



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

11237



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

153

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**"ESTADO NUTRICIONAL Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN
NIÑOS CON FISURA LABIO ALVEOLO DENTAL EN EL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA"**

Tesis

Que presenta para obtener
Título en Pediatría

Presenta

288250

Dr. JOSE LUIS PADILLA ZUÑIGA.

Hermosillo, Sonora. Noviembre del 200



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**ESTADO NUTRICIONAL Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN
NIÑOS CON FISURA LABIO ALVEOLO DENTAL EN EL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

En el periodo comprendido de junio de 1995 a julio de 2000

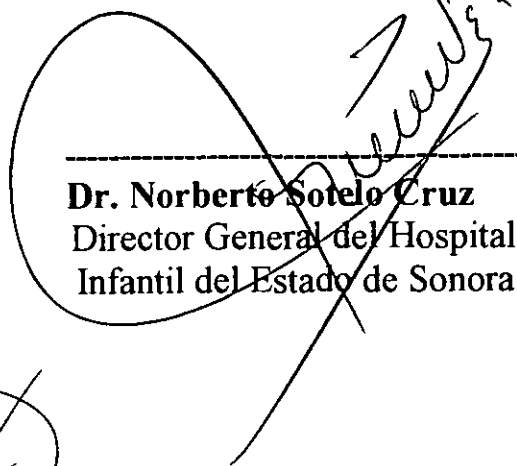
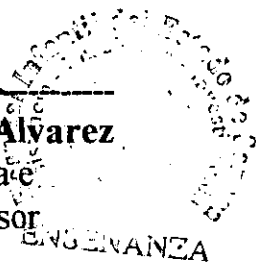
TESIS

Que para obtener el titulo de la especialidad de pediatría

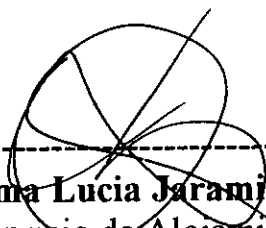
DR. JOSE LUIS PADILLA ZUÑIGA



Dr. Ramiro García Álvarez
Director de enseñanza e
Investigación y profesor
Titular del curso



Dr. Norberto Sotelo Cruz
Director General del Hospital
Infantil del Estado de Sonora



Dra. Irma Lucía Jaramillo Quiroga
Jefe del servicio de Alojamiento Conjunto
Asesor de Tesis

INDICE:

PAGINAS

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	7
TEMA:	
DEFINICION	8
HISTORIA	9
ETIOLOGIA	10
EMBRIOLOGIA	12
ALTERACIONES ASOCIADAS	14
TRATAMIENTO	16
COMPLICACIONES	21
PRONOSTICO	22
PROBABILIDAD QUE SE REPITA	23
MATERIAL Y METODOS	24
RESULTADOS	26
GRAFICAS	33
CONCLUSIONES Y DISCUSION	34
PROPUESTAS.....	42
BIBLIOGRAFIA	44

RESUMEN.-

OBJETIVO: Determinar la condición nutricional del niño que presenta fisura labio alveolo palatina y los factores que determinan su manejo.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los expedientes clínicos de 67 pacientes con fisura labio alveolo dental, atendidos en el Hospital Infantil de Sonora, entre el periodo de junio de 1995 a julio del 2000. Las variables que se incluyeron son: sexo, lugar de nacimiento, antecedentes maternos, perinatales, heredofamiliares, predominio del defecto, edad de primera consulta, tipo y forma de alimentación, uso de placa obturadora, adiestramiento a padres, edad de ablactación, peso y talla al nacer, antes de los tiempos quirúrgicos y actual, complicaciones quirúrgicas, patologías vistas en consultas subsecuentes, especialidades que intervinieron en el manejo. Se aplicó promedios, medias, percentilas, y se graficaron para su interpretación

RESULTADOS: Predomino el defecto en el sexo masculino 54%, el 73% nació en esta institución, la incidencia en los 5 años fue de 2,3/1000 nacidos vivos, predominando en hijos de madres jóvenes, primigestas, el 25% analfabetas, con antecedentes familiares del defecto en 16% de los pacientes, encontrándose en percentilas bajas (3-25) a su nacimiento el 79% siendo riesgo de desnutrición, el rango de edad de primer consulta fue de recién nacido a un mes, siendo el 33% recién nacidos, alimentados en su mayoría con seno materno y formula en biberón, utilizando placa obturadora mas del 50% de los pacientes, adiestrando alas madres en un 50% del total, el 31% de los pacientes se ablacto a los 3 meses, los tiempos quirúrgicos se realizaron en su mayoría en edades adecuadas, incrementando posterior a estos el grado de nutrición en un 60% de los pacientes, la complicación mas frecuentemente encontrada fue la fístula oronasal 10%, sangrado 6%, las especialidades que más intervinieron en el manejo fueron pediatría, cirugía reconstructiva y estomatología, las alteraciones patológicas observadas en consultas subsecuentes fueron las IRAS y anemia.

CONCLUSIONES: Después de recabar los resultados en los cuales se aprecia que más de la mitad cursaban con cierto riesgo de presentar algún grado de desnutrición ya que se encontraban dentro de las percentilas bajas (de 3 a 25) de acuerdo a su peso y talla mejorando, el más de 60% de estos al realizar la corrección del defecto así como llevar control posterior de la cirugía, teniendo en cuenta la importancia de los aspectos nutricionales, psicosociales, así como los antecedentes epidemiológicos para poder llevar un buen control desde antes del nacimiento y disminuir la morbilidad de los pacientes con labio paladar hendido.

INTRODUCCION

Durante el desarrollo embriológico ambos lados de los labios y del paladar, los cuales provienen del primer arco braquial, crecen normalmente hasta unirse unos con otros en la línea media, formando así el labio superior y el techo de la boca o paladar, se calcula que 1 de cada 700 niños la padecen, debido a la falta de fusión de estos durante el desarrollo intrauterino, las causas son muchas, lo que hace difícil saber con exactitud la verdadera etiología, entre las que se mencionan están; causas genéticas, ambientales y/o externas, como infecciones, traumatismos, drogadicción, alcoholismo, desnutrición y varias otras, todas estas en la mujer embarazada o en el padre, se puede detectar este defecto aun antes de nacer intrauterinamente por medio de tecnología moderna, como el ultrasonido, favoreciendo esto la realización de un plan de manejo así como de preparación psicológica de los padres ante este problema y entrenarlos en el adiestramiento de su hijo. Es lógico que nos preocupe la apariencia física del niño, pero realmente a temprana edad la preocupación primordialmente es la alimentación y la orientación que demos a sus padres (1,2).

Cuando la hendidura es de labio o paladar, el recién nacido tiende a deglutir pero no puede succionar por lo regular en las hendiduras labio alveolo dentales, ya que no tiene la

presión negativa suficiente para producir el sello labial alrededor del pezón al lactar ó de la mamadera del biberón por un mal sello y debido a esto el recién nacido puede fatigarse fácilmente, la nutrición óptima no se logra, se prolonga el tiempo de la alimentación y el intervalo entre cada toma, disminuye la ingesta oral por el patrón de succión pobre y débil, así como aumenta la aerofagia, la cual puede ser causa de trastornos intestinales como vómitos, cólicos o reflujo gastroesofágico.(3)

Como consecuencia de todo lo anterior mencionado, estos pacientes caen en un grado de desnutrición, son susceptibles a infecciones de oído, insuficiencia velo palatina, alteraciones broncopulmonares y trastornos del aspecto afectivo y rechazo, que ocasiona su apariencia incluso dentro del gremio familiar.(4)

Cuando la hendidura es de labio solamente, las cuales pueden variar de severidad desde una simple muesca a nivel del labio rojo, hasta la separación completa del labio superior prolongándose hasta la nariz, siendo estas unilaterales o bilaterales.

Este defecto se puede corregir con una queiloplastia, a partir de las diez o doce semanas de vida donde se cierra el labio y el bebé puede así succionar y alimentarse

adecuadamente para recibir los nutrientes para obtener un peso adecuado (4,13).

Si la hendidura abarca el paladar, estas pueden ser parcial o total, unilaterales o bilaterales, se realiza una palatoplastia y la edad ideal para someter al niño a esta cirugía es de dos a tres años de edad, utilizándose hasta esta edad una placa obturadora la cual serviría para poder lactar y alimentar al bebé en forma adecuada, hasta la realización de la intervención quirúrgica.(5)

Si hablamos del riesgo costo-beneficio que se les brinda a estos pacientes, es muy alto, ya que el objetivo principal de este es restaurar el aspecto físico, estético y la función facial normal, mejorando la masticación y el lenguaje, ayudándole a llevar una vida normal.

Dentro de los riesgos que se corren con el manejo quirúrgico, son las complicaciones, pero cuando la cirugía es realizada por un cirujano plástico experimentado y debidamente acreditado, los resultados son satisfactorios pudiendo presentarse complicaciones como asimetría en la cirugía de labio o en la de paladar secundarios a una pobre recuperación del mismo o dificultad para el aprendizaje del lenguaje requiriendo estos una segunda intervención quirúrgica. (6) También es indispensable mencionar el riesgo del uso de

anestesia general utilizada en estos procedimientos quirúrgicos que aunque según estudios la mortalidad es de 0%, no deja de haber alto riesgo simplemente por la edad u otras malformaciones que pudieran presentar estos pacientes. (7)

Actualmente se han realizado programas de ayuda orientado al tratamiento integral de niños con escasos recursos que padecen de fisura alvéolo palatina como la cirugía intramuros, por lo que el costo es muy bajo respecto a la gran ayuda que se brinda a estos niños.

Es importante concientizar a los padres y orientarlos sobre el problema explicándoles el plan del manejo así como las consecuencias si no se realiza este y evitar así el rechazo tanto de los padres como de la sociedad.

La atención, tratamiento quirúrgico y rehabilitación total del niño con hendidura es un proceso complejo y de larga evolución que requiere de un equipo interdisciplinario para su gestión. Dentro de las especialidades necesarias para el manejo de estos niños se encuentra: Cirugía plástica, odontología, otorrinolaringología, cirugía maxilar facial, genética, psicología, foniatría, terapia del lenguaje, neurología, nutrición y pediatría, siendo esta última la primera en tener contacto con el paciente, valorando el tipo y grado del defecto para poder referirlo a las diferentes

especialidades para mejorar los aspectos básicos, entre otros su condición nutricional.

Por todo lo antes mencionado, el objetivo es evitar el retraso del estado nutricional desde el nacimiento en niños que presentan fisura labio-alveolo-palatina estableciéndose un plan de manejo que nos ayude a que el paciente reciba todo el tratamiento indicado desde su nacimiento y lo continúe a lo largo de su vida con el equipo interdisciplinario de profesionales, para tratar de llevar un crecimiento y desarrollo normal.(8)

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la condición nutricional del niño que presenta fisura labio alvéolo palatina y los factores que determinan su manejo.

PARTICULARES:

- Considerar y clasificar tipo de defecto genético embrionario, para la técnica de alimentación que escogeremos en su manejo
- Antecedentes hereditarios de malformaciones de labio alvéolo palatino.
- Aspectos somatométricos correlacionados con el aporte nutricional.
- Técnicas y tipo de alimentación.
- Factores predisponentes, nivel socioeconómico, grupo de edad (madre), origen,
- Antecedentes de ingesta de medicamentos y/o tóxicos, utilización de ácido fólico.
- Determinar la existencia de manejo interdisciplinario, complicaciones y padecimientos asociados.

ESPECIFICOS.-

- Abatir morbimortalidad en este tipo de pacientes.
- Propuestas en el manejo nutricional.

DEFINICION.- Es una de las malformaciones congénitas del tubo digestivo, que afecta la cara del ser humano, la cual se observa con relativa frecuencia, se presenta en cualquier nivel socioeconómico y en todas las razas, hay varias teorías que tratan de explicar el origen de esta enfermedad, la clásica que explica el germano Wilhelm His de la universidad de Leipzig en 190; (9,10) " La falla en la fusión de los extremos libres de los procesos maxilares que forman la cara, los cuales provienen del primer arco braquial, sugiriendo como mecanismo patológico, un retardo o restricción de sus movimientos, evitando así que estos procesos se pongan en contacto."

La malformación consiste 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, también puede ocurrir en ambos hemilabios, en cuyo caso se denomina labio hendido bilateral completo cuando afecta ambas fosas nasales, o puede ser incompleto cuando no compromete la fosa nasal. (2,11)

Existe otra malformación poco frecuente llamada coloboma, que consta de una gran fisura en sentido vertical, que corre por

el borde externo del ala de la nariz y llega a la comisura palpebral interna; este ultimo al igual que el macrostoma son extremadamente raros. (2)

Existe gran discrepancia en la frecuencia, tal vez debido al método de registro en términos generales se observan 1 de cada 700 nacimientos en la raza caucásica; En los Estados Unidos se reportan 0.24 por cada 1000 nacimientos, en los orientales se reportan 2.13 por cada 1000 nacimientos en Japón. (1)

En México no se dispone de fuentes que aporten cifras veraces, en dos hospitales de Guadalajara Jal. Reportan una prevalencia general de labio y paladar hendido de 13.2 por cada 10 000 recién nacidos y en nuestro hospital en los últimos 5 años la incidencia es de 2.6 por cada 1000 nacidos vivos.

HISTORIA.- Se conoce desde épocas remotas el diagnóstico y el 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.

Es solo a principios de este siglo cuando se empieza a comprender la importancia de un manejo interdisciplinario. En

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. (2)

Existe gran discrepancia en la frecuencia, tal vez debido al método de registro en términos generales se observan 1 de cada 700 nacimientos en la raza caucásica; En los Estados Unidos se reportan 0.24 por cada 1000 nacimientos, en los orientales se reportan 2.13 por cada 1000 nacimientos en Japón. (1)

En México no se dispone de fuentes que aporten cifras veraces, en dos hospitales de Guadalajara Jal. Reportan una prevalencia general de labio y paladar hendido de 13.2 por cada 10 000 recién nacidos y en nuestro hospital en los últimos 5 años la incidencia es de 2.6 por cada 1000 nacidos vivos.

HISTORIA.- Se conoce desde épocas remotas el diagnóstico y el 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.

Es solo a principios de este siglo cuando se empieza a comprender la importancia de un manejo interdisciplinario. En

los años de 1911 se le dio importancia preferencial al área del lenguaje y posteriormente al área de cirugía maxilofacial, ortodoncia y psicología.

Actualmente el manejo 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, cada caso se deberá individualizar.

ETIOLOGIA.- Las causas que se mencionan son muchas, lo cual hace difícil saber con exactitud la verdadera etiología, entre las que se conocen están; Infecciones, traumatismos, drogadicción, alcoholismo, desnutrición, exposición materna a fármacos, el complejo síndrome malformación, aislado-desconocido o genético, este último tiene más importancia en el labio leporino, con o sin fisura palatina, que en esta última sola. Sin embargo ambas pueden aparecer esporádicamente. (1,2)

El factor hereditario multifactorial dependiente de múltiples genes menores, con tendencia familiar establecida sin seguir ningún patrón mendeliano 90% de los casos.

El 10% restante puede ser determinado con relativa seguridad, asociado a algunos síndromes con aberraciones macrosómicas, ejemplos: Trisomias, las mutaciones genéticas con carácter autosómico dominante se ha relacionado, o con el síndrome de

los años de 1911 se le dio importancia preferencial al área del lenguaje y posteriormente al área de cirugía maxilofacial, ortodoncia y psicología.

Actualmente el manejo 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, cada caso se deberá individualizar.

ETIOLOGIA.- Las causas que se mencionan son muchas, lo cual hace difícil saber con exactitud la verdadera etiología, entre las que se conocen están; Infecciones, traumatismos, drogadicción, alcoholismo, desnutrición, exposición materna a fármacos, el complejo síndrome malformación, aislado-desconocido o genético, este último tiene más importancia en el labio leporino, con o sin fisura palatina, que en esta última sola. Sin embargo ambas pueden aparecer esporádicamente. (1,2)

El factor hereditario multifactorial dependiente de múltiples genes menores, con tendencia familiar establecida sin seguir ningún patrón mendeliano 90% de los casos.

El 10% restante puede ser determinado con relativa seguridad, asociado a algunos síndromes con aberraciones macrosómicas, ejemplos: Trisomias, las mutaciones genéticas con carácter autosómico dominante se ha relacionado, o con el síndrome de

Van Dar 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, antiepilépticos, antihipertensivos, así como antecedentes patológicos en la mujer durante el embarazo; como sangrados transvaginales, vómitos.(2)

Existen aún poblaciones rurales arraigadas en tradiciones con interpretaciones magico-religiosas respecto al origen de estas enfermedades.

En los niños con defectos labiopalatinos, hay una mayor incidencia de otras malformaciones congénitas y de trastornos del desarrollo sobre todo en los que solo tienen paladar hendido. Estos hechos se explican en parte por una mayor incidencia de la hipoacusia de conducción en los niños que tienen paladar hendido, debido en parte a las repetidas infecciones del oído medio y a la frecuencia de los defectos de fusión en los niños que tienen alteraciones cromosómicas (4)

Estudios realizados en animales de experimentación, sugieren que en los huéspedes susceptibles, diversas influencias no genéticas, pueden ser las responsables de las hendiduras durante un periodo crítico de la organogénesis. Son especialmente frecuentes las malformaciones asociadas en las

estructuras que derivan del primer arco braquial como por ejemplo; retardo del desarrollo, cejas en forma de V, inserción baja del pabellón auricular, microcefalia, retardo mental, pliegues intercantares internos, ptosis palpebral, puente nasal con amplia depresión, etc.(2)

EMBRIOLOGIA.- 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 más prominentes y crecen hacia la línea media acercándose hacia los procesos nasales.

En la séptima semana se originan dos salientes en la cavidad oral denominadas tabiques palatinos, crecen y se reúnen en la línea media, la lengua se encuentran entre ellos inicialmente y posteriormente se dirige hacia abajo.

El labio hendido unilateral, es el resultado de la unión insuficiente de la prominencia maxilar del lado afectado, con las prominencias nasales mediales fusionadas. Esto se debe a una defectuosa fusión de las masas mesenquimatosas y proliferación del mesenquima que reviste el epitelio suprayacente. Esto origina un surco labial persistente.

estructuras que derivan del primer arco braquial como por ejemplo; retardo del desarrollo, cejas en forma de V, inserción baja del pabellón auricular, microcefalia, retardo mental, pliegues intercantares internos, ptosis palpebral, puente nasal con amplia depresión, etc.(2)

EMBRIOLOGIA.- 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 más prominentes y crecen hacia la línea media acercándose hacia los procesos nasales.

En la séptima semana se originan dos salientes en la cavidad oral denominadas tabiques palatinos, crecen y se reúnen en la línea media, la lengua se encuentran entre ellos inicialmente y posteriormente se dirige hacia abajo.

El labio hendido unilateral, es el resultado de la unión insuficiente de la prominencia maxilar del lado afectado, con las prominencias nasales mediales fusionadas. Esto se debe a una defectuosa fusión de las masas mesenquimatosas y proliferación del mesenquima que reviste el epitelio suprayacente. Esto origina un surco labial persistente.

El labio hendido bilateral se debe a una falla en la aproximación y unión en las masas mesenquimatosas de las prominencias maxilares con las prominencias nasales mediales fusionadas. El epitelio de ambos surcos labiales queda estirado y separado.

El fundamento embriológico del paladar hendido es una insuficiencia en la aproximación y fusión entre sí de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos laterales con el tabique nasal, con el borde posterior del proceso palatino medio, o ambos. El defecto puede ser unilateral o bilateral y se clasifica en tres grupos. (2)

1- Paladar primario o anterior hendido, es decir el defecto esta por delante del agujero incisal y es resultado de una insuficiencia en la aproximación y fusión de las masas mesenquimatosas en los procesos palatinos laterales con el mesenquima del paladar primario.

2- Paladar posterior y anterior hendidos, esto es, el defecto abarca tanto el paladar primario como el secundario y es ocasionado por una insuficiencia en la aproximación y fusión de las masas mesenquimatosas en los procesos palatinos laterales con el mesenquima del paladar primario, entre sí y con el tabique nasal

3- Paladar secundario o posterior hendido, es decir, el defecto está por detrás del agujero incisal y es causado por una insuficiencia en la aproximación y fusión entre sí de las masas mesenquimatosas en los procesos palatinos laterales y con el tabique nasal.

Los factores etiológicos actúan interfiriendo con la migración de las células de la cresta neural hacia las prominencias maxilares del primer arco branquial.

ALTERACIONES ASOCIADAS.- 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 frecuentes están:

Problemas causados directamente por el defecto anatómico, como son; problemas de rechazo social debido a la apariencia física, trastornos en el mecanismo de la deglución y succión, por falta de presión negativa suficiente para producir el selle labial alrededor del pezón o de la mamadera del biberón y debido a esto el recién nacido se fatiga fácilmente, la nutrición óptima no se logra, se prolonga el tiempo de alimentación, disminuye la ingesta oral por el patrón de succión pobre y débil, así como aumenta la aerofagia, la cual causa trastornos gastrointestinales como vómitos, cólicos, o reflujo gastroesofágico.

3- Paladar secundario o posterior hendido, es decir, el defecto está por detrás del agujero incisal y es causado por una insuficiencia en la aproximación y fusión entre sí de las masas mesenquimatosas en los procesos palatinos laterales y con el tabique nasal.

Los factores etiológicos actúan interfiriendo con la migración de las células de la cresta neural hacia las prominencias maxilares del primer arco branquial.

ALTERACIONES ASOCIADAS.- 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 frecuentes están:

Problemas causados directamente por el defecto anatómico, como son; problemas de rechazo social debido a la apariencia física, trastornos en el mecanismo de la deglución y succión, por falta de presión negativa suficiente para producir el selle labial alrededor del pezón o de la mamadera del biberón y debido a esto el recién nacido se fatiga fácilmente, la nutrición óptima no se logra, se prolonga el tiempo de alimentación, disminuye la ingesta oral por el patrón de succión pobre y débil, así como aumenta la aerofagia, la cual causa trastornos gastrointestinales como vómitos, cólicos, o reflujo gastroesofágico.

Como consecuencia de todo lo anterior estos pacientes, caen en un grado de desnutrición la cual es una de las patologías frecuentemente encontradas. Ocasionando alteraciones en su sistema de defensa que aunado a defectos anatómicos en las vías respiratorias superiores, causan infecciones a este nivel predominando en faringe y oído.

Las afecciones a las vías respiratorias bajas, pueden presentarse como una complicación de las antes mencionadas o por aspiraciones de alimentos y secreciones de vías respiratorias y digestivas, favorecidas por la patología de fondo.

Otro problema que se tiene que tomar en cuenta y que requiere de manejo inmediato, es el aspecto 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 los de tipo afectivo manifestados por neurosis, estados depresivos, y dificultad para la adaptabilidad.

Otra alteración que se debe de manejar de manera temprana es la fonación y audición, ya que se debe valorar esta última, ya que si no escucha, como obtendrá la información, por lo que también es importante el medio donde se desenvuelva el cual debe de ser más estimulante en todos los sentidos. Si

escucha bien y se le estimula suficientemente, no tiene porque retrasarse la adquisición de su vocabulario, formar oraciones, etc. Es muy probable que tenga problemas al pronunciar pero por eso debe manejarse en foniatría y terapia de lenguaje, a fin de ir orientando su desarrollo e ir previniendo fallas mayores.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de estos pacientes con problemas de labio y paladar hendido, deben de ser integrales y con un equipo interdisciplinario, ya que intervienen varios factores que están íntimamente relacionados con el defecto de crecimiento y desarrollo del mismo, que tratados a tiempo se evitaran secuelas que afectan el funcionamiento, crecimiento y desarrollo físico, emocional y social del paciente.

Un aspecto muy importante es el equilibrio entre la forma y la función para que el crecimiento y desarrollo sea más natural y biológico.

La presencia de un defecto en la forma como es una fisura de labio y paladar hendido. Trae como consecuencia un desequilibrio funcional muy importante en los músculos relacionados con el mismo defecto y de las estructuras óseas vecinas, así de importante será la reconstrucción de dichos músculos como su rehabilitación para el buen funcionamiento, crecimiento y desarrollo, por lo cual el tratamiento de estos

escucha bien y se le estimula suficientemente, no tiene porque retrasarse la adquisición de su vocabulario, formar oraciones, etc. Es muy probable que tenga problemas al pronunciar pero por eso debe manejarse en foniatría y terapia de lenguaje, a fin de ir orientando su desarrollo e ir previniendo fallas mayores.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de estos pacientes con problemas de labio y paladar hendido, deben de ser integrales y con un equipo interdisciplinario, ya que intervienen varios factores que están íntimamente relacionados con el defecto de crecimiento y desarrollo del mismo, que tratados a tiempo se evitaran secuelas que afectan el funcionamiento, crecimiento y desarrollo físico, emocional y social del paciente.

Un aspecto muy importante es el equilibrio entre la forma y la función para que el crecimiento y desarrollo sea más natural y biológico.

La presencia de un defecto en la forma como es una fisura de labio y paladar hendido. Trae como consecuencia un desequilibrio funcional muy importante en los músculos relacionados con el mismo defecto y de las estructuras óseas vecinas, así de importante será la reconstrucción de dichos músculos como su rehabilitación para el buen funcionamiento, crecimiento y desarrollo, por lo cual el tratamiento de estos

pacientes debe de ser lo más funcional y biológico posible para que adquirido este equilibrio con aparatología de ortopedia dentofacial y miofuncional, posteriormente al tratamiento se mantenga en forma natural.

La atención, tratamiento quirúrgico y rehabilitación total del niño con fisura labiopalatina, es un proceso complejo y de larga evolución que requiere como ya se menciona de un equipo interdisciplinario para su gestión. La actividad de este equipo debería centrarse en unos estándares de calidad. Según la American Cleft Palate Association (ACPA) (7) el número de especialistas requeridos para el establecimiento del equipo interdisciplinario serían: Cirugía, ortodoncista y logopeda, otorrinolaringología, cirugía maxilofacial, pediatría, odontopediatra, genética, nutrición, Psicología y terapia del lenguaje. Es importante la participación de la familia como miembro del equipo en la toma de decisiones.

Dentro del manejo que se les da a estos paciente una de las preocupaciones primordiales es la alimentación y el adiestramiento que damos a los padres.

Para poder lactar al bebé es recomendable colocarlo cerca del pecho, apretando el cachete del bebe contra este para promover una succión eficiente ejerciendo presión. Si se utiliza leche de fórmula, es aconsejable utilizar una

mamadera donde la salida del líquido sea controlable haciendo una perforación pequeña para que fluya lentamente sin sobresalir.

La mejor postura del cuerpo que debe tener la madre mientras esta lactando, es sentarse derecha sosteniendo a su bebé lo menos acostado posible, evitando que los líquidos salgan por la nariz y como resultado se eviten infecciones de oído, a las cuales están más propensos.

Es importante desde que nace el niño, mantener una higiene oral buena limpiándole la boca luego de alimentarlo, dándole un biberón con un poco de agua para que remueva la leche que permanezca en la boca.

Cuando la hendidura es de labio solamente, éste se puede corregir con una cirugía plástica donde se cierra al labio y el bebé puede así succionar y alimentarse adecuadamente para recibir los nutrientes para obtener un peso adecuado y pruebas de laboratorio. Están indican que tiene la regla de los 10, o sea, que pese 10 libras, 10 de hemoglobina y 10 000 mm³ de su conteo de células.

Si la hendidura abarca el paladar, se debe tomar un molde del maxilar superior para confeccionar la placa obturadora.

Esta placa obturadora, va a servir para alimentar al bebé, y de ser necesario se le pueden agregar tornillos que van a

ayudar a cerrar la hendidura secuencialmente. También, se puede utilizar otro aparato que es más sofisticado y se coloca bajo anestesia general conocido como Lathan(5). La decisión sobre cuál se colocara lo hace el equipo de trabajo y va a depender del caso en particular.

Alimentar al bebé una vez que tenga la placa, va hacer muy fácil siguiendo las recomendaciones del odontopediatra. Es bueno saber que pueden ser lactados disminuyendo la incidencia de enfermedades bacterianas, especialmente las respiratorias, alergias y otras.

El tiempo de inicio es justo después del nacimiento, por esto es bueno la intervención temprana del tratamiento de la hendidura y promover la estimulación de producción de leche.

La leche materna se vacía del estómago en menos de 90 minutos mientras que la leche de fórmula dura aproximadamente 3 horas. Un indicativo de cómo esta la alimentación del bebé, es la frecuencia y consistencia de la orina y heces fecales.

Aunque la programación de la cirugía de corrección varia de acuerdo con la severidad del efecto, el cierre quirúrgico del labio hendido generalmente se lleva a cabo tan pronto el niño sea capaz de soportar la cirugía bajo anestesia general.

Es de esperarse que el acercamiento y técnica a usarse en la cirugía de labio hendido de un solo lado no complicado, será

diferente al de un labio hendido completo a ambos lados que incluya otros defectos orales y faciales.

La cirugía del labio o queiloplastia se realiza a partir de los tres meses del nacimiento. El cirujano realizará una incisión a cada lado de la hendidura desde la boca hasta la hendidura nasal, Separará la piel del labio y unirá el músculo de los labios en la línea media para luego suturar la piel y cerrar así la separación existente. De esta manera se restaura la función del músculo del labio superior y la forma del arco de cupido. La deformidad nasal amerizará probablemente una segunda intervención.

Después de la cirugía su médico aconsejara como alimentar al bebé durante los primeros días. Las cicatrices pueden permanecer enrojecidas por algunas semanas, pero progresivamente iran mejorando, aunque nunca desaparecerán totalmente.

La cirugía de paladar o palatoplastia se realizara entre los 18 y 36 meses de edad, el cirujano realizará una incisión en el paladar a cada lado de la hendidura y disecará los tejidos para llevarlos a la línea media del techo de la boca. De esta forma se restituye la función musculatura palatina y se logra el cierre de la hendidura dándole suficiente longitud al

paladar para que el niño pueda comer y aprender a hablar apropiadamente.

Después de la cirugía del labio y paladar hendidos los niños deben seguir siendo controlados y tratados por el resto de los integrantes del equipo interdisciplinario, hasta lograr el éxito total del tratamiento.

COMPLICACIONES.- Las complicaciones que se pueden presentar son:

1) Asociadas; que vienen junto con la malformación.

- El bebé puede tener otros defectos asociados en el caso del labio y paladar hendido, lo más frecuente es que exista pie equinovaro, que el bebé nazca con polidactilia, o que presente también defectos en la columna. (2,12)

2) Derivadas; que se dan por la malformación.

- Alimentación: Los bebés que nacen solo con labio hendido, no tienen mucho problema para alimentarse; pero los que tienen el labio y paladar hendido si lo tienen, ya que la abertura del paladar hace difícil que el niño pueda succionar, llevándolo a un estado nutricional deficiente.

- La alimentación directa es casi imposible, pero la leche materna se le puede dar al niño, con técnicas y aparatos adecuados.

paladar para que el niño pueda comer y aprender a hablar apropiadamente.

Después de la cirugía del labio y paladar hendidos los niños deben seguir siendo controlados y tratados por el resto de los integrantes del equipo interdisciplinario, hasta lograr el éxito total del tratamiento.

COMPLICACIONES.- Las complicaciones que se pueden presentar son:

1) Asociadas; que vienen junto con la malformación.

- El bebé puede tener otros defectos asociados en el caso del labio y paladar hendido, lo más frecuente es que exista pie equinovaro, que el bebé nazca con polidactilia, o que presente también defectos en la columna. (2,12)

2) Derivadas; que se dan por la malformación.

- Alimentación: Los bebés que nacen solo con labio hendido, no tienen mucho problema para alimentarse; pero los que tienen el labio y paladar hendido si lo tienen, ya que la abertura del paladar hace difícil que el niño pueda succionar, llevándolo a un estado nutricional deficiente.

- La alimentación directa es casi imposible, pero la leche materna se le puede dar al niño, con técnicas y aparatos adecuados.

- Oído: Casi todos los bebés con paladar hendido nacen con problemas del oído. Generalmente este problema se llega a corregir, cuando se cierra el paladar. No obstante, algunos niños siguen teniendo algunos padecimientos durante muchos años, principalmente de tipo infeccioso como las infecciones respiratorias altas.

Si se le trata adecuadamente en la infancia, la pérdida del oído no es permanente, pero si no, el desarrollo del habla se puede ver afectado y los problemas auditivos pueden ser permanentes.

- Habla: Los niños con labio y paladar hendido tienen problemas para comunicarse, pero con un buen tratamiento dado por el especialista del lenguaje pueden ser capaces de hablar correctamente.

PRONOSTICO.- El pronóstico depende de un diagnóstico y tratamiento adecuado, los cuales deben iniciarse a las pocas horas de nacido para evitar de esta manera complicaciones como: Infecciones, alteraciones del habla, retraso del crecimiento y desarrollo del cuerpo y la cara, las alteraciones de los dientes y los problemas emocionales del niño, así como su relación con el medio social y familiar principalmente. Además, como es una alteración que necesita de varios años para su tratamiento, el control es por largo tiempo. Nadie puede predecir con certeza como se desarrollara

- Oído: Casi todos los bebés con paladar hendido nacen con problemas del oído. Generalmente este problema se llega a corregir, cuando se cierra el paladar. No obstante, algunos niños siguen teniendo algunos padecimientos durante muchos años, principalmente de tipo infeccioso como las infecciones respiratorias altas.

Si se le trata adecuadamente en la infancia, la pérdida del oído no es permanente, pero si no, el desarrollo del habla se puede ver afectado y los problemas auditivos pueden ser permanentes.

- Habla: Los niños con labio y paladar hendido tienen problemas para comunicarse, pero con un buen tratamiento dado por el especialista del lenguaje pueden ser capaces de hablar correctamente.

PRONOSTICO.- El pronóstico depende de un diagnóstico y tratamiento adecuado, los cuales deben iniciarse a las pocas horas de nacido para evitar de esta manera complicaciones como: Infecciones, alteraciones del habla, retraso del crecimiento y desarrollo del cuerpo y la cara, las alteraciones de los dientes y los problemas emocionales del niño, así como su relación con el medio social y familiar principalmente. Además, como es una alteración que necesita de varios años para su tratamiento, el control es por largo tiempo. Nadie puede predecir con certeza como se desarrollara

cada niño, los bebés con labios y paladar hendido requieren de amor y cariño, comprensión, aprobación y disciplina por parte de los padres en la misma forma que los niños normales. Con la ayuda de un cuidado de alta calidad, el resultado es excelente.

PROBABILIDAD DE QUE SE REPITA.- El riesgo de recurrencia es el siguiente:

- Si los padres no están afectados y no hay hermanos afectados, el riesgo es de apenas 0.1%.

- Si los padres son normales, hay un hijo afectado y los familiares son normales 4%.

- Si los padres son normales, así como los familiares, pero hay dos hijos afectados 9%.

- Si uno de los padres está afectado, pero los hijos y los familiares son normales 4%.

- Si uno de los padres está afectado, hay un hijo afectado y los familiares son normales 17%.

También este riesgo aumenta si la madre es la afectada, si el primer afectado es el mayor de los hijos, o si, el padecimiento es muy severo.

cada niño, los bebés con labios y paladar hendido requieren de amor y cariño, comprensión, aprobación y disciplina por parte de los padres en la misma forma que los niños normales. Con la ayuda de un cuidado de alta calidad, el resultado es excelente.

PROBABILIDAD DE QUE SE REPITA.- El riesgo de recurrencia es el siguiente:

- Si los padres no están afectados y no hay hermanos afectados, el riesgo es de apenas 0.1%.
- Si los padres son normales, hay un hijo afectado y los familiares son normales 4%.
- Si los padres son normales, así como los familiares, pero hay dos hijos afectados 9%.
- Si uno de los padres está afectado, pero los hijos y los familiares son normales 4%.
- Si uno de los padres está afectado, hay un hijo afectado y los familiares son normales 17%.

También este riesgo aumenta si la madre es la afectada, si el primer afectado es el mayor de los hijos, o si, el padecimiento es muy severo.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de fisura labio alveolo dental, atendido en el Hospital Infantil del Estado de Sonora nacidos en el periodo que comprende de Junio de 1995 a Julio del 2000, siendo un total de 121 expedientes.

En cada uno de los casos se investigaron las siguientes variables; Numero de expediente, sexo, lugar de nacimiento, escolaridad materna, control prenatal, edad materna, gestación, vía de nacimiento, medicamentos utilizados durante el embarazo, antecedentes heredofamiliares de labio y paladar hendido, predominio del defecto, edad de la primera consulta a pediatría (recién nacidos vistos por primera vez), adiestramiento a madre, utilización de placa obturadora, tipo de alimentación, forma de alimentación etapa neonatal, ablactación, percentilas de acuerdo a edad y peso al nacer, percentilas de acuerdo a edad y peso antes de la queiloplastia, percentilas de acuerdo a edad y peso antes de la palatoplastia, percentilas de acuerdo a edad y peso antes de la veloplastia, complicaciones quirúrgicas, percentilas de acuerdo a edad y peso actual, especialidades que

intervinieron en la evaluación, frecuencias de enfermedades en consultas subsecuentes.

Se excluyeron aquellos expedientes en los cuales los pacientes acudieron en una sola ocasión a consulta y aquellos que no cumplen con las variables de inclusión. De la base de datos reunieron los criterios 67 casos, los datos que fueron recopilados se les aplicaron promedios, medias, estimaciones, percentilas y sé graficaron para su mejor interpresentación.

RESULTADOS

En el hospital infantil del estado de Sonora, se atendieron durante el lapso de nuestro estudio que abarca de julio de 1995 a julio del 2000, un total de 26,107 eventos obstétricos, de los cuales se derivaron 67 casos de niños con malformaciones de labio alvéolo dentales encontrando una incidencia durante los 5 años de 2.6 por cada 1000 niños nacidos vivos.

Al recabar los resultados obtenidos de la revisión de 67 expedientes de niños con defecto labio alvéolo dental, encontramos un ligero predominio en el sexo masculino en 54% (gráfico 1) estando de acorde con lo referido en la literatura, (1,11) del total de pacientes de nuestro estudio el 73% nació en nuestra institución (gráfico 2), siendo bajo el porcentaje de pacientes que son referidos a esta institución de otras comunidades. Es importante el nivel cultural (escolaridad) ya que encontramos que un 25% de las madres eran analfabetas (gráfico 3), lo que es un factor de alto riesgo por lo difícil que es manejar la información así como hacer que comprendan la importancia de llevar un buen control prenatal, ya que se observó que un 28% de las madres

involucradas en n nuestro estudio no llevaron control prenatal (gráfico 4).

Las malformaciones craneofaciales se asocian en ocasiones a ingesta de medicamentos teratogénicos, en nuestro estudio se observó que un 13% de las madres ingirieron durante su embarazo hierro, y un 15% medicamentos como hidralazina, ampicilina y un bajo porcentaje fenitoina encontrando que esta última se asocia a malformaciones craneofaciales al ser ingerida en el periodo de organogenesis (gráfico 8).(2,12)

La mayor incidencia de dichas malformaciones se observo en madres jóvenes con rango de edad amplio entre los 16 y 30 años, con un promedio de 23 años, predominando en un 42% en el rango de edad entre los 21 y 25 años (gráfico 5), siendo estas en su mayoría primigestas en un 37% (gráfico 6), con terminación de su embarazo por vía vaginal en un 72% (gráfico 7) el resto por vía abdominal, no teniendo relación con el grado del defecto, a menos que se asocie con otro tipo de malformaciones en las cuales se tenga indicada la cesárea.

Dentro de los factores de riesgo encontrados en la literatura que los antecedentes heredofamiliares son de gran importancia, presentándose estos en nuestro estudio en un 16% por parte de tíos, abuelos y padres. (Gráfico 9). Es importante detectar lo mas pronto posible el defecto asi como

el tipo del mismo, el cual en nuestro estudio el 32% presento labio y paladar hendido derecho seguido de un 22% de labio hendido del mismo lado (gráfico 10), siendo lo contrario en lo referido en la literatura donde se refiere ser más frecuente en el lado izquierdo, la importancia de iniciar el manejo lo más temprano posible es que se logre obtener un crecimiento y desarrollo adecuado, el rango de edad de los pacientes cuando acudieron por primera vez a consulta es de recién nacidos a 1 mes de edad en un 65% (44 pacientes) el 50% de los cuales son recién nacidos, 17 eutróficos (77%) 3 hipotróficos (13%) y 2 hipertróficos (10%) teniendo relación los hipotróficos con ser hijos de madres preclámicas y de madres diabéticas los recién nacidos hipertróficos (gráfico 11).

Dentro de los principales problemas que se presentan desde el nacimiento es la alimentación, ya que dependiendo del defecto es el grado de dificultad para alimentar al bebe con hendidura labio alveolo dental, por lo que es importante el adiestramiento a las madres en la forma y técnica que deben utilizar observando en nuestro estudio que al 21% de las madres no se les dio capacitación, no refiriendo la causa, el 49% si se logro capacitar en técnica y tipo de alimentación (gráfico 12), ya que si se requiere la utilización de placa

obturadora es indispensable adiestrar a los padres para que aprendan a su colocación y los cuidados de esta, 45 pacientes del estudio ocupaban placa obturadora colocándosele a un 51%, el porcentaje de pacientes que no se les aplicó placa obturadora es de 17% (no se refiere la causa), y el resto que es el 31% no se refiere si se utilizó o no (gráfico 13). El tipo de alimentación mas utilizado en estos pacientes fue con leche maternizada en un 40%, alimentación mixta (seno materno y formula) en un 33%, el 25% se les alimento con seno materno exclusivamente (gráfico 14), esto en la etapa neonatal. Utilizando en un 42% el biberón como forma de suministro (gráfico 15). Es indispensable que la ablactación se lleve a cabo en lo tiempo debido el cual según literatura oscila entre los 4 y 6 meses, ya que de lo contrario contribuiríamos a producir trastornos nutricionales por lo que debemos dar importancia al alto porcentaje de pacientes que iniciaron la ablactacion a los tres meses de edad siendo este de un 22% del total de pacientes en estudio (gráfico 16).

La importancia de lograr un crecimiento y desarrollo adecuado asi como un estado nutricional óptimo es por el manejo quirúrgico, en los pacientes estudiados observamos que de acuerdo a percentilas obtenidas por edad y peso el 79% de los

pacientes se encontraba entre las percentilas menor de 3 a la 25 a su nacimiento (gráfico 17), siendo esto un factor predisponente a padecer cierto grado de desnutrición, observando que posterior a la primera intervención (queiloplastía) la cual se realiza en la mayoría de los pacientes en los primeros meses de vida, hubo un incremento en su peso, disminuyendo así el número de pacientes encontrados entre las percentilas 3-24 (22%), e incrementando los encontrados en las percentilas 25-97 (46%), (gráfico 18), la edad en la que se realizó la palatoplastia se encuentra adecuada y de acorde con lo referido en la literatura oscilando entre los 18 a 36 meses (gráfico 19), se reportan dos casos a los cuales se les realizó veloplastia de un total de 4 pacientes que la requerían. Uno de los retrasos en cuanto al manejo quirúrgico observado en nuestros pacientes fue la presencia de infecciones respiratorias en un 18% (gráfico 20), siendo estas secundarias al mismo problema anatómico que produce microaspiraciones que ocasionan infecciones repetitivas, la desnutrición al igual que la anemia se encontraron en un 6% de los pacientes (gráfico 20), suspendiendo las intervenciones por el riesgo de someter a estos pacientes a anestesia general, por lo que se deben detectar estos

problemas a tiempo y dar manejo oportuno para tratar de evitar los retrasos en el manejo quirúrgico.

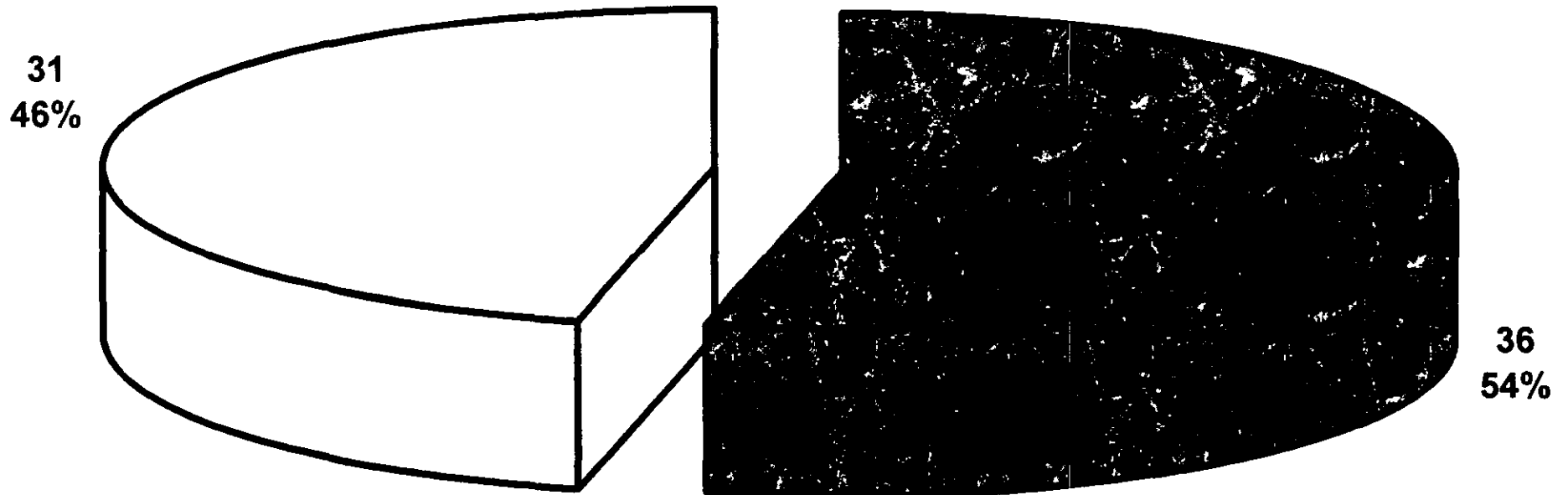
Dentro de las complicaciones posquirúrgicas que se presentaron más frecuentemente en nuestros pacientes fue la fístula oronasal en un 10%, realizándose en un solo tiempo quirúrgico el cierre de esta a 5 de los 7 pacientes que la presentaron, sin complicaciones secundarias, el sangrado se presentó en el 6% de los pacientes y en un 3% la dehiscencia de herida e incompetencia velofaríngea (gráfico 21). Revisando el peso actual de los pacientes observamos que más del 50% de los pacientes se encontraban entre las percentilas 25-97, hablándonos esto de una mejoría notable en cuanto su estado nutricional posterior al manejo quirúrgico (gráfico 22).

De las especialidades que intervinieron en el manejo de los pacientes, pediatría y cirugía plástica seguidas de estomatología y genéticas son las que manejaron el mayor número de pacientes el resto de las especialidades como nutrición, psicología, otorrinolaringología, intervinieron en muy pocos casos, no refiriéndose la intervención de terapia del lenguaje en ningún caso (gráfico 23), indicando esto la falta de comunicación entre las especialidades que deben integrar el equipo interdisciplinario, así como el

seguimiento de un flujograma para el manejo de este tipo de
pacientes

GRAFICAS

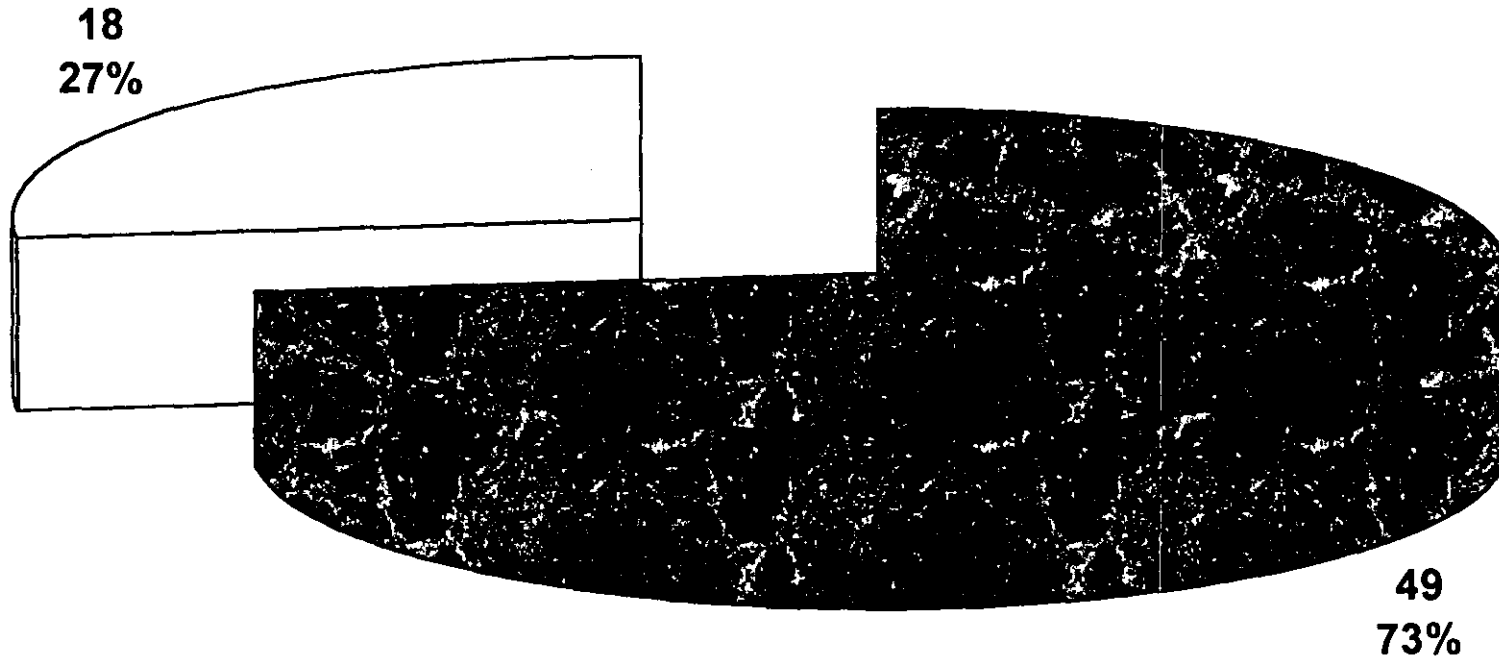
SEXO



■ MASCULINO □ FEMENINO

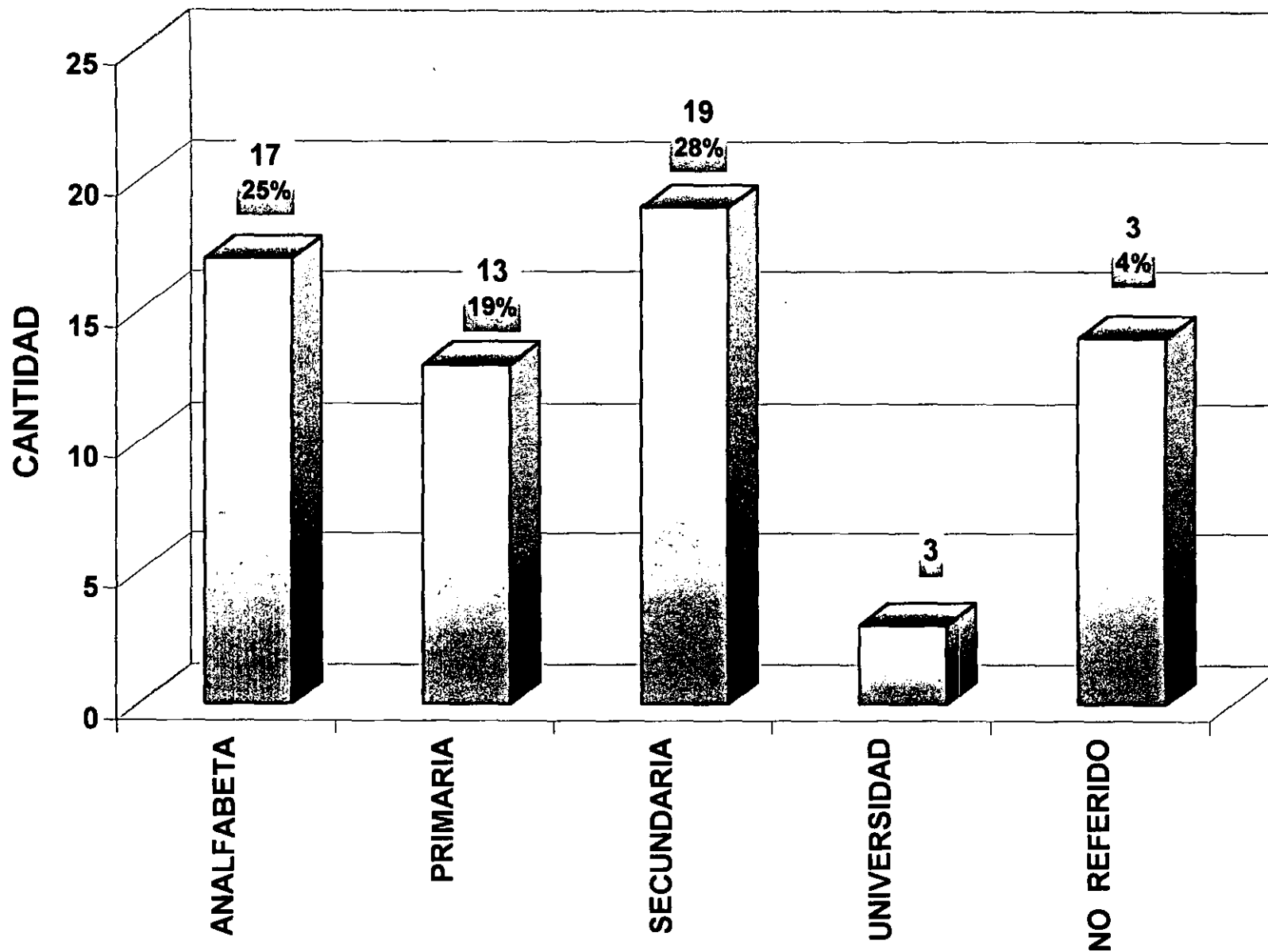
Total de Pacientes 67

LUGAR DE NACIMIENTO



Total de Pacientes 67

ESCOLARIDAD MATERNA



NOTA : NO SE REFIERE ESCOLARIDAD MATERNA EN EL EXPEDIENTE DE UN PACIENTE

CONTROL PRENATAL

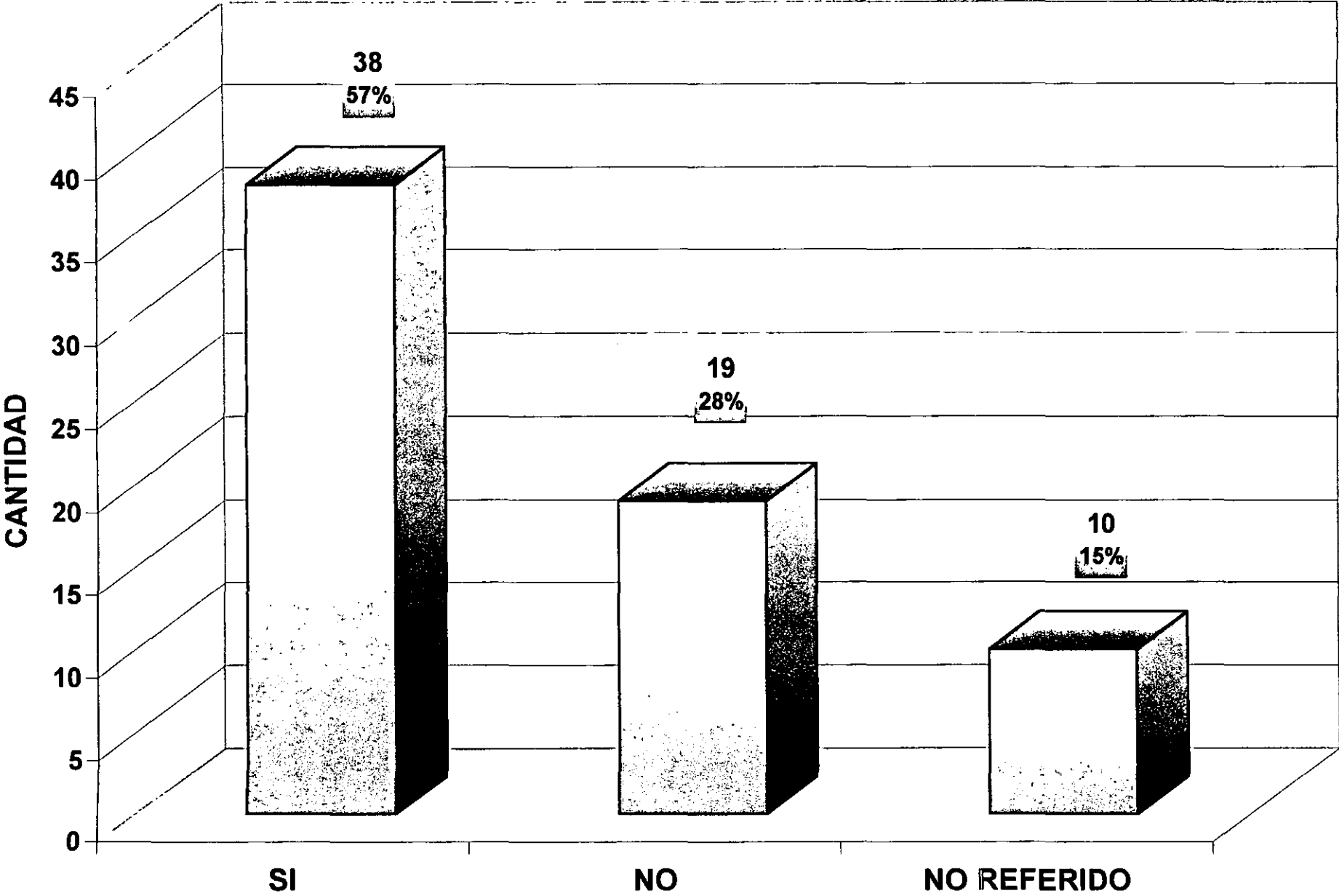
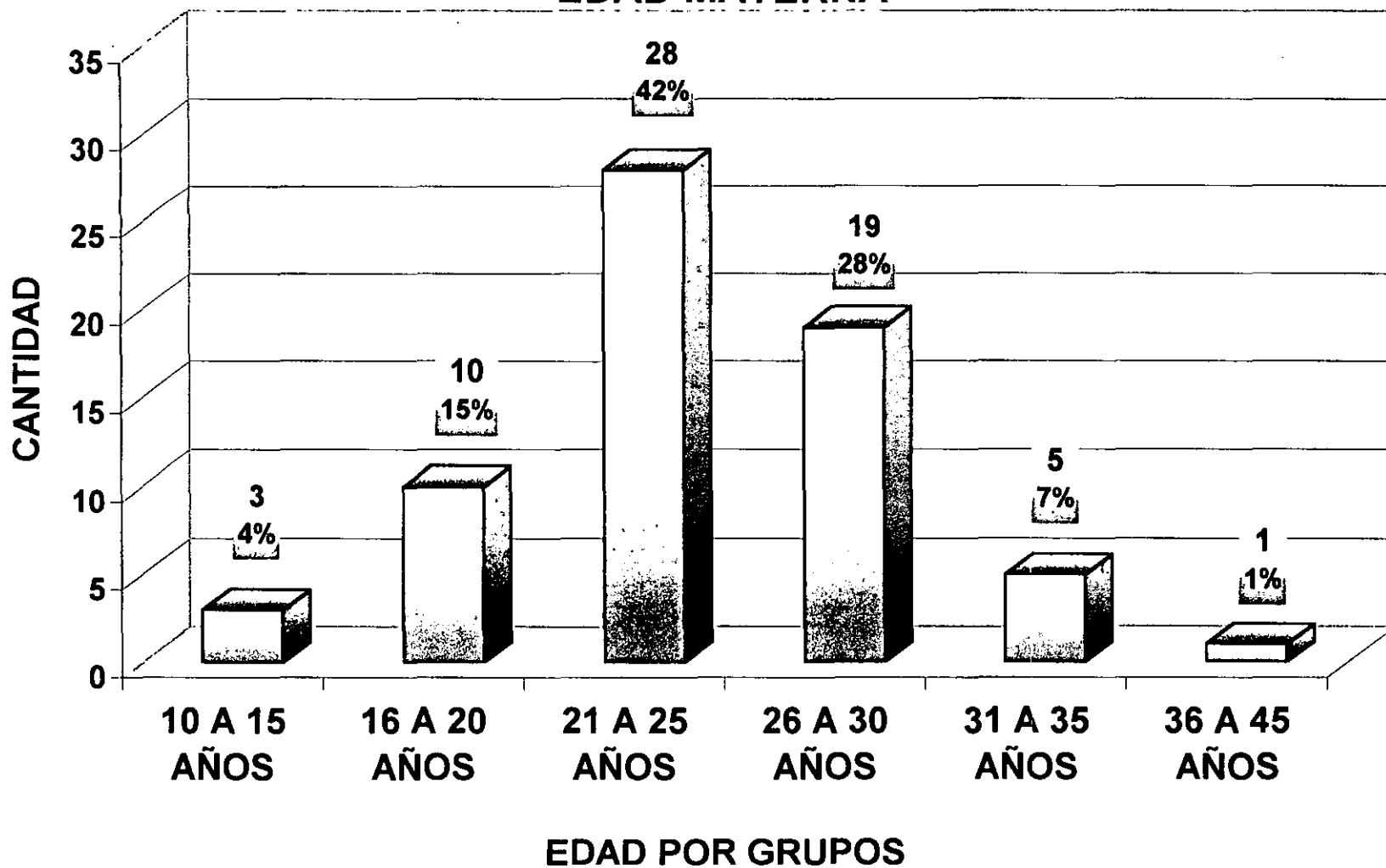


GRAFICO 4

EDAD MATERNA



NOTA: No se refiere edad materna en el expediente de un paciente

NUMERO DE GESTA

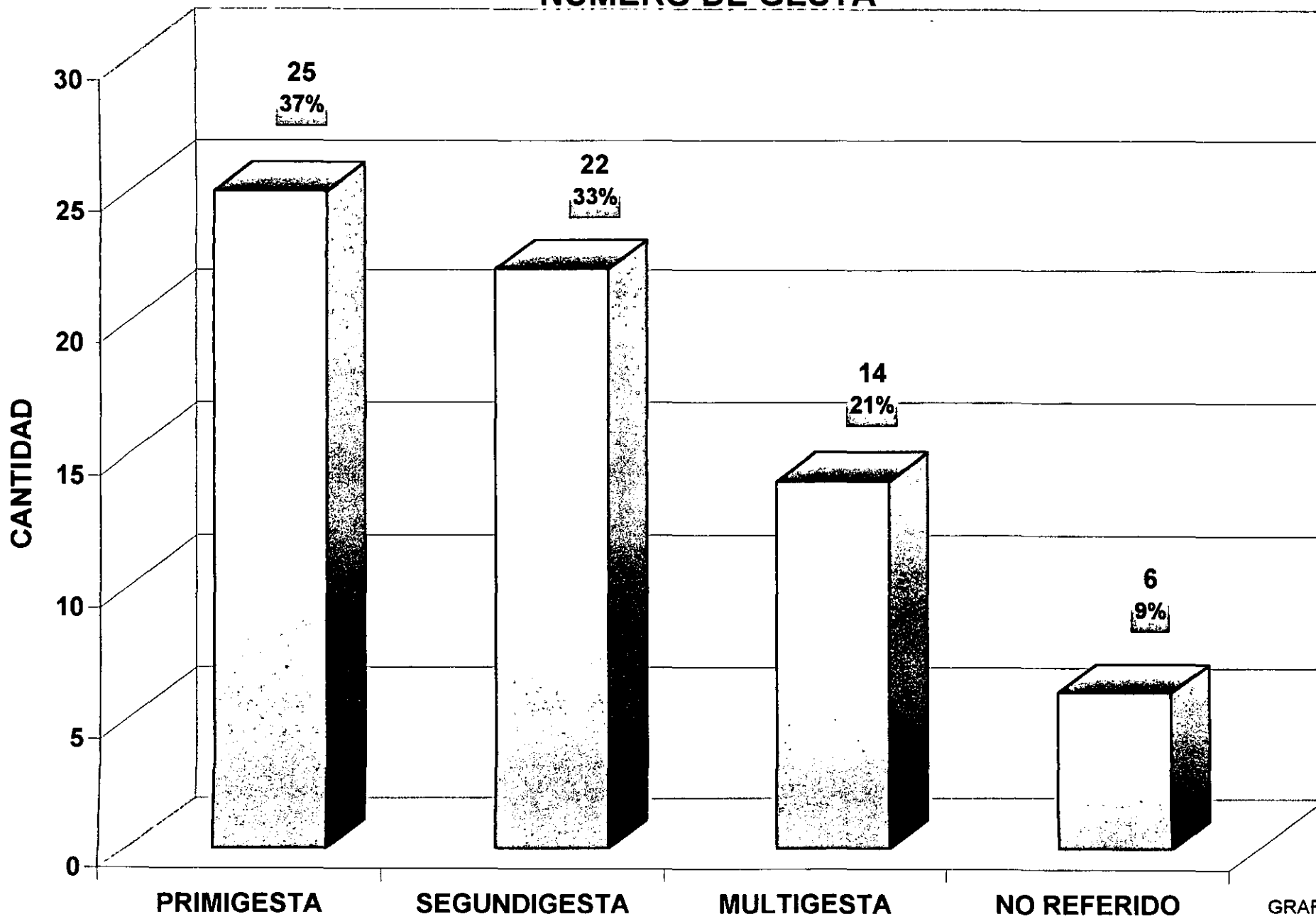
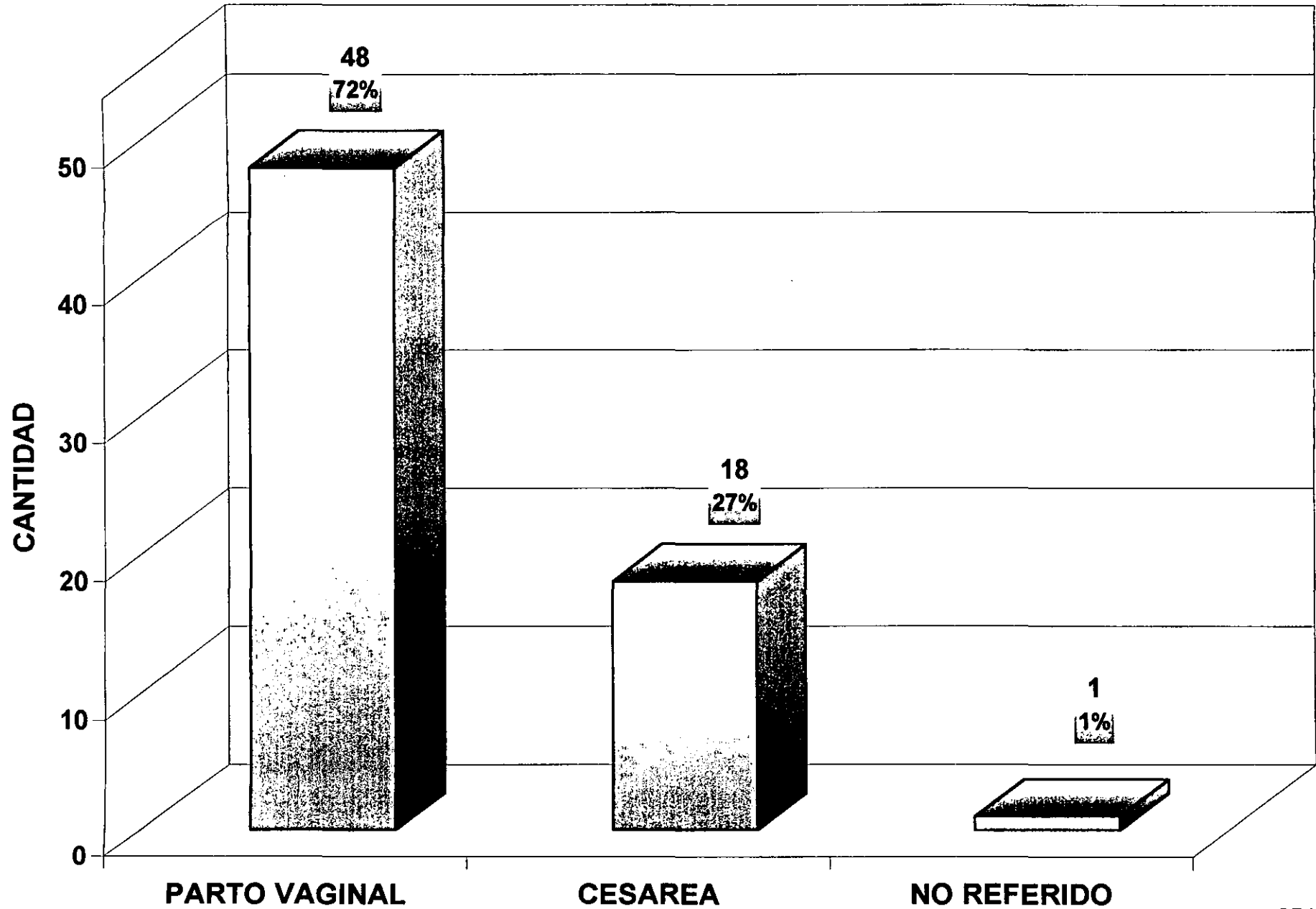
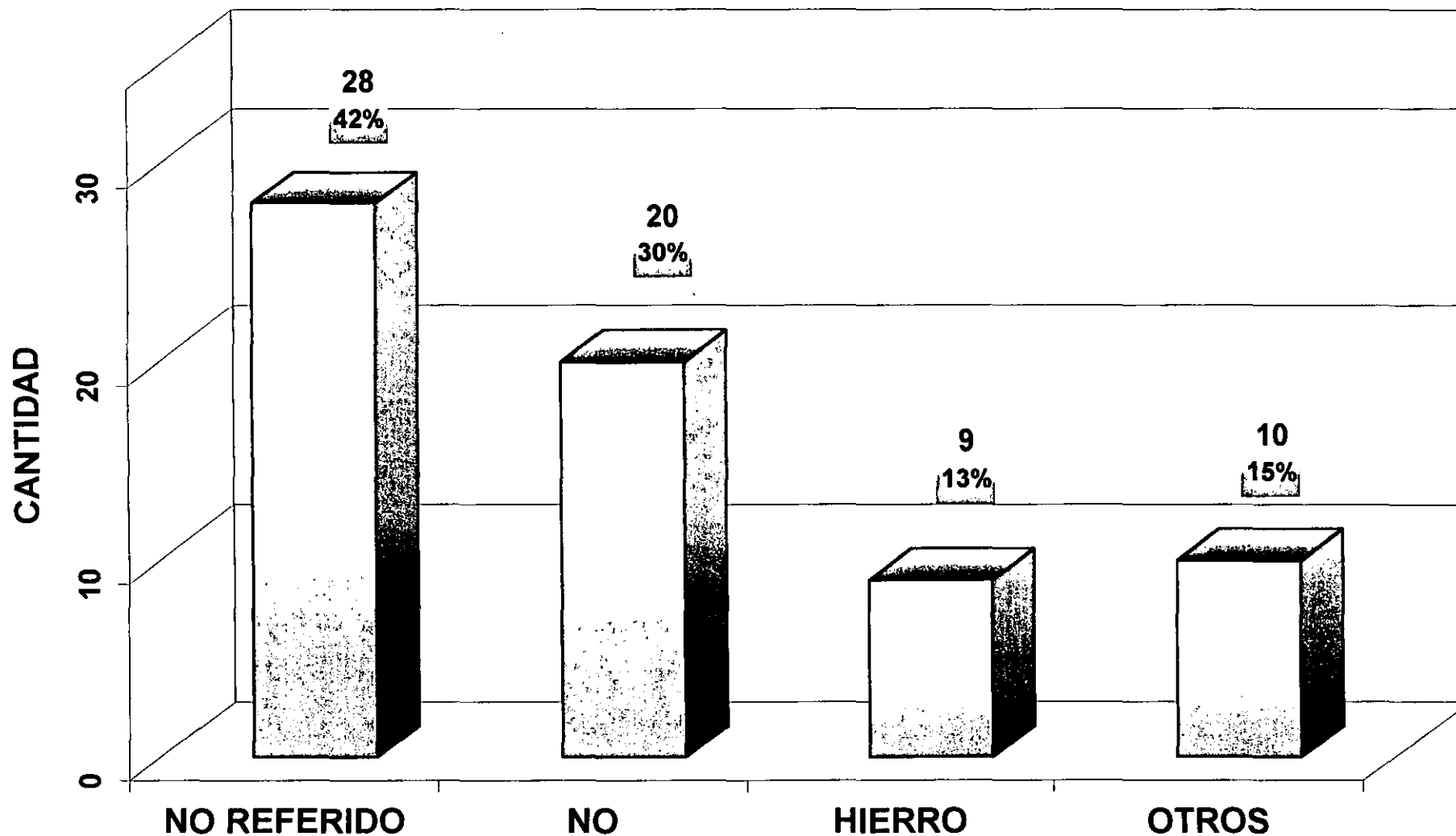


GRAFICO 6

VIA DEL NACIMIENTO

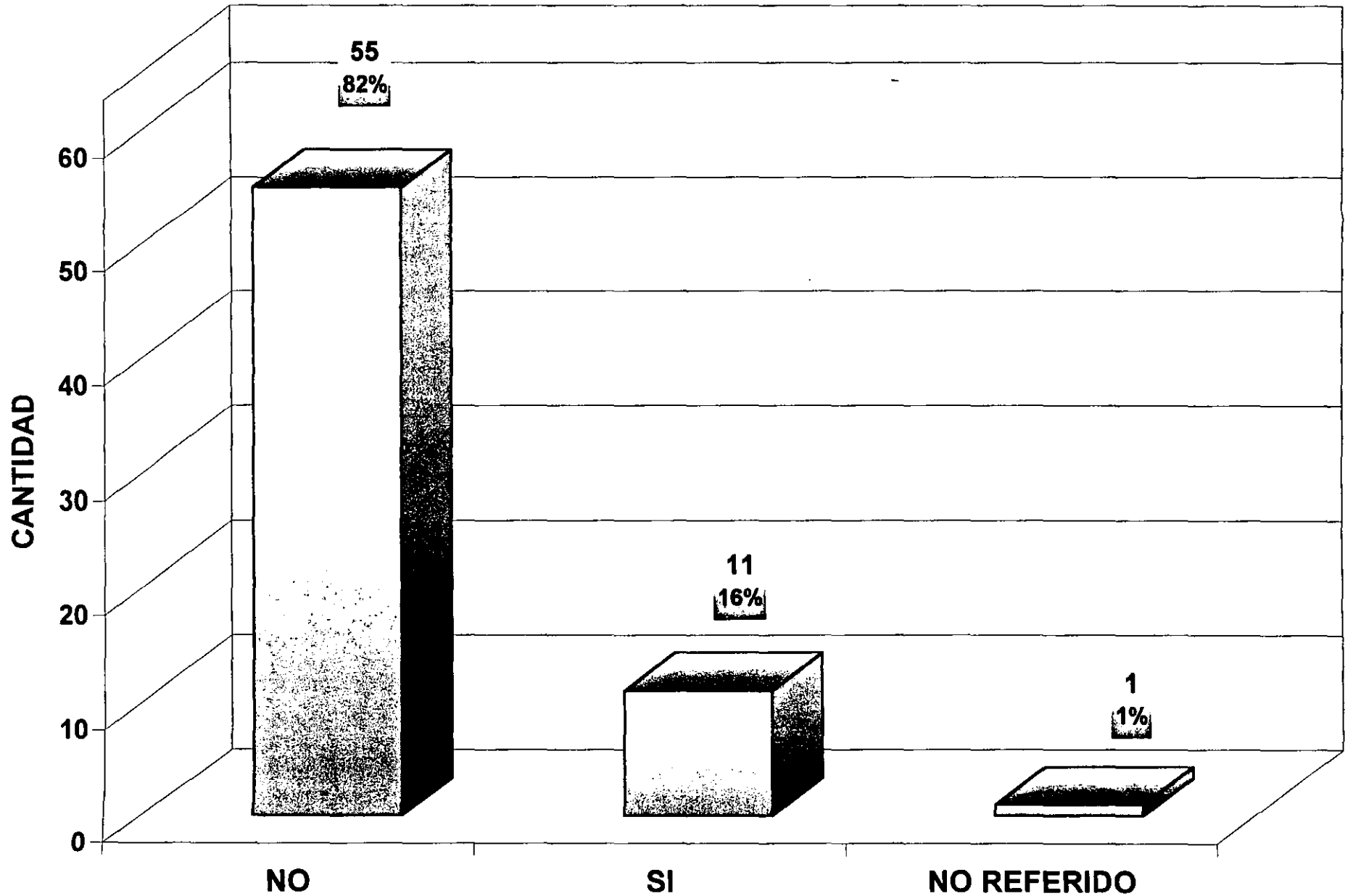


MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE EL EMBARAZO

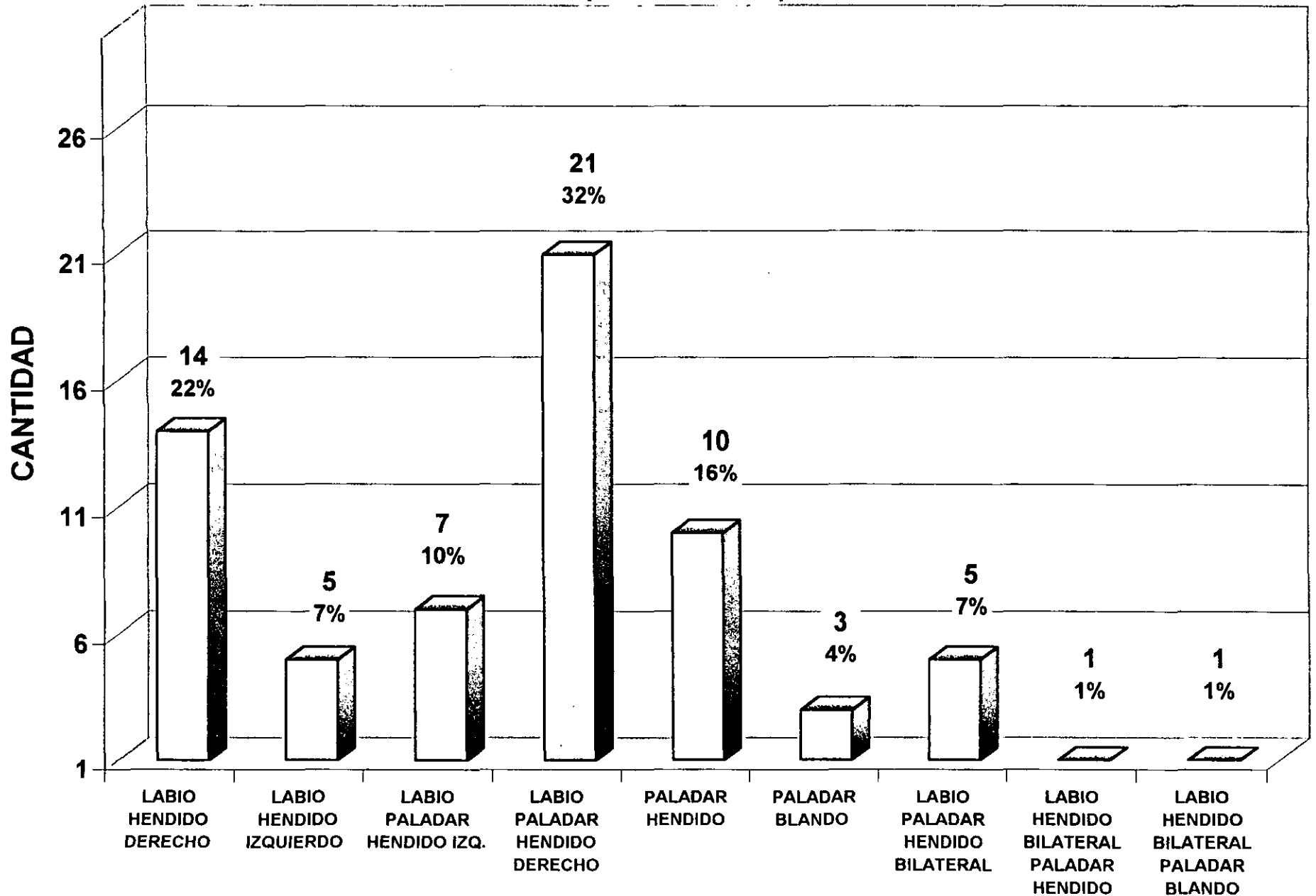


* OTROS: Anti-hipertensivos: Hidralacina,
Antibióticos: Ampicilina
Antiepilépticos: DFH

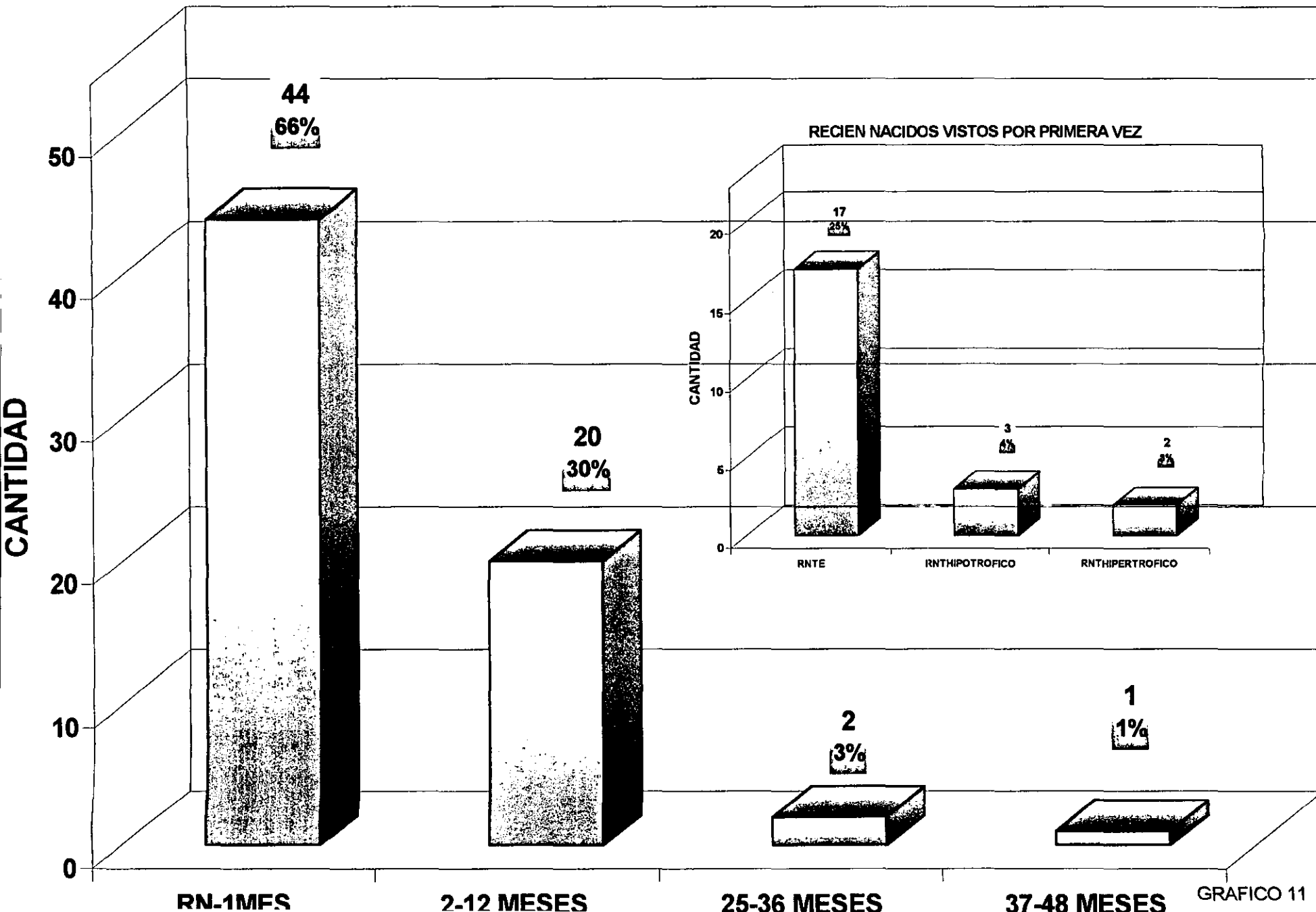
ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES



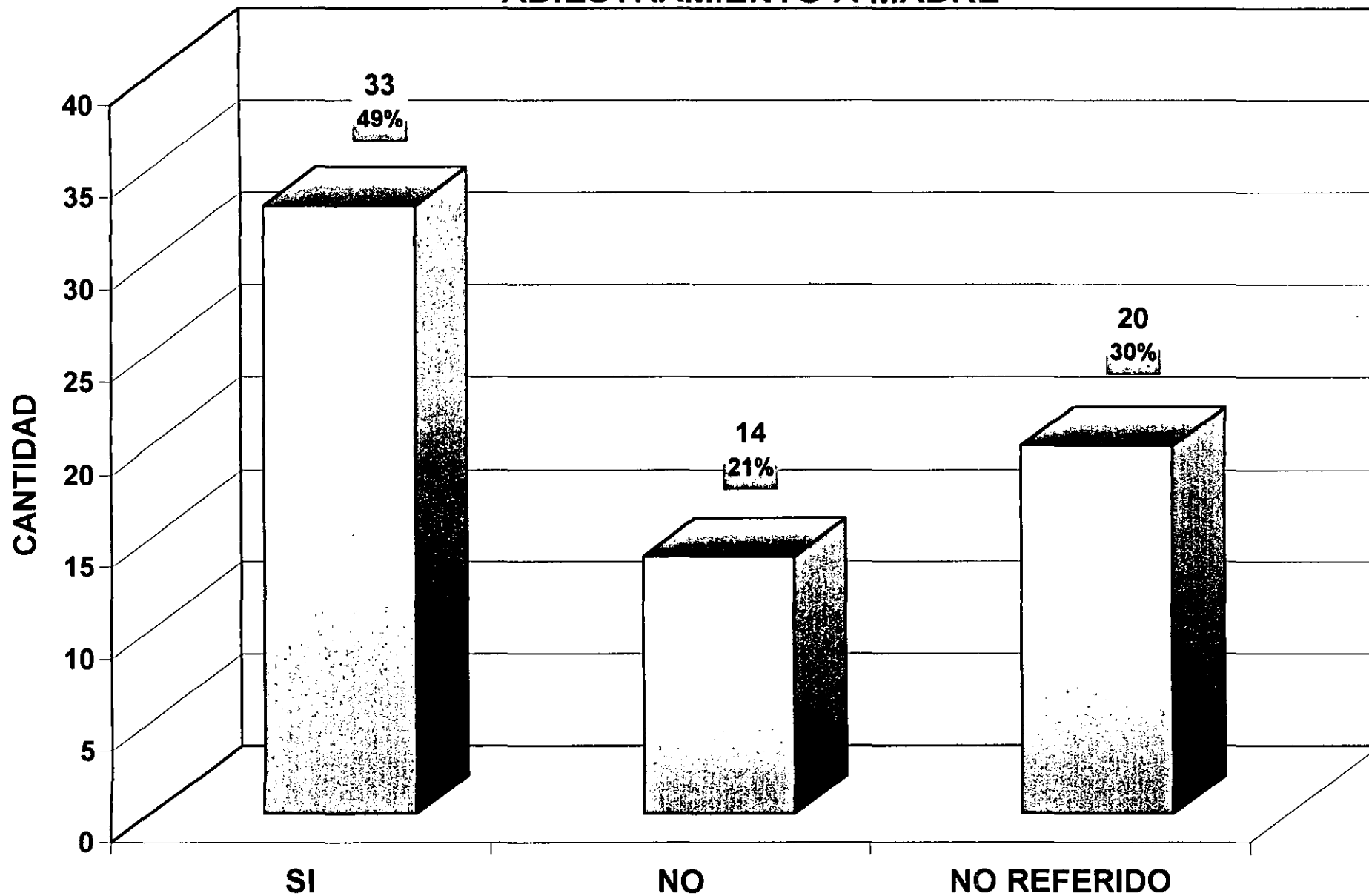
LABIO Y PALADAR HENDIDO PREDOMINIO DEL DEFECTO (1995 - 2000)



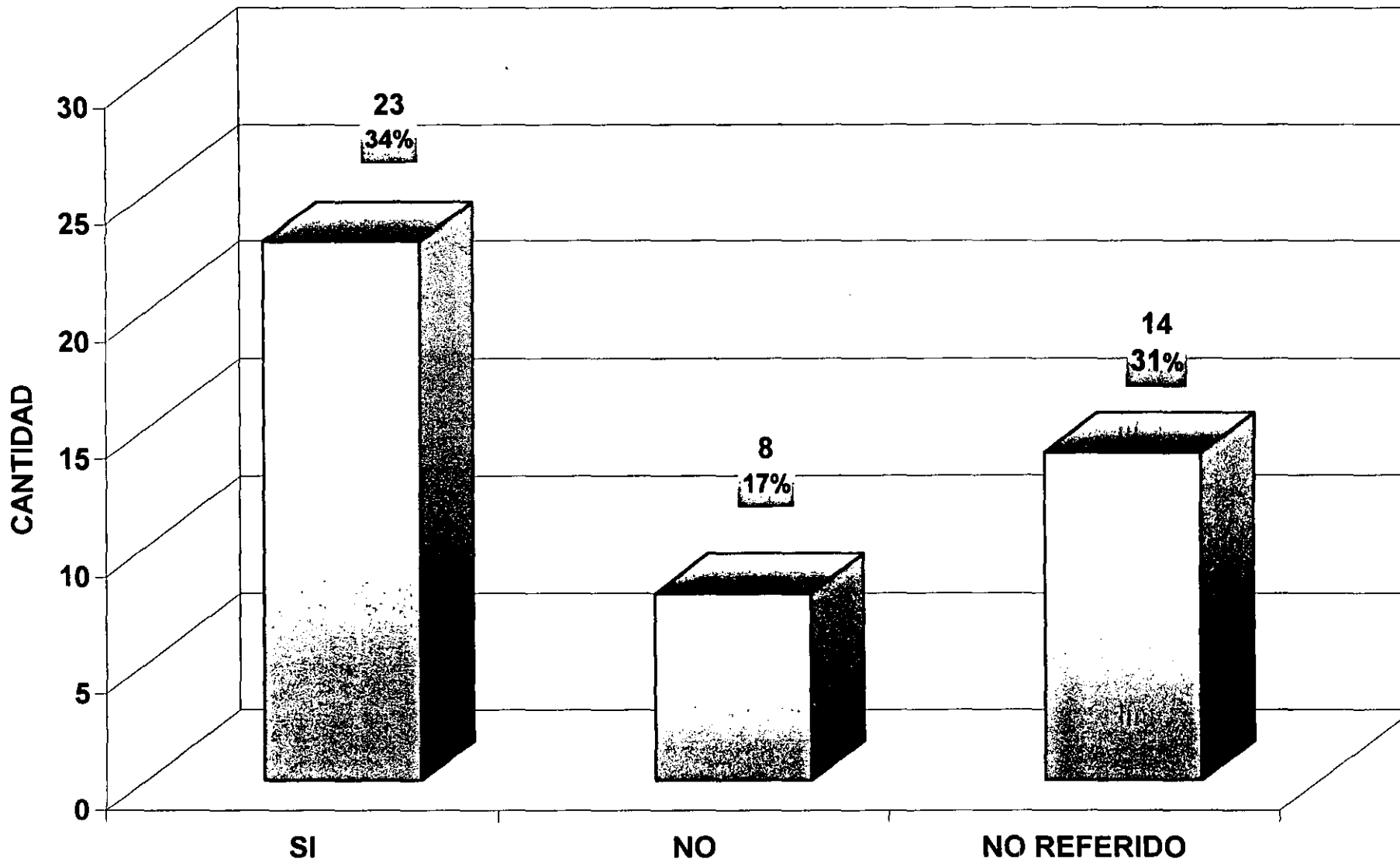
EDAD DE LA 1ER. CONSULTA A PEDIATRIA



ADIESTRAMAMIENTO A MADRE

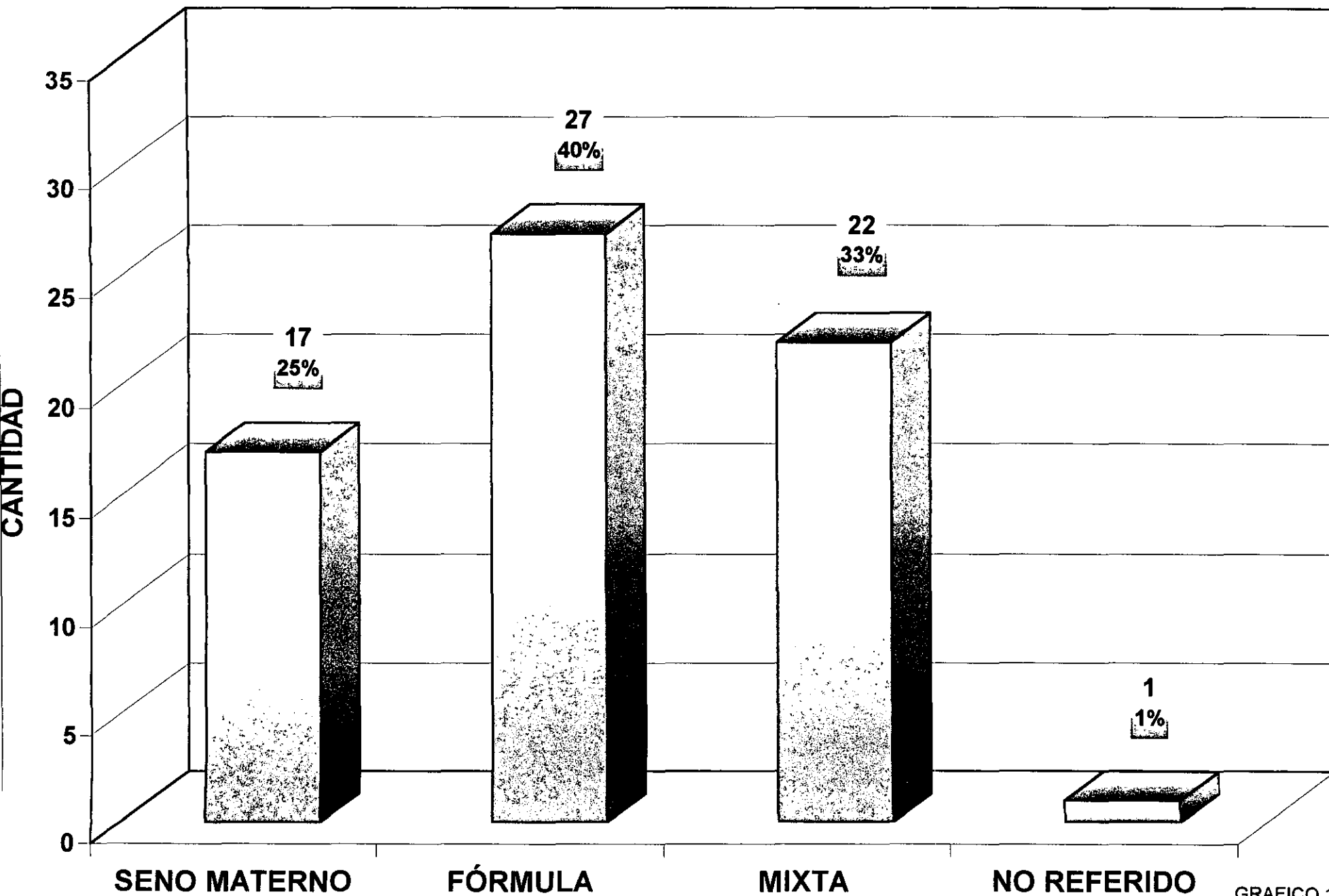


PLACA OBTURADORA



*** 22 PACIENTES NO OCUPABAN PLACA OBTURADORA**

ALIMENTACION



FORMA DE ALIMENTACION ETAPA NEONATAL

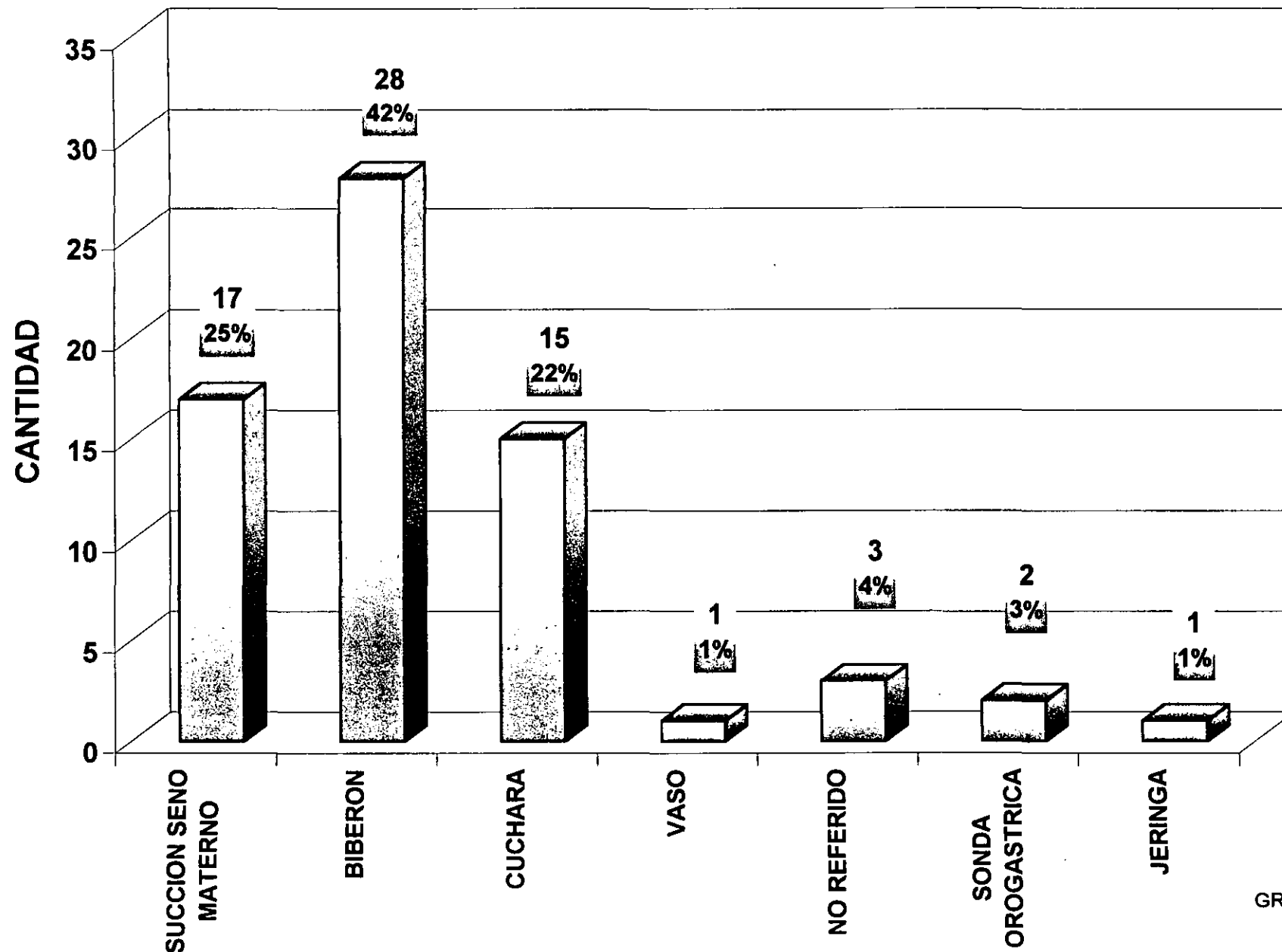
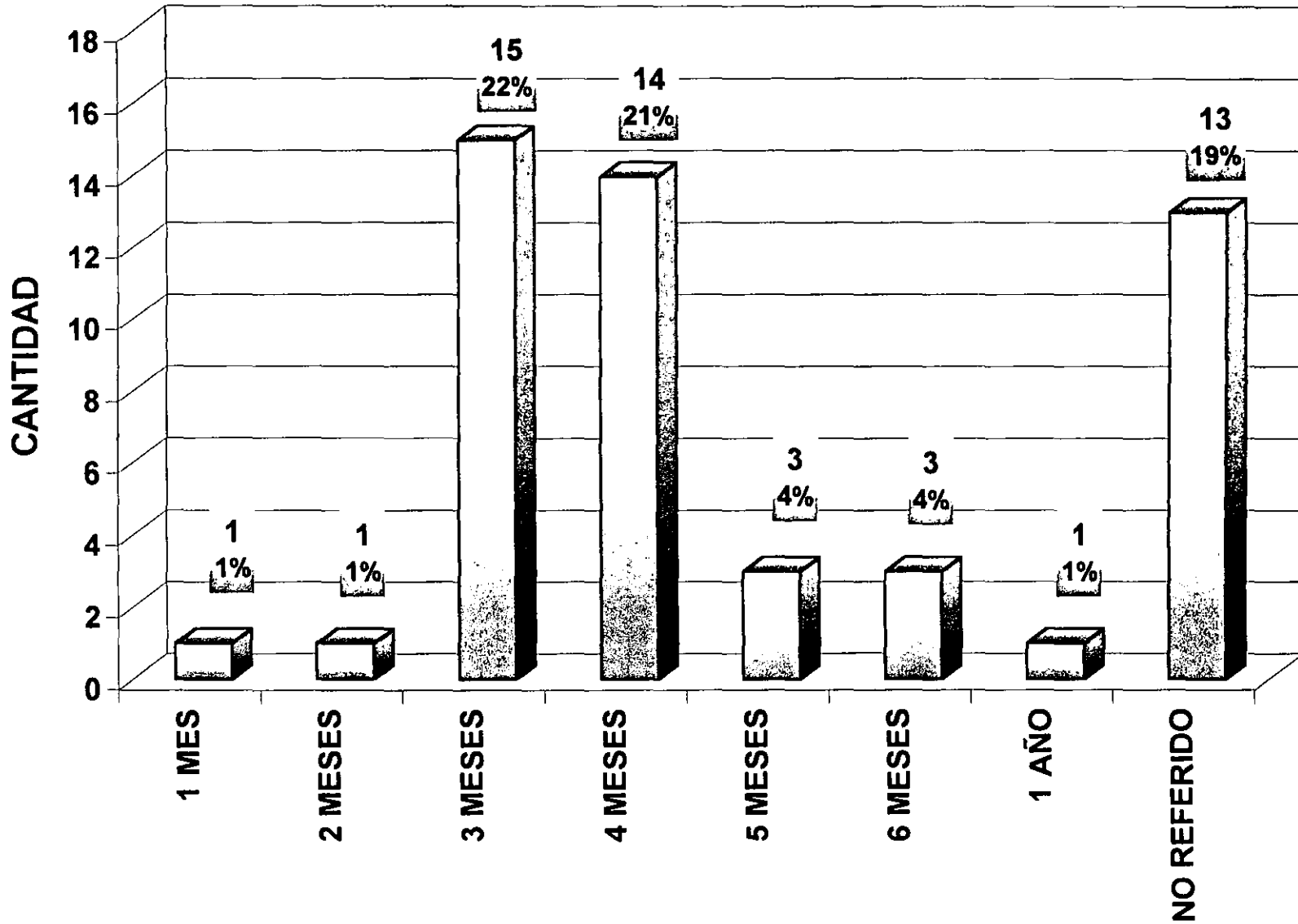


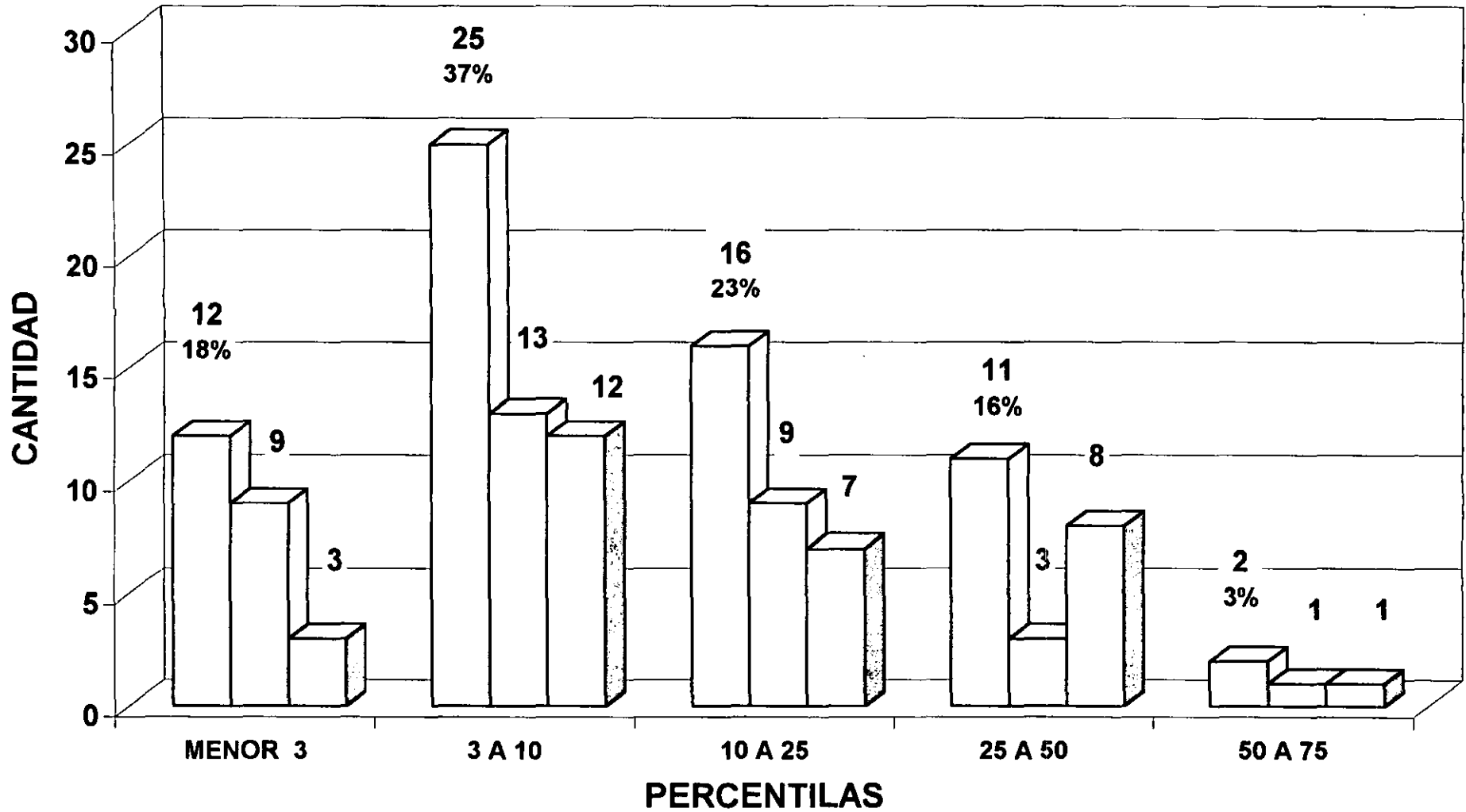
GRAFICO 15

ABLACTACION



* 16 PACIENTES AUN NO SE ABLACTABAN

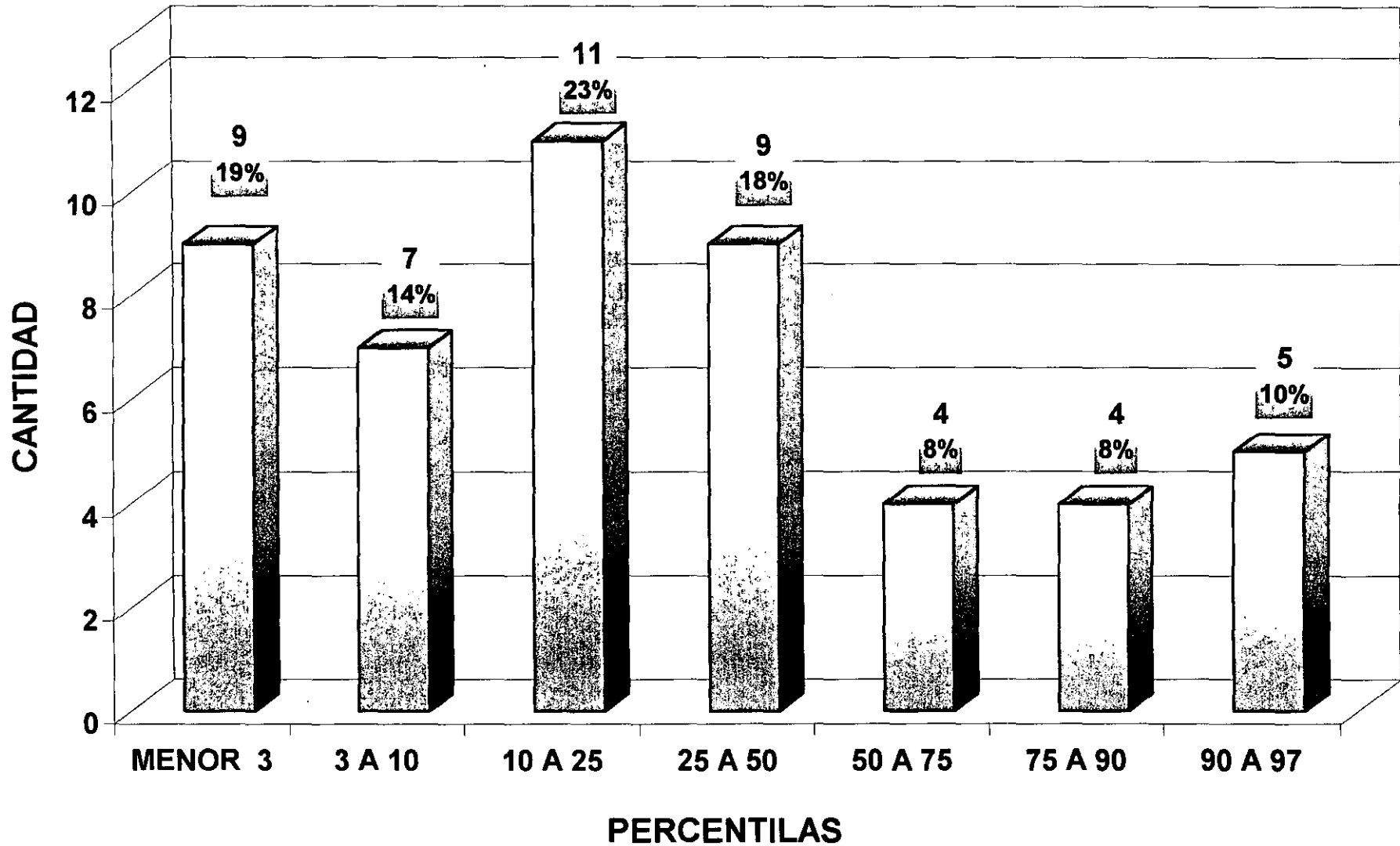
PERCENTILAS DE ACUERDO A EDAD Y PESO AL NACER



NUMERO DE PACIENTES
 MASCULINO
 FEMENINO

NOTA: En el expediente de un paciente no se refiere ni talla ni peso por lo que no se percentilo

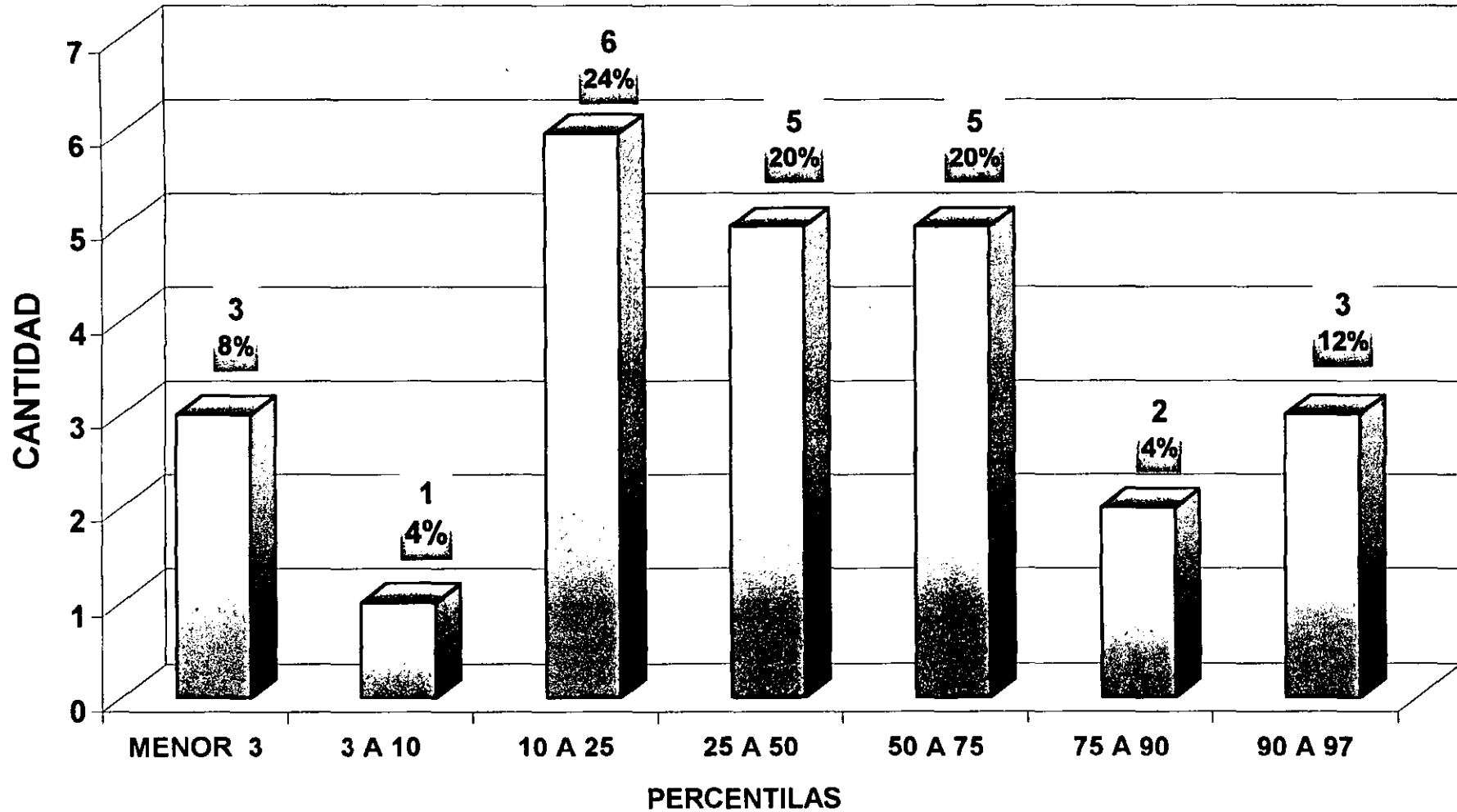
PERCENTILAS DE ACUERDO A EDAD Y PESO ANTES DE LA QUEILOPLASTIA



* DE 54 PACIENTES QUE OCUPAN QUILOPLASTIA SE LES REALIZO SOLAMENTE 49 PACIENTES

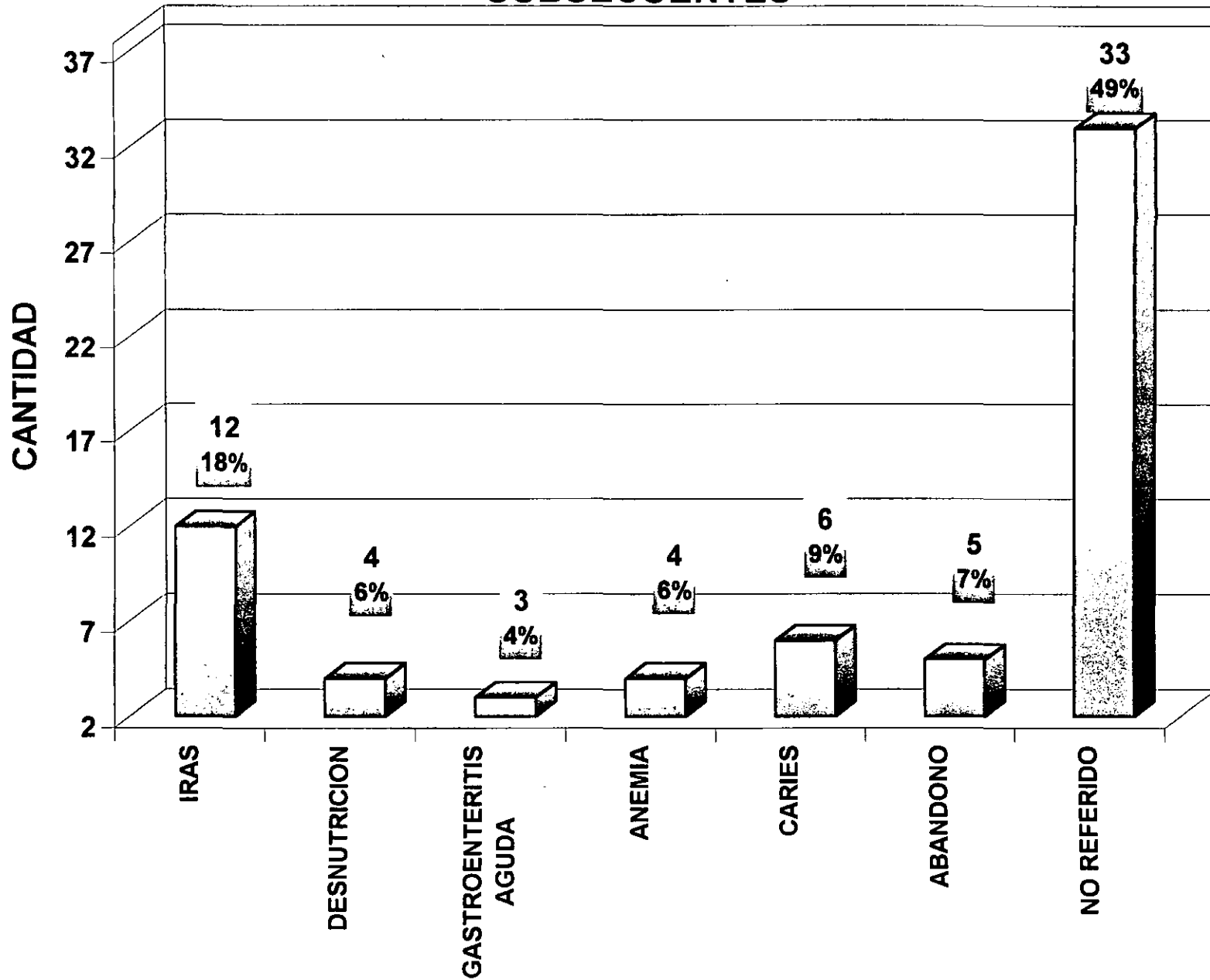
* LAS EDADES DE LOS PACIENTES OSCILAN ENTRE LOS 19 DIAS Y 1AÑO 8 MESES

PERCENTILAS DE ACUERDO A EDAD Y PESO ANTES DE LA PALATOPLASTIA

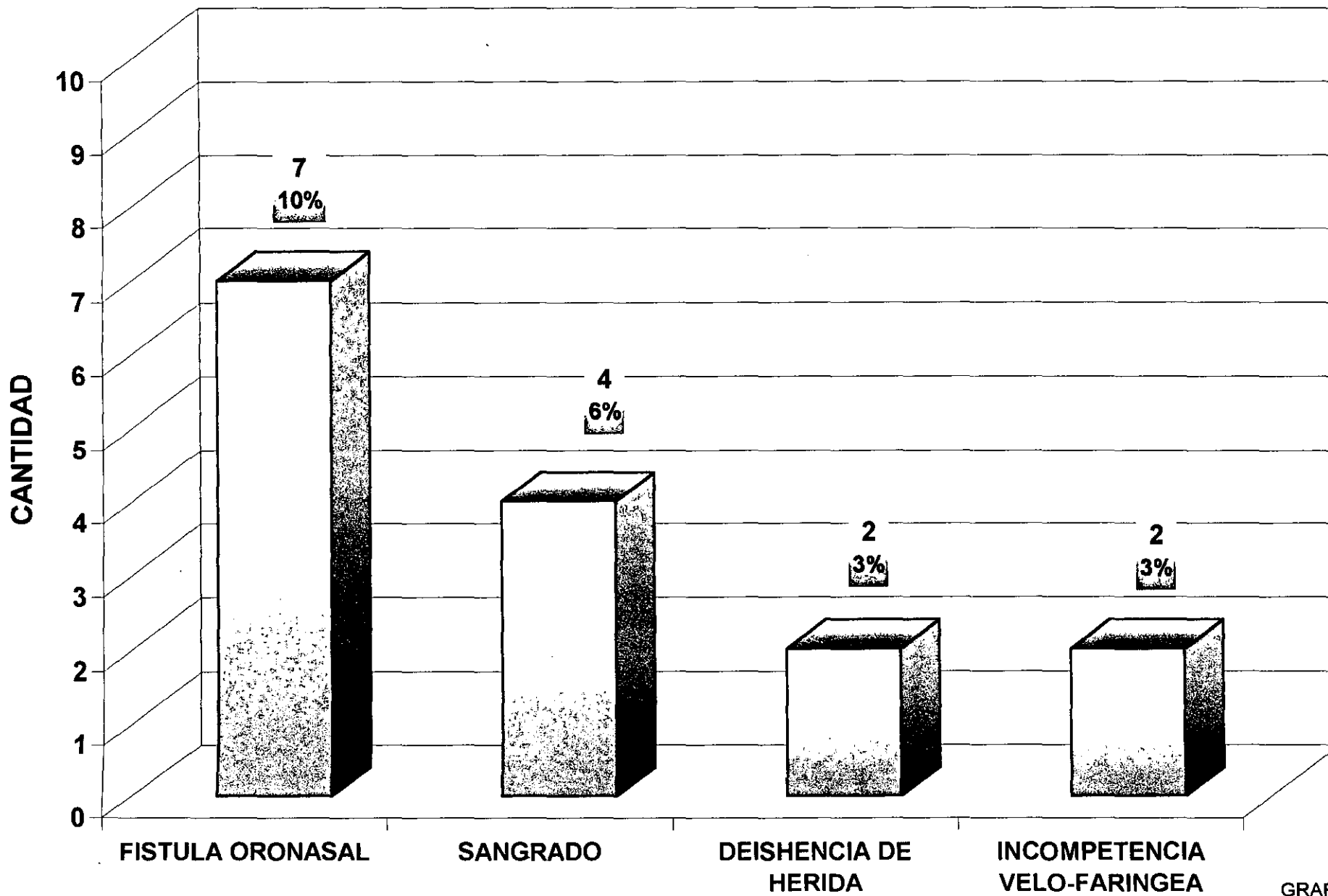


- * DE 45 PACIENTES QUE OCUPARON PALATOPLASTIA SE LES REALIZO SOLAMENTE A 25 PACIENTES
- * LAS EDADES DE LOS PACIENTES OSCILAN ENTRE 1AÑO A 3 AÑOS

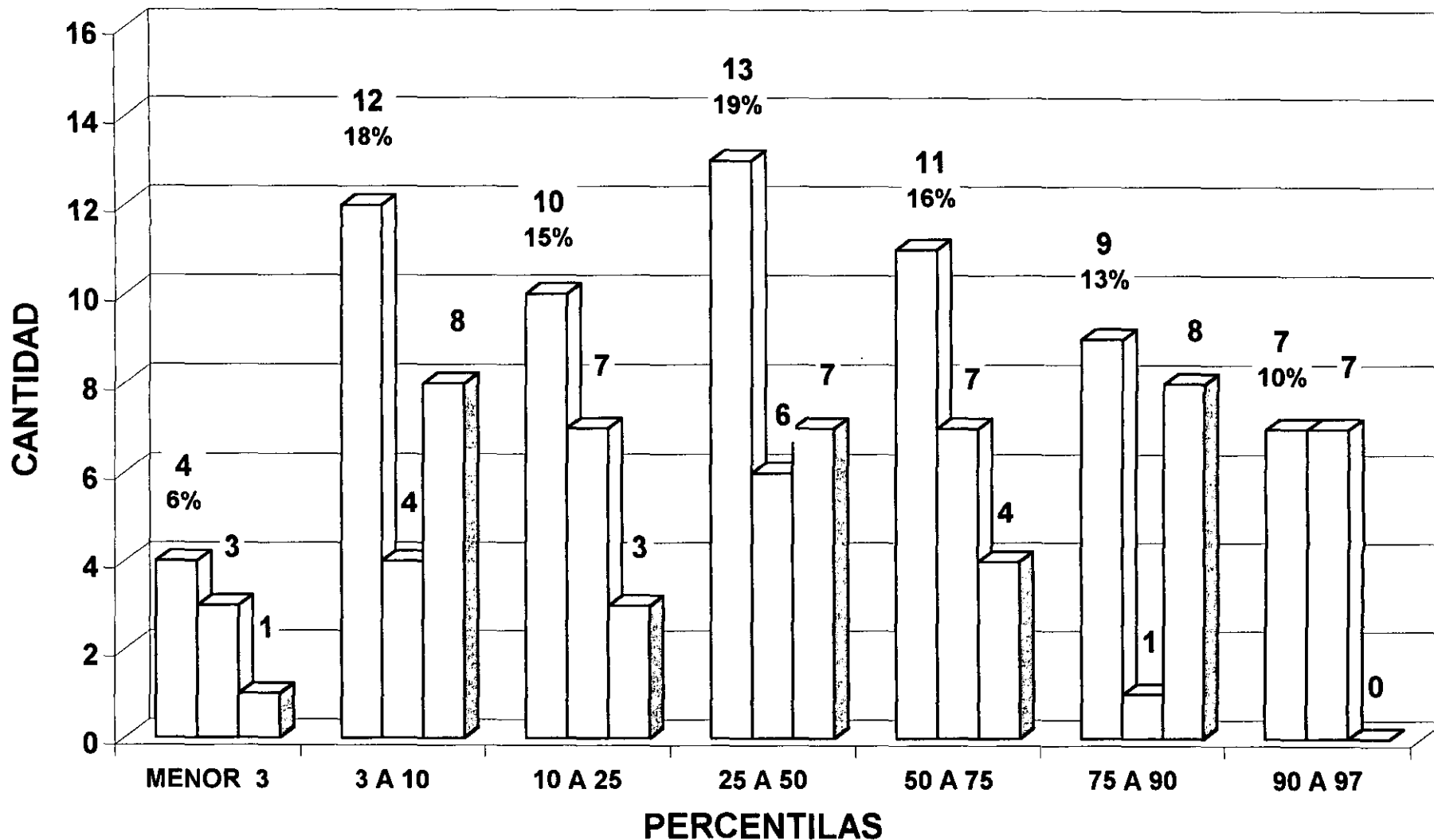
FRECUENCIAS DE ENFERMEDADES EN CONSULTAS SUBSECUENTES



COMPLICACIONES QUIRURGICAS



PERCENTILAS DE ACUERDO A EDAD Y PESO ACTUAL



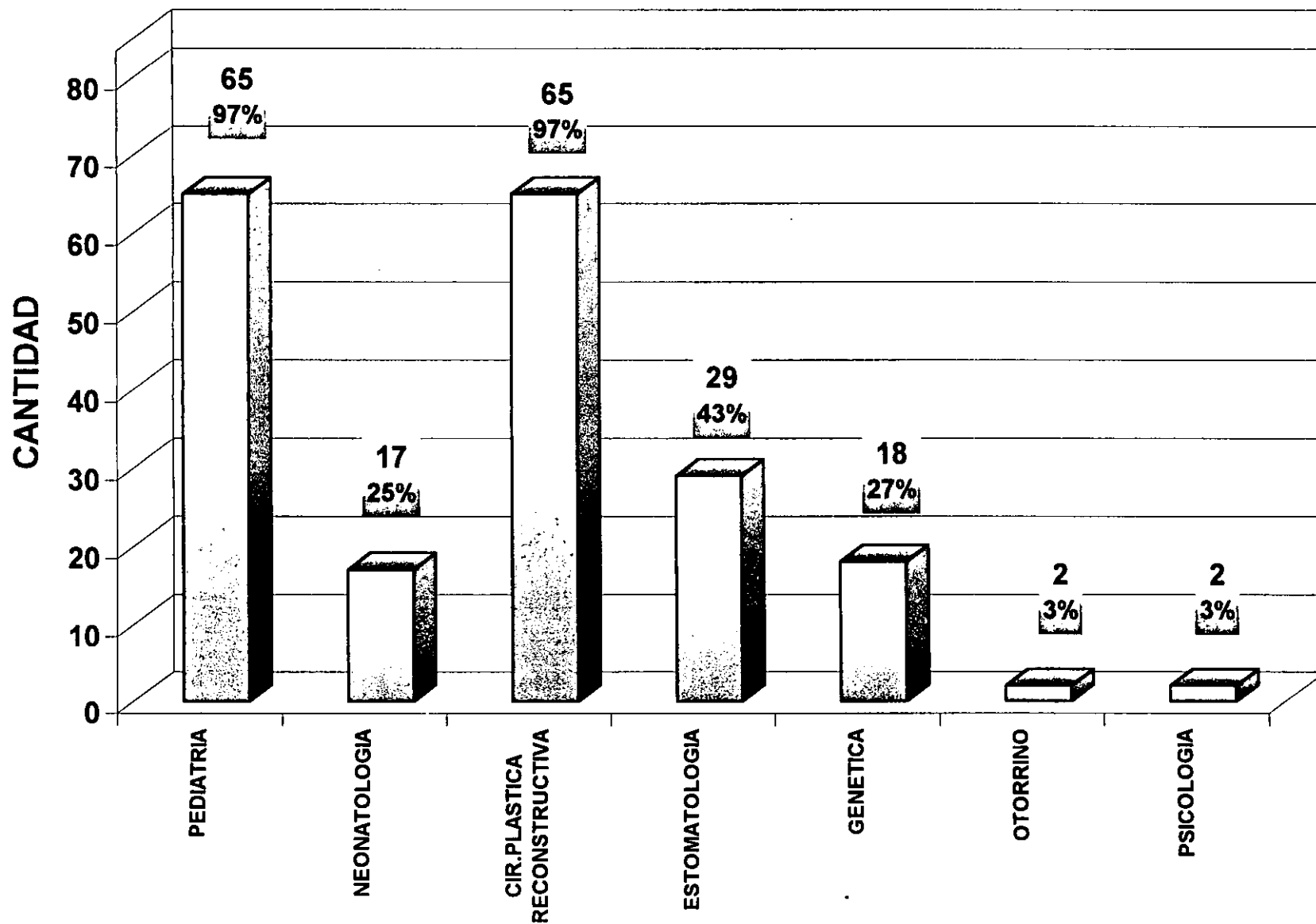
□ NUMERO DE PACIENTES

□ MASCULINO

□ FEMENINO

NOTA : En el expediente de un paciente no se refiere ni talla ni peso por lo que no se percentilo

ESPECIALIDADES QUE INTERVINIERON EN LA EVALUACION



CONCLUSIONES Y DISCUSION

Mucho podemos discutir y elucubrar de acuerdo a los resultados encontrados en este estudio dónde los gráficos muestran claramente las tendencias epidemiológicas, el objetivo primordial tiene que ver con los avances tecnológicos y en la ciencia que curiosamente contrastan en los cuidados que se derivan de esta revisión. Es así que, ante los avances científicos en las épocas que marcan históricamente los fines del siglo XX e inicio del siglo XXI donde el abordaje de la nueva era es encontrar a fondo los grandes misterios a nivel genético al referirnos en la actualidad al conocimiento del genoma humano marca el principio de una serie de acciones que se correlacionan.

Con los más de 300 millones de genes en función de sus nucleótidos, descritos ya hace más de 50 años por la famosa doble hélice que es el Modelo de Watson y Crick, sabemos que la mutación en la secuencia de estas cadenas en los brazos de los cromosomas en el núcleo de la célula pero que además las proteínas son las responsables de que estas acciones genéticas se lleven a cabo, si bien es cierto que el modelo de cada par de cromosomas puede definir entidades nosológicas específicas, no conocemos muchas de sus funciones por ello no

debemos ser ajenos a que la condición nutricional tendrá que ver con el desarrollo de cualquiera de nuestros niños. conociendo además las desventajas en el crecimiento del paciente desnutrido, tenemos pues que considerar los aspectos nutricionales que debemos observar en el entorno de un niño que nace con malformaciones labio-alveolo-dentales, condición que no se consideró al analizar nuestra revisión cuyo objetivo principal fue evaluar este concepto en los 67 casos estudiados en los últimos cinco años.

Los resultados encontrados en este estudio, cuyo objetivo y premisa fue conocer el estado nutricional de los niños con Labio y paladar hendido, en cierta manera son congruentes con lo esperado, ya que no solo contribuye la patología en si a la problemática propuesta en nuestra hipótesis, si no que también influyen los factores maternos, como la edad, escolaridad, antecedentes heredofamiliares, lugar de origen, si llevo o no control prenatal, medicamentos empleados, edades en las que se inicio el manejo, así como edad en las que se realizo la primera intervención quirúrgica y sus complicaciones.

Tenemos que tener en cuenta y aceptar que de acuerdo a los resultados encontrados, se muestra un desinterés en cuento a la toma de parámetros como el peso, talla los cuales son

indispensables para percentilar a nuestro paciente y llevar un control estricto en su crecimiento y desarrollo, que a la vez son importantes en los tiempos quirúrgicos así como en sus complicaciones, como las infecciones, las cuales se presentan principalmente en pacientes con alteraciones en su sistema de defensa por desnutrición.

El hecho de que no se encontraran pacientes desnutridos en la base de datos no excluye que un porcentaje elevado, casi 50% de los pacientes se encontró por debajo de la percentila 25, también tendrá que ver las características de la ablactación la cual se efectuó de manera temprana y desordenada, también los aspectos técnicos al no terminar de definir si estos niños pudiesen recibir los beneficios de la alimentación al seno materno, en trabajos previos se demostró que esto era posible con una buena asesoría y complementando los aspectos de evaluación interdisciplinarios por los servicios de genética, cirugía plástica y reconstructiva, maxilofacial etc. pero el principal control debe ser llevado por el servicio de Pediatría.

Cabe mencionar también la importancia de diagnosticar y derivar a tiempo al paciente hacia las diferentes especialidades que forman el equipo interdisciplinario para su manejo y seguimiento tanto de sus problemas físicos,

nutricionales, complicaciones y sobre todo el medio social, ya que es muy importante la integración tanto en su familia como en la sociedad donde se desenvolverá. Recalcaré, la importancia de integrar el expediente clínico de nuestro paciente con todos y cada uno de las variables que se han visto en este estudio, ya que de ello depende integrar un diagnóstico, manejar y llevar un buen control de la patología del paciente.

Debemos realizarnos las siguientes preguntas en consecuencia, la primera de ellas que tipo de alimentación le voy a ofertar al recién nacido que se detecta su problema desde su primera respiración, cuando y como voy a definir si es posible amamantarlo, cuando utilizar una alimentación mixta, cuando fórmula artificial y de manera posterior como voy iniciar la ablactación. Lo anterior deberá definirse de manera temprana considerando el tipo de defecto, la necesidad de placa, la disposición materna tanto en enfoque psicológico como el entrenamiento a recibir desde una madre analfabeta hasta una profesionista, aquí el análisis refleja que lamentablemente el procrear un niño con malformaciones alveolodentales tiene relación directa con el nivel cultural, demostrado en nuestro grupo donde un 25% de las madres era analfabeta y socioeconómico bajo, así como de su procedencia fuera de la

urbe, por lo que debemos encaminar acciones muy específicas en esquema de alimentación en este grupo de madres, considerando además que casi el 40% son madres primigestas con mal control prenatal casi la mitad no contó con el mismo y obviamente sin experiencia al tener su primer hijo y con un impacto emocional severo al observar el defecto que nos han llegado a referir como grotescos o monstruosos dónde el entorno es adverso en la atención y calidad de sus propios hijos, definirá las acciones que el personal de salud tomará primero al mostrárselo, segundo al informarle que en la actualidad este tipo de defecto es corregible en su totalidad y en la importancia de extremar sus cuidados porque su conducta se refleja en la condición anímica del recién nacido Tendremos que buscar de primera intención el aspecto favorable propositivo y de información a la madre a quien nos esforzaremos por ofertar de primera intención alimentación al seno materno no solo por sus bondades y ventajas sino por su costo y la poca necesidad de entrenamiento. sino por el acercamiento y condición psicológica de la madre y el niño, que se encuentran en nuestro hospital.

En secuencia si la alimentación al seno no es posible, elegir la fórmula láctea y el tipo de técnica que deberá aplicarse incluso antes de que se valore el uso de placa así que deberá

realizarse un doble entrenamiento en caso de colocársela o no; al principio posiblemente hasta con sonda de alimentación, con vasito, mamila y de segunda intención el entrenamiento con vaso, cuchara o gotero, siempre considerando los tiempos cantidades de acuerdo a la tolerancia gástrica cuidando además el entorno afectivo del abrazo materno, así como la posición.

En consecuencia al egreso del paciente debemos garantizar su control en lo que hemos propuesto como la clínica de labio y paladar para poder otorgar al paciente un control y atención de calidad condicionando con ello, un estado emocional adecuado del niño un crecimiento y desarrollo adecuado para poderse intervenir quirúrgicamente en el cierre de sus defectos de manera temprana y oportuna acorde con lo establecido, manejando la regla de los diez donde se valora que el paciente cuente con parámetros de laboratorio adecuados como diez de hemoglobina, así como contar con peso por arriba de los diez kilos, aunque la programación de la cirugía de corrección varia de acuerdo a la severidad del defecto, el cierre quirúrgico del labio hendido generalmente se lleva a cabo tan pronto el niño sea capaz de soportar la cirugía bajo anestesia general, realizándose La queiloplastia a partir de los tres meses del nacimiento y la cirugía del

paladar o palatoplastia se realiza entre los 18 y 36 meses de edad, continuando su control por el resto del equipo interdisciplinario hasta lograr el éxito total del tratamiento.

Dentro de los factores predisponentes encontrados y que se debe de hacer mas hincapié es en la búsqueda de antecedentes genéticos hereditarios ya que encontramos que un 16% de los pacientes contaban con este antecedente. por parte de abuelos, tíos y padres, lo que nos habla de la importancia de la intervención por genética para detectar estos trastornos, otorgar consejo genético de acuerdo a prevención temprana y derivación del área de obstetricia ya que no siempre se presenta sola esta malformación, se puede asociar a múltiples malformaciones a nivel de sistema nervioso central, corazón, en nuestra revisión no pudimos concluir cual fue el porcentaje de asociación a otros defectos sin embargo sabemos que existen. y que como siempre quedaron catalogados en el cajón de dismórficos.

El retraso de la intervención quirúrgica, repercute en forma de ciclo vicioso en el padecimiento y presentación de complicaciones, asociadas a este, ya que las causas principales por las que no se lleva a cabo la cirugía correctiva es la frecuencia de infecciones respiratorias,

debidas a malformaciones anatómicas de las vías aéreas superiores que causan trastornos en la deglución, ocasionando microaspiraciones que llevan a estos pacientes a cursar con compromiso respiratorio por infecciones repetitivas, esto aunado al déficit nutricional que es factor predisponente, ya que hay deficiencia del sistema inmunológico, ocasionando retraso en el manejo y a la vez en mejorar el estado nutricional del paciente, por lo que se debe insistir en la integración del expediente clínico completo y la comunicación entre las especialidades que integran el equipo interdisciplinario de la clínica de labio y paladar, para poder abatir o disminuir los eventos de morbilidad asociados a este grupo de pacientes, así como de sus complicaciones que en ocasiones ponen en riesgo la vida.

PROPUESTAS

- ◆ Abatir la morbilidad
- ◆ Insistir por parte del departamento de gineco-obstetricia, de la importancia de llevar un control prenatal adecuado, sobre todo a pacientes jóvenes primigestas entre el rango de edad de 16-30 años, en donde se presentó la mayor incidencia.
- ◆ Integración completa del expediente clínico, en búsqueda de factores de alto riesgo como antecedentes heredo familiares, ingesta de medicamentos durante el embarazo, sobre todo en el primer trimestre o exposición a otros teratogénicos.
- ◆ Detección y valoración del tipo de defecto oportunamente para derivar al paciente a las especialidades correspondientes para su manejo.
- ◆ Dar orientación a los padres y explicar en que consiste el defecto, así como sus complicaciones, incluyendo el adiestramiento en la manera y tipo de alimento que se debe dar a su bebé. Y la edad en la que se puede ablactar.

- ◆ Explicar la utilidad del uso de placa obturadora, así como su aplicación y cuidados en pacientes que la requieran.
- ◆ Insistir en la importancia de establecer la clínica de labio y paladar hendido así como el seguimiento del flujograma propuesto por el servicio de alojamiento conjunto.
- ◆ Consientizar al grupo médico de la importancia de la valoración de la somatometría y el estado nutricional de niños con malformación craneofacial.
- ◆ Integrar un equipo interdisciplinario con las especialidades necesarias para el manejo adecuado de este tipo de pacientes, involucrándolas desde el inicio del tratamiento hasta el final del mismo.
- ◆ Es muy importante manejar los aspectos psicosociales con estos pacientes para lograr una aceptación tanto de la familia como de la sociedad donde se desarrollarán.

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson Rde. Berhaman, Tratado de pediatría Ira. Interamericana 1995.
2. Keith L. Moore Embriología Clínica 4ta edición E. Interamericana 1990.
3. Prieto CT, Cardenas H, salvatierra A.M. Sucking pressure and its relationship to milk transfer during breastfeeding in huma,J,Reprod, Fert 1996; 108: 69-74.
4. Aspectos pediaticos en niños con labio y paladar hendido, Manual de la clínico del labio y paladar hendido, Hospital Pediatrico de tacubaya S.M.D.D.F.
5. Habel a, Sell D Mars M. Management of Cleft lip palate. Arch Dis. Childhood. 1996; 74; 360-366.
6. Mc Carthy plastis Surgery; Vol. 4 Cleft lip and Palate and craneofascial anormalidades, De W; B Sanders Staff 1990.
7. Maldonado C. Ernesto, Ceron C, José, Velázquez V, Manuel, Anestesia para cirugia de labio y paladar hendido. Anestesióloga mexicana en onternet, 2000.

8. Jaramillo Quiroga I.L. Lizarraga Celaya M.A. Estado de la atención a niños con labio y paladar hendido, propuesta para integración de Bol.,Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora, abril 2000 Vol. 17 27-30.
9. Womerssley J, Stone DH, Epidemiology of facial clefts. Arch Dis Child 1987; 62; 712-20.
10. Kellen B, Harris J, the epidemiology of orofacial cleft associated malformations, J. Craniofacial 1996; 16; 242-8.
11. Ortega A. Deformidades orofaciales, labio paladar hendido o ambos, Rect odontol 1996; 12; 47-80.
12. Molina M. Malformaciones genéticas, pract odontol 1984; 5; 43-80.
13. Lee J. Et al. Height and Weight archivements in cleft ilp and palate. Arch. Dis.Child. 1997; 76; 70-72.
14. 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 Macilofre surg 1996 (91-97).
15. Nackashii J Looking foward a guide for parents of child with clef lip and palate. Mead Johnson Foundation. Breastfeeding your baby 1990; 1:12-15.