



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN

Facultad de Odontología



"Pacientes con labio y paladar hendido registrados en el hospital-escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el período comprendido del año 2005 - 2009".

Elaborado por:

Eddy Antonio Téllez Téllez n. 78

Tamara Raquel Valle Aguilera n. 82

Martha Karina Vanegas Páiz n. 85

Tutor: *Dr. Julio Gómez.*

Asesor: *Humberto Altamirano.*

"A la libertad por la Universidad"



AGRADECIMIENTO:

A Dios principalmente por permitirnos concluir nuestro trabajo investigativo y guiarnos por el buen camino.

A nuestros padres, primeros representantes de nuestra formación, debido a que con su esfuerzo y dedicación nos han brindado su apoyo económico, moral y espiritual.

A nuestros tutores que han puesto en nosotros su ayuda incondicional con sus asesorías y acertados consejos para la finalización de nuestra investigación.



DEDICATORIA:

Con todo el amor que pueda existir en nuestros corazones dedicamos este valioso trabajo a Dios nuestro padre celestial que nos ha proporcionado el conocimiento que poseemos y por permitirnos seguir adelante y concluir nuestro trabajo investigativo.

A nuestros apreciados y honorables padres por brindarnos siempre su apoyo incondicional, aconsejándonos por los buenos caminos y preocupándose por nuestros estudios que es el único tesoro que ellos nos pueden dejar en nuestras hermosas vidas.



Índice

Introducción.....	2
objetivos.....	3
Marco Teórico.....	4
Diseño Metodológico.....	15
Resultados y Análisis de los resultado.....	18
Discusión de los resultados.....	25
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Bibliografía.....	28
Anexos.....	29



INTRODUCCIÓN:

Entre las malformaciones bucofaciales, el paladar hendido representa un problema de mucha trascendencia desde el punto de vista individual del niño afectado, ya que por su ubicación exige una atención rápida para facilitar al paciente la alimentación, fonación y una forma sostenida de oclusión. Esta alteración también involucra el desarrollo psicosocial del grupo familiar del paciente que la padece. Es una enfermedad de interés tanto para la Medicina como para Odontología debido a la afectación facial y las complicaciones en la dentición de la persona afectada.

Los factores etiológicos del Labio y paladar hendido no se pueden determinar con exactitud por lo que nos limitamos a clasificarlos de tipo multifactorial.

El cierre quirúrgico del paladar hendido tiene como objetivo devolver su estructura o conformación anatómica y funciones como deglución, fonación y masticación.

Hay evidencia que una predisposición hereditaria junto a la conjugación de factores ambientales puede conducir a la aparición de esta anomalía. Aproximadamente un 30% de los casos se debe a factores hereditarios.

Se ha encontrado que tanto el labio fisurado como la fisura de labio y paladar son más frecuentes en el sexo masculino mientras que el paladar fisurado es más frecuente en el sexo femenino. Entre un 50% a 70% de las fisuras de labio y paladar corresponden a formas no sindrómicas, a más de 300 entidades reconocibles.

Cabe mencionar que la prevalencia de las fisuras orales ha sido relacionada con el número de gestaciones de la madre, siendo más prevalentes en los casos donde la madre es múltipara, y en relación a la edad materna Aizpurua registro que la mayor frecuencia se daba en madres de 26 a 30 años (50%).

A través del presente trabajo se pretende dar a conocer la cantidad de pacientes con labio y paladar hendido de los casos registrados en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León en el período comprendido del año 2005-2009.

Debido a la carencia de estudios monográficos recientes es necesario dar a conocer la magnitud del problema, aportar nuevos datos a la población y a nuevos investigadores para la realización de programas, comentarios y medidas en pro de la prevención de la enfermedad.



OBJETIVOS:

Objetivos General:

- Conocer la cantidad de pacientes con labio y paladar hendido en casos registrados en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de casos de acuerdo al sexo.
- Señalar la prevalencia del paladar hendido, el labio fisurado o ambos simultáneamente.
- Identificar la prevalencia del Labio y Paladar Hendido de acuerdo a los diversos tipos de alteraciones.
- Determinar la prevalencia de tipos de Paladar Hendido.
- Mencionar los tipos de Labio Fisurado.
- Enumerar los factores de riesgos encontrados en los casos estudiados.
- Señalar la edad de los padres de los pacientes con Labio y Paladar Hendido.



MARCO TEÓRICO





MARCO TEÓRICO:

Labio y paladar hendido:

El labio leporino y el paladar hendido son anomalías de nacimiento de la boca y del labio. El labio leporino y el paladar hendido se desarrollan en la etapa temprana del embarazo, cuando los lados del labio y del paladar no se fusionan como deberían. Un niño puede tener labio leporino, paladar hendido o ambos. El labio leporino y el paladar hendido juntos son más comunes en los niños que en las niñas. Es también importante saber que la mayoría de los bebés que nacen con una hendidura son sanos y no tienen ninguna otra anomalía congénita.

El labio hendido se presenta cuando se observa una fisura en el labio superior. Al igual que en el caso del paladar hendido; esto sucede porque, durante la gestación, los dos lados del rostro no llegan a unirse correctamente. Si bien nadie sabe exactamente por qué razón se produce esa fisura, hay familias que suelen ser más susceptibles.

El labio leporino es un defecto congénito de las estructuras que forman la boca. Es una hendidura o separación en el labio y o en el paladar, como resultado de que los dos lados del labio superior no crecieron a la vez.

El labio leporino y el paladar hendido pueden presentarse simultáneamente, pero también pueden ocurrir por separado. La apertura en el labio o el paladar puede ser unilateral o bilateral.

Causas de labio y paladar hendido:

La causa exacta del labio leporino y del paladar hendido no se conoce completamente. El labio leporino y, o el paladar hendido son causados por múltiples genes heredados de ambos padres, así como también factores ambientales que los científicos todavía no comprenden cabalmente. Cuando una combinación de genes y factores ambientales provocan un trastorno, la herencia se denomina "multifactorial" (muchos factores contribuyen a la causa) dependiente de múltiples genes menores con tendencia familiar establecida, sin seguir ningún patrón mendeliano en el 90% de los casos. Dado que están implicados los genes, las probabilidades de que se vuelva a presentar un labio leporino y, o paladar hendido en una familia son elevadas, dependiendo del número de miembros de la familia que tenga labio leporino y, o paladar hendido. Si padres que no nacieron con una hendidura tienen un bebé con esta anomalía, las probabilidades de que tengan otro bebé igual oscilan entre 2 y el 8 por ciento. Si uno de los padres tiene una hendidura, pero ninguno de sus hijos tiene esta anomalía, las probabilidades de tener un bebé con esta



Anomalía son del 4 al 6 por ciento. Si uno de los padres y un hijo presentan una hendidura, las probabilidades de que otro hijo nazca con esta anomalía son aún mayores. Algunas causas probables pueden ser: desequilibrios hormonales, deficiencias nutricionales y ciertos medicamentos o drogas utilizadas durante el embarazo.

Los criterios para interpretar este tipo de herencia son:

La frecuencia de la malformación genética varía en las diferentes poblaciones de acuerdo con su carga genética propia.

La malformación es más frecuente en los parientes de los sujetos afectados, cuanto más rara es en la población general.

Existe una gran gama clínica de variedad de estas malformaciones.

El riesgo de presentar una malformación un familiar es mayor cuanto más grave es la malformación y aumenta a medida que lo hace el número de sujetos afectados de la familia. Las madres que hayan tenido un hijo afecto tienen 2 ó 3 veces mayor riesgo de tener otro hijo malformado.

El coeficiente de consanguinidad media de la familia de los individuos afectados es superior al de la población general.

Existe predisposición en cuanto al sexo; es más frecuente hallarse afectados los varones en el labio y paladar hendido, mientras corresponde a la mujer el presentar con más frecuencia el paladar hendido.

En el restante 10% de los casos, el factor puede ser determinado con relativa seguridad. En estas categorías entran algunos síndromes con aberraciones cromosómicas que se asocian al labio hendido. Estos son:

Dentro de los factores ambientales se incluyen la hipoxia (tabaco, altitud), alcohol, talidomida, etc.

Dentro de los sindrómicos (sólo un 3% de las fisuras palatinas forman parte de unos síndromes):

Se incluyen las trisomías del 13 y 21.

- Síndrome de Waardenburg (sordera, hipoplasia del ala nasal, piebaldismo, heterocromía del iris, telecanto) de carácter autosómico dominante.



- Síndrome de Van Der Woude (labio hendido bilateral con paladar hendido y quistes o trayectos fistulosos en el labio inferior) con carácter autosómico dominante.

Las siguientes pueden ser algunas de las causas del paladar hendido y el labio leporino.

- Factores genéticos o hereditarios.
- Contacto con agentes teratógenos (ambiente contaminado con sustancias químicas).
- Embarazos en mujeres mayores de 35 años.
- Embarazos en adolescentes.
- Consumo de teratógenos (que afectan las células del embrión) durante los primeros meses del embarazo.

Signos y síntomas de las anomalías:

Un niño puede tener una o más de estas afecciones en el nacimiento. Un labio leporino puede ser simplemente una pequeña hendidura en el labio. También puede ser una fisura completa en el labio que va hasta la base de la nariz.

Otros síntomas abarcan:

- Dientes desalineados.
- Cambio en la forma de la nariz (la cantidad de distorsión varía).

Complicaciones de labio y paladar hendido:

Los problemas que pueden estar presentes debido a un labio leporino o paladar hendido son:

- Insuficiencia para aumentar de peso.
- Problemas con la alimentación.
- Flujo de leche a través de las fosas nasales durante la alimentación.
- Dientes mal alineados.
- Retardo en el crecimiento.
- Infecciones recurrentes del oído.
- Dificultades en el habla.
- Caries dentales.
- Desplazamiento de los dientes.
- Hipoacusia.
- Deformidades en los labios.
- Deformidades nasales.



Embriología del maxilar superior:

Entre las seis semanas y media y la décima de vida intrauterina, se produce interiormente la separación de las cavidades nasal y bucal. Inicialmente estas cavidades se comunican con amplitud, o lo que es lo mismo, forman una sola cavidad.

De la cara interna de los procesos maxilares se desarrollan unas formaciones en forma de repisas que crecen horizontalmente llamadas crestas palatinas, las cuales se fusionan entre sí en la línea media para formar el paladar.

La prolongación más ventral o más anterior del maxilar tiene forma triangular, tiene su origen en el proceso nasofrontal; más adelante en la porción ventral del paladar el mesénquima se osifica y da origen a las apófisis palatinas y premaxilar, es decir el paladar óseo. El mesénquima dorsal no se osifica y da origen al paladar blando.

La teoría clínica de la formación de las hendiduras está basada en las investigaciones de His. En los años 1892, 1901 en la que describió la existencia de diversos procesos faciales concluyó que las hendiduras se debían a una falta de fusión de los procesos globulares y maxilares. El desarrollo asincrónico y las fallas de proliferación mesodérmica para formar uniones de tejido conectivo a través de las líneas de fusión, se citan como factores embriológicos en la aparición de las fisuras.

Otra teoría dice que la obstrucción mecánica de la lengua, la cual queda atrapada en el área nasal durante el proceso de unión de los procesos palatinos.

Se sabe en la actualidad que la etiología de las hendiduras bucales parece depender de factores genéticos, ambientales y del estado de salud de la madre.

Pruebas y exámenes de los pacientes:

El examen físico de la boca, la nariz y el paladar confirma la presencia de labio leporino o paladar hendido. Se pueden realizar exámenes médicos para descartar la presencia de otras posibles afecciones.



Anatomía quirúrgica de labio y paladar hendido:

El paladar funciona normalmente como un diafragma que separa la cavidad nasal de la bucal, en la porción posterior o blanda, es móvil y funciona junto con la faringe como una válvula, constituyendo el mecanismo velo faríngeo para separar las dos cavidades durante la fonación y la deglución. Los músculos que forman el velo del paladar lo tensan y elevan, efectuando una acción de abrir y cerrar la Trompa de Eustaquio que permite equilibrar las presiones del oído medio y salida de secreciones. Cuando está hendido la voz es nasal y la deglución es atípica, la no expulsión de las secreciones ocasiona la infección del oído medio, con la consecuente hipoacusia o pérdida de la audición y la hiperplasia del tejido linfoideo faríngeo a nivel de la abertura de la Trompa de Eustaquio.

Aporte sanguíneo:

De los datos anatómicos descritos se deducen algunos requisitos en el tratamiento del labio leporino:

La necesidad de conservar toda la longitud de la línea cutáneo-mucosa, con el fin de obtener un labio de longitud normal.

Es preciso dar al labio una altura adecuada en la parte fisurada similar a la del labio sano.

Hay que reconstruir, no sólo la porción cutánea y mucosa del labio, sino, de forma esencial, la musculatura labial.

Desarrollo facial de los pacientes con labio y paladar hendido.

Se encuentran marcadas diferencias si lo comparamos con la población normal, afectándose tanto las áreas orofaciales implicadas en la fisura como el resto. Sólo se encuentran implicados, en principio, las órbitas y la mandíbula. A veces, se aprecia hipertelorismo en los niños fisurados. El desarrollo intraútero está determinado por las inserciones musculares anómalas que existen en los fisurados.

El desarrollo de la facies normal: La maxila se desarrolla por aposición ósea. Un factor determinante en el desarrollo es la oclusión.

Fisura completa unilateral: Las medidas faciales anteroposteriores son prácticamente normales, mientras que el maxilar del lado sano se encuentra desplazado por varias causas:

-Tracción lateral de los músculos de labio y mejilla.
Presión lingual anormal.



Presión del septo nasal que se desvía al lado no fisurado. - La nariz se desvía hacia el lado no fisurado, excepto la base alar (lado fisurado) que está ensanchada por la fisura.

Fisura completa bilateral: La premaxila está soportada por el septum nasal; la protrusión lingual hace asimétrica la fisura desplazando la premaxila lateral y la porción posterior de los maxilares también puede desplazarse lateralmente de forma similar a las fisuras unilaterales.

Otras fisuras: Se aplican los mismos principios de ensanchamiento maxilar y deformidad nasal, alar y septal según el lugar de la fisura.

El desarrollo general de los niños con fisura se ve marcado por un retraso de la edad ósea. Hay un retraso estatural y un retraso en la pubertad. Se piensa que ello es debido a la dificultad de alimentación y a la cirugía. Al final se produce un perfil más o menos convexo con apariencia de prognatismo mandibular, debido a la retracción maxilar, dando lugar a maloclusión. La reconstrucción labial estabiliza las tracciones sobre la maxila, el septo nasal y las estructuras dentoalveolares.

Tratamiento Quirúrgico:

Todas las intervenciones quirúrgicas para la corrección del labio y paladar hendido, son procedimientos electivos y el niño debe estar en buen estado general de salud, libre de cualquier infección para realizarla.

La corrección quirúrgica del paladar fisurado tiene como objetivo darle una anatomía correcta para que se puedan llevar a cabo una serie de funciones como son la fonación, masticación y deglución en forma óptima.

"La mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños de edades de 18 meses a 3 años, con un promedio de edad de 2 años, para evitar que adquieran hábitos perniciosos de lenguaje, por lo que al proveerles un mecanismo velo faríngeo adecuado, se logra también la ventaja psicológica del paciente."

Hay cirujanos que operan el paladar secundario completo a partir de los 2 ½ a 3 años. La corrección quirúrgica del labio hendido a temprana edad comenzó hace muchos años.

Estas intervenciones comprendían el cierre del labio hendido, y en el mismo acto quirúrgico colocaban un injerto óseo que se utilizó mucho en esos años a nivel de reborde y paladar.



Es muy importante tener en cuenta que el paciente debe tener un seguimiento y control, porque estos pacientes necesitan de expansores palatinos para poder estimular el desarrollo correcto del maxilar superior.

Hay que tener presente la posibilidad de la intervención a partir de los seis años, para evitar que la intervención temprana produzca hipoplasia del maxilar superior con la consecuente mal oclusión clase III de Angle.

La fisura interrumpe las anastomosis normales entre la arteria labial superior, la arteria etmoidal anterior, la arteria septal posterior y la arteria palatina. En el labio leporino bilateral completo, el aporte sanguíneo del prolabio se debe a la arteria septal posterior, por ello puede liberarse de la espina nasal sin otras complicaciones.

Clasificación de labio y paladar hendido:

Existen dos grupos principales de labio leporino y paladar hendido:

- Hendiduras que afectan el labio superior y la parte anterior del maxilar superior, con o sin afectación de parte del resto del paladar duro o blando.
- Hendiduras que afectan al paladar duro y blando.

- Las hendiduras anteriores incluyen el labio leporino, con o sin hendidura de la parte alveolar del maxilar superior. Una hendidura anterior completa es aquella en la cual la hendidura se extiende a través del labio y la parte alveolar del maxilar superior, separando las partes anterior y posterior del paladar. Las hendiduras son un defecto del mesénquima en las prominencias maxilares y segmento intermaxilar.
- Las hendiduras posteriores incluyen hendiduras del paladar secundario o posterior que se extienden a través del paladar blando y duro hasta la fosa incisiva, separando las partes anterior y posterior. Este grupo de anomalías se debe al desarrollo defectuoso del paladar secundario y proceden de alteraciones del crecimiento de las prolongaciones palatinas laterales que obstaculizan su migración y fusión medial.



- Las hendiduras que afectan el labio superior, con o sin paladar hendido, aparecen aproximadamente en uno de cada 1000 nacimientos; sin embargo, su frecuencia en gran medida en diferentes grupos étnicos; entre el 60% y 80% de los niños afectados son varones. Las hendiduras abarcan desde pequeñas escotaduras del borde bermellón del labio hasta malformaciones grandes que se extienden hacia el suelo de las narinas y a través de la parte alveolar del maxilar superior. El labio leporino puede ser unilateral o bilateral.

Labio leporino unilateral. (Características clínicas):

La premaxila se rota hacia arriba y se proyecta. El septum nasal se desvía hacia el lado no fisurado, quedando la narina del lado fisurado ensanchada y la otra comprimida. El labio contiene en el lado no fisurado musculatura normal que tracciona y contribuye a la distorsión labial; en el lado fisurado se inserta en el borde de la fisura y a lo largo de ella. La columela se encuentra acortada y acompaña a la desviación septal. El filtrum está acortado. El ala nasal del lado fisurado está aplanada e hipertrofiada y su porción externa está implantada más baja, debido a la distorsión de la musculatura. Las dos narinas están obstruidas: la del lado no fisurado en su porción anterior y la del lado fisurado en la porción posterior. La punta nasal es ancha y presenta en su centro una muesca por separación de los cartílagos alares. El suelo nasal está ensanchado.

Labio leporino bilateral. (Características clínicas):

En esencia se encuentran alteraciones similares. La premaxila se encuentra protruida destruyendo el área de la columela, de forma que el labio arranca directamente de la punta nasal. El hueso alveolar contiene los incisivos y se articula con el septum nasal y el vómer. El labio en su porción central se llama prolabio. Se encuentra evertido y muestra una gran hipoplasia regional. La porción central no contiene músculo, salvo pequeños haces. La columela está muy acortada pareciendo clínicamente ausente; pero no anatómicamente.

Cada labio fisurado es distinto, pero en términos generales, esta malformación puede dividirse en (según la clasificación de Millard o Byrd):

Labio leporino unilateral (características embrionarias): Proviene de la falta de fusión de la prominencia maxilar en el lado afectado con las prominencias nasales mediales. Esto es consecuencia de la falta de unión de las masas mesenquimatosas y del mesénquima para proliferar y alisar el epitelio suprayacente. Se forma así un surco labial persistente. Asimismo, el epitelio del surco labial se estira y los tejidos del suelo del surco persistente



se rompen, lo que hace que el labio se divida en partes medial y lateral. En ocasiones, un puente de tejido, la banda de Simonart, une las porciones del labio leporino incompleto.

Labio leporino bilateral.(Características embrionaria):Procede de un fallo del acercamiento y unión de las masas mesenquimatosas de las prominencias maxilares con las prominencias nasales mediales fusionadas. El epitelio de ambos surcos labiales se estira y se rompe. En los casos bilaterales, los defectos pueden ser diferentes, con grados variables de malformación en cada lado. Cuando hay una hendidura bilateral completa del labio y parte alveolar del maxilar superior, el segmento intermaxilar cuelga libremente y se proyecta hacia delante. Estos defectos son especialmente deformantes, ya que comportan una pérdida de la continuidad del musculo orbicular labial que cierra la boca y frunce los labios, como sucede al silbar.

Labio leporino central (forma inusual, agenesia total del Pro labio). La hendidura media del labio superior constituye un defecto muy raro, debido a una diferencia mesenquimatosas, que origina un fallo parcial o completo de la fusión de las prominencias nasales mediales para formar el segmento intermaxilar. Este tipo de hendidura es una característica clásica del síndrome de Mohr, transmitido como un rasgo autosómico recesivo. La hendidura media del labio inferior es también rara y se debe a la falta de fusión completa de las masas mesenquimatosas en las prominencias mandibulares y de aislamiento de la hendidura embrionaria situada en ellas.

Las formas unilateral o bilateral pueden ser:

Incompleto.

Completo. Es el grado máximo de hendidura de cualquier tipo; por ejemplo, una hendidura completa del paladar posterior una anomalía en la cual la hendidura se extiende a través del paladar blando y en sentido anterior hasta la fosa incisiva. La característica clave para distinguir entre hendiduras anteriores y posteriores radica en la fosa incisiva. Ambos tipos de anomalías son distintos desde el punto de vista embriológico.

Por lo tanto el labio leporino bilateral podrá ser la combinación de uno incompleto y otro completo, los dos incompletos o los dos completos. Asociados o no a deformidad nasal (ligera, moderada o grave) y/o fisura palatina (generalmente la fisura palatina suele asociarse con más frecuencia al labio leporino bilateral, ya que el paladar fisurado suele ser secundario a la alteración del desarrollo del labio).

Pronóstico de los pacientes con labio y paladar hendido:

Aunque el tratamiento puede extenderse durante varios años y necesitar varias cirugías, la mayoría de los niños con labio leporino y paladar hendido pueden lograr una apariencia, desarrollo del lenguaje y alimentación normales. Sin embargo, algunas personas pueden tener problemas continuos del habla.



Epidemiología:

Según las estimaciones, la frecuencia del labio hendido, con paladar hendido o sin él, varía de 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos (valor medio de 1/1000). Las variantes de este margen se deben a diferentes condiciones raciales y geográficas (1).

La fisura del labio y paladar se producen 1/1300

La fisura del labio por sí sola 1/1000.

La fisura del paladar por sí sola 1/2500.

Incidencia:

La forma de presentación, es más frecuente la afectación del labio con o sin afectación palatina que el paladar exclusivamente:

21% de labio leporino aislado.

33% de fisura palatina aislada.

46% de ambas malformaciones congénitas simultaneas.

Es más frecuente el labio hendido unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo es el afectado. El labio leporino bilateral se asocia con más frecuencia a paladar hendido, mayor relación con la herencia malformativos que el labio leporino unilateral.

Es más frecuente la afectación del labio en el hombre, frente a la presentación palatina exclusiva más frecuente en las mujeres. Relación al sexo: del 60-80% de los afectados son varones (relación de 7:3).

Lado más afectadoes el lado izquierdo, sobre todo en varones. Cuando es bilateral se asocia a fisura palatina en el 86% y cuando es unilateral, la asociación es del 68%.

La edad de los padres: Al parecer es la edad paterna la que interviene.

Incidencia estacional: Mayor incidencia en los meses de Enero y Febrero.

Orden de nacimiento: No es significativo.



Prevención de labio y paladar hendido

El ácido fólico puede prevenir el labio leporino y el paladar hendido.

Estudios recientes demuestran que las mujeres que toman suplementos con ácido fólico a principio del embarazo pueden reducir sustancialmente la probabilidad de que su bebé nazca con labio leporino o paladar hendido. La ingesta de 0,4 miligramos de ácido fólico al día redujo a un tercio el riesgo de que un bebé desarrollara labio leporino (con o sin el paladar hendido). Alrededor de uno de cada 750 bebés en los Estados Unidos nace con labio leporino y/o paladar hendido. Estos resultados ratifican los beneficios que ofrece el ácido fólico a las mujeres, "expresó Allen J. Wilcox, M.D., Ph.D., autor del estudio del Instituto Nacional de Ciencias Ambientales de la Salud. "Sabemos ya que el ácido fólico reduce el riesgo de desarrollar defectos de los tubos neurales,



DISEÑO METODOLÓGICO





DISEÑO METODOLÓGICO:

Área de estudio:

Hospital-Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello -León.

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo transversal.

Población:

260 pacientes nacidos con Labio y paladar hendido en el período comprendido entre el año 2005-2009.

Muestra:

75 expedientes de pacientes nacidos con labio y paladar hendido.

Tipo de muestreo:

Muestreo aleatorio simple.

Variables:

- ✓ Sexo
- ✓ Factor de riesgo
- ✓ Edad de los padres
- ✓ Prevalencia de paladar hendido y labio fisurado.



Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Indicador	Valor
Sexo	conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra y que al complementarse tienen la posibilidad de la reproducción	Datos registrados en el expediente.	F M
Factor de riesgo	Situaciones características que predisponen para que se presente la malformación.	Datos registrados en el expediente.	Genéticos Hereditarios Ambientales Nutricionales Habitacionales
Edad de los padres.	Edad del padre y la madre en el momento del parto.	Datos registrados en el expediente.	13-22 años 23-32años 33-42años 43-+ años
Prevalencia de paladar hendido y labio fisurado.	Enfermedad que más predomina de los casos estudiados.	Datos registrados en el expediente.	Paladar hendido Labio fisurado. Labio y paladar hendido. Otra alteración de la clasificación.

Instrumento:

Formulario: se presentan los datos a través de los cuales se recolectó la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos.



Método:

El formulario consta de cuatro incisos, los cuales corresponden a cada variable en estudio. A través de éste se ordenaron los datos encontrados para un mejor análisis e interpretación de los mismos.

Fuente de datos:

Fuente secundaria debido a que es obtenida de los expedientes de los pacientes nacidos en el HEODRA con la malformación en estudio.

Plan de tabulación y análisis: Representación a través de tablas de distribución de frecuencia y gráficos de barra.

Recolección de datos:

Para la recolección de datos se llevó a cabo la realización de un formulario con el objetivo de organizar la información obtenida de los expedientes seleccionados en la muestra de los pacientes con labio y paladar hendido para conocer la cantidad de pacientes y así cumplir con los objetivos planteados.

Sexo (paciente): F M

Factores de riesgo:

Genético

Hereditario

Ambientales

Nutricionales

Habituales

Edad de los padres: Mamá: Papá:

Malformaciones:

Paladar hendido: Labio fisurado: Paladar hendido y labio

Fisurado:



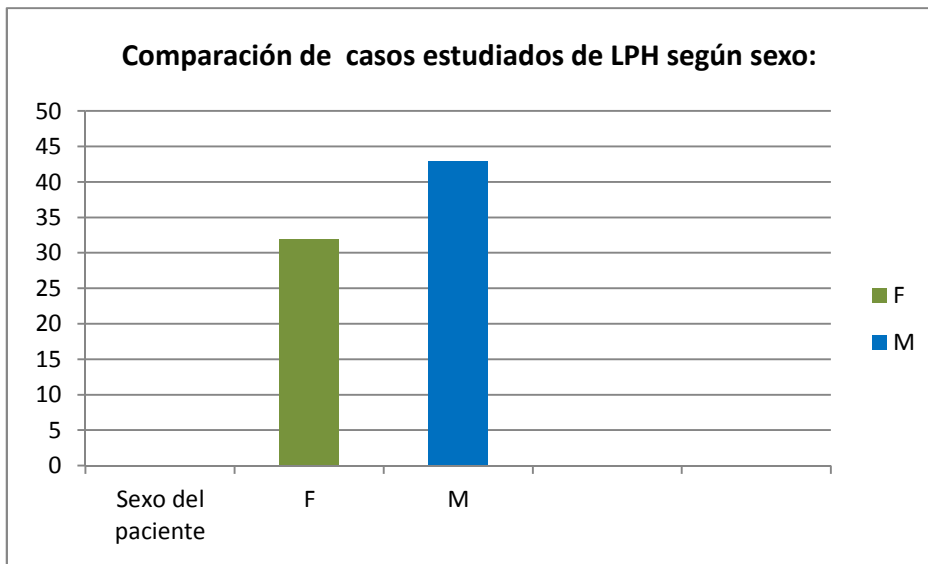
RESULTADOS





RESULTADOS Y ANÁLISIS:

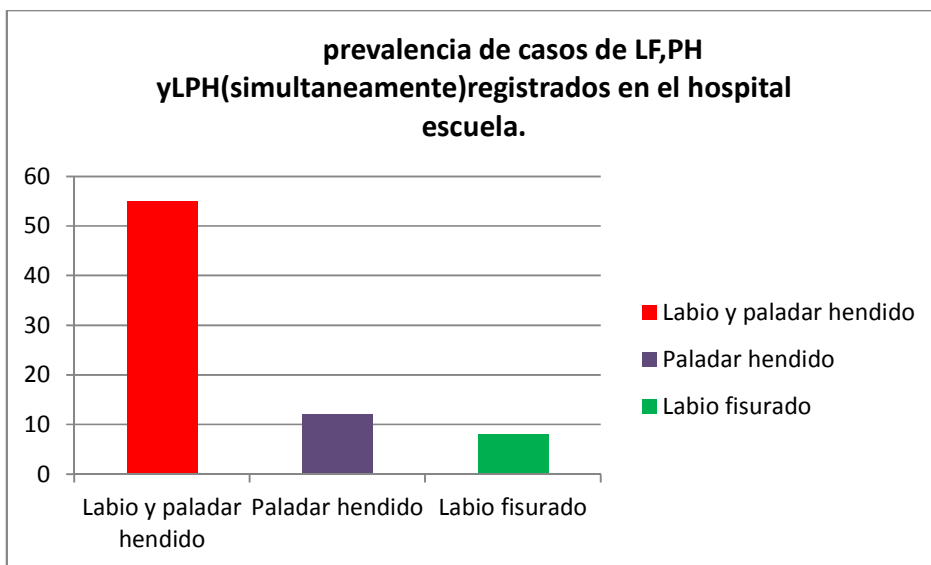
Gráfico N° 1-Números de casos de acuerdo al sexo de los pacientes con labio y paladar hendido:



En el gráfico 1: se hace una comparación de la prevalencia de labio y paladar hendido en ambos sexos en los casos estudiados, se observa que el sexo masculino representa el 57.33% equivalente a 43 niños, mientras que el sexo femenino el 42.67% equivalente a 32 niñas de los casos estudiados. Por ende podemos decir que el sexo masculino es el más afectado tal y como lo refiere la bibliografía estudiada.



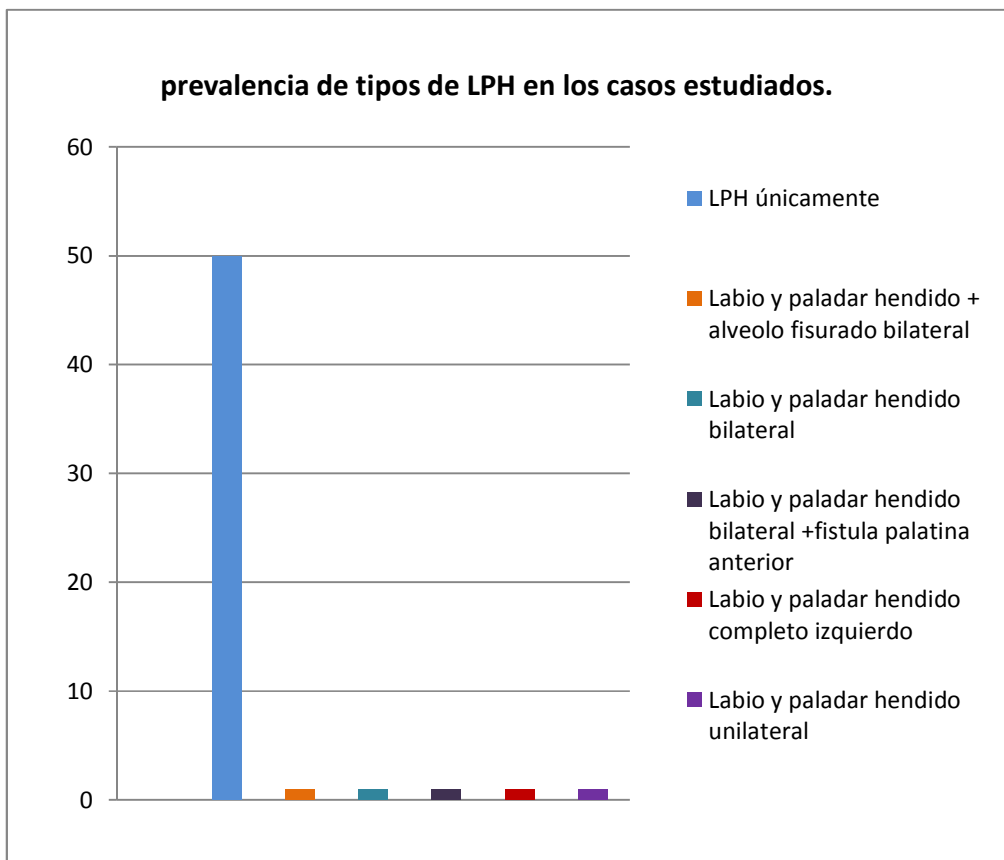
Grafico N·2-Prevalencia de casos de Labio Fisurado, Paladar Hendido y Labio y Paladar Hendido (simultáneamente), en los casos estudiados:



En el gráfico 2: se muestra la malformación que más prevalece según los casos estudiados teniendo como resultado: el LPH (simultáneos) representa 73.33% que equivale a 55 casos, el PH (paladar hendido) 16% que equivale a 12 casos, LF (labio fisurado) el 10.67% que equivale a 8 casos. Esto nos indica que en la mayoría de los casos se presenta ambas malformaciones (simultáneamente).



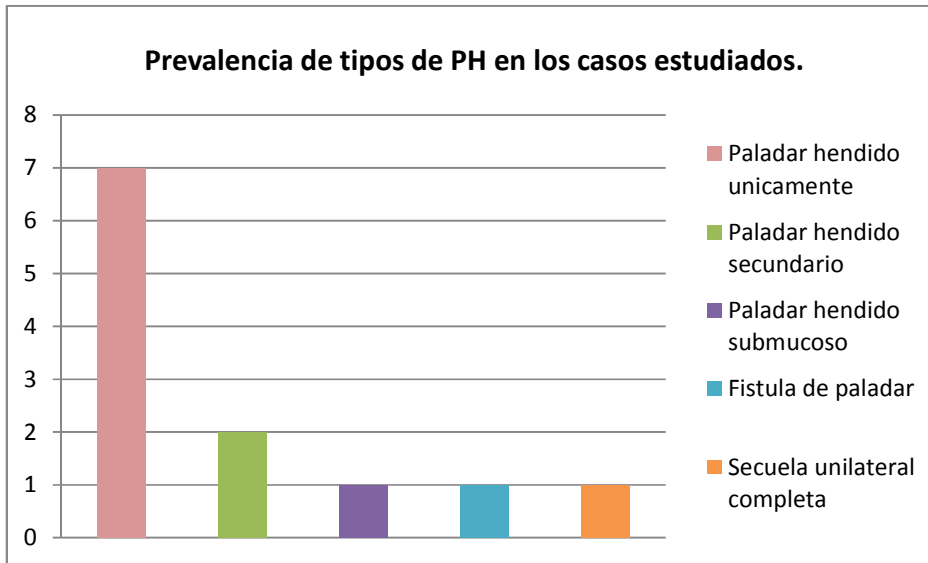
Gráfico N-3- Prevalencia de tipos de Labio y Paladar Hendido en los casos estudiados:



En el gráfico 3: se observa los casos de LPH (labio y paladar hendido) y su clasificación: LPH (únicamente) representa el 90.91% equivalente a 50 casos , LPH + alvéolo fisurado bilateral el 1.81% equivalente a 1 caso, Labio y paladar hendido bilateral el 1.81% que equivale a 1 caso, Labio y paladar hendido bilateral + fístula palatina anterior 1.81% equivalente a 1 caso, Labio y paladar hendido completo izquierdo 1.81% que equivale a 1 caso, labio y paladar hendido unilateral 1.81% que equivale a 1 caso, esto nos demuestra que el LPH(únicamente) es el de mayor prevalencia.



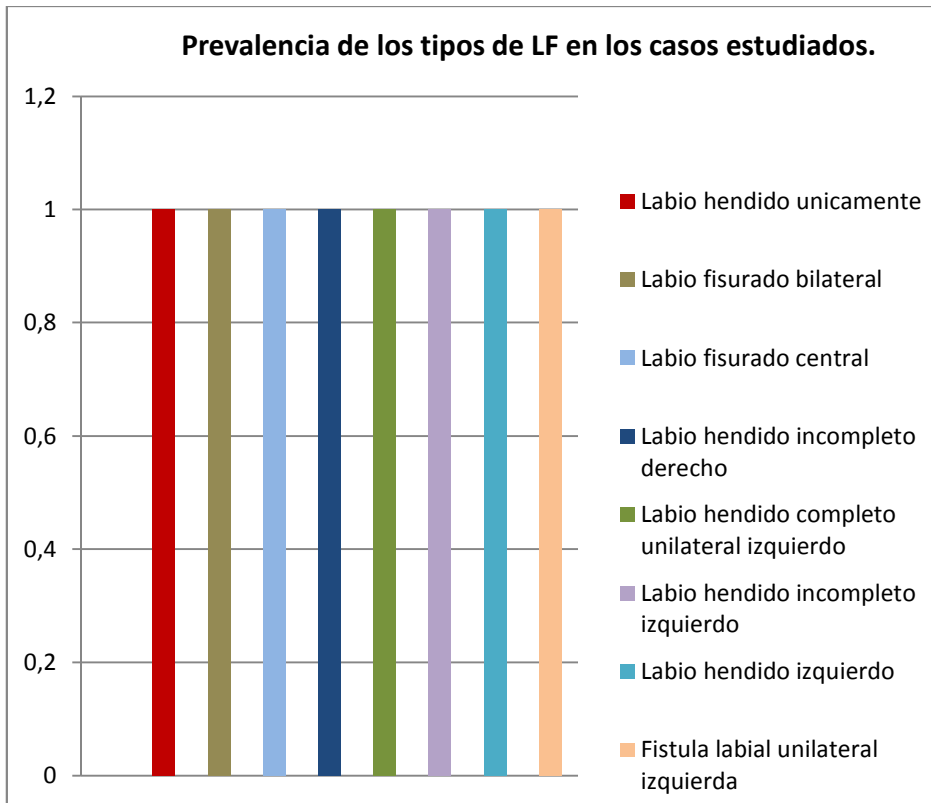
Gráfico N-4-Prevalencia de tipos de Paladar Hendido en los casos estudiados:



En el gráfico 4: observamos la prevalencia de PH (paladar hendido) y su clasificación: PH (únicamente) representa el 58.33% que equivale a 7 casos, el PH secundario 16.67% equivalente a 2 casos, el PH submucoso 8.33% que equivale a 1 caso, fístula del paladar 8.33% equivalente a 1 caso, secuela unilateral completa de paladar 8.33% que equivale a 1 caso, determinando que el PH únicamente es el que más se presenta en los casos estudiados.



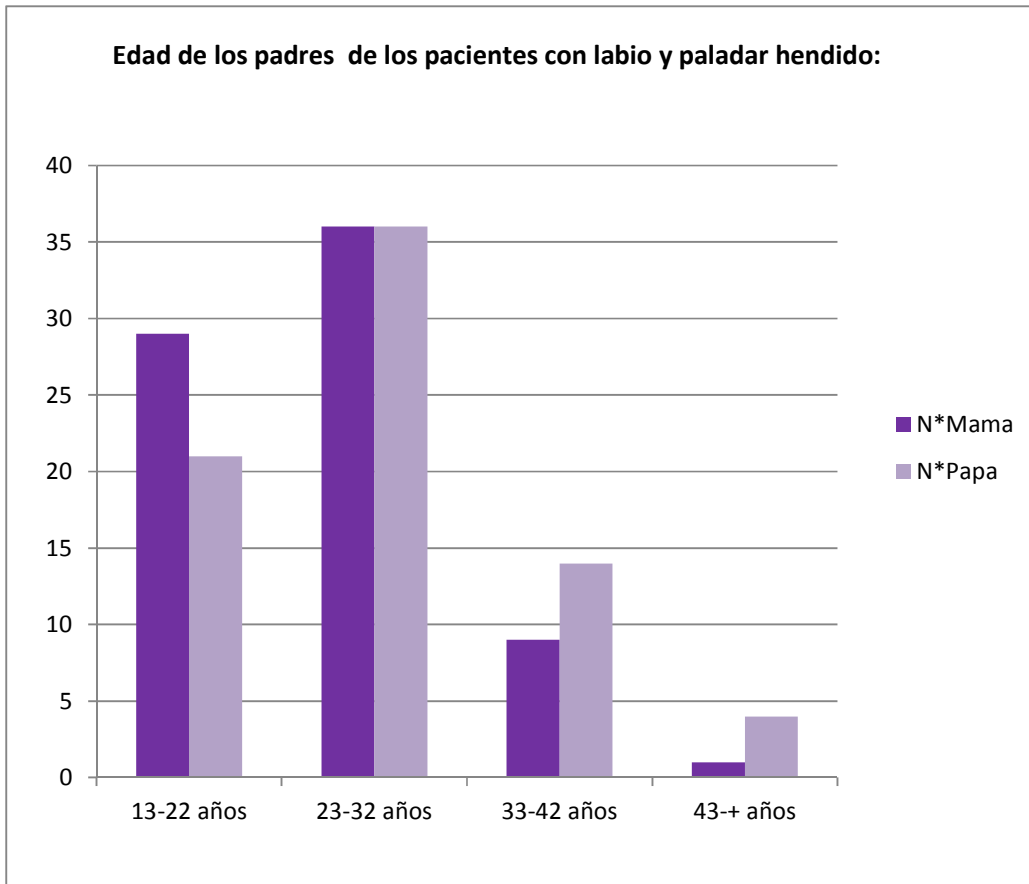
Gráfico N-5- Prevalencia de tipos de Labio Fisurado presente en los casos estudiados:



En el gráfico 5: se representa el LF (labio fisurado) y su clasificación: el LH (labio hendido) únicamente 12.5% equivale a 1 caso, LF bilateral representa el 12.5% equivale a 1 caso, el LF central 12.5% equivale a 1 caso, el LH incompleto derecho 12.5% equivale a 1 caso, el labio hendido completo unilateral izquierdo 12.5% equivale a 1 caso, el LH incompleto izquierdo 12.5%.12.5% equivale a 1 caso, LH izquierdo 12.5% equivale a 1 caso y fístula labial unilateral izquierda 12.5% equivale a 1 caso, por lo tanto dichas malformaciones tienen el mismo porcentaje de prevalencia



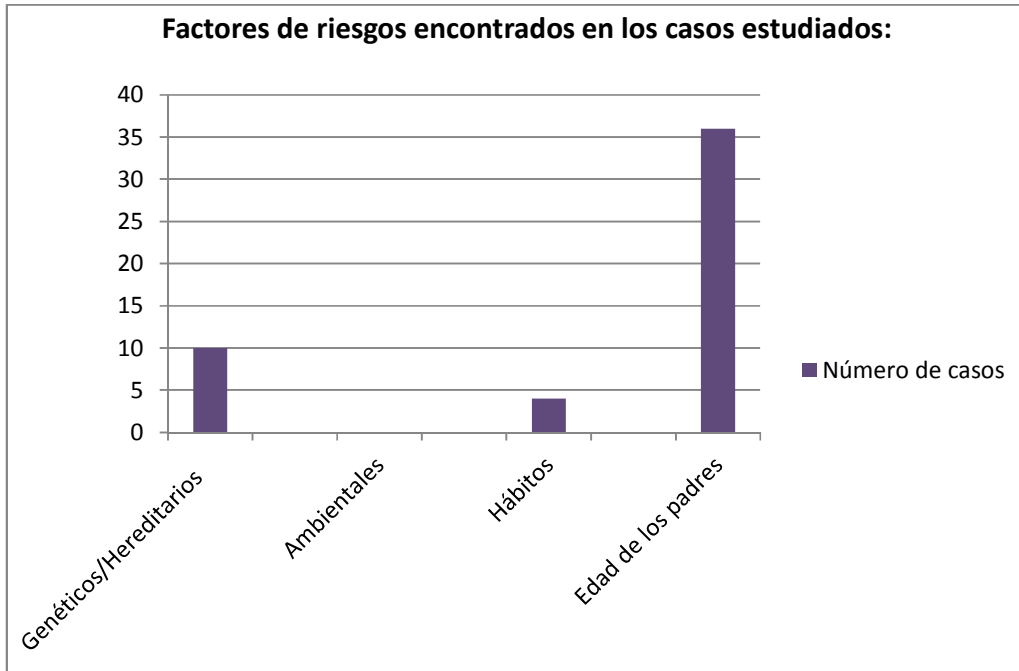
Gráfico N° 6-Edad de los padres de los pacientes con labio y paladar hendido:



En el gráfico 6: la mayor cantidad de los padres que tienen hijos con labio y paladar hendido oscilan entre las edades 23- 32 años representando así el 24% que equivale a 36 madres y 24% equivalente a 36 padres, de la muestra seleccionada, el 19.33% que equivale a 29 madres y el 14 % que equivale a 21 padres oscilan entre 13-22 años de edad, el 6% que equivale a 9 madres y el 9.33% que equivale a 14 padres oscilan entre las edades de 33-42 años, el 0.67% que equivale a 1 madre y el 2.67% que equivale a 4 padres oscilan en edades de 43- + años.



Gráfico N° 7- Factores de riesgo más frecuente en los casos encontrados:



En el gráfico 7: encontramos que dentro los factores de riesgos: los factores genéticos/ hereditarios se presentaban en 10 casos, 4 casos para los hábitos, 0 casos para los ambientales y con respecto a la edad de los padres (Mamá y Papá) se observó que en el intervalo de edad que va de los 23 a 32 años se presentaron en 36 casos estudiados.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Con respecto a los datos encontrados en el estudio realizado se puede afirmar que tanto en la bibliografía citada como en el resultado de nuestra tesis, existe predisposición en cuanto al sexo encontrándose que es más frecuente hallarse afectados los varones con LPH que las mujeres.

Existe también similitud en cuanto a los datos registrados en dichos antecedentes con los resultados obtenidos, que nos revela que existe una mayor probabilidad que se presente el Labio y Paladar Hendido simultáneos que Paladar Hendido y Labio fisurado de manera individual.

Se sabe que hay diferentes tipos de Paladar Hendido como Paladar Hendido únicamente, Paladar Hendido Secundario, Paladar Hendido submucoso, Fistula de Paladar y Secuela Unilateral Completa, en donde se concluyó que el Paladar Hendido únicamente es el que se presenta con mayor frecuencia tal como lo refiere la bibliografía registrada, así mismo se encontró que existen las mismas probabilidades de presentarse los diferentes tipos de Labio Fisurado.

Con respecto a la influencia de la edad de los padres para la aparición de la malformación se observó que hay mayor cantidad de padres con edades que oscilan entre los 23 Y 32 años de edad que tienen hijos con Labio y Paladar Hendido, según la teoría la edad paterna interviene en el proceso de la malformación.

Dentro de los factores de riesgos que se tienen documentados, la edad de los padres (embarazos en adolescentes y mujeres mayores de 35 años) es el factor que más influye para la presencia de esta anomalía en pacientes afectados, además de factores genéticos/hereditario, contacto con agentes teratógenos obteniéndose los mismos resultados en nuestra investigación.



CONCLUSIONES





CONCLUSIONES:

Al analizar los resultados obtenidos a través de la muestra se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ✓ El labio y paladar hendido se presenta con mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino.

- ✓ En la mayoría de los pacientes estudiados padecen de manera simultánea tanto el paladar hendido y el labio fisurado.

- ✓ Los niños cuyos padres tienen edades que oscilan entre la primera y la segunda década de la vida son más propensos a padecer labio y paladar hendido.



RECOMENDACIONES





RECOMENDACIONES:

- A las madres: es de vital importancia que tomen suplementos con ácidos fólico a principio del embarazo debido a que se puede reducir sustancialmente la probabilidad de que su bebé nazca con labio leporino o paladar hendido.

- El tratamiento quirúrgico debe ser a edad temprana de preferencia antes de que el niño cumpla tres meses de edad. Estas operaciones se realizarán dependiendo del peso, la salud general del niño y la severidad de la hendidura. Además, dependiendo de la severidad puede realizarse por etapas o en una sola intervención.

- A los odontólogos: Es necesario que los niños con labio leporino y/o paladar hendido reciban tratamiento odontológico lo más pronto posible para asegurarse que las mandíbulas del niño son de la forma y tamaño correcto, corregir la posición de cada diente, y mantener una buena higiene oral-dental, además deben de estar bajo la supervisión constante de un especialista en garganta, nariz y oído (otorrinolaringólogo), para evitar daños permanentes al oído debido a infecciones crónicas.

- A los familiares: buscar ayuda psicológica para acoplarse a las necesidades del niño con estos problemas orales debido a que suele ser muy difícil para cualquier familia. La ayuda de un psicólogo y de grupos de apoyo (asociaciones de afectados) puede ser muy valiosa para que la familia como grupo dialogue, discuta entre ellos la situación y ventile sus sentimientos y temores.



BIBLIOGRAFIA:

1-[Http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001051.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001051.htm).

2-[Http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/cleft_lip_palate_esp.htm](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/cleft_lip_palate_esp.htm).

3-[Http://www.monografias.com/trabajos63/labio-leporino-paladar-hendido/labio-leporino-paladar-hendido2.shtml](http://www.monografias.com/trabajos63/labio-leporino-paladar-hendido/labio-leporino-paladar-hendido2.shtml).

4-[Http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/labio_paladar_hendidosp.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/labio_paladar_hendidosp.asp).

5-[Http://es.wikipedia.org/wiki/labio_leporino](http://es.wikipedia.org/wiki/labio_leporino).

6-[Http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1019-43552004000100011&lng=pt&nrm=is](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1019-43552004000100011&lng=pt&nrm=is).



ANEXOS





30

FORMULARIO:

Recolección de datos:

Para la recolección de datos se llevará a cabo la realización de un formulario con el objetivo de organizar la información obtenida de los expedientes seleccionados en la muestra de los pacientes con labio y paladar hendido para determinar su prevalencia y así cumplir con los objetivos planteados.

a) Sexo (paciente): F M

b) Factores de riesgo:

Genético/Hereditario

Ambientales

Habitacionales

Edad

c) Edad de los padres: Mamá: Papá:

d) Malformaciones:

Paladar hendido: Labio fisurado: Paladar hendido y labio

Fisurado:



TABLAS DE DATOS ENCONTRADOS.

Tabla. N· 1 Prevalencia de sexo de los pacientes con labio y paladar hendido:

Sexo del paciente	Número
F	32
M	43

Tabla. N·2Malformaciones: LF, PH y LPH (simultáneamente), en los casos estudiados:

Malformaciones	Número
Labio y paladar hendido	55
Paladar hendido	12
Labio fisurado	8

Tabla. N·2.1Tipos de LPH (labio y paladar hendido) en los casos estudiados:

Clasificación de LPH	Número
LPH únicamente	50
Labio y paladar hendido + alveolo fisurado bilateral	1
Labio y paladar hendido bilateral	1
Labio y paladar hendido bilateral +fistula palatina anterior	1
Labio y paladar hendido completo izquierdo	1
Labio y paladar hendido unilateral	1



Tabla N.2.2 Tipos de PH (paladar hendido) en los casos estudiados:

Clasificación de PH	Número
Paladar hendido únicamente	7
Paladar hendido secundario	2
Paladar hendido submucoso	1
Fistula de paladar	1
Secuela unilateral completa	1

Tabla N.2.3 Tipos de LF (labio fisurado) presente en los casos estudiados:

Clasificación de LF	Número
Labio hendido únicamente	1
Labio fisurado bilateral	1
Labio fisurado central	1
Labio hendido incompleto derecho	1
Labio hendido completo unilateral izquierdo	1
Labio hendido incompleto izquierdo	1
Labio hendido izquierdo	1
Fistula labial unilateral izquierda	1

Tabla N. 3 Edad de los padres de los pacientes con labio y paladar hendido:

Edad de los padres	Mamá	Papá
13-22 años	29	21
23-32 años	36	36
33-42 años	9	14
43-+ años	1	4
Total	75	75



Tabla n°4 Principales factores de riesgo encontrado en los casos estudiados:

Factores de riesgo	Número de casos
Genéticos/Hereditarios	10
Ambientales	0
Hábitos	4
Edad de los padres(23-32 años)	36(Papá y Mamá)