



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**



41  
24.

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

*Hospital Infantil del Estado de Sonora*

*Incidencia de Labio-Paladar Hendido en el H.I.E.S.  
1978 - 1995*

**T E S I S**

**Que para obtener el Titulo en Pediatría Médica  
Presenta**

*Dr. Fidel Cesar Espinoza*

**Hermosillo, Sonora Febrero 1997**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

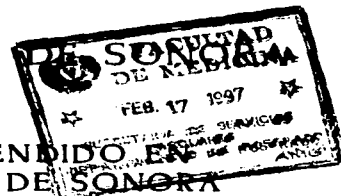
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO E INVESTIGACION

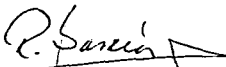
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO



INCIDENCIA DE LABIO PALADAR HENDIDO EN  
EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA  
1978-1995

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

PRESENTA  
DR. FIDEL CESAR ESPINOZA

  
DR. Ramiro García Álvarez  
Profesor Titular de Enseñanza e Investigación  
Director de Enseñanza e Investigación

  
DR. Vladimiro Alcaraz Ortega  
Director General del Hospital  
Infantil del Estado de Sonora

  
DR. MARCO AURELIO LIZARRAGA CELAYA  
ASESOR

## **AGRADECIMIENTO**

- ◆ *A DIOS EN PRIMER LUGAR POR DARME FORTALEZA, AMOR, PACIENCIA Y RESPONSABILIDAD EN EL MOMENTO JUSTO.*
- ◆ *A LOS NIÑOS QUE SON DIFERENTES A CUALQUIER OTRO PACIENTE, PEQUEÑOS, INDEFENSOS Y DEPENDIENTES DE LOS DEMÁS.*
- ◆ *PERSONAL MÉDICO Y ENFERMERÍA, CON DIFERENCIA DE Matices Emocionales, Conocimientos, de los cuales yo aprendí los diferentes tiempos y situaciones.*
- ◆ *COMPAÑEROS, DE LOS CUALES SIEMPRE NOS UNIRÁ EL RECUERDO DE TIEMPOS DIFÍCILES Y DE ESFUERZO QUE NUNCA OLVIDARÉ.*

**GRACIAS**

## INDICE

	<b>PÁG.</b>
INTRODUCCIÓN.....	2
OBJETIVO.....	5
DEFINICIÓN.....	7
HISTORIA.....	10
EPIDEMIOLOGIA E INCIDENCIA.....	12
ETIOLOGIA.....	15
FISIOLOGIA.....	17
ALTERACIONES ASOCIADAS A LABIO-PALADAR HENDIDO.....	20
TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO.....	23
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.....	26
MATERIAL Y MÉTODOS.....	32
COMENTARIOS.....	34
ANTECEDENTES.....	36
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	54

## INDICE DE GRÁFICAS

	PÁG.
SEXO.....	37
ANTECEDENTES FAMILIARES DE LPH.....	38
GESTA.....	39
EDAD DE LA MADRE.....	40
PESO AL NACER.....	41
FORMA DE ALIMENTACIÓN (ETAPA NEONATAL).....	42
ALIMENTACIÓN EN PERIODO NEONATAL.....	43
COMPLICACIONES PERINATALES.....	44
PREDOMINIO DEL DEFECTO.....	45
MALFORMACIONES ASOCIADAS.....	46
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES EN CONSULTAS SUBSECUENTES.....	47
TÉCNICA DE PALATOPLASTIA.....	48
EDAD DE LA QUEILOPLASTIA.....	49
SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA.....	50
QUEILOPLASTIA.....	51
COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS.....	51

# INTRODUCCIÓN

## **¿QUÉ MANEJO DEBEMOS DE PLANTEAR ANTE UN NIÑO CON LPH ?**

Esta es una interrogante que debemos plantearnos ; ante un paciente con defecto congénito de labio y paladar ya que son muchos los problemas a resolver secundario al problema anatómico en sí y a las complicaciones subsecuentes asociadas.

La lista de entidades encontradas nos obligan al planteamiento organizado y encaminado a la rehabilitación de este tipo de pacientes, manejando prioridades de acuerdo a la edad y necesidades del paciente, siendo una de las principales a resolver la alimentación ; ya que esta se encuentra afectada debido a la alteración en la primera porción del sistema digestivo siendo ésta proporcional al tamaño del defecto. Ya que una adecuada nutrición es parte esencial en la rehabilitación de este tipo de paciente por lo cual es importante el manejo interdisciplinario entre los servicios involucrados, cirugía plástica y estomatología para la corrección quirúrgica del defecto, servicio de pediatría, enfermería, psicología, trabajo social para adiestramiento y sobre todo concientización y sensibilización de los familiares más allegados para que aprendan el manejo tanto de alimentación y de rehabilitación.

Es muy importante que el médico que se enfrente por primera vez a este tipo de pacientes esté familiarizado con todos los problemas que enfrentan además del problema anatómico evidente y tener la suficiente responsabilidad para derivarlo oportunamente a las disciplinas involucradas en el



manejo de estos pacientes, ya que de acuerdo a la edad y tamaño del defecto se elabora un plan médico y quirúrgico.

La participación del pediatra en el grupo de trabajo de la clínica de labio paladar hendido abarca aspectos muy importantes para el éxito en el manejo de estos niños.

En la mayoría de los casos el pediatra es el primero que tiene contacto con el paciente y tiene la oportunidad de establecer una valoración integral del paciente. Una de las funciones del pediatra consiste en la vigilancia médica, detectando y manejando patología asociada al problema congénito. El manejarlos oportunamente y en forma correcta da a lugar el disminuir la frecuencia de desnutrición y por ende no interferir con el crecimiento y desarrollo normal del paciente.

Para llevar a cabo la rehabilitación del paciente con fisura labiopalatina, se requiere de un manejo interdisciplinario, comprensivo, con organización precisa (clínica de labio y paladar hendido) donde los **servicios participantes son** (7)

- 1.- Cirugía plástica.
- 2.- Departamento dental.
- 3.- Foniatría y terapia del lenguaje.
- 4.- Psicología e higiene mental.
- 5.- Otorrinolaringología.
- 6.- Genética médica.
- 7.- Trabajo social y fotografía clínica.

**Los servicios consultantes son :**

- 1.- Pediatría
- 2.- Neurología
- 3.- Antropología física.
- 4.- Laboratorio clínico
- 5.- Anestesiología

# OBJETIVO

## **OBJETIVO.**

- **Revisión de la bibliografía referente a labio-paladar hendido para posteriormente orientarlo al grupo de pacientes que ocupan el mayor número y porcentaje y que representan un dilema en cuanto al manejo.**
- **Análisis retrospectivo de los expedientes clínicos con diagnóstico de síndrome dismórfico y labio paladar hendido, con el fin de conocer la incidencia en la historia del hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) desde su fundación en 1978 hasta 1995.**
- **Elaborar un protocolo de investigación y manejo para el paciente con labio paladar hendido (Multidisciplinario).**
- **Buscar alternativas en cuanto a la técnica de alimentación para evitar en lo posible la desnutrición y recalcar que no es una contradicción para la alimentación al seno materno.**
- **Conocer la técnica quirúrgica, edad de realización y complicaciones más frecuentemente encontradas, asociadas al criterio de manejo quirúrgico, en la historia del hospital.**

# DEFINICIÓN

## **DEFINICIÓN**

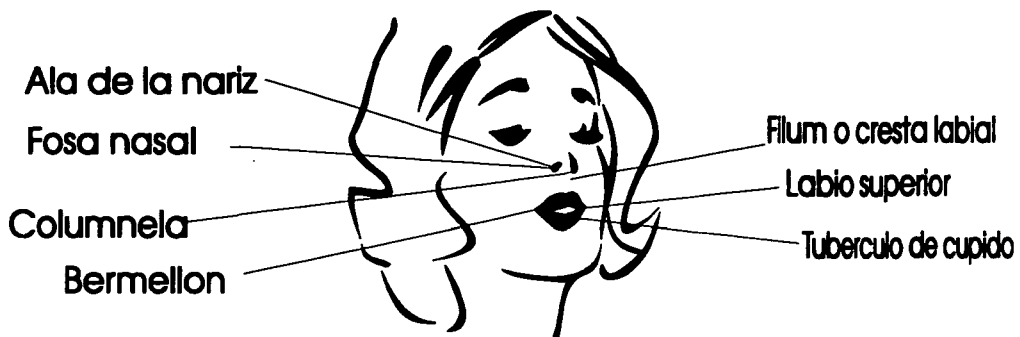
Son las malformaciones congénitas del aparato digestivo que se observan con mayor frecuencia, que consisten en una fisura o hendidura labial, que afecta al hemilabio superior y una fisura palatina completa, que parte generalmente desde la fisura labial y que corre por la línea media separando el paladar en dos. (1), (3), (5).

La malformación puede ocurrir en ambos hemilabios, en cuyo caso domina labio hendido bilateral completo cuando afecta ambas fosas nasales o incompleto puede ser completo de un lado o incompleto del otro lado. En la premaxila, por debajo de la columela nasal existe un desplazamiento de la primera hacia adelante en grado variable. Tanto el labio hendido uni o bilateral son malformaciones en sentido vertical, en sentido horizontal se encuentra el macrostoma.

Se le llama coloboma a una gran fisura en sentido vertical, corre por el borde externo del ala de la nariz y llega a la comisura palpebral interna; este último al igual que el macrostoma son extremadamente raros. (3)

Al labio hendido se le ha llamado también labio leporino, lo cual es inadecuado, ya que deriva de la palabra "Lepore" que significa (labio de conejo). (3).

Se le llama premaxila a la porción maxilar cercana a la línea media que incluye los incisivos superiores y que se fija al tabique nasal la premaxila también participa en la morfología de la fisura palatina si se asocia con labio hendido unilateral da a la misma una forma de "J" o de "Y" si es bilateral. (3), (4), (6)



## LABIO NORMAL

# HISTORIA

## **HISTORIA**

Se conoce desde épocas remotas el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con labio-paladar hendido. Bochai refiere un cierre de labio exitoso en China 390 A.C. los tratamientos eran diversos y por lo general, solo buscaban corregir el labio y posteriormente el paladar sin contemplar los trastornos del lenguaje y la función digestiva. (5)

Es solo a principios de este siglo cuando se empieza a comprender la importancia de un manejo multidisciplinario. En los años de 1911 se le dio importancia preferencial al área de lenguaje y posteriormente al área de cirugía maxilofascial, ortodoncia y psicología. (7), (9).

Actualmente el tratamiento se elabora de acuerdo a un plan previamente establecido y a las necesidades propias del paciente, de acuerdo a las experiencias adquiridas a lo largo de la historia.



**EPIDEMIOLOGIA**

**E**

**INCIDENCIA**

## **EPIDEMIOLOGIA.**

Actualmente existen mas de 80 mil personas con problemas de labio paladar hendido en la república mexicana, y solo un porcentaje mínimo son atendidos en centros importantes como el Hospital General de México, entre otros. (6), (7).

## **INCIDENCIA**

Estimaciones de la frecuencia de esta malformación, varían de 0.8 a 1.6 casos por 1000 nacimientos (1), (7). Las variantes de este margen se deben a diferentes condiciones raciales y geográficas. En nuestro medio la frecuencia aparentemente es mayor, se conocen datos del 1.52 por 1000 nacimientos en Santiago de Chile y de 1.39 en la Ciudad de México.

Para el paladar hendido aislado es de 1.8000 recién nacidos vivos (

La frecuencia es mayor en los casos de la asociación de defectos a nivel de labio y paladar solamente en relación 6.8 -10 el labio hendido solo se presenta de 8.1 a 10 y el paladar sin alteración labial es de 1.1. por 10. (9)

Estas variantes se encuentran con predominio del labio hendido bilateral sobre el unilateral y con mayor frecuencia el lado izquierdo es el afectado.

En cuanto a la frecuencia por sexo se ha encontrado una mayor afectación del sexo masculino en una proporción de 2 :1 respecto a la mujer.

**El riesgo de recurrencia que ha sido calculado para la población mexicana es el siguiente :**

**Si el caso i dice tiene solo labio hendido es del 20% : si tiene también paladar hendido será del 6.2% si presenta otras malformaciones 17.2% y si existe en la familia otro paciente con labio con o sin paladar hendido será de 19.0% (7)**

# ETIOLOGIA

## **ETIOLOGIA**

Hasta el momento no se han logrado asociar factores ambientales con este tipo de problemas, no se ha asociado con tendencia estacional, localización geográfica, clase social, edad o paridad materna o paterna. Por lo cual se han clasificado de la siguiente manera. (1), (7), (8), (9).

**Hereditario multifactorial:** Dependiente de múltiples genes menores, con tendencia familiar establecida sin seguir ningún patrón mendeliano 90 % de los casos.

En el restante 10% el factor puede ser determinado con relativa seguridad, asociado a algunos síndromes con aberraciones cromosómicas, ejemplos: Trisomias, las mutaciones genéticas con carácter autosómico dominante se ha relacionado con el síndrome de Van Der Wode (LPH con quistes o trayectos fistulosos en labio inferior), con hipospadias, hipertelorismo.

Se conocen algunos factores teratogénicos que se pueden encontrar pero sin seguridad, como son la utilización de talidomida, antihipertensivos, antihepáticos, así como sintomatología durante el embarazo, como sangrados trasvaginales, vómitos. (7)

Todavía existen entre la población rural de América Latina arraigadas tradiciones interpretaciones mágico-religiosas respecto al origen de estas deformidades.

# FISIOPATOLOGIA

## **FISIOPATOLOGIA**

Al paladar hendido se le considera como una entidad etiologica independiente tanto desde el punto de vista embriológico como genético del paladar hendido asociado con fisuras labiales.

En la quinta semana el tejido que rodea las placodas olfatorias se eleva, adoptan una forma en herradura, para formar los procesos nasales, mediales que participan en la formación de la porción medial del maxilar superior del labio lateral del maxilar.

En la sexta semana los maxilares se hacen mas prominentes y crecen hacia la linea media acercandose hacia los procesos nasales. (4), (6).

En la séptima semana se originan dos salinetes en la cavidad oral denominados tabiques palatinos, crecen y se reunen en la linea media, la lengua se encuentra entre ellos inicialmente y posteriormente se dirige hacia abajo.

Existen dos teorias que tratan de explicar la formación de hendiduras faciales.

1.- La clásica : Propone la existencia de una falla en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara, sugiere un retardo o restricción de sus movimientos, que evita que estos procesos se pongan en contacto, puede existir además un desequilibrio entre la producción y muerte celular (teoría sugerida por Waarbick) (5).

2.- Teoría de penetración mesodérmica, propuesta por De Haan, Stark y Ehrmann, quienes sugieren que no existen los extremos libres de los procesos que forman la cara, si no que la cara está formada por una capa bilaminar de ectodermo, por el interior de la cual migra el mesodermo, y que si esta migración no ocurre la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura.



# **ALTERACIONES ASOCIADAS A LABIO-PALADAR HENDIDO**

## **ALTERACIONES ASOCIADAS A LABIO-PALADAR HENDIDO.**

Son diversas las alteraciones que podemos encontrar en este tipo de pacientes y la importancia radica en la detección oportuna e inicio del manejo específico, dentro de las más frecuentemente que podemos encontrar están :

Problemas causados directamente por el problema anatómico como son : Problemas para la succión y deglución y por consiguiente la desnutrición es una de las patologías frecuentemente encontradas. Debido a que el defecto anatómico en la mayoría de las veces afecta estructuras de las vías respiratorias superiores, las infecciones a este nivel son frecuentes predominando a nivel de faringe y oído. Las afecciones a las vías aéreas bajas pueden ser como una complicación de las antes descritas o por aspiraciones de alimentos y secreciones de vías respiratorias y digestivas favorecidas por esta alteración. (3), (4), (5).

Un problema que es importante tomar en cuenta y que requiere manejo inmediato es el manejo desde el tipo de vista psicosocial tanto a la familia como al paciente, esto con el fin de ayudar a una mejor adaptabilidad del paciente a la vida en sociedad, siendo los problemas frecuentemente encontrados de tipo afectivo manifestados por neurosis, estado depresivo y dificultad para la adaptabilidad.

Una de las dificultades particulatorias más severas de los pacientes que presentan fisura palatina y como consecuencia de esto un esfínter velofaríngeo incompetente es la insuficiencia velofaríngea. Esta ocurre cuando el no cierra adecuadamente durante la articulación de consonantes no nasales y vocales, a la pérdida de aire a través de un esfínter nasal incompetente se le denomina escape nasal, el cual produce un cambio en la calidad de la voz denominado hipernasalidad. Hipernasalidad y escape nasal son llamados componentes primarios, característicos del niño con fisura palatina.

El paciente se percata del escape nasal y trata de hacer ajustes durante el habla para compensar el problema, estos ajustes que realiza son los componentes secundarios de pacientes con insuficiencia velofaríngea y consisten básicamente en golpes glóticos y fricción faríngea, que distorsionan el habla y constituyen las llamadas sustituciones articulatorias gruesas o (SAG).

Las sustituciones articulatorias gruesas más comunes son :

- Sustitución de los fonemas explosivos /K/P/T/ y el africado /C/
- Sustitución del fonema /S/ por golpe de glotis.

**TRATAMIENTO  
INTERDISCIPLINARIO**

## **TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO :**

### **Actividades del departamento dental :**

- ◇ Eliminación de caries.
- ◇ Obturaciones o aplicaciones de coronas.
- ◇ Extracciones dentarias.

### **Las impresiones dentales y modelos de estudio tienen como finalidad :**

- ◇ Obtener reproducciones exactas de las condiciones intraorales.
- ◇ Obtener modelos para fabricación de prótesis.

### **Departamento de terapia de lenguaje :**

Los estudios de articulación y los de grabación de voz, se efectuarán a partir del momento en que el paciente tenga lenguaje oral integrado independientemente de su edad cronológica.

### **Departamento de psicología :**

Este estudio se divide en dos campos :

- ◇ Valoración del paciente y su medio psicoemocional

- ◇ Estudio de familiares cercanos para entender y canalizar la actividad terapéutica.

### **Pediatría:**

Los problemas más frecuentes en nuestro medio, son desnutrición, anemia, parasitosis, faringoamigdalitis, gastroenteritis y problemas bronquiales, que requieren manejo por este tipo de servicio.

### **Otorrinolaringología.**

Debido a la propia naturaleza de la deformidad congénita, existen en estos pacientes múltiples problemas, que asociados afectan el oído, nariz y garganta. (2), (4), (5).

# **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LABIO Y PALADAR HENDIDO**

## **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LABIO Y PALADAR HENDIDO**

Debido a las características tan especiales del paciente portador de una hendidura labial, palatina o labiopalatina, es obligatorio efectuar una correcta evaluación de cada caso, por los integrantes de la clínica multidisciplinaria, con el fin de determinar el momento adecuado de su intervención quirúrgica, máxime que muchos casos ya han recibido tratamientos frecuentemente equivocados y sin el control de un equipo perfectamente capacitado.

Resulta obvio pensar que nuestra mejor oportunidad es la primera, para lo cual observamos ciertos principios fundamentales universalmente aceptados como resultado de la experiencia obtenida a nivel mundial por las diferentes clínicas de labio y paladar hendidos. Y aunque existe cierta controversia en cuanto al momento óptimo para operar el labio hendido, nuestro criterio se basa en la llamada "Regla de los 10's", es decir, el paciente debe pesar más de 10 semanas de vida, ya que no solamente se reúnen las mejores condiciones para el acto quirúrgico, sino que también los tejidos de la nariz y del labio han aumentado de tamaño, ofreciéndonos una cirugía más precisa.

En cuanto al tiempo para operar el paladar hendido, mantenemos el criterio de intervenir hasta los 18-24 meses de edad, o bien, hasta que ya han emergido los primeros molares como parámetro de crecimiento, ya que de hacerlo antes, afectaríamos los núcleos de crecimiento que



antes de esa edad se encuentran localizados subperiósteicamente y después emigran en sentido cefálico, de esta manera no afectamos el crecimiento del tercio medio de la cara y así evitamos producir mayor deformidad. (3), (4), (5), (7), (9)

Posteriormente está indicado corregir otras deformidades o complicaciones secundarias, dependiendo de la evolución del paciente y de la evaluación del grupo, tendientes a corregir la insuficiencia velofaríngea, las deformidades en el crecimiento del tercio medio de la cara y a retoques puramente estéticos, para lo cual debemos cumplir desde su tratamiento quirúrgico inicial, con los criterios descritos por Stephensen y Musgrave y que son :

- A) Perfecta unión de piel, músculo y mucosa.
- B) Mínima cicatriz
- C) Alineación exacta del borde mucocutáneo.
- D) Eversión natural del labio rojo con relleno central por debajo del arco de cupido, con tensión normal en el labio
- E) Simetría de punta nasal (alas, columnelas, narinas y piso nasal), y
- F) Permitir el crecimiento armónico de todas las estructuras involucradas.

Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas para la reparación del labio hendido, desde el cierre directo, hasta los colgajos triangulares y cuadrangulares y la rotación y avance de colgajos ; pero no todas cumplen con los requisitos expuestos anteriormente.

En nuestra clínica, hemos obtenido excelentes resultados mediante la reparación con colgajo triangular descrita por tennison y modificada por Randall, en uno o dos tiempos, dependiendo de si la

hendidura es uní o bilateral respectivamente, utilizamos esta técnica ya que tiene la ventaja de ser matemáticamente exacta, preserva el arco de cupido, desecha poco tejido y sirve para todo tipo de fisuras, independientemente de su anchura, aunque tiene la desventaja de invadir el filtrum y producir labios largos.

La cirugía se efectúa bajo anestesia general inhalatoria previa intubación orotraqueal, y se marcan los siguientes puntos y líneas :

- 1.- Punto más bajo del arco de cupido.
- 2.- Punto más alto del arco de cupido del lado no hendido.
- 3.- Punto más alto del arco de cupido del lado hendido.
- 4.- Base de la columna del lado no hendido.
- 5.- Base de la columna del lado hendido.

Se mide la distancia entre los puntos 4-2 y 5-3, y la diferencia resultante entre estas dos líneas nos da el punto 7 y la línea 3-7, los cuales se marcan a  $90^\circ$  de la línea 5-3 a partir del punto 3.

- 6.- Base del ala del lado fisurado.
- 8.- En la definición del borde mucocutáneo fisurado.
- 9.- Donde se entrecruzan las distancias 3-7 y 5-3 a partir de 8 y 6, respectivamente.
- 12.- Distancia 3-7, equidistante entre 8 y 9 en forma de un triángulo equilátero exacto.

Una vez que se han marcado con precisión los puntos y líneas mencionados, se tatúa e infiltra con xilocafna con epinefrina para evitar sangrado. Se lleva a cabo la cirugía mediante liberación inicial del sulcus labial y se incide en las líneas marcadas; liberamos el músculo de su

posición anómala, se disecciona y se cierra en tres o cuatro planos. Asimismo, utilizamos el procedimiento de Macomb para recolocar el ala nasal en su lugar normal mediante disección rotatoria por su cara anterior. En el caso de labio hendido bilateral, esperamos de 3 a 6 meses para cerrar el labio en dos tiempos. Asimismo, cada retoque que sea necesario se hará cada tres meses.

Para repasar las estructuras palatinas hendidas, procedemos a intervenir a partir de los 18 meses de edad con los siguientes objetivos:

- 1.- Evitar alterar el crecimiento normal de la cara.
- 2.- Separar la cavidad nasal y la oral.
- 3.- Adecuado cierre muscular para evitar insuficiencia velofaríngea con elongación intrínseca.

En nuestra clínica efectuamos el cierre simultáneo del paladar duro y blando y con colgajo vomeriano en un solo tiempo, mediante la técnica de retroposición palatina descrita por Veau y modificada por Wardill y Kilner conocida como Push-Back.

Esta intervención se lleva a cabo mediante anestesia general inhalatoria e intubación orotraqueal y con ayuda del abre bocas de Dingman especialmente diseñado para estos casos.

Teñimos inicialmente las incisiones e infiltramos con xilocaína con epinefrina para disminuir el sangrado.

Se levantan los colgajos en el plano mucoperiosteico en toda su extensión hasta identificar las arterias palatinas que se diseccionan y liberan del orificio palatino posterior, diseccionándose también el colgajo vomeriano para formar el piso nasal.

Posteriormente se repara por planos con suturas absorbibles de larga duración (vicryl) y con puntos separados. Durante toda la cirugía se verifica la hemostasia cuidadosamente y en caso necesario se administra paquete globular.

En los casos en los cuales, a pesar de haberse efectuado una reparación cuidadosa, quedan alteraciones en la dinámica muscular palatina con alteraciones en el lenguaje caracterizados por escape nasal, signo patognomónico de insuficiencia velofaríngea, procederemos a efectuar tratamiento quirúrgico mediante faringoplastía de Sanvenero Roselli o con colgajo retrofaríngeo, previa valoración rinofaringoendoscópica, para determinar el tipo de cierre del esfínter velofaríngeo y hacer el diagnóstico diferencial entre el paladar blando corto, faringomegalia, parálisis palatina o yatrogenia.

# MATERIAL Y MÉTODOS

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se revisaron los expedientes clínicos, de los pacientes que egresaron del Hospital Infantil del Estado de Sonora con diagnóstico de labio y paladar hendido en el periodo comprendido entre 1978 a 1995. •

En cada uno de los casos se investigaron los siguientes casos : sexo, procedencia, edad de la madre, antecedentes perinatales, antecedentes familiares de LPH, técnicas de alimentación en el periodo neonatal, Criterios utilizados para la realización del manejo quirúrgico en cuanto a edad y técnica utilizada, así como las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes encontradas. Se investigó además el tipo de enfermedades más frecuentes por las que acudían los pacientes a la consulta externa, favorecidas por el defecto anatómico congénito.

Se excluyeron del trabajo los expedientes con diagnóstico de síndrome dismórfico no asociado con labio paladar hendido, ya que en un gran número se encontró con el diagnóstico principal con que fueron archivados fué con síndrome dismórfico englobando en su mayoría labio y paladar hendido.

Se excluyeron del estudio dos pacientes con fisura palatina secundaria a la utilización de sonda orogastrica en forma prolongada.

## **COMENTARIOS.**

Después de revisar los expedientes clínicos, es conveniente insistir en la adecuada descripción del expediente clínico, describir en forma adecuada el tipo de defecto, en caso de paladar si es completo o incompleto, en caso de labio del lado que es defecto, así como de una adecuada descripción de la técnica y su nombre correspondiente, ya que de acuerdo a esto se puede concluir la asociación con complicaciones.

Es importante insistir una vez más que el paciente no debe verse como una entidad aislada, si no que requiere el apoyo multidisciplinario para la resolución de su problema en lo mejor posible. Es importante el manejo quirúrgico a la edad adecuada, derivarlo oportunamente al servicio de estomatología para colocación de placa obturadora, esto con el fin de iniciar con una adecuada alimentación y por lo tanto evitar desnutrición que es una de las patologías mayormente encontradas en este tipo de pacientes. Es importante recalcar que el apoyo psicosocial tanto para el niño como el familiar es básico ya que es importante integrarlo a la sociedad en forma progresiva y que presenta el niño para adecuado apoyo y detección de problemas a este nivel.

El control subsecuente frecuente por medio del servicio de pediatría para tratar y resolver las patologías mayormente encontradas y asociadas con esta alteración.

Es conveniente el apoyo genético a los padres y al paciente para poder conocer riesgo de una malformación similar en productos subsecuentes.

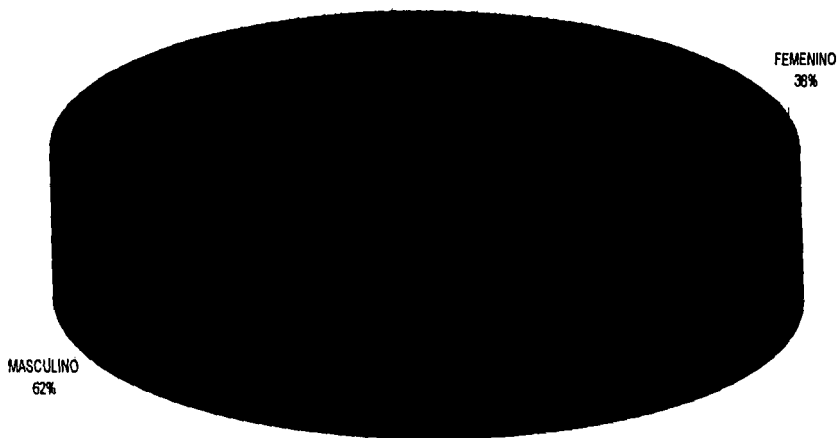
**Finalmente cabe mencionar que el hecho de que presente una malformación en la porción inicial del tubo digestivo no contraindica la alimentación al seno materno ya que existen técnicas comprobando su eficacia y con esto brindarle los beneficios de la leche humana.**



# ANTECEDENTES

# LABIO Y PALADAR HENDIDO

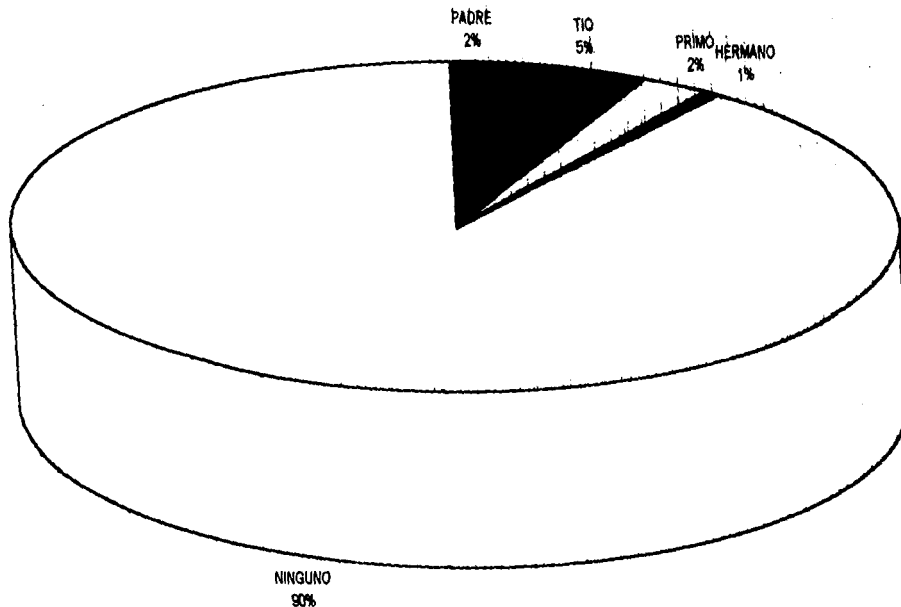
## SEXO



Muestra el predominio del sexo masculino, en relación 1:1.6 que concuerda con la literatura, siendo en promedio 1:2

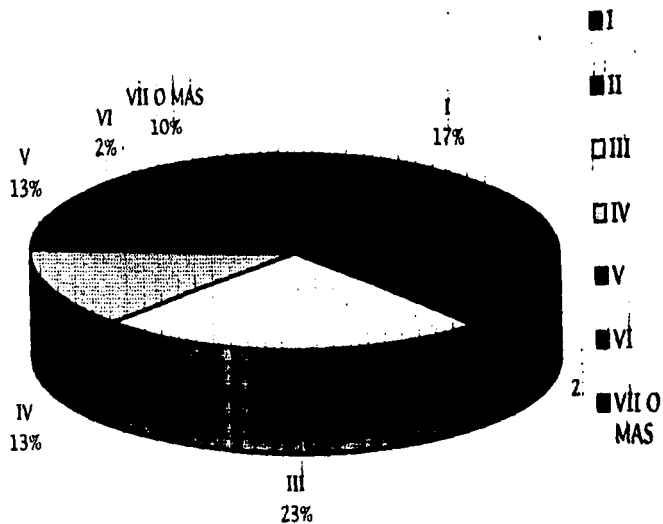
# LABIO Y PALADAR HENDIDO

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE LABIO PALADAR HENDIDO

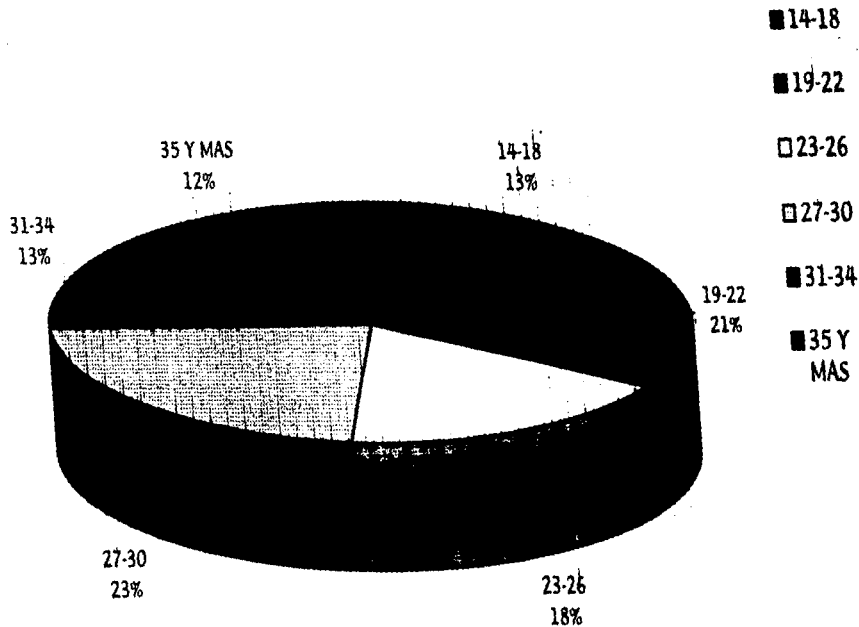


Predominaron los familiares de segundo orden.  
Se encontraron antecedentes de LPH  
solo en el 10% del total de los pacientes.

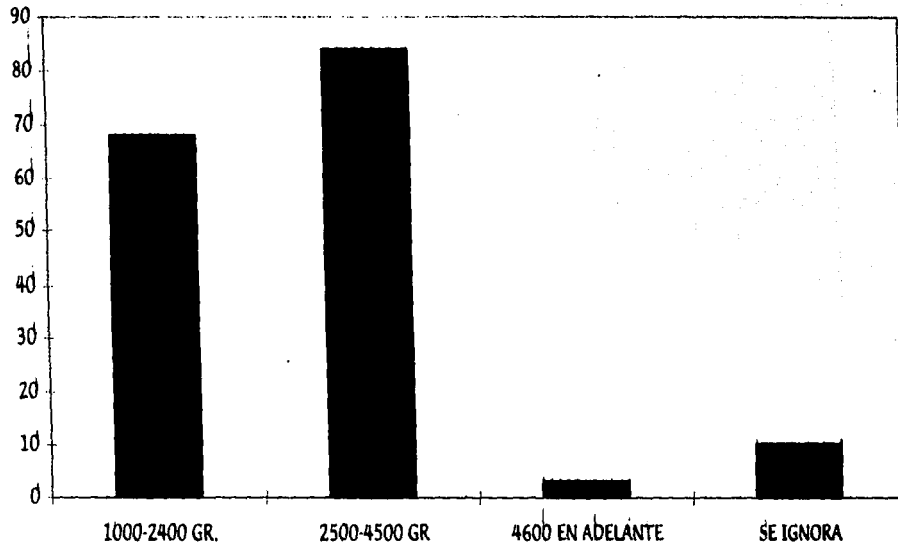
# LABIO Y PALADAR HENDIDO GESTA



# LABIO Y PALADAR HENDIDO EDAD DE LA MADRE

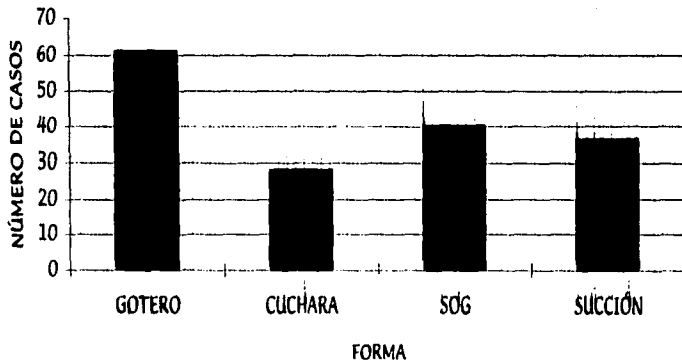


# LABIO Y PALADAR HENDIDO PESO AL NACER

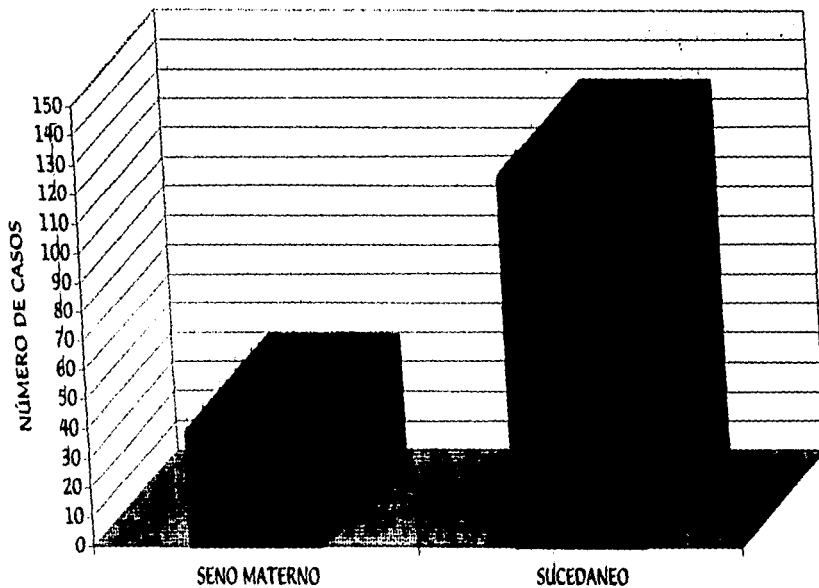


# LABIO Y PALADAR HENDIDO

## FORMA DE ALIMENTACIÓN ETAPA NEONATAL

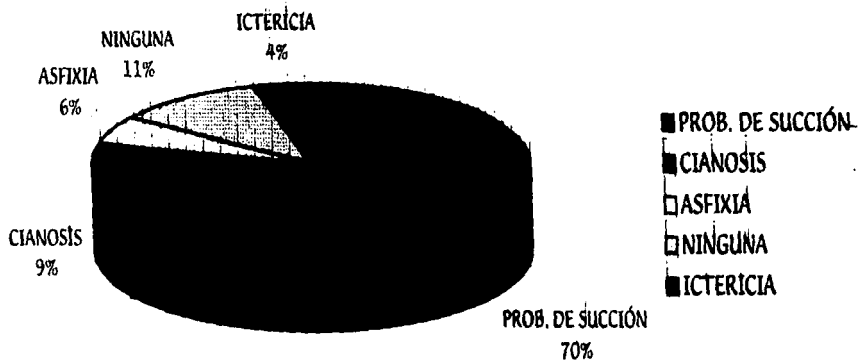


# LABIO Y PALADAR HENDIDO ALIMENTACIÓN EN PERIODO NEONATAL



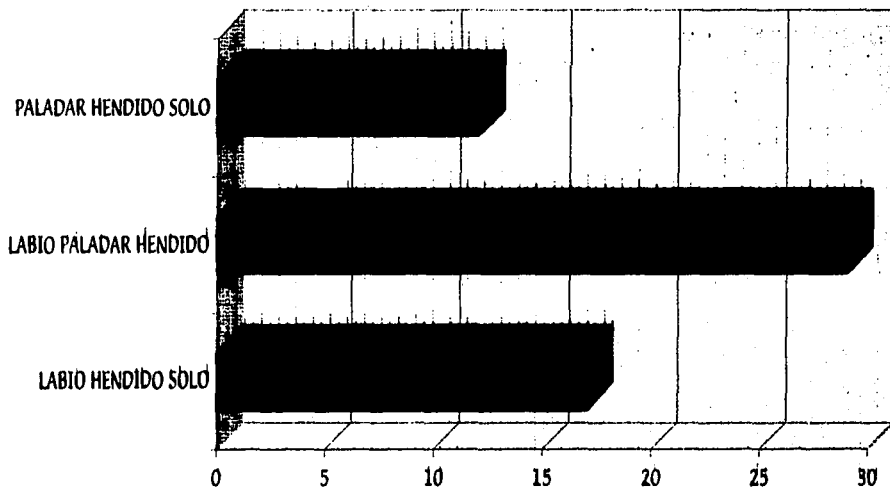


# LABIO Y PALADAR HENDIDO COMPLICACIONES PERINATALES

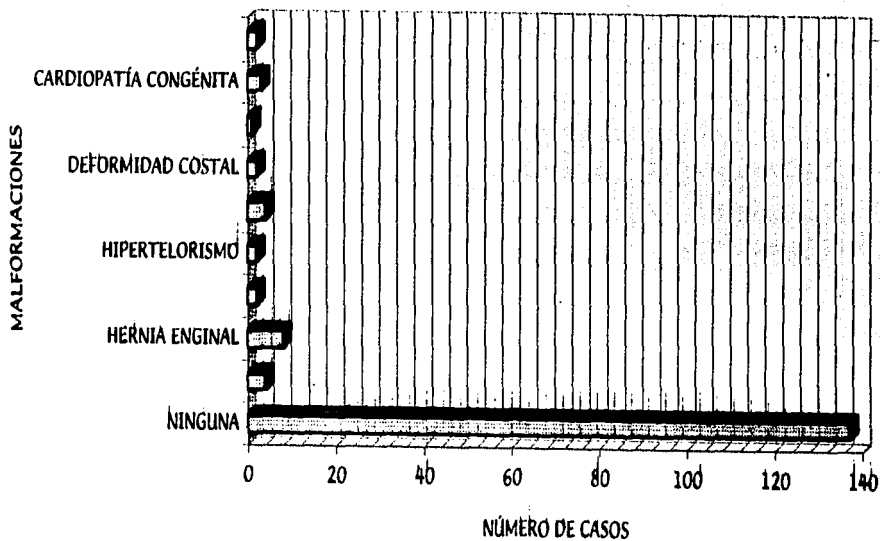


# LABIO Y PALADAR HENDIDO

## PREDOMINIO DEL DEFECTO (1990-1995)

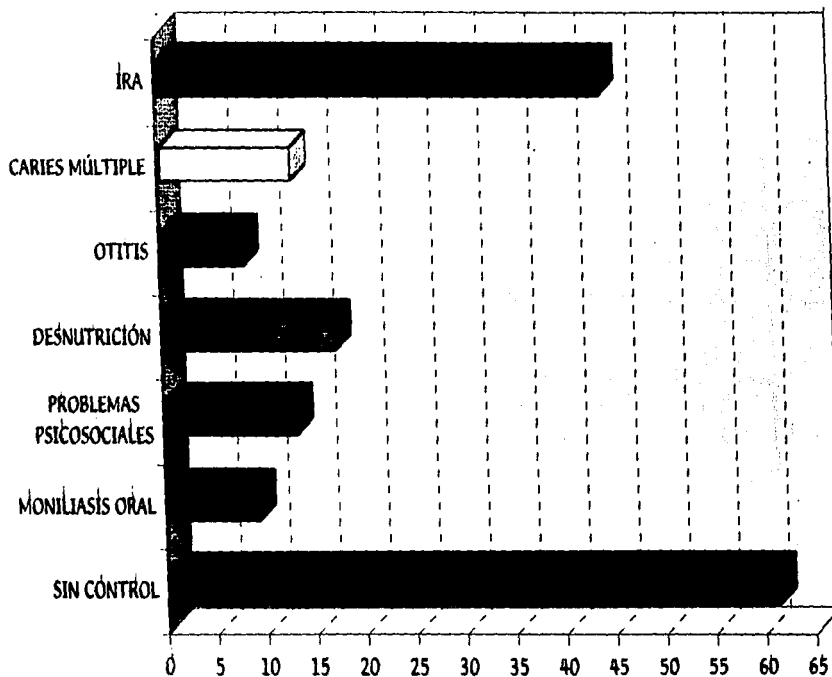


## LABIO Y PALADAR HENDIDO MÁLFORMACIONES ASOCIADAS



## LABIO Y PALADAR HENDIDO

### FRECUENCIA DE ENFERMEDADES EN CONSULTAS SUBSECUENTES

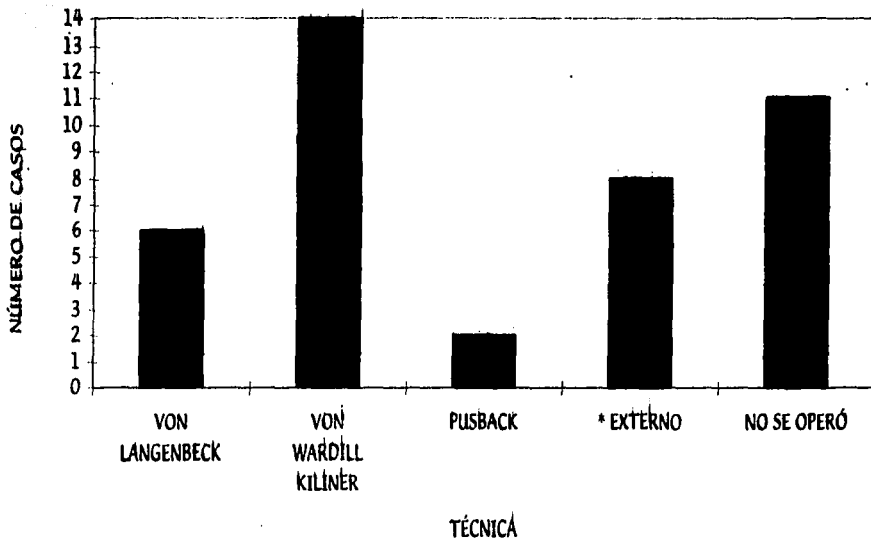


Muestra las patologías más frecuentemente encontradas en la consulta subsiguiente, ya sea de control, urgencias o como motivo de hospitalización favorecidas por el defecto anatómico del tubo digestivo.

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

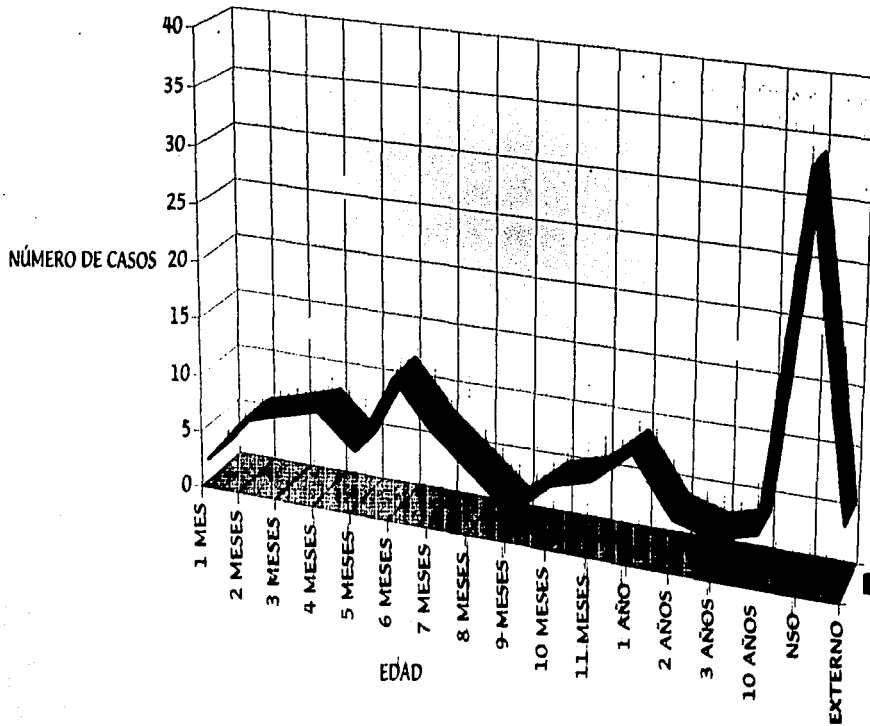
# LABIO Y PALADAR HENDIDO

## TÉCNICA DE PALATOPLASTIA (1990-1995)

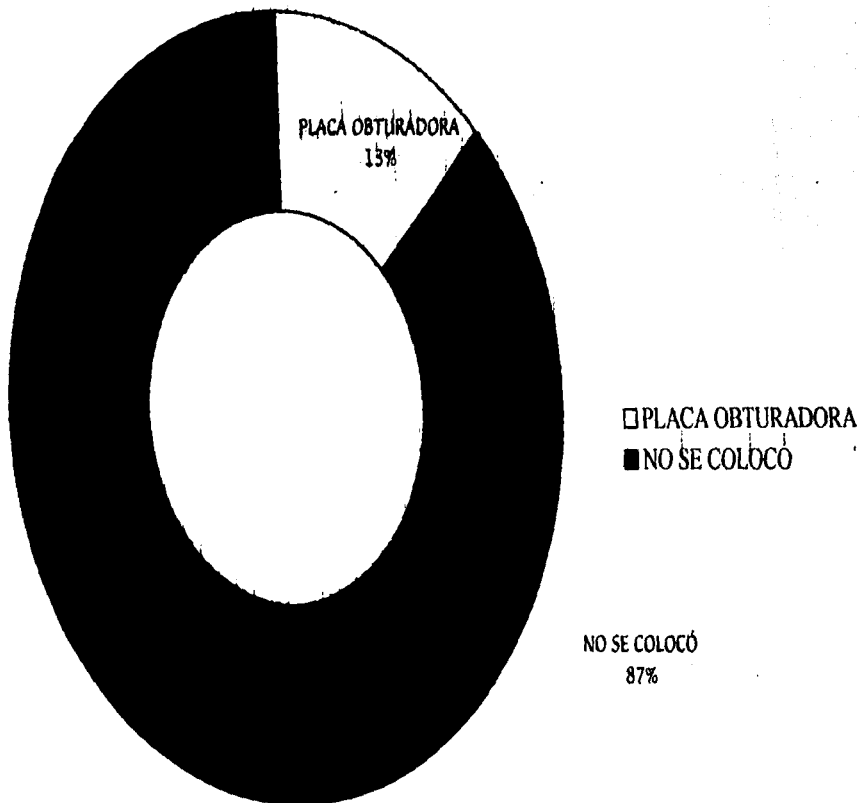


\* Pacientes operados en otros hospitales desconociéndose la técnica quirúrgica.

# LABIO Y PALADAR HENDIDO EDAD DE LA QUEILOPLASTIA

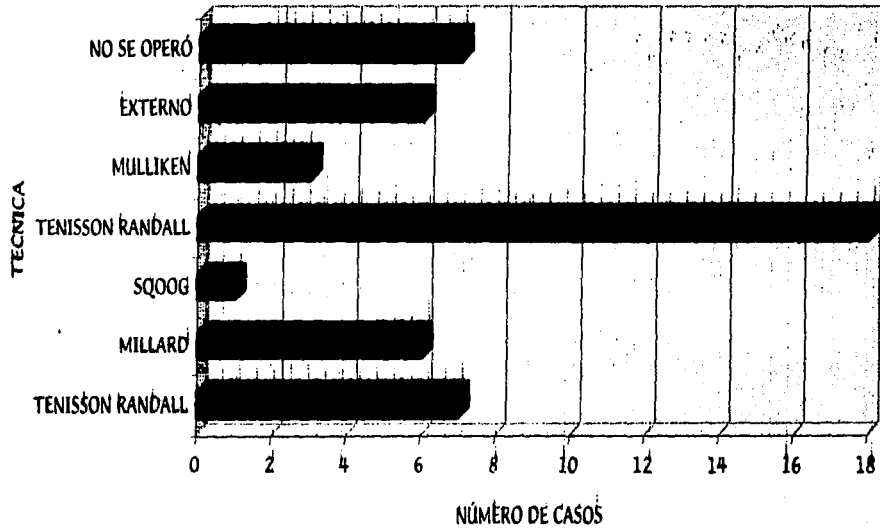


# LABIO Y PALADAR HENDIDO SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA





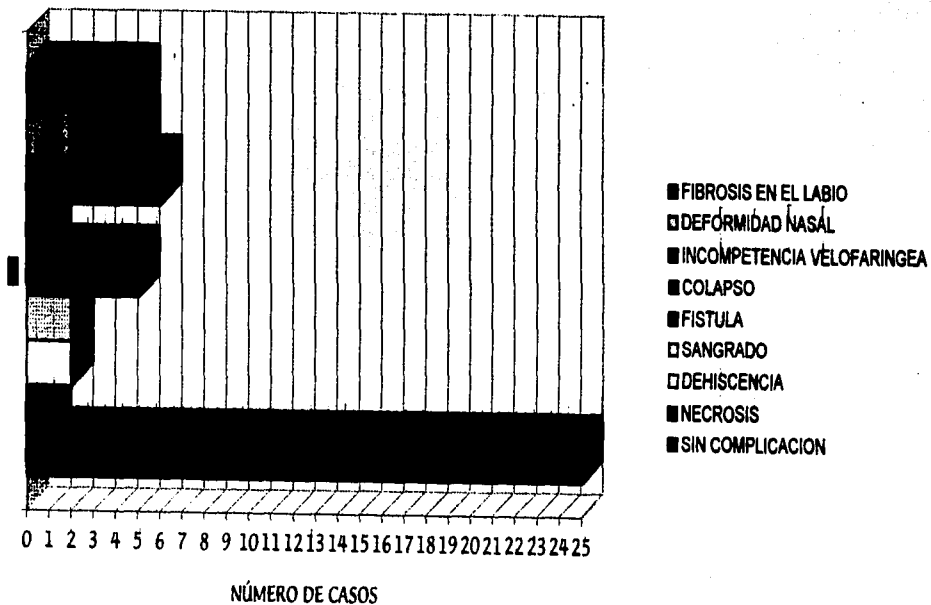
# LABIO Y PALADAR HENDIDO QUEILOPLASTÍA (1990 -1995)



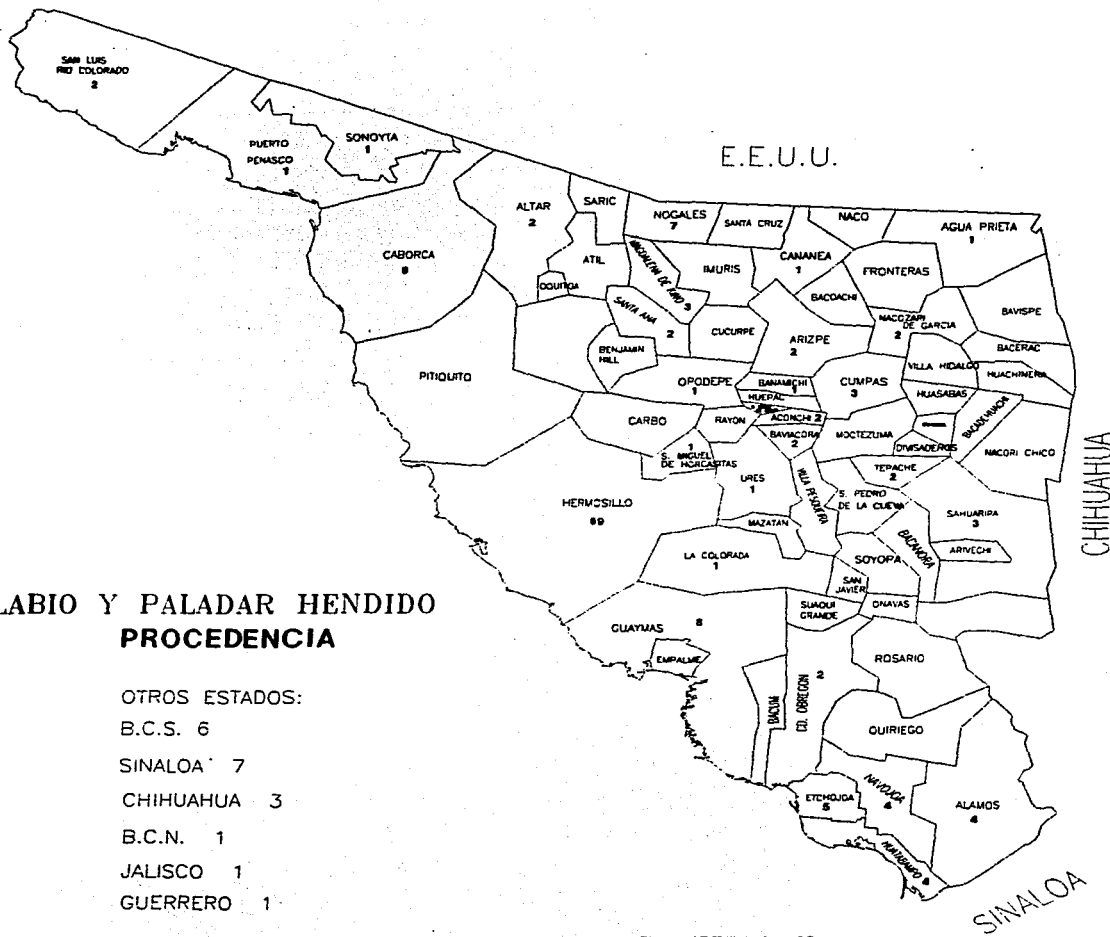
Los años que anteceden a 1990 se desconoce la técnica quirúrgica en la mayoría de los casos; ya que el servicio de cirugía reconstructiva inició sus operaciones a partir de 1990.

# LABIO Y PALADAR HENDIDO

## COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS



# ESTADO DE SONORA



## LABIO Y PALADAR HENDIDO PROCEDENCIA

OTROS ESTADOS:

B.C.S. 6

SINALOA 7

CHIHUAHUA 3

B.C.N. 1

JALISCO 1

GUERRERO 1

FUENTE: ARCHIVO CLINICO  
Y BIOESTADISTICA H.I.E.S.

# RESULTADOS

**Los resultados encontrados en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, son los siguientes:**

**Predominó en un 62% el sexo masculino sobre el femenino, siendo la relación 1:1.6 (Pag.39)**

**En cuanto a antecedentes familiares de LPH, encontramos que predominaron los de segundo orden específicamente tíos; correspondiendo el 5% del total de pacientes contra el 3 que dan la suma de padrs y hermanos. (Pag.40)**

**En cuanto a la gesta y la edad de la madre, encontramos que la mayor frecuencia fué en productos de la GIII con un 23%; en cuanto a la edad de la madre no fueron significativos los resultados, predominando en un rango de 27-30 años con un 23% (Pag.39-40)**

**El peso al nacimiento no vió afectado, ya que la mayoría de los casos fueron RN con peso normal (Pag.41).**

**En cuanto alimentación, se encontró que a principios de la historia del Hospital, la técnica de alimentación fué con gotero; esto debido a que el defecto anatómico provoca problemas de succión y la mayoría de los casos se utilizó un sucedáneo de la leche. Pag.42-43).**

**Los problemas perinatales referidos son en su mayoría problemas para la succión, encontrándose en un 70% de los casos, éstos secundario al problema congénico, no encontramos que este tipo de alteración se asociará con asfisia perinatal, dificultad respiratoria o cianosis de forma significativa (Pag.4)**

**Predominó el labio y paladar hendido, asociado contra el defecto único, encontrándolo en 30 de los 56 casos. (Pag.45).**

**En la mayoría de los casos se encontró como malformación única y cuando se asoció con algún otro tipo de malformación, los resultados significativos, y no se encontró predominancia de uno sobre el otro. (Pag.46)**

**El estudio realizado en el control subsecuente, encontramos que la patología por la que mayormente requirieron consulta fué por enfermedades respiratorias y por desnutrición; ésto compatible con la Literatura ya que son patologías favorecidas por afectar la mayoría de los casos vías respiratorias y problemas en la alimentación. (Pag. 47)**

**En cuanto al manejo quirúrgico la técnica que mayormente se utilizó para paladar, fué la técnica de Wardill Killner en 14 de 56 casos; en 8 pacientes se ignoró el tipo de técnica utilizada ya que fueron operados en otras Instituciones y otro grupo aún no se opera por no completar los criterios requeridos de edad, peso, etc. (Pag.49). En cuanto a la edad no se pudo elaborar un resultado, ya que en su gran mayoría se corregía el problema de labio y ya no acudía el paciente a control.**

**En cuanto al defecto de labio, la edad a la que más se operó fué a los 6 meses con un total de 11 casos, siendo el rango encontrado de un mes hasta 10 años.**

**Esta gran diferencia fué que el tiempo en que el paciente acudía a control era diverso, debido a su procedencia por encontrarse en algunos casos en lugares apartados de difícil acceso.**

**Hay una variante marcada con NSO, que son pacientes que se les dió atención perinatal en el Hospital, no acudiendo a control o manejandose su problema quirúrgico en otro hospital. (Pag.50)**

**La técnica quirúrgica mayormente utilizada para labio fué la Tenisson Randall en 23 de 56 pacientes; estos resultados son a partir de 1990, año en que entró en funcionamiento el**

**Servicio de Cirugía Reconstructiva siendo manejado anteriormente por los Servicios de Cirugía Pediátrica y Maxilofacial, no describiendo el nombre ni la técnica por la cual fué posible documentar los datos desde la fundación del Hospital. Se estudiaron hasta 1995. (Pag.52).**

**En la mayoría no se refieren complicaciones entre las encontradas; en primer lugar encontramos la incompetencia velofaríngea y la fístula en proporciones casi iguales, sangrado, dehiscencia y necrosis.**

**La participación del Servicio de Estomatología fué en el 13% del total de pacientes con paladar hendido, requiriendo sus servicios para la colocación de placa obturadora e inicio de alimentación por succión; esto en el Servicio de Neonatología.**

**En cuanto a la procedencia de los pacientes, la mayoría fueron del Municipio de Hermosillo con 69 pacientes; en segundo lugar Guaymas, con 8 pacientes. Por tratarse de un Hospital de concentración hay documentación de pacientes de otros hospitales, siendo la mayoría de éstos atendidos en los primeros 10 años de inicio de actividades del Hospital.**

# BIBLIOGRAFIA



## **BIBLIOGRAFIA**

- 1) - Nelson Rde. Berhaman, Tratado de Pediatría 12ª De. Interamericana , 1991.
- 2) - Donald R. Nunn, MD. DDS ; The Effect of very early cleft palate closure on the need for ventilation tubes in the first years of life Rev. Laringoscope, 1995 ; 905-908.
- 3) - Kaare Christensen, M.D. ; PH.D ; Marianne M. Schmidh. M. So ; Michael Veth PH. D ;  
And John Olsen, MD ; PHD. The new englands journal of medicine 1995, ; 161-164.
- 4) - M.L. guión-Almeida A. Bichieri-Costa. D. Saavedra, M.M. Cohen Jr. Frontonasal  
Dysplasia : Analysis of 21 cases and literature review int. J. Oral Maxilofre, Surg., 1996 ;  
1996 : 91-97.
- 5) - Mc. Carthy Plastic Surgery ; Vol. 4 Cleft lip and palate and creneofascial anomalies, De.  
W.B. Saunders Staff 1990.
- 6) - Collado O.F. y Jovek, P. Correlación embrioclinica de las malformaciones creneofasciales,  
Bol. Med. Hosp. Inf. ; 26 (2) ; 191, 1979.

7) - Toledo, R.J.R. ; Guzman, MR ; Straffon O.A. y Gaytan, B.S ; Manejo multidisciplinario de labio y paladar hendido, Rev. Mex. De Pediatría ; 26 (3) 28-39, 1979.

8) - Gomelle Cunningham Neonatología 1ª De. , Interamericana, 1992.

9) - Berkeley, A.J. The cleft-lip nose plast reconstr. Surg., 23, 567, 1959.