

- 1.- El nivel de hemoglobina debe ser mayor de 10 gms./100 mililitros.
- 2.- Untado en la nariz y garganta debe ser negativo para los patógenos, un cultivo positivo de estreptococo beta hemolítico, es una contradicción para la plastia del paladar, aun cuando los organismos son sensitivos a la penicilina.
- 3.- El paciente debe tener una dieta regular y aumentar de peso.
- 4.- El paciente debe estar libre de otras infecciones.
- 5.- Una cuidadosa evaluación pediátrica operativa de la condición del infante para cirugía.

A esta lista, debe ser añadida una precaución respecto al niño con amígdalas grandes y una pequeña vía aérea. Esta combinación es un desafío para los más experimentados anestesistas, y tal anestesia no debe ser dejada a los anestesistas.

tas pediátricos negligentes o a alguien no familiarizado con el procedimiento intraoral de la faringe.

PROCEDIMIENTO.

La porción anterior de la avertura completa del paladar está cerrada por el tipo de colgajo-vomer, técnica que está más allá del alcance de esta discusión.

Tal cierre anterior es usualmente realizado en una sesión separada, antes de cerrar por el procedimiento v-y, aunque la combinación de los dos procedimientos es posible en casos selectos en los cuales un cierre dado puede ser obtenido anteriormente entre la aleta de Veau y las aletas anteriores retroposicionadas del paladar. La mayoría de las aberturas completas son corregidas en etapas, y la técnica de retroposición v-y, es emprendida después de una reparación anterior curada.

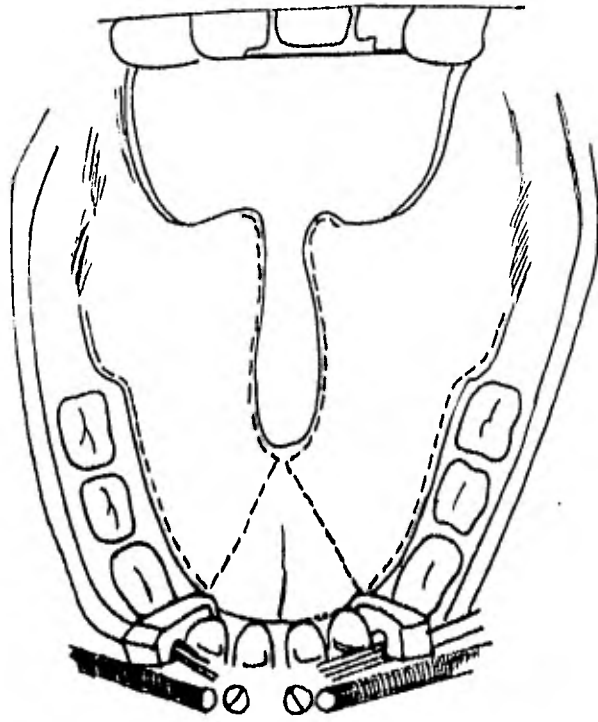
Después de una adecuada anestesia endotraqueal y una completa exposición del paladar, una solución de lidocafina (xilocafina) con epinefrina de 1;200,000 es inyectada alrededor del hueso.

Si el halothane es el agente anestésico, la epinefrina puede ser usada con seguridad si no se da más de 1.5 ml. Kg. de peso del cuerpo.

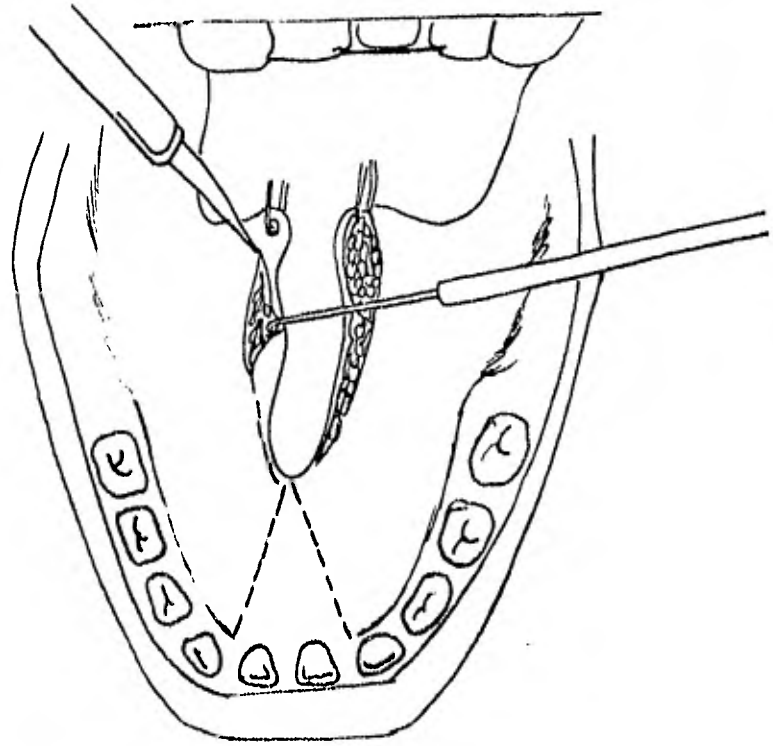
Esto también puede ser repetido después de un intervalo de 15 min. Es recomendable, sin embargo, esperar cerca de 10 min. después de la inyección para que el efecto de la epinefrina tenga lugar o actúe antes de hacer la incisión.

El diseño básico de las crestas del procedimiento v-y es demostrado en la (fig. A-1).

Figuras A



1



2

Las incisiones no son llevadas más allá que el foramen incisivo, así que una considerable cantidad de mucosa es dejada inmediatamente detrás de los incisivos central y lateral; por que si no habría una erupción prematura de los incisivos permanentes y una contracción del arco dental anterior puede ocurrir.

El margen de la abertura es entonces abierto en la punta de la úvula, puede ser temporalmente sujeta por una sutura de retracción.

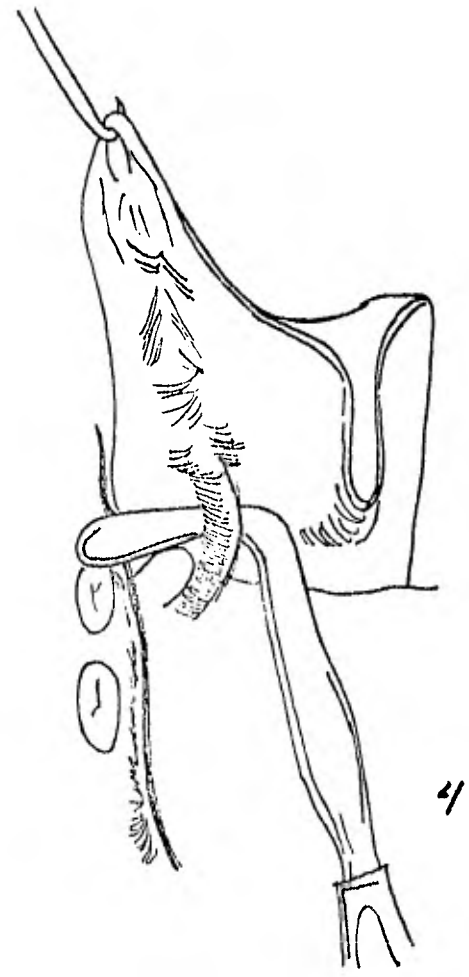
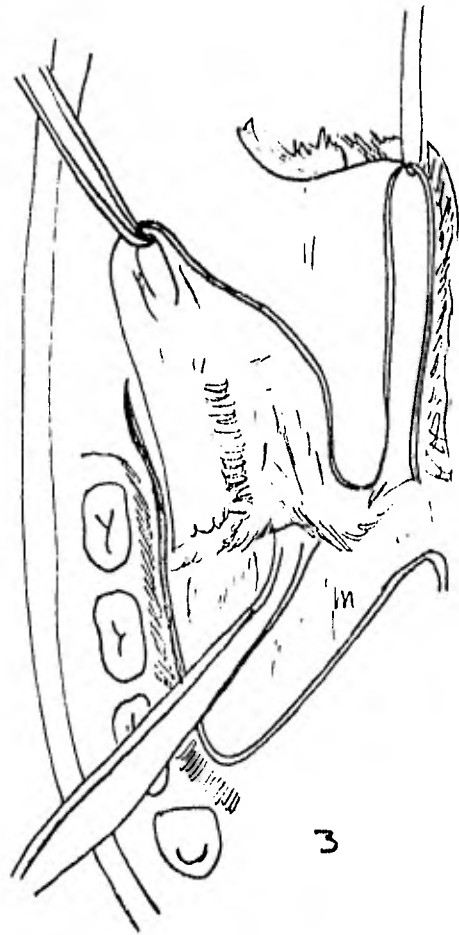
Si la dificultad es encontrarse con la úvula, un escalpelo curvado #12 puede usarse. Los bordes palatales así delineados son elevados, comenzando de la parte anterior y continuando posteriormente hasta las cavidades palatinas posteriores. El elevador palatino es insertado entonces detrás del palatino (Figura 3-A) foramen y cavidades asociadas, y los tejidos posteriores a la cavidad son movidos lejos de el pedículo vascular (Figura A-4), éste eleva algo de la mucosa nasal del paladar duro.

El pedículo puede ser extendido un poco por disección de la cavidad, desde el borde elevado. (Figura A-5).

El vaso es sorprendentemente fuerte y es raramente lastimado durante este paso. Sin embargo si el vaso es accidentalmente dañado no es necesariamente un desastre, puede que hay buena circulación colateral del palatino menor y las septimas arterias nasales posteriores.

Los vasos del palatino posterior fueron cortados intencionalmente en dos etapas,)procedimiento descrito por Brown Wardill).

F. A



Si se requiere una longitud adicional después de la disección de la arteria de el borde levantado, el foramen huesudo que encierra esta cavidad, puede ser abierto posteriormente, permitiendo gran libertad y longitud al pedículo. --- (Figura A-6).

Después de completar la movilización de los bordes posteriores la tensión está dirigida a los márgenes de la hendidura que son refrescados.

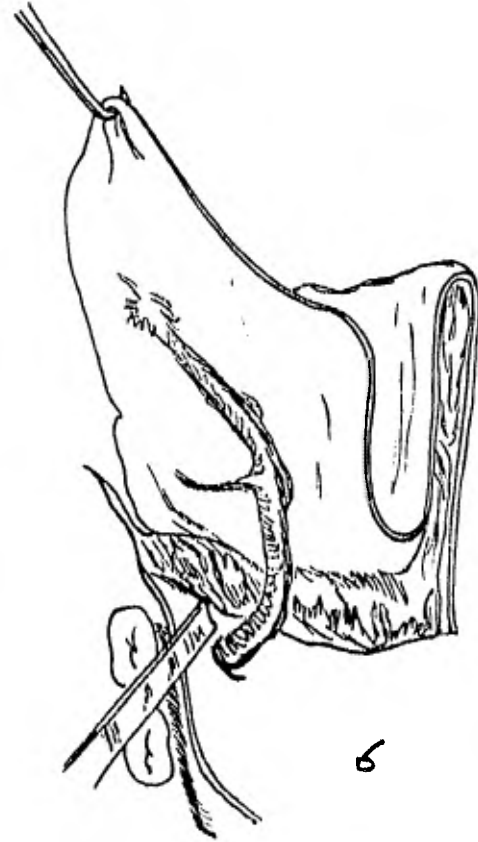
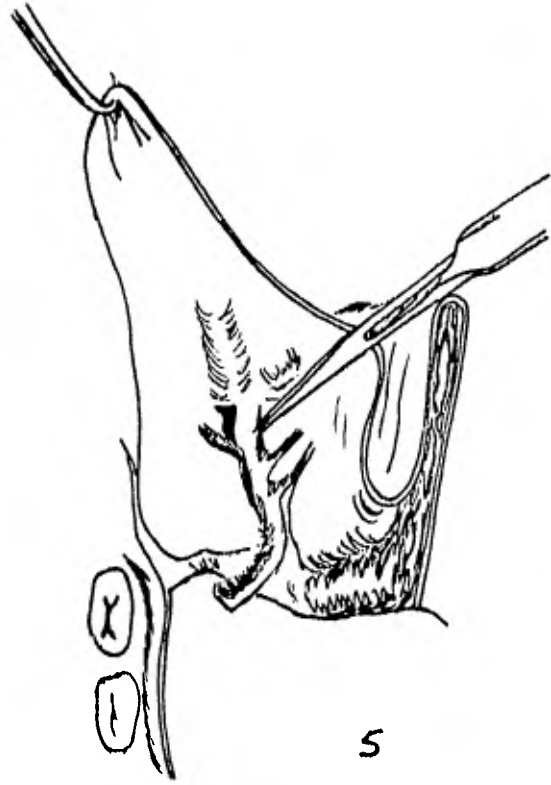
Debe tenerse cuidado para prevenir una excesiva cica--trización q interfiera con la sutura. La presente separación de la mucosa nasal puede ser iniciada insertando una navajade diamante en el lado nasal del paladar duro. (Figura A-8) Un elevador mucosal en forma de L es utilizado para comple--tar la elevación de esta capa y el borde posterior es completamente movido por la división de la mucosa nasal elevada -- cuando ambos bordes han sido completamente liberados, el cierre puede ser iniciado. (Figura A-9).

La capa nasal es cerrada separadamente. Las suturas - horizontales de calhon se añadirán en toda ésta capa. La sutura de tracción previamente colocada en la úvula, es útil - para obtener un alineamiento simétrico de los bordes poste--riores del paladar. (Figuras A-10).

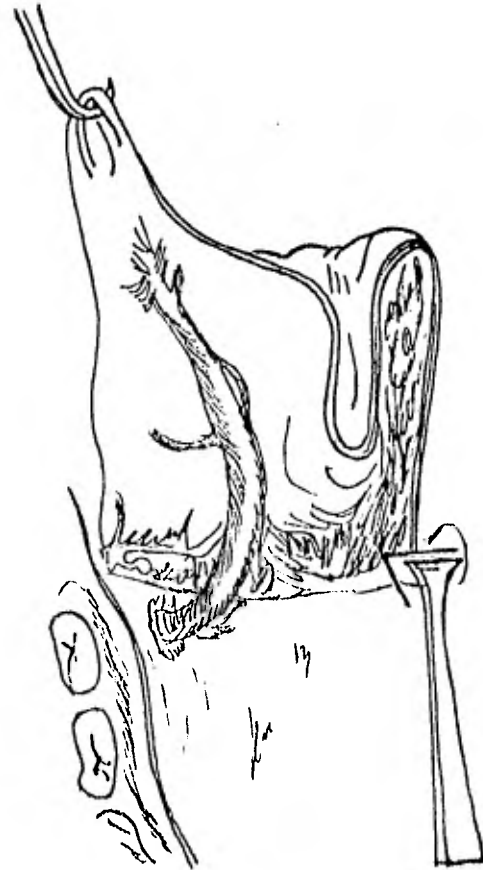
Las capas mucosas musculares y orales están cerradas - en una simple capa, con las suturas de colchon horizontal -- atadas en la superficie oral.

Cuando la reparación del borde posterior es completa--da, el alargamiento v-y es completado suturando los bordes - posteriores alrededor del extremo del borde triangular ante--rior. En ésta forma el alargamiento v-y del paladar suave es

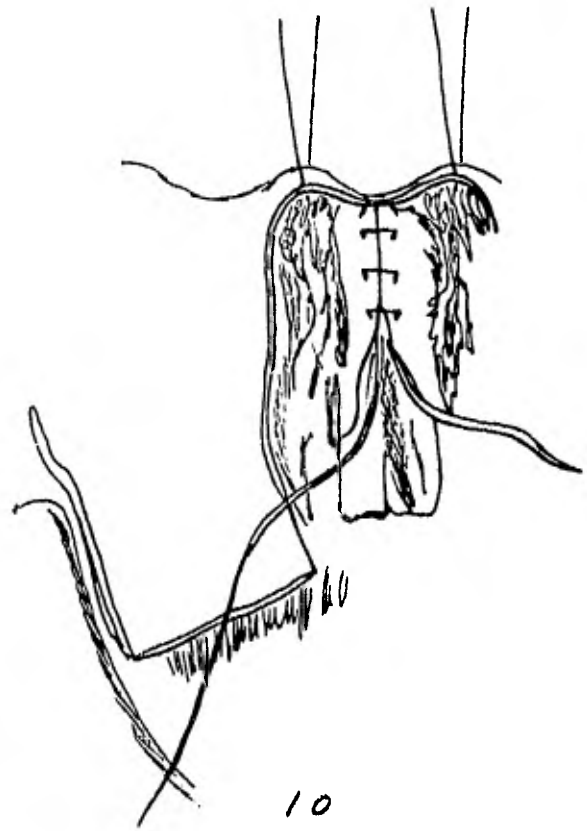
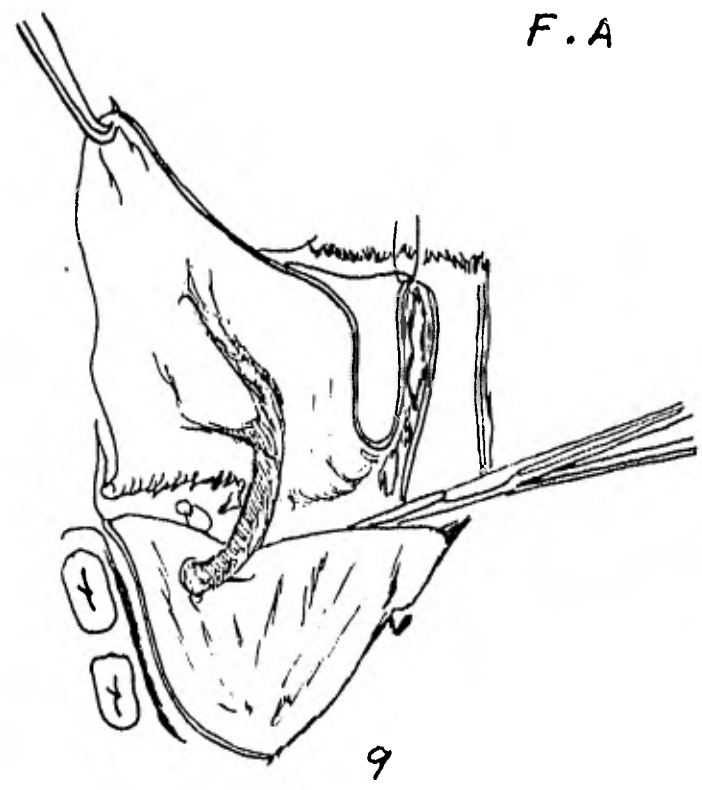
F.A



F. A



F.A



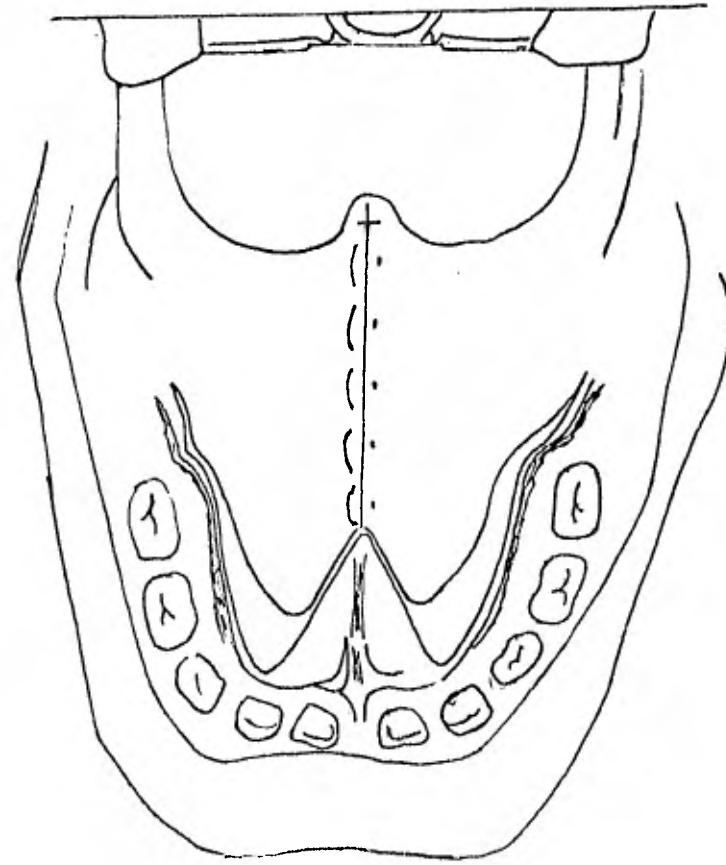
realizado. Suturas de colchón están colocadas aproximadamente a un centímetro después del extremo de cada borde y aseguradas a los hoyos previamente colocados en el paladar duro - subyacente.

La relación entre los extremos de ambos bordes posteriores y el borde triangular anterior.

Un firme cierre es necesario en esta unión si la fistulación va a ser prevenida. (Figura A-11).

NOTA: Los hamulus fracturados tienden a regresar a sus posiciones en seis meses.

F. A



//

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Durante ese día se mantendrá con pura solución, al siguiente o segundo día de su intervención quirúrgica, su dieta será líquida con gotero, al tercer día su dieta seguirá - siendo líquida, y se le darán alimentos muy blandos con gotero y cuchara, el cuarto día seguirá con la misma dieta, al - quinto día se dará de alta y durante tres semanas con la misma dieta blanda y líquida.

Posteriormente a su intervención, se presentará de nuevo con el especialista en Ortopedia Maxilar, quien completará la Historia Clínica y valorará la continuación del tratamiento Ortopédico Maxilofacial, en caso afirmativo se cita - nuevamente para elaborar un nuevo aparato.

TERAPIA DE LENGUAJE

El niño seguirá presentándose a las citas con los doctores, quienes mandarán al paciente con el Foniatra, cuando el niño empiece a mencionar algunas palabras que serfa a los dos años.

En Ortopedia Maxilar, se les dan unas hojas en las que vienen varios ejercicios, que deben ser mencionados y repetidos a el niño por medio de los padres, para que el niño también lo repita, y a la vez vaya haciendo que su paladar y el labio, tengan movilidad para una mejor pronunciación de las palabras.

Después que en su casa practicó sus ejercicios de Fonación, a la edad de 4 años, se mandará con el Foniatra, el cual lo mandará a los Centros de Enseñanza Especializada en problemas de Lenguaje.

A continuación vienen unas hojas, las que se dan en Ortopedia, con los ejercicios que se llevan a cabo en su casa.

Estos ejercicios los harán los niños que están operados.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA "
CLINICA DE PALADAR.-CIRUGIA PEDIATRICA

RUTINAS PARA NIÑOS CON PALADAR HENDIDO, OPERADOS O NO

El niño sufre una falta de desarrollo en su cara que ocasionó su paladar abierto, es muy importante para -- que su voz sea igual a la de los demás niños, que sus _padres se preocupen por que haga los ejercicios marcados en la siguiente RUTINA, además de ocurrir a las citas de su Médico puntualmente.

EJERCICIOS PARA LOS LABIOS

- 1.- Extender los labios enseñando los dientes.
- 2.- Meter los labios hasta que no se vean ninguno de los bordes.
- 3.- Fruncir los labios y moverlos de un lado para otro tan lejos como pueda.
- 4.- Fruncir los labios como para decir "U" y después llevarlos hacia atrás como para decir "i".
- 5.- Arrugar los labios y abrirlos varias veces como para decir "U" - "A" "U" - "A".
- 6.- Juntar los labios apretándolos y soltarlos rápidamente como diciendo "p".
- 7.- Poner los labios en posición como para decir las vocales "a, e, i, o, u.
- 8.- Dar masaje a los labios del niño mientras él trate de abrirlos.
- 9.- Sostener juntos los labios del niño mientras él trate de abrirlos.

- 10.- Estirar los labios como para sonreir mientras él trate de mantenerlos fruncidos.
- 11.- Mantenerlos fruncidos mientras él niño trate de reir.
- 12.- Sostener objetos planos o cilíndricos con los labios mientras él maestro trata de jalarlos.
- 13.- Tocar armónicas.
- 14.- Limpiar una cuchara que tiene mermelada.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO "LA PAZA"
CLINICA DE PALADAR.-CIRUGIA PEDIATRICA

RUTINAS PARA NIÑOS CON PALADAR HENDIDO, OPERADOS O NO

EJERCICIOS PARA LA LENGUA.

- 1.- Extender la lengua tan lejos como sea posible y rápidamente meterlo dentro de la boca.
- 2.- Sacar y meter la lengua en rápida sucesión.
- 3.- Sacar la lengua y moverla de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
- 4.- Sacar la lengua y tenerla inmóvil durante 3, 4 o 5 ---
tiempos; el mismo ejercicio pero s-n sacar la lengua y
teniendo la boca abierta.
- 5.- Mover la lengua en círculo como limpiando los labios.
- 6.- Levantar la punta de la lengua a que toque el paladar.
- 7.- Pasar la punta de la lengua por el paladar, de atrás -
hacia adelante y de adelante hacia atrás.
- 8.- Pasar la lengua detrás de los dientes inferiores de --
abajo hacia arriba como limpiándolos.
- 9.- Empujar con la lengua la mejilla izquierda.
- 10.- Empujar con la lengua la mejilla derecha.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO " LA RAZA "
 CLINICA DE PALADAR.-CIRUGIA PEDIATRICA

Clave V = Bien

Clave O = Poco Defecto.

Clave X = Gran Defecto.

F O N E M A S

- | | | |
|-----------------|--|-----|
| (Palatales) | 1.- La niña se llama Chelito.===== | () |
| (Palatales) | 2.- La niña baña su muñeca en la mañana | () |
| (Velares) | 3.- Guillermo grita gustoso.===== | () |
| (Velares) | 4.- La casa de Carlos tiene cocina.-==== | () |
| (Bilabiales) | 5.- Papá pide su pipa.===== | () |
| (Bilabiales) | 6.- Memo maneja mi moto.===== | () |
| (Labiodentales) | 7.- Francisco fué por su frasco.===== | () |
| (Alveolares) | 8.- El ferrocarril rueda sobre rieles.= | () |
| (Alveolares) | 9.- Para poder pedir dinero pórtate --
bien.===== | () |
| (Dentales) | 10.- Ese oso es gris.===== | () |

ESPECIALISTAS Y SU FUNCION DE CADA UNO DE ELLOS HACIA EL NIÑO DE LABIO Y PALADAR HENDIDO DURANTE SU TRATAMIENTO.

Estos niños son revisados desde su nacimiento y valora dos por los especialistas en clínica para comentar sobre la salud o el bienestar del paciente.

Especialista	Papel que desempeña.
CARDIOLOGO	la posible asociación del padeci <u>m</u> iento con lesiones cardiacas.
OTORRINILARINGOLOGO	las posibles alteraciones y com <u>p</u> licaciones faringead.
PEDIATRA.	controla el estado general del - paciente.
PSIQUIATRA	Maneja los posibles trastornos - de conducta.
PSICOLOGO	aplica juegos de capacidad inte- lectual.
TRABAJADORASOCIAL	estudia el ambiente socio-econó- mico, en el cual se desarrolla - el paciente.
AUDIOLOGO	diagnostica las posibles altera- ciones de audición en el pacien- te.
PROTESISTA	diseña y elabora las placas de - tipo estéticas y funcionales.
ODONTOLOGO	obtención de cualquier diente o exodoncia.

TERAPISTA DE LENGUAJE	vigila la ejecución de los ejercicios prescritos por el foniatra.
FONIATRA	se encarga de los aspectos del patrón de la voz, dictamina la incompetencia velofaríngea, determina y dicta los ejercicios foniatrícos.
ORTOPEDISTA.	movilización de los segmentos maxilares.
ORTODONCISTA	movilización y alineación dental
CIRUJANOS:	
PEDIATRA	
MAXILOFACIAL	efectúan las correcciones quirúrgicas necesarias
PLASTICO	

*****Los niños de Labio y Paladar Hendido padecen del defecto de amígdalas hipertróficas y de la audición.

SECUELAS

Son debidas a varios factores que son ó pueden ser la técnica quirúrgica no adecuada, una edad en que el paciente no debía de ser operado, el organismo no respondió para el éxito de la intervención, alimentación inadecuada, por no seguir las indicaciones dadas por el médico, etc.

NARIZ.

Achatada, ala nasal desviada, corta, narinas asimétricas, cartilago nasal deforme - aplanados o desviado, ausencia de columnela, punta nasal abultada y columnela corta.

LABIO.

Cicatriz retráctil, cicatriz queloide, ausencia del arco de cupido, diacordancia de la unión del borde mucocutáneo con la piel, formación de un mamelón en el labio superior, - falta del borde mucocutáneo, defecto en forma de silvido, cicatriz abultada en labio rojo, labio rojo disminuido o falta de grosor, microstomia- como resultado de la queiloplastía, - formación de una escotadura nasal, pérdida de la tonisidad - de labio inferior debido a la falta de relación del labio superior e inferior.

PALADAR.

Fistulas vestibulopalatinas, ausencia de úvula, úvula corta, úvula bífida, paladar corto, ausencia de pilares posteriores, falta de movilidad de la pared faringea, colapso - de los segmentos, maxilares, malposición dentaria, anodoncia de los incisivos laterales, dientes supernumerarios y de ficiencia en la fonación.

PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE LA HOJA PARA LA
RECOPIACION DE DATOS.

- COLUMNA 1.....se expresará en número arábigo y en orden progresivo y el registro del paciente en este estudio.
- COLUMNA 2.....se anotará el número de expediente que corresponde a la clínica de Labio y Paladar Hendido.
- COLUMNA 3.....anotar el o los nombres del paciente.
- COLUMNA 4.....se anotará "F" si corresponde al sexo femenino y "M" si es masculino.
- COLUMNA 5.... anotar la fecha de nacimiento del paciente, -- mencionando el día, mes y año.
- COLUMNA 6.....se anotará la edad de los padres al momento -- del nacimiento de el paciente. Esta columna -- esta subdividida en dos, la izquierda pertenece a la madre y la derecha al padre.
- COLUMNA 7.....se anotará los ascendientes colaterales afectados, representadas por las iniciales "A.H.P." -- siguiendo una cuadrícula, que en caso de ser -- positivo deberá llenarse con una "X", vertical mente esta columna se encuentra dividida en -- dos, con las iniciales "L" si es que el fami-- liar presenta la hendidura labial. La segunda columna encabezado con la letra "P" si está -- afectado el paladar, en caso de que ambas es-- tructuras estén afectadas deberán llenarse am-- bos cuadros.

- COLUMNA 8.... subdividida en dos, la correspondiente a las -
iniciales "LI" (labio izquierdo), a su vez sub-
dividida, la columna izquierda encabezado por_
la letra "C" (completa), la columna derecha en
bezada por la letra "I" (incompleto).
Las iniciales "LD" (labio derecho), subdividi-
da también y encabezado respectivamente por --
las letras "C" e "I", (completo e incompleto).
- COLUMNA 9.... encabezado por las iniciales "QP" que signifi-
can (queiloplastia), debiendo anotarse una "X"
en caso de haber sido sometido a tal procedi-
miento.
- COLUMNA 10....encabezado por las iniciales "NSP" (nasoquei-
loplastia), anotándose una "X" en caso de ha-
ber sido sometido a la intervención.
- COLUMNA 11....se anotará la edad en que fue operado el pa--
ciente.
- COLUMNA 12.... corresponde a los resultados obtenidos des---
pues de que el paciente fue sometido al proce-
dimiento quirúrgico, está subdividida en tres
y encabezados por las letras "B,R,M" que sig-
nifica respectivamente "B"(bueno), cuando en_
el paciente se ha restablecido la línea de --
Klein, y es obtenible el arco de cupido, no -
hay retracción cicatrizal, dejando además un_
labio normo-funcional, "R" (regular), este re_
sultado se considerará cuando exista interrup-
ción de la línea de Klein dejando descubierto
hasta la mitad de un órgano dentario si es que
existe o bien deje expuesto proceso alveolar_

y arco de cupido poco perceptible, es decir -- la escotadura que pueda formarse, no llegue -- más allá de la unión de la piel y bermellón.

"M" (malo), cuando practicamente no existe línea de Klein, deja al descubierto la mitad cervical del diente a la totalidad del proceso alveolar rompiendo la armonía del arco de cupido, y no hay arco de cupido.

COLUMNA 13.....subdividida en tres encabezados por las letras

"B,R,M" que significa respectivamente; "B" --- (bueno), cuando el efecto morfofuncional se -- acerca a la normalidad, es decir solo perceptible la cicatriz quirúrgica, la dimensión de la columnela es central y puede considerarse de -- dimensiones normales.

"R" (regular), cuando la cicatriz es francamente ostensible, y la narina se encuentra discretamente deprimida, cuando existe un acortamiento de la columnela, arco de cupido, ausente o -- exagerado.

"M" (malo), cuando el lado nasal se encuentra francamente deprimido alejado de todo efecto -- estético y funcional, cuando la narina está reprimida más amplia en el sentido transversal -- que en el lado normal.

COLUMNA 14... encabezado por las siglas "PN" y subdividida -- en dos columnas, la de la izquierda "P" se refiere a si (posee piso nasal), y la segunda -- columna encabezada por "A" (si hay ausencia de piso nasal).

- COLUMNA 15....encabezado por "T.E.C." (técnica quirúrgica empleada) y es subdividida en dos columnas, la izquierda con la letra "M" (Millard), y la derecha con la letra "B" (Broadvend), técnicas utilizadas en este nosocomio.
- COLUMNA 16... encabezado por "CIR" (cirujano) se refiere al cirujano que efectuó la plastía.
- COLUMNA 17... (sitio) lugar en donde fué llevada a cabo la intervención quirúrgica.
- COLUMNA 18....es el inicio de los datos referentes al paladar, se encuentra encabezado por las letras -- "P.P", que significa (paladar primario), subdividida por las letras "C" e "I", que se anotará si la fisura es (completa e incompleta), -- respectivamente.
- COLUMNA 19....que contiene a las letras "P.S.", cuyo significado en este caso es (paladar secundario), subdividido a la vez por dos columnas encabezadas por "C" e "I", que se anotará si la fisura es completa e incompleta).
- COLUMNA 20....contiene el fonema "UNI", cuyo significado es unilateral), subdivididas por dos columnas, - y su encabezado es la letra "D" e "I", que es derecho e izquierdo).
- COLUMNA 21....contiene las letras "b.l", significado de (Bí--lateral).
- COLUMNA 22....contiene a las letras "P.T", significado en es

te caso de (palatoplastía), y en este caso, el espacio correspondiente al paciente, debe ser_ llenado con la palabra "SI" o "NO", es decir - (si está operado o no).

COLUMNA 23....encabezado por las letras "D.V.F" que significan (distancia velofaríngea), subdividida a la vez por "mm" (milímetros), se anotarán los milímetros que hay de distancia entre el velo del paladar y la farínge.

COLUMNA 24....contiene el fonema "LONG", correspondiente a - la (longitud del paladar) subdividido por dos_ columnas, la derecha con la letra "C" (corto), si es que el paladar es insuficiente en contac_ tar con la pared posterior de la farínge. La - columna izquierda, encabezada por la "L", sig_ nificado de (largo), considerando largo, cuando el paladar alcanza a contactar con la pared posterior de la farínge.

COLUMNA 25....encabezado por el vocablo "MOV", significado - de (movilidad) del paladar, subdividido en dos columnas, la izquierda encabezada por "p" es - decir (presente), y la derecha encabezada por_ "A" significado de (ausente).

COLUMNA 26....encabezada por "FISTULA", se refiere a las(ffs_ tulas posoperatorias), que puedan encontrarse, se ha subdividido en tres columnas, encabeza-- das respectivamente de izquierda a derecha por "A" (amplia) cuando la fístula va más allá de-- dos terceras partes del paladar. "M", (mediana) cuando la fístula solo involucra como máximo -

dos terceras partes del paladar.

"P" (pequeña), cuando la fistula abarca un tercio del paladar.

COLUMNA 27....encabezada por "TEC", que es equivalente a la (TECNICA) quirúrgica empleada para resolver el problema, anotando el nombre de ella.

COLUMNA 28....encabezado por "CIR" en donde debe anotarse el nombre del (cirujano) que realizó la intervención quirúrgica.

COLUMNA 29...."SITIO" columna en la que deberá anotarse el lugar en el cual se realizó la intervención.

COLUMNA 30...."EDAD", en esta columna se anotará la (edad) - en la que el paciente fué sometido el tratamiento quirúrgico.

COLUMNA 31....encabezado por "T.O", equivalente a (tratamiento ortopedico maxilar), debiendo inscribirse - en esta columna, la fecha de inicio del tratamiento.

COLUMNA 32.... encabezado por "edad", la columna en que se deberá anotarse la (edad), que tenía el paciente cuando ingresó a la clínica de labio y paladar hendido de Ortopedia Maxilar.

COLUMNA 33....encabezado por "COLAPSO", subdividida a la vez por "mm" (milímetros), en donde deberá anotarse la distancia que hay de colapso (contracción maxilar), en milímetros.

COLUMNAS 34...."RESULTADO", subdividida a la vez por las letras; "B" (bien), "R" (regular) "M" (mal). Deberá anotarse el resultado según la medida en milímetros, que hay en los colapsos de la columna 33, antes mencionada.

NUMEROS PROMEDIOS DE LOS COLAPSOS.

mm 0 a 8 bien
mm 9 a 15 regular
mm 16 a ...mal

APELLIDOS DE CADA UNO DE LOS CIRUJANOS, QUE INTERVINIERON QUIRURGICAMENTE EN EL LABIO HENDIDO Y VIENEN EN LAS HOJAS DE TABULACION, EN LA COLUMNA NO. 16.

ALAMOS	CASTILLO	DEL RIO
ALCANTARA	CALOCA	ECHEGARAY
ALTAMIRANO	CELAYA	ESLAVA
ALVAREZ	CORREA	FERNANDEZ
AZPIROZ	CORAZA	FIGUEROA
BAÑOS	CISNEROS	FLAMILLO
BARRA	CARDENAS	GALANEA
BARRERA	CUELLAR	GARRIDO
BECERRA	CHINCHOT	GARCIA
BENITES	DE ALBA	GALINDO
CARRILLO	DIAZ	GOMEZ
CARBAJAL	DEL PASO	GONZALEZ
CASTEL	DEL VALLE	GUERRA
CASTRO	DE LA GARZA	GUERRERO
CACHO	DOMINGUEZ	GUTIERREZ

HERNANDEZ	MEJIA	ROJAS
HUERTA	MENDOZA	ROMERO
INFANTE	MIRELES	RUBIO
JEISOREK	MORENO	RODRIGUEZ
JUAREZ	MONDRAGON	RUIZ
LAVIM	NAVA	SIERRA
LAVALLE	OCAMPO	SILVA
LEON	PAREDES	STRAFFON
LEISORE	PEREZ	SUAREZ
LINARES	PEDRAZA	TALAVAREZ
LOMAS	QUIROZ	TENA
LUNA	RIVAS	TERAN
LOPEZ	RIVERA	TINAJERO
LOZANO	ROLDAN	TOLEDO
MAYORAL	ROBIN	TREVIÑO
MEDINA	ROBLES	TORRES

NOTA:..... EN LAS HOJAS DE TABULACION ESTOS APELLIDOS
SE ENCONTRARAN ABREVIADOS O INCOMPLETOS Y ALGUNOS COMPLETOS.

APELLIDOS DE CADA UNO DE LOS CIRUJANOS, QUE INTERVINIERON QUIRURGICAMENTE EN EL PALADAR HENDIDO Y VIENEN EN LAS HOJAS DE TABULACION, EN LA COLUMNA NO. 28.

ÁLAMOS

ALCANTARA

ALVAREZ

AZPIROZ

BAÑOS

BARRERA

BARRAGAN

CASTRO

CASTILLO

CALOCA

CARRILLO

CARBAJAL

CACHO

CALDERON

CORAZA

CORREA

CISNEROS

CUELLAR

CHINCHOT

CHEGARAY

DAVILA

DE ALBA

DE LA GARZA

DIAZ

DEL PASO

FERNANDEZ

FIGUEROA

GARCIA

GARZA

GARRIDO

GALINDO

GALVAN

GALVEZ

GONZALEZ

GOMEZ

GUERRERO

GUTIERREZ

HUERTA

LARIOS

LEIZORE

LINARES

LOPEZ

LOYOLA

LUNA

LOMAS

MAGDALENA

MAYORAL

MARTINEZ

MEJIA

MENDOZA

MEDINA

MENCHOCA

MIRELES

PAREDES

PEREZ

PEDROZA

QUIROZ

RAMIREZ

RIVAS

RIVERA

RODRIGUEZ

ROLDAN

ROBIN

ROBLES

SIERRA

STRAFFON

SAENZ

TENA

TINAJERO

TOLEDO

TORRES

ULLOA

URRIETA

VERA

VEGA

VELAZQUEZ

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34						
Exp	Nombre	Sexo	P.Nac	Edad	Alt	LT	LT	Edad	Lab	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	CIR	STIO	CE	PE	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	Tac	CAR	SITIO	Edad	T.O	56	colapso	OTRO						
552	Sanchez V	F	31/75	28	30																			X	V.L.	Tole	o	CE	3	1 m	2/1/77	4m	1					
345	Gonzalez Y	F	30/78	22	22	X		X	7 m										X	8	X			X	V.L.	Tole	o	CE	2	2m	12/1/78	2 m	4					
416	Ayala Hdz	M	22/75	31	34			X	8 m		X	X							X	7	X			X	S.20	Vale	o	CE	1	1 m	08/70	4m						
81	Martinez	M	11/65	24	27	X		X	8 m										X	X	10				V.L.	Carr	1	o	CE	10 m	08/77	1 m	26-18	X				
611	Ortega G.	M	16/80	27	39	X		X	6 m																								11/80	1 m	2			
237	Pagola J.	M	13/77	39	42			X	8 m		X	X												X	V.L.	Baño	o	CE	2 m	5/1/77	6 m	2						
47	Martinez	M	09/77	16	18			X	1 a																V.L.	Tole	o	CE	18 m	28/77	9 m	4-1						
50	Torres G.	F	06/76	28	35			X	2 m			X													W.L.	Loma	o	CE	6 m	25/77	7 m	0						
516	Torres S.	M	21/71	17	20			X	2 m																V.L.	Baño	o	CE	7 m	25/79	6m	3						
625	Gonzalez	M	17/79	22	23			X	7 m																V.L.	Lope	o	CE	18 m	17/80	18 m	0						
427	Morales M	M	19/78	21	22			X	6 m			X													X	V.L.	Tole	o	CE	18 m	5/1/78	17d	4-3					
167	Ceballo M	F	04/76	25	27			X	6 m																V.L.	Tole	o	CE	2m	4/1/77	1m	1						
506	Romero G.	M	21/78	30	38			X	7 m			X																					01/79	8 m	0			
11	Garcia M.	F	17/73	26	26	X	X	X	8 m			X													S.20	ULLO	o	CE	2 m	31/77	4m	5						
189	Luna E.	M	06/76	24	28			X	7 m			X													Bard	Tole	o	CE	2 m	29/77	1m	3-6						
138	Juarez	M	01/65	19	22			X	5 m			X													V.L.	Baño	o	CE	2 m	08/77	6m	3						
377	Gutiérrez	M	08/66	21	24			X	4 m			X													V.L.	Carr	o	CE	6 m	15/80	13m	1						
523	Gonzalez	M	7/3/73	23	38			X	6 m																								29/80	6m	3			
715	Castellano	M	14/73	26	33			X	6 m																								4/70	3m	2			
606	Ocampo N.	M	10/79	21	26			X	1 m																V.L.	San	o	CE	2 m	05/80	1m	6						
610	Gonzalez	M	03/77	17	18			X	2 m																									31/80	4 m	5		

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Exp	Nombre	Sexo	P. Nac	Edad	A. H. E. L. T. D.	M. P. I. L. P. I. C. I.	Edad	A. H. E. L. T. D.	M. P. I. L. P. I. C. I.	CIR.	SITIO	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	A. P. S. U. N. I. O.	
453	Bernabe M.	P	1/75	50			X				Pierrra						X	7							V.L. Pierrra	1 m	1/1/8	3m	0			
219	Vela Mtz.	P	29/11	41			X				Hézz						X	6							V.L. Toledo	2 m	23/1/7	6 m	4			
177	Ház Ceballos	P	1/16	29	X	X					Toledo						X	4	5						V.L. Toledo	1 m	3/1/7	1 m	6			
524	Rgz Pando	M	4/1	20							Toledo						X								V.L. Toledo	1 m	2/1/7	3 m	6			
603	Duran M.	M	1/1/47	31					X		Toledo						X								V.L. Bato	2 m	24/1/7	40d	3			
694	Ortiz Lopez	M	1/1/71	23							Ocumto														V.L. Toledo	2 m	4/1/70	2 m	0			
511	Peñaloza	P	13/49	19			X				Valera						X								V.L. Toledo	1 m	1/1/70	1 m	0			
637	Villar M.	M	3/1/51	20			X				Aruffa						X	X	9						V.L. Bato	2 m	3/1/70	9 m	0			
250	Cabrera S	F	1/1/16	35													X	X	2						V.L. Toledo	2 m	24/1/77	1 m	0			
380	Schz Arria	P	3/1/16	18							Belina														V.L. Toledo	2 m	1/1/78	2 m	0			
742	Valentino	M	2/1/80	23																								24/1/81	3 m	0		
743	Vallejo C	P	6/1/80	18																								1/1/80	2 m	0		
744	Jimenez D	M	10/1/81	19			X																					17/1/81	1 m	3		
745	Garcia H.	M	7/1/80	26																								1/1/81	5 m	9		
746	Garcia V.	M	2/1/81	18																								1/1/81	9 d	4		
747	Uribe Ház	M	1/1/81	25																								17/1/81	6 d	0		
748	Hecerril	P	5/1/80	24																						V.L. Toledo	1 m	19/1/81	7 m	6		
749	Pérez A.	M	19/1/81	18																								17/1/81	6 m	4		
597	Mtz Pérez	M	1/1/79	20																								19/1/79	3 m	5		
548	Cortea M.	P	30/1/77	18																							18m	2/1/78	2 m	0		
713	Hurtado C	M	1/1/78	31																								8/1/80	1 m	5		

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
EXP	NOMBRE	GEN	F.NAC	EDAD	AREA	LIV	AP	ESTAD	PARTE	MARINA	PN	TY	CIR.	SMIC	D.P	P.S	UNI	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	TR	
51	501	CHUZ HDZ	M	22			X							VLSCO												V.L. VALER	CNR	2	4700	15	2		
55	506	VQZ MARTIN	F	26																													
55	57	CROPEZA B.	F	26			X							VEGA																			
56	512	GRO CHAVEZ	M	22				X						PEREZ												V.L. PEREZ	CNR	2	4700	15	0-2		
56	697	GAMACHO A.	M	20			X																										
56	510	GARCIA C.A.	F	26			X																										
57	527	DCHANTES V.	F	14				X						TOLEDO												V.L. LOPEZ	CNR	1	7700	1	0		
57	594	BENTENO L.	M	22			X							TOLEDO																			
59	369	MORALES H.	M	22										TOLEDO												V.L. TOLEDO	CNR	2	12700	1	0-5		
60	295	BLANCO I.M.	M	25			X							VLRE												V.L. BAÑOS	CNR	2	71200	12	4		
61	608	SCHZ ROMER	F	21																													
62	293	GRO OLIVERA	M	19			X							CEBROZ												V.L. TOLEDO	CNR	1	61200	3	2		
65	509	ESPINOZA A.	F	22			X							MELAYA												V.L. TOLEDO	CNR	1	12700	1	0		
66	206	GLZ SANTIL	F	21										TOLEDO												V.L. TOLEDO	CNR	2	12700	4	0-3		
66	505	LOMERO S.M.	M	23			X							TOLEDO																			
66	507	VALLE VALE	F	22										BARBA												V.L. TOLEDO	CNR	3	14700	2	0		
66	513	LOPEZ C.	F	20			X							TOLEDO												V.L. PARE	LSGR	13	22700	14	2		
66	517	OJEDA GLZ	F	19										MEDEB												V.L. LINA	PITAR	2	16700	4	0		
67	515	AGUILAR M.	M	21			X							TOLEDO												V.L. TOLEDO	CL.26	2	12700	1	0		
67	516	GLZ VQZ	F	23																						V.L. BIRCHER	CNR	2	16700	0	6		
67	520	GLZ RANGEL	F	26			X							SA												V.L. MAYO	ALSSA	2	22700	9	0		

NOTAS DE LOS ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

LABIO HENDIDO

- | | | |
|------|-----|---|
| 1.- | 197 | el padre del niño de 24 años labio izquierdo incompleto. |
| 2.- | 197 | hermana del niño de 11 meses labio derecho completo. |
| 3.- | 143 | tía de parte de la madre labio izquierdo completo. |
| 4.- | 217 | primo de parte de la madre de 13 años labio izquierdo completo. |
| 5.- | 217 | tío abuelo de parte de la madre labio izquierdo incompleto. |
| 6.- | 217 | tío abuelo de parte de la madre labio derecho incompleto. |
| 7.- | 304 | tía paterna con labio derecho completo. |
| 8.- | 335 | tía materna con labio izquierdo completo. |
| 9.- | 350 | tía de 15 años materna labio derecho completo. |
| 10.- | 342 | tía paterna con labio izquierdo incompleto. |
| 11.- | 371 | prima del niño materna labio izquierdo completo. |
| 12.- | 410 | madre labio izquierdo incompleto. |
| 13.- | 432 | padre labio izquierdo incompleto. |
| 14.- | 464 | prima del niño de parte de la madre labio izquierdo completo. |
| 15.- | 502 | padre labio derecho completo. |
| 16.- | 510 | primo paterno de 20 años labio derecho incompleto |
| 17.- | 513 | hermana de 8 años labio derecho incompleto. |
| 18.- | 563 | abuelo paterno fallecido labio izquierdo incompleto. |
| 19.- | 591 | tía de 60 años materna labio izquierdo completo. |
| 20.- | 611 | hermano del padre del niño labio bilateral completo. |

21. 661 tía por parte del padre del niño labio derecho -
incompleto.
22. 641 tío materno fallecido labio izquierdo incompleto
23. 666 primo materno de 12 años labio izquierdo incom-
pleto.
24. 667 tío abuelo paterno labio bilateral incompleto.
25. 667 prima del niño paterno labio derecho incompleto.
26. 669 primo del niño por parte del padre labio izquier-
do incompleto.
27. 679 prima de la madre del niño de 9 años por parte -
de la abuela labio incompleto izquierdo.

PALADAR HENDIDO

- 1.- 2 hermano de 4 meses paladar completo central.
- 2.- 170 tío materno fallecido paladar incompleto central
- 3.- 200 primo paterno paladar incompleto central.
- 4.- 248 hermano de 12 años paladar completo central.
- 5.- 311 abuela paterna de 47 años paladar completo cen-
tral.
- 6.- 394 tía materna de 20 años paladar incompleto cen-
tral.
- 7.- 390 primo paterno de 18 años paladar incompleto cen-
tral.
- 8.- 451 madre del niño paladar incompleto central.
- 9.- 481 hermana con paladar incompleto central.
- 10.- 536 madre con paladar incompleto central.
- 11.- 640 hermano fallecido paladar completo central.
- 12.- 689 prima paterna paladar completo central fallecida
- 13.- 742 tío paterno paladar incompleto central.
- 14.- 748 abuelo paterno paladar bilateral.

LABIO Y PALADAR HENDIDO

- 1.- 4 primo paterno labio y paladar izquierdo incompleto.
- 2.- 70 tía paterna fallecida labio y paladar bilateral completo.
- 3.- 60 hermana de 5 años labio y paladar bilateral completo.
- 4.- 60 abuelo paterno labio y paladar derecho completo.
- 5.- 39 tío paterno del niño labio y paladar izquierdo completo.
- 6.- 22 primo materno de 18 meses labio y paladar izquierdo completo.
- 7.- 63 primo materno fallecido labio y paladar derecho completo.
- 8.- 33 padre del niño labio y paladar derecho incompleto.
- 9.- 42 hermano de 20 años labio y paladar derecho incompleto.
- 10.- 43 primo materno de 24 años labio y paladar bilateral completo.
- 11.- 38 tía abuela paterna labio y paladar derecho incompleto.
- 12.- 62 abuelo materno labio y paladar derecho incompleto.
- 13.- 62 hermano labio y paladar izquierdo incompleto.
- 14.- 85 primo materno fallecido labio y paladar bilateral incompleto.
- 15.- 72 primo materno de 4 años labio y paladar derecho completo.
- 16.- 99 hermana de 10 años labio y paladar bilateral incompleto.

- 17.- 71 primo paterno de 11 años labio y paladar derecho completo.
- 18.- 89 tía materna de 28 años labio y paladar derecho - incompleto.
- 19.- 89 tío materno fallecido labio y paladar bilateral completo.
- 20.- 89 hermana de 4 años labio y paladar bilateral incompleto.
- 21.- 189 tío abuelo paterno labio y paladar izquierdo incompleto.
- 22.- 173 tío materno labio y paladar izquierdo completo.
- 23.- 155 primo materno labio y paladar derecho completo.
- 24.- 177 primo materno con labio y paladar derecho completo.
- 25.- 149 hermano fallecido labio y paladar izquierdo completo.
- 26.- 169 primo paterno segundo labio y paladar bilateral completo.
- 27.- 170 tío paterno fallecido con labio y paladar izquierdo incompleto.
- 28.- 126 hermano de 8 años labio y paladar bilateral completo.
- 29.- 115 padre del niño de 42 años labio y paladar izquierdo completo.
- 30.- 182 tío paterno 30 años labio y paladar izquierdo - completo.
- 31.- 162 prima tercera paterna labio y paladar derecho - incompleto.
- 32.- 171 prima de 5 meses de parte de la madre labio y paladar bilateral completo.
- 33.- 176 prima segunda del abuelo de parte del padre labio y paladar izquierdo completo.

- 34.- 200 tfa materna labio y paladar izquierdo incompleto
35.- 210 prima paterna de 8 años labio y paladar derecho_ completo.
36.- 283 hermana con labio y paladar izquierdo incompleto
37.- 249 hermano con labio y paladar derecho incompleto.
38.- 225 hermana con labio y paladar bilateral completo
39.- 217 primo de parte de la madre de 13 años con labio y paladar izquierdo completo.
40.- 275 prima de parte del padre con labio y paladar derecho incompleto.
41.- 262 hermano de 25 años labio y paladar izquierdo completo.
42.- 263 tfo paterno fallecido labio y paladar bilateral incompleto.
43.- 223 hermana con labio y paladar izquierdo incompleto
44.- 257 hermana fallecida con labio y paladar derecho -- incompleto.
45.- 257 primo materno con labio y paladar derecho com---pleto.
46.- 257 hermano con labio y paladar izquierdo incompleto
47.- 257 primo del niño fallecido labio y paladar izquierdo completo.
48.- 282 hermana de 2 años con labio y paladar derecho -- completo.
49.- 293 padre de 25 años labio y paladar bilateral com---pleto.
50.- 393 prima de la madre labio y paladar izquierdo in--completo.
51.- 380 tfa paterna labio y paladar izquierdo completo.
52.- 343 hermano de 11 años labio y paladar derecho completo.
53.- 438 padre de 36 años labio y paladar derecho completo.

- 54.- 483 tfo paterno tercero con labio y paladar izquierdo completo.
- 55.- 483 primo paterno segundo con labio y paladar izquierdo completo.
- 56.- 483 primo paterno segundo con labio y paladar derecho completo.
- 57.- 483 primo paterno segundo con labio y paladar izquierdo completo.
- 58.- 433 tfo paterno con labio y paladar derecho incompleto.
- 59.- 439 primo paterno labio y paladar derecho incompleto
- 60.- 449 primo paterno labio y paladar bilateral incompleto.
- 61.- 484 primo segundo materno labio y paladar bilateral completo.
- 62.- 466 primo de 1 año labio y paladar derecho completo
- 63.- 499 tfa materna de 17 años labio y paladar izquierdo incompleto.
- 64.- 444 primo materno con labio y paladar bilateral completo.
- 65.- 446 primo paterno de 8 años con labio y paladar derecho completo.
- 66.- 595 hermano con labio y paladar izquierdo completo.
- 67.- 581 prima paterna con labio y paladar izquierdo completo.
- 68.- 542 madre con labio y paladar izquierdo incompleto
- 69.- 546 prima paterna fallecida labio y paladar derecho completo.
- 70.- 555 madre con labio y paladar izquierdo completo.
- 71.- 550 primo paterno de 10 años con labio y paladar bilateral completo.
- 72.- 741 hermano de 12 años con labio y paladar derecho incompleto.

- 73.- 513 hermana con labio y paladar derecho completo.
- 74.- 595 hermano de 10 años con labio y paladar izquierdo incompleto.
- 75.- 663 abuelo materno con labio y paladar bilateral completo.
- 76.- 632 hermano gemelo con labio y paladar derecho completo.
- 77.- 633 hermano gemelo con labio y paladar derecho completo.
- 78.- 616 tfa paterna con labio y paladar derecho completo
- 79.- 605 primo paterno de 8 años labio y paladar izquierdo completo.
- 80.- 666 primo materno fallecido labio y paladar bilateral incompleto.
- 81.- 623 prima materna segunda labio y paladar bilateral incompleto.
- 82.- 689 primo paterno labio y paladar derecho incompleto
- 83.- 697 tfo paterno de 60 años labio y paladar derecho incompleto.
- 84.- 683 tfo paterno fallecido con labio y paladar bilateral completo.
- 85.- 683 primo paterno de 12 años con labio y paladar bilateral completo.
- 86.- 744 primo paterno con labio y paladar izquierdo incompleto.
- 87.- 741 tfa materna con labio y paladar izquierdo completo.
- 88.- 705 primo paterno segundo fallecido y labio y paladar izquierdo completo.
- 89.- 705 hermano de 13 años con labio y paladar derecho completo.

- 90.- 705 tfa paterna de 21 años con labio y paladar derecho completo.
- 91.- 740 primo paterno tercero fallecido labio y paladar izquierdo completo.
- 92.- 718 abuela materna fallecida labio y paladar izquierdo completo.
- 93.- 734 padre de 34 años con labio y paladar derecho completo.
- 94.- 734 tfa paterna con labio y paladar derecho incompleto.
- 95.- 719 prima segunda con labio y paladar izquierdo completo.
- 96.- 752 prima materna de 5 años con labio y paladar izquierdo completo.

RESULTADO DEL CONTEO DE LABIO Y PALADAR HENDIDO
EN LAS HOJAS DE TABULACION

SEXO	TOTAL
Femenino 295	700 casos de labio y paladar hendido.
Masculino 405	

ANTECEDENTES FAMILIARES DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

LABIO		TOTAL
Paladar	27	
	14	
Labio y Paladar	96	137

NUMERO DE RESULTADO DE LABIO, PALADAR, LABIO Y PALADAR HENDI
DO.

LABIO

Izquierdo	completo	8	26
	incompleto	18	
Derecho	completo	10	24
	incompleto	14	
Central	1	
Bilateral	completo	4	7
	incompleto	3	

TOTAL

58 Labios Hendidos.

Paladar

	completo	3	7
Izquierdo	incompleto	4	
	completo	6	10
Derecho	Incompleto	4	
Central	completo	34	71
	incompleto	37	
	completo.		
Bilateral	incompleto	2	

TOTAL

90 Paladar Hendidos.

Labio y Paladar Hendido.

Izquierdo	completo	164	202
	Incompleto	38	
Derecho	completo	158	184
	Incompleto	26	
Central	completo	2	6
	incompleto	4	
Bilateral	completo	143	160
	incompleto	17	

TOTAL

552 Labio y Paladar Hendido.

RESULTADO TOTAL

700 casos clínicos de Labio y Paladar Hendido

INTERVENCION QUIRURGICA DE LABIO

Queiloplastia	121
Nasoqueiloplastia	489

TOTAL

610 Naso-Queiloplastia.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Labio

bien 257	Regular 262	Mal 91
TOTAL		
610		

Narina

bien 249	Regular 263	Mal 98
TOTAL		
610		

Piso Nasal

Presente 121	Ausente	489
TOTAL		
610		

TECNICAS QUIRURGICAS DE LABIO

Millard	Broadvent	Tenison Randal	Skoog
396	163	51	0
		TOTAL	
		610	

Sitio donde son operados de Labio y posteriormente los mandan al CMR, o que son atendidos directamente desde el primer día de su cita en esta Institución, y números o cantidad de casos de labio y paladar hendidos.

SITIO	NUMERO
Centro Médico la Raza.	438
Clínica 23	19
Clínica Particular	18
Hospital Infantil	13
Hospital General de S.S.A.	9
Hospital Infantil de S.S.A.	7
Hospital Militar	6
ISSSTE.	6
Centro Médico Nacional	5
Hospital Infantil de México	5
Clínica 76	4
Clínica 61	4
Clínica 29	4
Clínica 24	4
Clínica 60	4
Clínica 26	4
Hospital Infantil de la Villa	4
Hospital Rubén Leñero	3

Hospital General	3
Clínica 28	3
Clínica 20	3
Clínica 24	3
Hospital de Legaria	3
Hospital Juárez	3
Hospital de Tlalpan	2
Clínica de Tlatelolco	2
Clínica 25	2
Clinica 64	2
Hospital de Ceylán.	2
Clínica 73	2
Clínica la Prensa	2
Clínica 27	4
Hospital de Tacubaya	1
Hospital de Guanajuato	1
Hospital de Mazatlán	1
Hospital de Yucatán	1
Hospital de Monterrey	1
Hospital de Cuernavaca	1
Hospital de Chapala	1
Hospital de Chiapas	1
Hospital Central de San Luis Potosí	1
Hospital de Papantla	1
Hospital de Coyoacán	1
Hospital Infantil de Atzacapotzalco	1
I.M.S.S. de Querétaro	1
I.M.A.N.	1
Hospital en USA los Angeles California	1
Hospital de Guadalajara	2
HOSPITAL CENTRO MEDICO LA RAZA	
	TOTAL 438
OTROS HOSPITALES	
	TOTAL 172
	RESULTADO 610

INTERVENCION QUIRURGICA DEL PALADAR

Palatoplastia 642

RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS
PALADAR.

Longitud	corto	299	TOTAL
	largo	343	642

Movilidad	presente	515	TOTAL
	ausente	127	642

	amplia	96	
Fistulas	mediana	200	
	pequeña	340	TOTAL
			636

TECNICAS QUIRURGICAS DEL PALADAR

Von Langenberk	Wardilla	Kilner	Bircher	Simple 2 colgajos
383	231		16	7

Simple 3 Colgajos.

5

TOTAL

642

Sitio donde son operados del Paladar y posteriormente los mandan al CMR, o que son atendidos directamente desde el primer día de su cita en esta Institución y números o cantidades de casos de Labio y Paladar Hendido.

SITIO	NUMERO
Centro Medico La Raza	391
Clínica Particular	33
Clínica 61	24
Hospital Militar	18
Clínica 29	17
Hospital Infantil	18
Clínica La Prensa	16
Hospital Juárez	12
Hospital Infantil de Legaria	11
Clínica 73	10
Clínica de Tlatelolco	10
Clínica 24	8
Hospital Rubén Leñero.	8
Clínica 76	8
Clínica 60	7
Centro Médico Nacional	7
Clínica 23	6
Hospital General	6
Ciudad Universitaria	5
Clínica 20	5
Clínica 27	4
IMSS. de Guadalajara	3
Hospital de Tlalpan	3
Clínica 26	3
Hospital Infantil de S.S.A.	3
Hospital de USA los Angeles California	2

Clinica 28	1
Hospital de Monterrey	1
Hospital de Colima	1

HOSPITAL CENTRO MEDICO LA RAZA

TOTAL
391

OTROS HOSPITALES

TOTAL
251

RESULTADO

642

RESULTADO DE LOS COLAPSOS POR MM

Bien	531
Regular	99
Mal	12

TOTAL

642

CONCLUSIONES

En base a los 700 casos obtenidos y estudiados de Labio y Paladar Hendido, en el Hospital General Centro Médico La Raza, en el edificio de Medicina externa, en la división de Pediatría, en el área de Cirugía buco-dento-maxilar, consultorio # 1 de Ortopedia Maxilo-Facial.

Se obtuvieron los siguientes datos, que en lo personal son muy importantes y deben tenerse en cuenta para los fines necesarios en esta malformación.

- 1.- El tratamiento de Labio y Paladar Hendido, es de por vida no tiene edad fija para concluirse.
- 2.- La malformación es congénita hereditaria, (pero en referencia a los 700 casos 604 son congénitos y los otros 96 son hereditarios).
- 3.- Esta malformación se presenta mas en niños del sexo masculino, que en los de sexo femenino.
- 4.- Cada día que pasa aumenta el número de niños con estas malformaciones.
- 5.- Se presenta en su mayoría labio y paladar completo.
- 6.- Es más frecuente de el lado izquierdo.
- 7.- La intervención quirúrgica más usada en labios es la nasqueiloplastia.
- 8.- El uso de aparatos protesicos, la cirugía y la terapia del lenguaje, es el tratamiento a seguir.
- 9.- Todos los niños con esta malformación, tienen problemas de audición y padecen de amigdalitis hipertroficadas.
- 10.- Para un mejoramiento, deben de hacerse una serie de intervenciones quirúrgicas.
- 11.- Después de alguna(s) intervenciones, no se aseguran resultados aceptables.

- 12.- Aunque estos pacientes tienen que ser hospitalizados, - no son enfermos graves; solamente que la malformación - está acompañada de otros casos que pueda acarrear problemas muy serios.
- 13.- Se usan técnicas aceptables para cada tipo de hendidura labial y palatina.
- 14.- El Hospital General Centro Médico la Raza, es la institución del área norte, que mas pacientes tienen de este tipo, debido a que las clínicas periféricas correspondientes a este sector, remiten a dichos pacientes a este hospital, puesto que se encuentra la especialidad -- de Labio y Paladar Hendido.
- 15.- Los colapsos de los segmentos maxilares, en su mayoría_ llegan a su corrección por medio de los aparatos de --- contención.

Cabe explicar, que la madre aunque no tenga antecedentes hereditarios, igualmente el padre, y digamos el segundo_ niño nació con labio y paladar hendido, hay un 99% de probabilidades que el siguiente nacimiento, también tenga labio y paladar hendido.

Si son gemelos, ambos tendrán labio y paladar hendido, - del mismo lado, ya sea izquierdo, derecho, completo, incompleto, central, ya sea que nada más abarque labio o paladar.

BIBLIOGRAFIA

COLABORACION DE LOS SIGUIENTES DOCTORES:

Dra. Rosario Guzmán Martínez.

Hospital General Centro Médico la Raza Ortopedia Maxilar
Medicina Externa, consultorio 1 Bucodento-Maxilar.

Dr. Guillermo Baños Aparicio

Hospital General Centro Médico la Raza Cirugia Maxilofacial
Medicina Externa, Consultorio 2 Bucodento-Maxilar.

Dr. Carlos René Carrasco Zavala

Hospital General Centro Médico la Raza Cirugia Maxilofacial
Medicina Externa, Consultorio 3 Bucodento-Maxilar.

BERSON MORTON I

ATLAS DE CIRUGIA PLASTICA

ESPAÑA 1966

EDITORIAL CIENTIFICO MEDICA pp. 312 a 317.

BERSON

MUSTARD

RAVITCH

SNYDER

WELCH

CIRUGIA INFANTIL

ESPAÑA CAPITULO 8 VOLUMEN I TOMO I

EDITORES SALVAT, S.A. 1971 pp. 103 a 134.

CONVERSE MARQUIS JOHN
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PLASTICA
DEFORMIDADES CRANEOFACIALES DE HENDIDURA EN LABIO Y PALADAR
COMPANIA SAUNDERS W.B. 1977
FILADELFIA, TORONTO, LONDRES TOMO 4 pp. 1935 a 2082.

GARDNER M.D. ERNEST
ANATOMIA
EDITORES S.A. ESPAÑA 1966
SEGUNDA EDICION SALVAT pp. 801 a 903.

GEORGIAD NICHOLAS G...D.D.S.M.D.F.A.C.S.
HABERTY ROBERT F.M.D.F.A.C.S.
DISCUSION EN EL MANEJO DE HENDIDURAS EN EL LABIO
SAINT LOUIS 1974 Y PALADAR Y DEFORMIDADES ASOCIADAS.
EDITORIAL C.V.C.M. MASBY.
VOLUMEN 8 CAPITULO 25 y 26 pp. 160 a 170.

GRABB C. WILLIAM..MD.
BZOCH R. KERSNETH PH.D.
ROSERSTEIN W. SHELDON DDS.
HENDIDURA EN LABIO Y PALADAR
DISCURSO Y ASPECTOS SOBRE CIRUGIA DENTAL
EDITORIAL BY.
EDICION COSPYRIGHT FIRST "C" 1971 b y .

MAHER P. WILLIAM
EFECTOS AVANZADOS EN LA SUBMUCOSA DEL MAXILAR AL HABLAR
UN PACIENTE DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.
PERIODICO DE PALADAR HENDIDO.
ENERO 1977 VOLUMEN 14 # 1 pp. 92 a 101.

MOORE L. KEITH.
EMBRIOLOGIA CLINICA
EDITORIAL INTERAMERICANA 1975
CAPITULO 10 pp. 136 a 166.

PERIODO SOBRE PALADAR HENDIDO
PERIODO SOBRE HENDIDURA EN PALADAR
IM:EM (BALTIMORE) 1974 1975.
ISSN 0009-8701 11-12

PERIODO DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE CIRUGIA PLASTICA
Y RECONSTRUCTIVA INCORPORADOS
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
JULIO 1972 VOLUMEN 50 # 1 pp. 36 a 41.

SALAS M. JOSE MA.
EL PEDIATRA Y EL ODONTOPEDIATRA EN EL MANEJO CONJUNTO DE
LAS ANOMALIAS BUCODENTALES CONGENITAS.
ABRIL, MAYO, JUNIO DE 1979.
CUADERNO DE NUTRICION VOLUMEN 4 # 2 pp. 181.

CONVERSE MARQUIS JOHN
CLEFT LIP AND PALATE CRANIOFACIAL DEFORMITUS
1977 W.B. SAUNDERS COMPANY
PHILADELPHIA, TORONTO, LONDON. Tomo pp. 1935 a 2082.

GEORGIA DE G. NICHOLAS D.D.S. M.D..F.A.C.S.
HABERTY F. ROBERT M.D..F.A.C.S.
SYMPOSIUM ON MANAGEMENT OF CLEFT LIP AND PALATE AND ASSOCIA-
TED DEFORMITIES.
SAINT LOUIS 1974 EDITORIAL THE C.V. MASBY COMPANY
VOLUMEN 8 CAPITULO 25 y 26 pp. 160 a 170.

CLEFT PALATE JOURNAL

(BALTIMORE) IM.EM.CLEFT PALATE J.

ISSN 0009-8701 11-12 1974-1975.

PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

JOURNAL OF THE AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE
SURGEONS INC.

JULY 1972 VOLUMEN 50 # 1 pp. 36 a 41

WILLIAM C. GRABB MD.

CLEFT LIP AND PALATE

SURGICAL DENTAL AND SPEECH ASPECTS B. Y 71 ANTHON

EDITORIAL BY.

FIRST EDITION COSPYRIGHT "C" 1971 by.

WILLIAM P. MAHER

EFFECTS OF MAXILARY ADVANCEMENTON THE SPEECHOFA SUB-MUCOSAL
CLEFT PALATE PATIENT

CLEFT PALATE JOURNAL

JANUARY 1977 VOLUMEN 14 # 1 pp. 92 a 101.