



INSTITUTO NACIONAL DE LA
COMUNICACION HUMANA

258
Ene 4/ 1998

DR. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA

“ HALLAZGOS NASOFARINGOSCOPICOS
POSTQUIRURGICOS EN PACIENTES CON
LABIO Y PALAR HENDIDO ”

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
MEDICINA DE LA COMUNICACION HUMANA
AUDIOLOGIA Y FONIATRIA.
P R E S E N T A :
MONICA LILIANA MORENO YAÑEZ

MEXICO, D. F.

265856

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

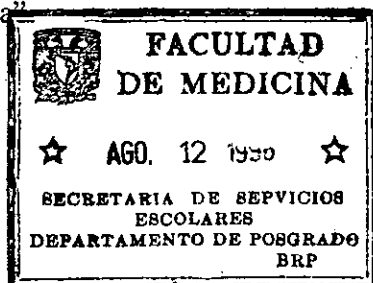
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA

"Dr. Andres Bustamante Gurría"



**"HALLAZGOS NASOFARINGOSCOPICOS EN PACIENTES CON LABIO
Y PALADAR HENDIDO UNILATERAL O BILATERAL POSTERIOR A
TRATAMIENTO QUIRURGICO"**

Asesor de tesis

Dra. Yolanda Aguilar Zuhiga
Especialista en Comunicación Humana, Audiología y Foniatría

Titular de Investigación Básica
C. Emilio Arch Tirado

Jefe del Departamento de Enseñanza
Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco

Vo. Bo.
Dr. Eduardo Montes de Oca Fernández
Subdirector Médico de Enseñanza e Investigación



México, D. F. a 28 de noviembre de 1955

S. S. A.
INSTITUTO NACIONAL DE LA
COMUNICACION HUMANA
"DR. ANDRES BUSTAMANTE GURRIA"
JEFATURA DE ENSEÑANZA

A DIOS:

Porque sin él nada es posible.

A MI MADRE:

Gracias por tu apoyo, por estar a mi lado, sin ti no sería lo que soy.

A MI HERMANA NORA:

por quererme y estar conmigo siempre.

A MI FAMILIA :

A todos ustedes gracias por creer en mí.

JUAN ANTONIO:

A tí por apoyarme y hacer este sueño posible.

A MIS AMIGAS:

Celia, Lula, Beatríz se que no podremos vivir sin recordarnos.

A MIS PROFESORES Y AMIGOS:

No puedo nombrarlos por que de cada uno de ustedes he aprendido.

A SILVIA Y VICTOR:

por ayudarme.

A LETY:

por aguantarme , gracias.

A MIS COMPANEROS QUE SE QUEDAN :

Saben que el camino es duro pero yo creo en ustedes sé que saldrán adelante.

INDICE

INTRODUCCION

ANTECEDENTES.....	2
EPIDEMIOLOGIA.....	4
CLASIFICACION.....	5
EMBRIOLOGIA , ANATOMIA Y FISIOLOGIA.....	7
METODOLOGIA.....	21
RESULTADOS.....	28
RESUMEN.....	33
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35

INTRODUCCION.

Un porcentaje importante de los transtornos de Comunicación Humana lo conforman la patología de Labio y paladar hendido, ocupando el 2do lugar en presentación de la patología global de habla y voz.

Siendo importante para el diagnóstico y pronóstico la valoración del funcionamiento del esfínter velofaríngeo

La finalidad de este estudio es determinar la frecuencia, patrón de cierre, prevalencia e incidencia , edad , sexo, tipo de hipoacusia , síndromes que acompañan al labio y paladar hendido unilateral o bilateral, corregido quirúrgicamente en el servicio de foniatría del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, en un periodo de tiempo comprendido de doce meses.

ANTECEDENTES

Es un padecimiento tan antiguo, como la misma aparición del hombre sobre la tierra, se han descrito ídolos y cráneos precolombinos, en los cuales ya se observan las características de esta malformación.

Smith y Dawson fueron los primeros investigadores en mencionar en su trabajo titulado MOMIAS EGIPCIAS, la primera referencia del Labio Hendido. (1)

Así como Galeno lo dio a conocer con el nombre de LAGOCHÉIDOS (labio de liebre o labio leporino) por su similitud en apariencia física con estos roedores. (1,2).

Le Monler asienta por escrito el primer tratamiento quirúrgico en 1760, más tarde Roux y Stevens 1819 describen otro método, pero juntamente con Van Graefe 1824 desarrollan el procedimiento de estilorráfia o tratamiento quirúrgico de esta malformación. (3).

Passavant en 1862 es uno de los primeros en introducir procedimientos con el único propósito de mejorar la dicción, desde entonces se da más importancia a la fijación del paladar que a su reparación anatómica.

En México en los años 40s , en el Hospital Infantil de México se inicia el tratamiento de estos padecimientos con un equipo multidisciplinario, (4).

En 1960 se forma en el Hospital General otra clínica multidisciplinaria en la resolución de estos problemas, así como en 1972 en el Instituto Mexicano de Asistencia a la niñez y en diferentes ciudades se forman otras clínicas multidisciplinarias.

En nuestro medio se encontraron 13 tesis de las cuales 10 corresponden al aspecto médico tales como : tratamiento quirúrgico, innovaciones en el aspecto de cirugía, en las otras 3 tesis se encuentran aspectos relacionados con la rehabilitación del paciente con Labio y paladar hendido, de las cuales se puede decir que ambas mencionan el aspecto Psicológico de la familia y del paciente , así como su participación activa en la terapia rehabilitatoria, dificultad de expresión, reconocimiento de problemas de aprendizaje secundarios, problema de habla, y que éstos

padecimientos pueden cursar con problemas de audición, daño cerebral y problemas perceptuales visuales(mala memoria, auditiva, táctil y visual. (9,22)

De esta manera sólo se mencionan los problemas agregados , no su incidencia ni hallazgos postquirúrgicos en la Nasofaringoscopia.

ETIOLOGIA

El Labio y Paladar Hendido se incluyen dentro de las malformaciones congénitas de etiología MULTIFACTORIAL.

Se consideran como defectos estructurales al nacimiento Así como también se ha observado factores de Herencia , infecciosos (siendo de estos la sífilis la más frecuentemente observada, así como infecciones virales durante los primeros tres meses del embarazo), Desnutrición materna.

De las malformaciones congénitas que afectan al ser humano, la fisura labiopalatina es la más común ya que se presenta en cualquier nivel socioeconómico, educacional y que causa gran repercusión psicológica en el individuo (4,5).

Puede ser Unilateral o Bilateral, se observa más comunmente en el lado izquierdo 70%.

Es más común en el hombre.

En el 60 % de los niños con fisura palatina se asocia otra malformación congénita.

La frecuencia en Caucásicos es de 1:1000, en negros 0.24:1000, en Japón de 2.13: 1000 y en México de 1:930.5 (4,5).

CLASIFICACION

Se han descrito varias, pero ninguna ha sido aceptada universalmente, debido a las diferencias del lenguaje , inexactitud , omisión y por ser complicadas.

En 1931 Veau clasifico los grados de deformidad por una simple numeración (2,3).

GRUPO I: HENDIDURA DE PALADAR BLANDO.

GRUPO II: HENDIDURA DE PALADAR BLANDO Y DURO.

GRUPO III: FISURA O HENDIDURA COMPLETA UNILATERAL DEL ALVEOLO .

PALADAR DURO Y BLANDO.(3).

En 1958 Kernahan y Stark realizaron una nueva clasificación con base embriológica en relación al foramen incisivo, ampliamente usada y muy aceptada por ser completa.

- 1.- Hendidura Unilateral Incompleta del Paladar Primario.
- 2.- Hendidura Unilateral Completa del paladar Primario.
- 3- Hendidura bilateral incompleta del Paladar Primario.
- 4.- Hendidura unilateral Incompleta del Paladar Secundario.
- 5.- Hendidura unilateral completa del paladar secundario.
- 6.- Hendidura unilateral completa del paladar secundario.
- 7.- Hendidura bilateral incompleta del paladar secundario.

8.- Hendidura bilateral completa del paladar secundario.

9.-Hendidura unilateral incompleta del paladar primario y secundario.

10.-Hendidura bilateral incompleta del paladar primario y secundario.

11.- Hendidura unilateral incompleta del paladar primario y secundario.

12.- Hendidura bilateral incompleta del paladar primario y secundario.

Entre otras clasificaciones: La oficial de la Confederación internacional de Cirujanos Plásticos, la propuesta por Villar Sancho , etc. (6,7).

EMBRIOLOGIA,ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LABIO Y PALADAR.

EMBRIOLOGIA: Durante el primer mes posterior a la concepción , se desarrollará una multiplicación y diferenciación de células que forman varias capas idénticas, en el segundo mes se darán cambios significativos en la masa celular

identificados como el estado inicial de formación de la superficie del embrión (7,8).

A finales del tercer mes la cara y boca incluyendo los labios y el paladar deben haber completado su proceso de desarrollo básico.

En el transcurso de la primera semana de desarrollo embrionario se colecta el líquido dentro del cuerpo de las células que se están dividiendo y multiplicando, forzando a las células hacia afuera creando una depresión central llamada Blasto. (7,8)

En este tiempo se van a diferenciar dos tipos de células, las más oscuras se conocen como células internas. Algunas de estas se rompen en la blástula y de nuevo por medio de una muy rápida multiplicación desarrollan una capa completa de tejido, esta capa interna y el espacio entre su cierre se llama intestino primitivo.

Mientras transcurre el periodo de desarrollo embrionario la masa celular que permanece interna, continúa creciendo hasta llegar a la formación de una placa llamada PLACA EMBRIONICA O DISCO EMBRIONARIO, de esta capa se desarrollan las tres capas primordiales de células que dan origen a todos los órganos y

estructuras del cuerpo y son : ECTODERMO, MESODERMO Y ENDODERMO.

Del tejido ECTODERMICO o capa más externa se desarrollan los recubrimientos de la boca, de las cavidades nasales, la epidermis, la faringe, el sistema nervioso central, el esmalte dental, los pelos las uñas. El tejido MESODERMICO o capa intermedia da origen a estructuras del tejido conectivo, como sangre, cartílago, músculo y hueso.

De la interna o ENDODERMO: se desarrollan tejidos como el recubrimiento de la laringe, el esófago, las estructuras respiratorias, el estómago, el intestino delgado y las estructuras del oído medio y la trompa de Eustaquio.

La capa embrionaria continua expandiendose a medida de que se va dando el desarrollo, se lleva también a cabo un agrupamiento y engrosamiento de la capa del ectodermo llamada ESTRIA PRIMITIVA que inicia su aparición a lo largo de la línea media de la superficie dorsal(4).

PROCESOS FACIALES Y LABIO SUPERIOR. En estadio inicial el centro de las estructuras faciales en desarrollo es una depresión ectodérmica poco profunda, llamada ESTOMOIDEO.

Cuando el embrión ha llegado a las cuatro semanas y media de edad el estomodeo está limitado por una serie de elevaciones redondeadas formadas por proliferación del mesénquima.

Los PROCESOS O APOFISIS MANDIBULARES se identifican caudalmente en relación con el estomodeo, los procesos MAXILARES hacia los lados y la PROMINENCIA FRONTAL, elevación algo redondeada aparecen en dirección craneal.

A los lados de la prominencia frontal inmediatamente por arriba del estomodeo, se advierte un engrosamiento localizado del ectodermo superficial la PLACODA NASAL. (4,6).

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido, los procesos NASOLATERAL Y NASOMEDIANO, que rodean a la placoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión, la llamada FOSA NASAL. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz y los nasomedianos originarán las porciones medias de nariz, labio superior y maxilar, todo el PALADAR PRIMARIO. Mientras tanto, los procesos maxilares se acercan

a los procesos nasomedianos y nasolaterales, pero están separados de los mismos por surcos definidos. (4)

En el curso de las dos semanas siguientes, el desarrollo de la cara adelanta mucho. Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección medial y comprimen los procesos nasomedianos empujándolos hacia la línea media. Posteriormente estos procesos se combinan o funden esto es: el surco que los separa se llena de mesodermo entre sí simultáneamente, lo hacen con los procesos maxilares hacia los lados. En consecuencia el LABIO SUPERIOR es formado por los dos procesos NASOMEDIANOS Y LOS DOS MAXILARES.

Además de participar en la formación del labio superior, los procesos maxilares se funden en un breve trecho con los procesos del arco mandibular. Ello origina la formación de los carrillos y rige el tamaño definitivo de la boca.

PALADAR PRIMARIO: El proceso NASOMEDIAL forma la porción media del labio superior, alrededor de la sexta semana, también crece hacia abajo y atrás para formar la porción supero-anterior del piso de la boca, esta incluye al borde alveolar, misma que da soporte a los cuatro incisivos además de que forma el PALADAR PRIMARIO o hueso intermaxilar o

premáxila que tiene una forma triangular y se situa sobre el piso de la boca.

En pocos dias el segmento intermaxilar se une con el paladar secundario. La falla o la ruptura en la fusión de cualquiera de estas estructuras puede dar por resultado una hendidura de labio, una hendidura del segmento intermaxilar o una hendidura del borde alveolar.

PALADAR SECUNDARIO. Este paladar tanto en su parte dura como en su parte blanda , será resultado de la completa separación de la cavidad oral y las cavidades nasales. El paladar duro esta hecho de dos hojas palatinas que crecen hacia la línea media, desde la porción inferior de los procesos maxilares este ser forma alrededor de la octava semana. Durante este período existe una distancia vertical muy corta entre la mandíbulas en desarrollo y la mitad de la cara. Como resultado del endurecimiento de la mandíbula , la lengua se mantiene en una posición elevada hacia la cavidad nasal; esto motiva que las hojas palatinas crezcan hacia abajo con una dirección vertical mientras la lengua esta situada entre ellos. Durante la novena semana se produce un rápido crecimiento tanto longitudinal como transversal del arco mandibular, con el consecuente incremento en el espacio vertical, la lengua cae hacia abajo apartándose de la cavidad

nasal y permitiendo a las hojas del paladar corregir su posición con una dirección horizontal para así comenzar a conectarse una con otra a lo largo de la línea media. A medida que crecen medialmente, se unen con el paladar primario que ha sido llevado hacia abajo encontrándose con ellos.

Detrás del paladar primario, las hojas palatales se encuentran y se unen en la línea media. Esta fusión se lleva a cabo en dirección anteroposterior. A medida que las hojas palatinas se unen una con otra, también se unen con el borde inferior del septum que ha crecido hacia abajo encontrándose con ellos

El tejido muscular que forma el VELO DEL PALADAR BLANDO, también se desarrolla de los procesos maxilares, esta porción del paladar secundario se extiende más allá del septum nasal ya que este ha completado su crecimiento posterior. (5,8).

A medida que las hojas palatinas se unen una con otra, las dos mitades del paladar blando también se unen en la línea media emergiendo juntas con una dirección anteroposterior.

La fusión palatal se completa alrededor de la décima segunda semana. De la misma manera que el proceso de fusión del labio

y el paladar primario, el proceso de fusión del paladar secundario puede ser alterado o detenerse durante su desarrollo, de tal manera que resulte en una condición de hendidura en el punto en el cual se llevó a cabo la interrupción.

La formación del paladar duro y el labio se completa en la octava semana de vida embrionaria y el paladar blando y la úvula se complementan en la semana número doce de vida embrionaria (4,6).

ANATOMIA DEL PALADAR.

MUSCULO ELEVADOR DEL VELO DEL PALADAR. Es un músculo par, forma una hamaca a través del paladar blando de convexidad antero-caudal. Desciende en dirección frontomedial a lo largo del borde posterior e inferior de la trompa de Eustaquio, se inserta en el tercio medio del paladar blando entre el velo, sus fibras se distribuyen y se dispersan entrelazándose con otros músculos palatales. La función del elevador es cerrar el velo para el habla .

Esta inervado por el plexo faríngeo que el inervación para todos los músculos del mecanismo velofaríngeo, excepto el tensor del velo y el músculo de la úvula inervados por el VII par craneal.

Se considera generalmente el elevador del velo como el músculo primario para el cierre velofaríngeo durante el habla . Así mismo, este músculo parece tener cierta importancia en la función de la trompa de Eustaquio la cual regula la presión de aire en el oído medio, aunque este efecto sobre el orificio de la trompa de Eustaquio es más indirecto que directo y está determinado por los puntos de dirección de sus fibras, así como de sus inserciones.4,5,8.

MUSCULO PALATOGLOSO: o glosostáfilino, va de la lengua al velo a través del pilar anterior del itsmo de las fauces.

Fisiológicamente jala hacia abajo el velo y lo mueve hacia adelante, baja el paladar para la nasalización y ayuda con la posición de la lengua.

Participa también en la elevación de la porción posterior de la lengua para la articulación de las vocales posteriores y las consonantes linguovelares.

Este es el músculo más anterior de los velares y tiene menos funciones para el habla que para la función de deglución.

MUSCULO PALATOFARINGEO: Se origina de una área amplia en el borde posterior del cartílago tiroideo y la aponeurosis lateral de las paredes de la laríngeo-faríngeo, sus fibras generalmente se orientan verticalmente desde estos puntos y corren hacia arriba y hacia adelante convergiendo en los extremos del velo donde se unen en la línea media.

Estos músculos pares forman las paredes posteriores de las fauces o pilar posterior son fácilmente observados en una inspección intraoral.

La inserción lateral hacia el paladar blando forma una cuerda de base inferior y posterior, este músculo tiene función antagónica al elevador.

El pasaje naso-faríngeo posee un mecanismo de cierre esfínterico durante el habla en el que intervienen diversos

músculos en conjunto incluyendo al elevador del velo, el músculo de la úvula y el músculo constrictor superior de la farínge.

MUSCULO TENSOR DEL VELO DEL PALADAR: Es plano en forma triangular que tiene su base a lo largo de la pared anterior del cartílago de la trompa de Eustaquio, la espina angular del esfenoides y la fosa escafoides. En la base de la placa medial parece formar un tendón que hace un ángulo recto permitiendo su extensión hacia el borde posterior del paladar duro, el tendón forma la aponeurosis velar.

Inervado por el V par craneal y se continua con el músculo tensor del tímpano, su función primaria abrir la trompa de Eustaquio.

Existen evidencias de que este músculo de hecho tensa y tiende a bajar la porción anterior del paladar blando en algunas funciones como el tragar, mientras que no en el habla.

MUSCULO DE LA UVULA. Impar localizado medialmente entre la espina nasal posterior y la úvula, se desarrolla tiempo después que los otros músculos ya adquirieron su forma y relaciones, agrega volumen al paladar blando, y al contraerse se suma a la eminencia del elevador durante el cierre.

En los pacientes con paladar hendido incluso con paladar hendido submucoso, donde existe una diástasis muscular del elevador a nivel de la línea media, frecuentemente existen hipoplásias o ausencias del músculo de la úvula que puede ser responsable de la insuficiencia velofaríngea, que se presenta en los pacientes que tienen un paladar aparentemente completo pero que tienen una deficiencia en el cierre a nivel muscular incluyendo la ausencia de este músculo.

CONSTRUCTOR SUPERIOR DE LA FARINGE: Constituye la mayor parte de la pared muscular lateral de la faringe superior.

Sus fibras generalmente forma una banda en forma de tubo abierto anteriormente, excepto por un segmento que frecuentemente se origina directamente del paladar blando y la porción más inferior del músculo que se origina en el lengua.

El constrictor superior de la faringe y sus fibras , parecen ser capaces de producir cierre verdaderamente esfíntericos en los dos niveles de origen del músculo.

La parte inferior del constrictor superior de la faringe se superpone con el constrictor faríngeo medio y este músculo después se superpone con el constrictor inferior de la faringe. estos tres músculos forman toda la pared muscular de la faringe..

La inserción general de estas fibras musculares hacia el rafe de la línea media puede limitar la posibilidad de movimiento hacia adelante de la pared faríngea posterior, sin embargo existe en forma inconsistente un verdadero esfínter faríngeo a este nivel y esto se observa mejor en aquellos sujetos en los cuales se forma el RODETE DE PASSAVANT. (4, 5,8) .

DEFINICIONES

INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA. Defecto estructural del velo o de la pared velofaríngea a nivel de la nasofarínge , no existe tejido suficiente para lograr el cierre o existe algún tipo

de interferencia mecánica para lograrlo. Estos problemas frecuentemente son congénitos .(8,9)

El paladar hendido submucoso conceptualizado como una hendidura media en la superficie dorsal del velo se incluye en esta categoría. (9,10).

INCOMPETENCIA VELOFARINGEA. etiologías neurogénicas que resultan en un transtorno del control motor o la programación motora inadecuada de la faringe .(11)

Los problemas de control motor alterado son transtornos motores primarios y están causados por un daño en las zonas corticales primarias o en las regiones subcorticales de los sistemas de proyección. (13)

Los problemas de programación motora alterada o de su planeación, en general son causados por transtornos corticales izquierdos que involucran la corteza de asociación motora y las zonas corticales secundarias.

La incompetencia velofaríngea frecuentemente transtorna el cierre velofaríngeo que sucede como protección o durante los actos reflejos de la deglución así como durante el habla. (9,12)

OBJETIVO GENERAL

Analizar y describir los hallazgos nasofaringoscópicos en pacientes con Labio y Paladar hendido en cualquiera de sus variedades posterior a tratamiento quirúrgico.

Determinar la frecuencia, incidencia, lado afectado, unilateral o bilateral, prevalencia, sexo, patrón de cierre más frecuente, tipo de hipoacusia y síndromes agregados.

ETAPAS DE LA INVESTIGACION

Se realizarán cinco etapas que se anexan a continuación en la metodología.

METODOLOGIA.

Se realizará un estudio transversal de tipo descriptivo. Se revisaron 4879 expedientes clínicos de pacientes del servicio de foniatría del Instituto nacional de la Comunicación Humana en un tiempo comprendido de 12 meses (Enero a Diciembre de 1994).

TECNICA PARA REALIZAR NASOFARINGOENDOSCOPIA

La valoración puede ser realizada por médico especialista. El Foniatra, el médico en comunicación humana, o el Otorrinolaringólogo (que cuente con capacitación específica en endoscopia de fibra óptica en vías aéreas superiores). El equipo mínimo es el nasofarínscopio con fuente de luz.

El paciente deberá emitir palabras aisladas que incluyan muestras de fonemas fricativos, explosivos, velares , tomando en cuenta la edad del pacientes así como su escolaridad y nivel sociocultural. (9,15).

La anestesia será tópica en la fosa nasal más permeable a la cual , puede adicionarse o no un vasoconstrictor.

Se efectuaran los siguientes estudios.

1.- FOSA NASAL : la cual se indicará a través de cual fosa nasal se efectuó el estudio, describiendo además la patología existente (desviaciones septales, disminución del calibre de la fosa, hipertrofia de cornetes, ect). Si se efectuó el estudio por ambas fosas nasales se deberá indicar la justificación de esta conducta.

2.- MEATO: se indicará a través de cual de los meatos se introdujo el nasofaringoscopio (superior, medio e inferior).

3.- ORIFICIO DE SALIDA DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO : Es muy importante describir si se encuentra permeable, si el músculo elevador del velo se introduce en él, o si existe cualquier otra anomalía describiendo ambos lados.

4.- OROFARINGE : Debe describirse el estado de las amígdalas y base de lengua e indicar si ésta participa o no en el cierre del esfínter velofaríngeo o bien en la producción de articulaciones compensatorias.

5.- ESFÍNTER VELOFARÍNCEO: se describirán cada pared por separado:

Pared faríngea posterior (PFP) adenoides (ausencia , hipertofía).

Velo del paladar (VP) :a) Músculo de la úvula (presencia, ausencia, hipoplasia).

b): Tejido cicatricial (presencia , localización).

c): Cirugía(s) previa (s) (colgajos o faringoplastías).

Paredes faríngeas laterales (PFL) Cirugía previa que las involucre.

PATRON DE CIERRE:

Coronal: mayor participación del velo.

Circular sin rodete: participación similar de PFL y VP:

Sagital: mayor participación de paredes faríngeas laterales.

Circular con rodete: participación de todas las estructuras ,
incluyendo PFP.

Descripción del movimiento tomando puntos fijos en reposo u
durante desplazamiento considerandoo el movimiento de casa
estructura por separado (VP, PFP y PFL):

a) Velo del paladar: la dirección del desplazamiento se
describe trazando una línea media imaginaria sobre el sitio
donde está o debería de estar el músculo de la úvula en
sentido antero-posterior.

b) Paredes faríngeas laterales: la dirección del desplazamiento se describe a través de la línea imaginaria trazada transversalmente al esfínter.

c) Pared faríngea posterior. Se tomará el velo del paladar en reposo como 100% de desplazamiento y la pared faríngea posterior como 0% para evaluar el movimiento de esta última, por lo tanto la PFP puede tener teóricamente hasta 100% de desplazamiento sin contacta con el VP únicamente a expensas del movimiento postero-anterior de la pared faríngea posterior.

Las muestras de habla utilizadas para el estudio deben incluir:

- fonemas fricativos.
- fonemas explosivos.
- fonemas velares.
- /s/ sostenida

Dichos fonemas deben presentarse en :

Formas aisladas

Sílabas.

Frases

Lenguaje espontáneo (Conectado).

6.- DESCRIPCION DE LA INSUFICIENCIA VELOFARINGEA.

a) Porcentaje del área del esfínter que queda sin cubrir.
b) Forma del defecto(de acuerdo el patrón de cierre: coronal, sagital, o circular):

c) Localización del defecto por cuadrantes tomando en cuenta las líneas trazadas para describir el desplazamiento (longitudinal y transversal) se considerarán cuatro cuadrantes : anterior derecho e izquierdo, y posterior derecho e izquierdo.

Describir si existe insuficiencia velofaríngea en todos los fonemas o es específica de uno solo, o bién si es mayor en uno que en otros.

Cirugía previa: se describirá si existe un colgajo o alguna faringosplastía considerando:

a) cuadrante (s) que ocupa.

b) Localización de los orificios quirúrgicos permeables.

c) grosor de los (los) colgajo (s) .

d) Simetría de los orificios.

f) Funcionalidad de la cirugía.

Larínge: se describirán los hallazgos en la laringe solo si existe patología a ese nivel. (9,16,17) .

RESULTADOS

Se revisaron 4879 expedientes de pacientes que fueron ingresados al servicio de foniatría del Instituto Nacional de la Comunicación Humana , en un periodo comprendido de 12 meses (Enero a Diciembre de 1994).Que presentaban alteración del Aparato fonoarticulador,de los cuales 78 pacientes fueron analizados.

De los 78 pacientes, 42 fueron del sexo masculino(53.84%) 36, del sexo femenino (46.18%) Ver fig 1. Las edades fluctuaron desde los 3 años a los 30 años de edad. Con una edad media en el sexo masculino de 4.8 (de 3 a 7 años de edad), edad media de 9.5 (de 8 a 12 años de edad), edad media de 15.7 (de 13 a 17 años), y una edad media de 24 (de 18 a 30 años). Para el sexo femenino una edad media de 5.2 (de 3 a 7 años de edad), una edad media de 9.6 (de 8 a 12 años) una edad media de 17 (de 13 a 18 años) y una media de 24.2 (19 a 30 años). (Ver figura 2).

Se observo que los pacientes que presentaron labio y paladar hendido unilateral izquierdo únicamente fueron 20 del sexo masculino (25.6%) predominando en este,y del sexo femenino 8 (10.3%).(Ver figura 3).

Así mismo los pacientes con labio y paladar hendido unilateral derecho fueron 5 del sexo masculino (6.4%) y 4 del sexo femenino (5.1%) (ver fig.3)

También 11 pacientes del sexo masculino (14.1%) presentaron labio y paladar hendido bilateral y 8 del sexo femenino (10.2%). (ver fig 3).

En cuanto a paladar hendido submucoso , fueron 6 pacientes sexo masculino (14.28%) y 16 pacientes del sexo femenino (20.5%). (ver figura 3).

Respecto al tipo de patrón de cierre de los 78 pacientes únicamente se les realizó a 49 pacientes (62.8%) . Se descartaron 29 pacientes (37.2%) debido a la mala cooperación del paciente por lo tanto únicamente se tomaron en cuenta a los 49 pacientes predominando el patrón de cierre circular, en 12 pacientes masculinos (24,5%) y en el sexo femenino fueron 17 (34.7%) ; continuando en frecuencia el patrón de cierre de tipo coronal en el sexo masculino fueron 9 pacientes (18.4%) y en el sexo femenino se presentó en 4 (8.2%), así , mismo se observó un patrón de cierre sagital igual en el sexo femenino 3 (6.1%) y en el sexo masculino 3 (6.1%) , y en menor frecuencia se observó el patrón de cierre circular con rodete en un paciente del sexo masculino (2%). (ver figura 4).

A los 78 pacientes estudiados se les realizo un estudio audiométrico completo para determinar el tipo de pérdida auditiva. En 5 pacientes del sexo masculino (6.4%) y en 11 pacientes del sexo femenino (14.1%) se determinó una hipoacúsia superficial conductiva (Ver figura 5).

En dos pacientes del sexo masculino (2.6%) se observó una pérdida media de tipo conductivo y en un paciente, sexo femenino (1.3%) se observó una hipoacúsia neurosensorial profunda (Ver figura 5).

Se reportó una audición normal en 35 pacientes del sexo masculino (44.8%) y en el sexo femenino 24 pacientes (30.8%). (ver figura 5).

De los 78 pacientes con Labio y paladar Hendido Unilateral Izquierdo, Unilateral Derecho, Bilateral y Paladar Submucoso todos presentaron insuficiencia velofaríngea secundaria de leve a moderada, correspondiendo 53.8% al sexo masculino y el 46.2 % al sexo femenino (ver figura 6).

Cabe agregar que de los 78 pacientes estudiados), 4 (5%) presentaron síndrome genético agregado, 2 correspondian al sexo masculino y 2 al sexo femenino (síndrome de Waanderburg y Pierre Robins).

Se realizo estudio nasofaringoscópico a 49 pacientes mediante la técnica habitual, no realizandose en 29 de los pacientes

por presentar algún tipo de problema como sería la falta de cooperación .

Cabe agregar por todo lo anterior, que de los 78 expedientes revisados que correspondieron a la patología de Labio y Paladar Hendido, Unilateral Derecho ,Labio y Paladar Hendido Unilateral Izquierdo,Labio y Paladar Hendido Bilateral, y Paladar Submucoso, 42 fueron pacientes del sexo masculino y 36 del sexo femenino. En los pacientes del sexo masculino se observo predominio de Labio y Paladar Hendido Unilateral Izquierdo, siendo en el sexo femenino el predominio de Paladar Hendido Submucoso.

En cuanto a Labio y Paladar Hendido Unilateral Derecho no hubo gran diferencia en cuanto al sexo; de los pacientes que fueron diagnosticados como Labio y Paladar Hendido Bilateral también predominó el sexo masculino. Todos los pacientes presentaron insuficiencia velofaríngea secundaria a la patología.

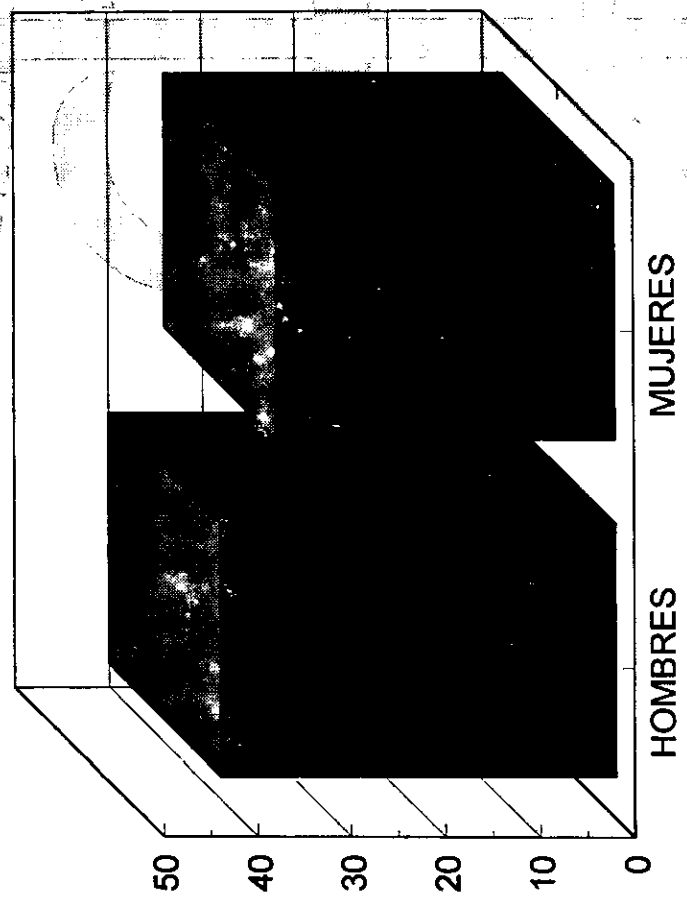
Lo anterior corrobora lo descrito en la literatura sobre la patología de Labio y Paladar Hendido.

En lo respecta al tipo de patrón de cierre predomino el patrón de cierre CIRCULAR siendo más frecuente para el sexo femenino, le siguió en frecuencia el patrón de cierre coronal que predominó en el sexo masculino; el patrón de cierre SAGITAL fue igual para el sexo masculino como para el sexo

femenino y únicamente el patrón de cierre de tipo CIRCULAR CON RODETE se presentó en un solo paciente que era del sexo masculino.

En lo que se refiere a los estudios audiológicos realizados en todos nuestros pacientes el 75.6% se reportaron con audición normal (59 tanto del sexo femenino como masculino), en el 23.1% se presento una hipoacusia superficial a media de tipo conductivo, predominando la pérdida auditiv en el sexo femenino y siendo solamente en un pacientes del sexo femenino (1.3%) que se presentó una pérdida neurosensorial profunda secundario a síndrome genético agregado síndrome de Waanderburg.

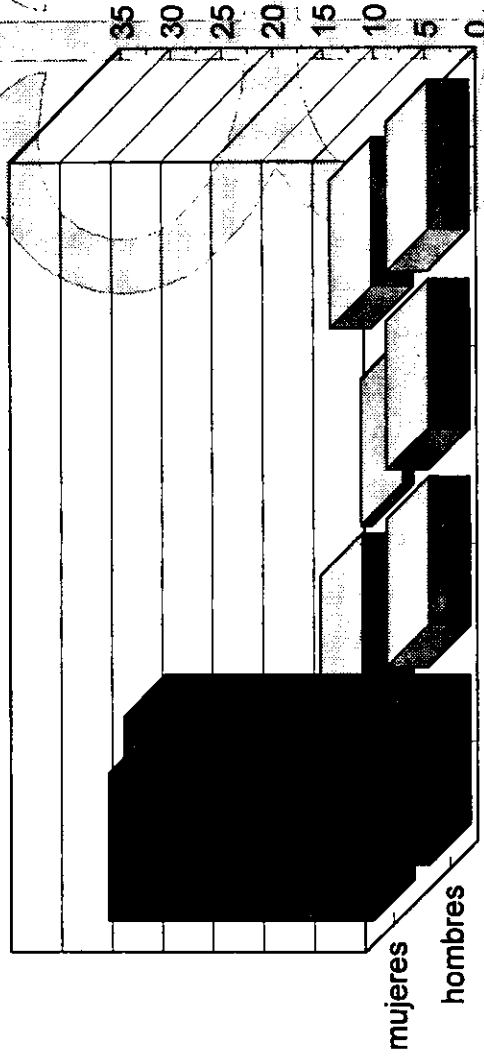
Distribución por sexo.



► ANEXO 1

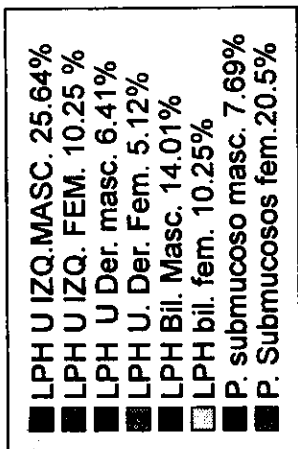
EDADES EN PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

ANEXO 2



■ 3-7 ■ 8 - 12 ■ 13 - 17 ■ 18 - 30

Pacientes con Labio y paladar hendido.



anexo 3

Patròn de cierre.

CIRC. CON ROD. M. 2.0%
SAGITAL M. 6.1%

CIRCULAR F. 34.7%



ONAL MASC. 18.4%

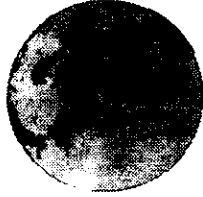
SAGITAL F. 6.1%

CORONAL F. 8.2%

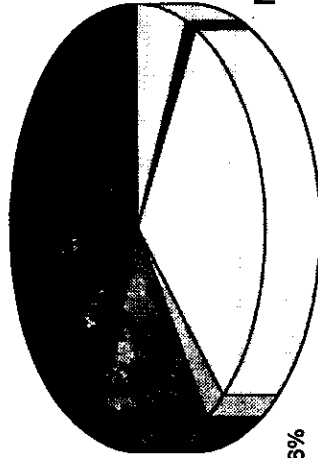
CIRCULAR M. 24.5%

TIPOS DE HIPOACUSIA

ANEXO 5



Aud. NI. masc. 44.9%



sup. cond fem. 14.1%

media con 2.6%

sup cond masc 6.4%

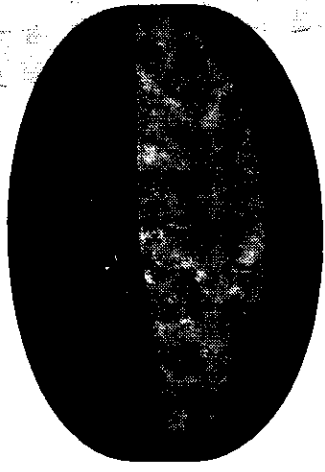
NS prof. fem. 1.3%

Aud ni. fem. 30.8%

Insuficiencia Velofaríngea secundaria.

► anexo 6

HOMBRES 53.8%



MUJERES 46.2%

RESUMEN

De los pacientes estudiados se observó una alta incidencia en el sexo masculino con Labio y Paladar Hendido Unilateral Izquierdo con un promedio de edad de los 3 a los 5 años , con un patrón de cierre circular , así mismo en el sexo femenino predominó el Paladar Submucoso, esto corrobora con lo descrito en la literatura, llegando a corroborar que este es un problema Congénito de etiología Multifactorial.

CONCLUSIONES

El estudio realizado en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana del servicio de Foniatría en pacientes con Labio y Paladar Hendido en todas sus variedades, se observo predominio de Labio y Paladar Hendido Unilateral Izquierdo en el sexo masculino siendo mayor la pérdida auditiva en el sexo femenino.

El paladar Hendido es un problema congénito , y es un factor negativo para el desarrollo del habla,teniendo en cuenta los problemas secundarios como es la Insuficiencia Velorafíngea secundaria , alteraciones auditivas y fallas en la articulación

Se observo que los pacientes que se intervienen quirúrgicamente en edades adecuadas y tempranas tienen un mejor pronóstico para la rehabilitación de su problema de habla , así mismo un buen control postquirúrgico evitará que los problemas auditivos se presenten en forma más severa, mejorando su problema de comunicación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Albarrán Hernández Laura
Tesis: factores que determinan el éxito o fracaso del trabajo
multidisciplinario en pacientes con fisura palatina pág 3.
- 2.- Reyes Durán Eudocia.
Tesis pág 1.
- 3- Vázquez López Clara
Tesis. La participación en casa de los padres de familia
influye en el proceso de habilitación del lenguaje
oral de niños con labio y paladar hendido .
pág 22
- 4.- Folleto informativo del IMSS (CMN " LA RAZA ")
Departamento de ORL
México Junio 1989
- 5.- Embriología clínica de Moore.
Interamericana 1989
- 6.- Dr Villagrana Enrique
Tratamiento integral de los pacientes con fisura
labiopalatina
pág 4-5
- 7.-Conceptos actuales sobre el paladar hendido submucoso
Manuel García Velasco
Bol Médico Hospital infantil de México
Vol 42 No 11 noviembre 1985
- 8.- Diagnóstico y tratamiento de los transtornos de
articulación en el niño con paladar hendido.
Antonio Ynsunza , Ma del Carmen Pamplona.
Hospital General Gea González 1992.
- 9.- Estandarización de técnicas y de reporte de la inspección
directa del esfínter velofaríngeo.
Dra Xochiquetzal Hernández L. Candy Sué Márquez .
An ORL Mexicana vol 39. No1994.
- 10.- Anales de Otorrinolaringología Mexicana
México Dic 1993.
- 11.- Anales de Otorrinolaringología Mexicana.
México Enero 1994

- 12.- Calnan J.S. Submucous cleft palate.
BR J: Plast Surg 1954
- 13.- Transtorno del habla
Jorge Peréllo
5ta Edición 1995
- 14.- Poswillo DE
Pathogenésis of the first and second bronchial arch syndrome
Oral Surg 1973;35
- 15.- Azzam N. Kwehn
The morphology of musculus uvulae
Cleft palate j. 1977:14:78-87
- 16.- Pigott R.W:
The nasoendoscopic appearance of the normal palato-pharyngeal valve.
Plast reconstr surg 1976:43:19-24
- 17.- Ynsunza A. Trigós
Fibronasoendoscopia y videofluoroscopia en el diagnóstico de la insuficiencia velofaríngea secundaria.
Revista Ibero-latino-américa de cirugía plástica.
1986:12:7-16.
- 18.- Pigott R.W.
The nasoendoscopy in the diagnosis of velopharyngeal incompetence
Plas reconstr Jurg 1976:4:141-147
- 19.- Sound spectra in cleft palate patients with a Sanavenero - Roselli and modified Folong secondary velopharyngeal flap.
Folia phoniatr 1992:44;291-96
- 20.- Evaluation of speech after completed late closure of the hard palate.
Folia phoniatrica 1993:45
- 21.- Kven D. Dalston r.
Cleft palate and studies relate to velopharyngeal function in winitz.
Human communication and its disorders norwood ablex 1988.
- 22.- A modified palatopharyngeal flap operation and its application in the correction of velopharyngeal incompetence.
Plastic reconstr surg apr 1993:91

- 23.- Survey of speech language pathologist's training experience, and opinions on nasopharyngoscopy.
Departamento of communication disorders, .
Cleft palate craniofac J , Jan 1993 30 :1
- 24.- Results of a survey of cleft palate teams concerning the use of nasendoscopy.
D Antonio LL
Cleft palate craniofac J Jan 1993, 30:35-9
- 25.-Vocal characteristics of children with cleft/palate and associated velopharyngeal incompetence
Lewis JR
J Otolaryngol apr 1993 22-.
- 26.- A modified palatopharyngeous flap operation and its application in the correction of velopharyngeal incompetence.
Ren YF
Plast reconstr surg apr 1993-91-4.
- 27.- Fiberoptic examination of the nasal cavity and nasopharynx in children
Wand D Clement p.
Int J. Pediatr Otorrinolaryngol Jul 1992 24-1-35-44
- 28.- Team acceptance of especific recommendations for the treatment of VPI as provided by speech pathologists.
Dixon-Wood VL
Clef palate craniofac J. Jul 1991 28-3-285-90
- 29.- On the variability of velopharyngeal valve anatomy and fuction. a cominated peroral and nasendoscopy study.
Finkelstein Y.
Plast reconstr surg apr 1992-89-pág 631-639
- 30.- Changes in valvular movements of the velopharyngeal sphincter after speech therapy in children with cleft palate .A videonasopharyngoscopic and videofluoroscopic study of multiple incidence.
Ynsunza-Rivera A.
bol med Hosp Inf Mex jul 199148-7-p490-501.
- 31.-Asociation between adenoidectomy, velopharyngeal incompetence, and submucous cleft.
Robinson JH:
Cleft palate craniofac Jul 1992-4-p385.