

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEON**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

“Características generales y tratamiento brindado a los pacientes con Labio hendido atendidos en el HEODRA – León en el periodo comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2002”

AUTORES:

Br. Jahayra Damarys Flores Hernández.

Br. Fátima Karina Gutiérrez Aburto.

TUTOR: Dr. Daniel Mantilla.

ASESORA: Dra. Tania Almendárez.

DEDICATORIA

A DIOS

Por ser omnipotente y estar conmigo en todo el camino de mi vida dándome fortaleza y entendimiento para derribar obstáculos que se atravesaron a lo largo de mi camino y así seguir adelante

A MIS MADRES

Ángela Aburto y Ana Luz Aburto quienes me brindaron lo indispensable en mi vida, que no importó la distancia y siempre estuvieron al pendiente de mí dando solución a los obstáculos que se presentaron a lo largo de mi carrera.

FÁTIMA GUTIÉRREZ.

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Quien con su infinito amor y misericordia me concedió la vida y facilitó los recursos para ver mi sueño hecho realidad. Gracias Jesús.

A MIS MADRES

Por sus consejos, su amor incondicional, por estar A mi lado, por cuidarme, por todo lo maravilloso que es tener dos madres que deseen lo mejor para mí, por su entrega y abnegación.

A MI TUTOR

Daniel Mantilla por su apoyo en la realización de mí trabajo por su paciencia su tiempo y esmero para culminar este trabajo.

A MI ASESORA

Tania Almendárez por su tiempo, paciencia y esmero que me brindo para así terminar este trabajo.

FATIMA GUTIERREZ.

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Sobre todas las cosas, por la vida, por su compañía en todo mi andar y derribar todos los obstáculos que se atravesaron en todo el camino de mi vida intelectual y cotidiana.

A MIS PADRES

Carmen Hernández y Balmore Flores, quienes me brindaron los medios importantes e indispensables en mi vida, la comprensión, el amor y el sostén económico incondicional; que sin su ayuda no hubiera logrado realizar mis sueños.

A MI TUTOR

Dr. Daniel Mantilla por su apoyo y el tiempo brindado llegamos a culminar nuestro trabajo.

A MI ASESORA

Tania Almendárez por su paciencia y su abnegación de que seamos cada día mejor, logró que hayamos terminado nuestro trabajo.

A Dra. DENIA VILLAVICENCIO

Por su apoyo sus palabras de ánimo y consejos brindados como una hija.

“Gracias a Todos de Corazón”

JAHAYRA FLORES.

DEDICATORIA

A DIOS

El ser supremo quien me concedió la vida, a través de los seres más queridos de mi vida, mis padres, quién me permitió que llegara a ser mi sueño realidad que con su fortaleza y su compañía en cada uno de mis pasos hizo de mí lo que soy ahora.

A MIS PADRES

A través de quienes me dieron el regalo más hermoso. 'La vida' el cual desde mi nacimiento hasta el día de hoy han estado a mi lado brindándome todo su apoyo y su amor.

A MI HERMANA DANELIA FLORES

Quien ahora no es un ser presente físicamente sin embargo es un ser viviente dentro de mi corazón la cual dedico, este trabajo en su nombre por ser una de mis hermanas.

A MIS HERMANOS

Glenda, Lesbia, Darwin, Karen, quienes con sus consejos, compañía, apoyo y comprensión he logrado una de mis grandes metas.

“Con Cariño y Amor”

JAHAYRA FLORES

TITULO

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y
TRATAMIENTO BRINDADO A LOS PACIENTES
CON LABIO HENDIDO ATENDIDOS EN EL
HEODRA – LEON EN EL PERIODO COMPRENDIDO
DE ENERO DEL 2000 A DICIEMBRE DEL 2002**

INDICE

Resumen -----	7
Introducción -----	8
Planteamiento del Problema -----	9
Objetivo General -----	9
Objetivo Específicos -----	9
Marco Teórico -----	10
Diseño Metodológico -----	23
Operacionalización de Variables -----	24
Resultados -----	26
Discusión de Resultados -----	32
Conclusiones -----	34
Recomendaciones -----	35
Bibliografía -----	36
Anexos -----	37

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de obtener información actualizada sobre características generales, manejo quirúrgico y odontológico de los pacientes afectados por la anomalía congénita de labio hendido o labio leporino.

El estudio se basó en todos los expedientes de los pacientes con labio Leporino atendidos en el departamento de cirugía plástica del HEODRA – León en el período comprendido de Enero del 2000 a Diciembre del 2002.

El análisis de los datos fue descriptivo utilizándose distribución de frecuencia y porcentajes, además se presentaron los resultados en cuadros y gráficos.

De un total de 45 expedientes de igual número de pacientes se encontraron afectados más varones que mujeres.

La mayoría procedentes del área urbana y rural de la ciudad de León y Chinandega.

Presentándose con más frecuencia como anomalía inicial en más de la mitad de los pacientes, el labio hendido unilateral.

Además casi la mitad de los pacientes fueron atendidos entre los 0 – 1 año.

Realizándose en mínima cantidad tratamientos odontológicos a los pacientes.

El tratamiento quirúrgico más frecuente fue la Queiloplastía.

INTRODUCCIÓN

El período de vida intrauterina está dividido en dos fases principales; la embrionaria y la fetal. La primera comprendida en el primer trimestre, en la cual ocurre la diferenciación macroscópica de las características de la especie humana, es en esta etapa que surgen diferentes anomalías por alteraciones en el desarrollo a causa de factores ambientales e intrauterinos; la fetal se caracteriza por un rápido crecimiento y elaboración de las funciones. (Bb. 13)

La hendidura de labio y paladar son variables desde surcos en piel y mucosa hasta hendiduras que afectan músculos y huesos, son alteraciones congénitas frecuentes que no solo desfiguran gravemente el contorno facial si no que a menudo producen deficiencia en el lenguaje, masticación y deglución, que a su vez influye de manera importante tanto en el aspecto psicológico y odontológico, es por esto que el tratamiento quirúrgico debe realizarse entre la segunda y doceava semana, lo más temprano posible ya que a esta edad permite el desarrollo y crecimiento de los componentes afectados y por la extensión de diversos problemas a nivel odontológicos como el mal alineamiento de los dientes, caries proximales, una mala estética, su impacto en el niño y la familia. (Bb. 10 Y 16)

Actualmente en nuestro país se cuenta con poca información acerca de estos pacientes y no hay documentos actualizados sobre si se les está dando tratamiento quirúrgico y odontológico, características a tomar en cuenta en el tratamiento de esta anomalía y a la vez servir de referencia a futuras investigaciones.

En consecuencia nos planteamos realizar esta investigación basados en el hecho que es un tema poco estudiado y muy importante de abordar para nosotros, como futuros odontólogos debido a que estos pacientes en su mayoría presentan muchos problemas odontológicos que causan una alta morbilidad y mortalidad dental por las diversas afecciones que provocan el mal alineamiento dental, dientes ectópicos, hipoplásicos y que aun después de la corrección Quirúrgica temprana se presentan en una minoría, sin embargo a un menor se le debe dar atención odontológica temprana e integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual será la procedencia, el sexo al que pertenecen, edad en que fueron atendidos y tratamiento recibido en los pacientes con labio hendido y paladar hendido atendidos en el HEODRA – León en el periodo Enero del 2000 a Diciembre del 2002?

OBJETIVO GENERAL

Describir las características generales y tratamiento brindado a los pacientes con Labio hendido atendidos en el HEODRA – León de Enero del 2000 a Diciembre del 2002.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la distribución por sexo, de los pacientes con Labio hendido.
2. Determinar la procedencia de los pacientes con Labio hendido.
3. Identificar la anomalía inicial más frecuente presentada al ser atendido.
4. Identificar la edad al ser atendido quirúrgicamente por primera vez.
5. Identificar los tratamientos odontológicos que fueron brindados con más frecuencia
6. Identificar los tipos de tratamiento quirúrgicos efectuados en los pacientes con labio hendido.

MARCO TEORICO

El Labio leporino y/o paladar hendido se presenta con una alta frecuencia y diversidad de variantes clínicas. Existe una multiplicidad de tratamientos interdisciplinarios aplicable a cada caso. (Bb. 17)

Para comprender la producción de estas deformidades congénitas es importante conocer la embriogénesis normal de la cara.

EMBRIOLOGÍA NORMAL DE LA CARA

La característica más típica del desarrollo de la cabeza y cuello es la formación de los arcos branquiales o faríngeos. Estos arcos aparecen en la cuarta y la quinta semana de desarrollo intrauterino, constituidos por bandas de tejidos conectivo mesenquimatoso separados por profundos surcos llamados hendiduras branquiales o faríngeas. (Bb. 14)

Al definirse el aparato branquial durante la cuarta semana de vida intrauterina, la región facial comienza a tomar forma. Cuando el embrión tiene cuatro y media semana de edad puede identificarse cinco formaciones mesenquimatosas: 1 y 2 los procesos mandibulares (primer arco branquial) que pueden distinguirse caudalmente al estomodeo o cavidad bucal primitiva, 3 y 4 los procesos maxilares (porción dorsal del primer arco branquial) lateralmente al estomodeo y 5 la prominencia frontal, elevación ligeramente redondeada que se sitúa cranealmente al estomodeo.

El cartílago del primer arco branquial está formado por una porción dorsal llamada proceso maxilar, que se extiende debajo de la región correspondiente al ojo y una porción ventral, el proceso mandibular o cartílago de Meckel. El Mesénquima del proceso maxilar dará origen más tarde a la premaxila, maxila, hueso cigomático y parte del hueso temporal, por Osificación membranosa. La mandíbula se forma igualmente por osificación membranosa del tejido mesodérmico que rodea al cartílago de Meckel.

Hacia el final de la cuarta semana a cada lado del proceso frontal e inmediatamente por arriba del estomodeo se observa un engrosamiento local del ectodermo superficial: La plácoda nasal. Durante la quinta semana aparecen dos rebordes de crecimientos rápidos, los procesos, nasal medial y lateral que rodean la plácoda nasal.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

En el curso de las dos semanas siguientes, los procesos maxilares continúan aumentando de volumen y simultáneamente crecen en dirección medial comprimiendo los procesos nasales mediales hacia la línea media. En una etapa ulterior queda cubierta la hendidura que se encuentra entre el proceso nasal medial y el proceso maxilar y ambos procesos se fusionan. En consecuencia el labio superior es formado por los dos procesos nasales mediales y maxilares. Los procesos nasales laterales no participan en la formación del labio superior, pero sí de las alas de la nariz; como resultado del crecimiento medial de los procesos maxilares, los dos procesos naso-mediales se fusionan no solamente en la superficie, si no también a nivel más profundo.

Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben en conjunto el nombre de segmento intermaxilar que comprenden:

1. Un componente labial, que forma el filtrum o surco subnasal en la línea media del labio superior.
2. Un componente maxilar superior que contiene los cuatro incisivos.
3. Un componente palatino que forma el paladar primario triangular.

Una pequeña porción de la parte media externa de la nariz probablemente también deriva del segmento intermaxilar.

Mientras que el paladar primario deriva del segmento intermaxilar la porción principal del paladar definitivo es formado por elevaciones laminares de los procesos maxilares, llamadas crestas palatinas.

En la séptima semana la lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden hasta alcanzar una posición horizontal por arriba de la lengua y se fusionan entre sí formando el paladar secundario. Hacia delante la cresta se fusionan con el paladar primario triangular, el agujero incisivo puede considerarse la señal en la línea media entre los paladares primarios y secundarios. (Bb. 11)

LABIO HENDIDO

Las deformidades de labio y paladar hendido ocupan un alto índice de frecuencia con relación a otras afecciones del recién nacido. El labio hendido ocurre con cierta frecuencia asociado con paladar hendido, pero estas anomalías son dos afecciones embriológicamente diferentes, debido a razones cronológicas en el desarrollo del embrión. Clínicamente hay una gran variabilidad en la intensidad de la formación de la hendidura labial.

Por lo general se observa que las 2/5 parte de los casos son familiares y las 3/5 partes restantes son el resultado de herencia recesiva, más factores exógenos como la administración de drogas sedantes, hipnóticas y tranquilizantes durante los primeros tres meses de gestación, el alcoholismo y la mala nutrición, predisponen a las malformaciones congénitas.

El labio con paladar hendido o sin el, aparecen aproximadamente en 1 par cada 1000 nacidos en raza caucásica, siendo más alta en raza oriental y más baja en raza negra.

El labio hendido aislado puede ser unilateral y bilateral, siendo el primero más frecuente con 70% de los casos. Este no siempre es completo, que solo se presenta en 9%. En casos de fisuras labiales incompletas la oclusión no sufre ninguna alteración, de lo contrario involucra los huesos alveolares y palatinos alterando la oclusión.

La frecuencia total de hendiduras es mayor en hombres que en mujeres, Labio hendido o Labio con paladar hendido son más frecuentes en hombres que en mujeres, mientras paladar hendido es más frecuentes en mujeres que en hombres.

Este notorio aumento de frecuencia de estas malformaciones se debe a las siguientes razones.

- Disminución de la mortalidad infantil post-natal y operatoria.
- Aumento de la fertilidad y matrimonio consanguíneos

Embriológicamente se debe a la falta de unión o a la unión imperfecta del proceso maxilar con el proceso nasal medial.

ETIOLOGÍA

- Factor genético
- Tendencia Hereditaria en un 25-30%
- Error en un cambio transicional de suministros sanguíneos embrionario.
- Edad elevada de la madre.
- Varios síndromes de trisomía autosómica.
- Deficiencias nutricionales.
- Exposición a energía radiante.
- La inyección de esteroide.

Actualmente la teoría más aceptada es la deficiencia mesodérmica. Esta teoría sugiere que el labio y el premaxilar, existen en sus formas tempranas como una capa ectodérmica en donde están presentes tres masas de mesodermo, estas normalmente crecen y se unen para formar el labio superior y el premaxilar, pero si no crecen ni se infiltran en la capa ectodérmica el debilitamiento consiguiente de esta delicada membrana rompe la capa dando como resultado labio hendido.

ANATOMIA PATOLÓGICA DE LABIO HENDIDO

En el labio hendido hay un defecto o falta de tejido en la porción inferior del lado interno de la fisura, eso trae como consecuencia la rotación del tubérculo labial en sentido ascendente hacia el lado del defecto y acortamiento de la prominencia labial lateral correspondiente al lado hendido. En el lado fisurado, el ala nasal está aplanada y el eje mayor del orificio de entrada está dirigido en sentido transversal, en lugar de tener una dirección oblicua, La columela en lugar de tener una dirección antero-posterior, está dispuesta en sentido oblicuo debido a que su base está desviada hacia el lado contrario del defecto.

Las fibras del músculo orbicular de los labios, en el lado sano parten de la región de la comisura y se dirigen hacia la línea media, terminan en el prolabio manteniendo su dirección anatómica que es horizontal. En el lado hendido las fibras parten igualmente de la comisura y se dirigen hacia adentro, pero en vez de alcanzar el pro-labio, cambian su dirección haciéndose ascendentes y terminando de manera difusa en la región del ala nasal. (Bb. 12)

ANATOMIAPATOLÓGICA DEL LABIO HENDIDO BILATERAL.

El labio esta completamente hendido en ambos lados y generalmente asociado con hendidura completa del paladar, puede solamente involucrar el paladar primario, mientras el paladar secundario permanece intacto, en estos casos la premaxila esta suelta; pero unida a un segmento del maxilar y es proyectada hacia adelante por el crecimiento del septum cartilaginoso. El prolabio aparece como adherido a la punta de la nariz por una no existente columnela, las alas nasales están alargadas y estiradas fuera de la maxila y los cartílagos se insertan en la parte muscular de los segmentos labiales a ambos lados.

La premaxila puede variar en tamaño y desarrollo pueda ser que tenga los cuatro incisivos, sólo uno de los dos dientes supernumerario o normal puede estar colocado protruyendo de uno de los dos lados la premaxila.

El hueso prevomeriano quien es el soporte de la premaxila se distingue del hueso Vómer por una línea de sutura localizada de 5-8 mm posterior a la base de la premaxila. El sitio de la línea de sutura esta indicado por un alargamiento del borde inferior del vómer.

El proceso maxilar suelto de la premaxila, no influenciado por el crecimiento del cartílago septal puede aparecer pequeño y retraído pudiendo haber espacio adecuado para acomodar la premaxila a los segmentos maxilares, hacerse colapsado medialmente no dejando espacio para la premaxila en el arco alveolar.

La premaxila puede estar unida a la maxila en un lado y con hendidura en otro lado o unida a la maxila en ambos lados aunque esto ocurre cuando la hendidura de los labios son incompletas. (Bb. 7 y 12)

PALADAR HENDIDO

Generalidades

Los niños con paladar hendido aislado tienen a menudo otras anomalías congénitas asociadas con una frecuencia de 30 – 51%. La frecuencia de Paladar hendido aislados en personas de raza blanca con relación a la raza negra, oscila entre 1 x2000 y de 1 x 2500

La mayor frecuencia de paladar hendido completo aparece en mujeres en relación de 2x1 mientras el paladar hendido es solamente de 1x1 según reportes de Fogh y Anderson 1958.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

La presentación del paladar hendido secundario y primario combinados es más frecuente, reportándose 82.2% según estudios realizados en el Distrito Federal y Campeche.

EMBRIOLOGIA

Durante el desarrollo embriológico los procesos palatinos del maxilar se proyectan hacia abajo en dirección del piso bucal, colocándose la lengua entre las dos mitades palatinas más tarde, empezando por detrás y progresando hacia delante, cada proceso toma una posición horizontal y sobresaliendo medialmente, se aproximan y fusionan entre si y con el tabique nasal. La fusión comienza de la papila incisiva y progresa hacia atrás. Frasey y colaboradores han postulado la hipótesis de una fuerza propia a el retraso de la misma por cualquiera de los factores daría lugar al paladar hendido.

Otra teoría postulada que la lengua actúa como barrera en el cierre palatino durante el período crítico de la fusión. También ha considerado otro factor posible entre la anchura de la cabeza y el tamaño de los proceso palatinos.

Los niños portadores de labio y paladar hendido presentan las siguientes alteraciones fisiopatológicas:

1. Imposibilidad para succionar al no poder crear succión negativa intra oral por estar comunicada permanentemente la boca con las fosas nasales.
2. La respiración se verifica a través de la hendidura labial y el aire pasa directamente, sin el calentamiento ni filtración, previa que la proporcionan las fosas nasales, haciéndolos susceptibles a infecciones de las vías respiratorias.
3. Debido a que no se puede realizar el cierre del paladar con la base de la lengua necesaria para aislar la cavidad bucal durante la inspiración nasal, los líquidos contenidos en la boca acompañan fácilmente el aire inspirando penetrando en la laringe, esta alteración fisiopatológica puede causar traqueobronquitis y neumonía aspirativa. (Bb. 7, 10 y 12)

CLASIFICACION DE VEAU PARA LABIO Y PALADAR HENDIDO LABIO

HENDIDURA TIPO I: Muesca unilateral del borde muco cutáneo que no se extiende a labio.

HENDIDURA TIPO II: Muesca unilateral que se extiende al labio pero no afecta el piso de la nariz.

HENDIDURA TIPO III: Unilaterales, se extiende desde el borde muco cutáneo hasta el piso de la nariz.

HENDIDURA TIPO IV: Cualquier hendidura bilateral completa del labio desde muescas incompletas hasta hendiduras completas. (Bb. 22)

PALADAR

HENDIDURA TIPO I: Limitadas al paladar blando.

HENDIDURA TIPO II: Paladar blando y duro que no se extiende más allá del agujero incisivo, se limita sólo al paladar secundario; puede ser completa o incompleta.

A) Completa: Paladar blando y duro hasta el agujero incisivo.

B) Incompleta: El velo del paladar y parte del paladar duro y no se extiende al agujero incisivo.

HENDIDURA TIPO III: Unilaterales completas. Se extiende desde úvula al agujero incisivo en la línea media hasta el proceso alveolar unilateral.

HENDIDURA TIPO IV: Bilateral y completas afectan paladar duro, blando, proceso alveolar de premaxila y con frecuencia se encuentra móvil (Bb. 17).

TRATAMIENTO DENTAL

La presencia de hendiduras en niños puede hacer surgir diversos problemas dentales entre los cuales podemos mencionar, caries dental, dientes supernumerarios, dientes ausentes congénitamente, dientes ectópicos, hipoplásia de esmalte, problemas ortodónticos y protésicos entre otros.

Muchos odontólogos se muestran aprensivos en aceptar a este tipo de pacientes por la tendencia de clasificarlos como paciente problema, sin embargo son solamente pacientes con ciertos problemas dentales especiales.

En algunos casos el dentista puede participar en un proceso de rehabilitación inmediatamente después del nacimiento.

Como regla general se hace la visita inicial al dentista cuando el paciente tiene de dos a tres años, en las primeras visitas deberá examinarse al niño, administrarle ligera profilaxis y permitirle familiarizarse con el odontólogo y su médico. (Bb. 5)

CUIDADOS PREVENTIVOS

Cualquier programa preventivo para niños con hendiduras debe incluir instrucción en el uso de tabletas reveladoras para que el niño y los padres tengan claro las áreas que no han sido limpiadas adecuadamente. Los padres deben cepillar al niño hasta que este sea capaz de limpiarse por el mismo. Se debe hacer evaluaciones de dietas y aplicaciones tópicas de flúor. (Bb. 5, 7 y 13)

TOMA DE RADIOGRAFIAS

Puede ser difícil por la forma del paladar tratado quirúrgicamente, el dentista necesitara evaluar el desarrollo dental radiográficamente para idear un plan de tratamiento acorde con la erupción dental. Debe incluir radiografía panorámica, serie intraoral y periapical completa, aleta de mordida y radiografía oclusal de la hendidura. (Bb. 5, 7 y 13)

ODONTOLOGÍA RESTAURATIVA

La preparación de cavidades en pacientes con hendiduras no difiere en procedimiento en pacientes normales. Muchos de estos niños respiran por la boca por desviaciones del tabique nasal, en estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al interferir con su respiración bucal durante los procedimientos operatorios. Se puede superar el problema dando sensación de seguridad al paciente, limitando el empleo de rollos de algodón o dique de gomas con orificios amplios. (Bb. 5 y 13)

TRATAMIENTO ORTODONTICO

Las medidas ortodónticas están orientadas a evitar los colapsos de los segmentos maxilares. Es así que la terapia ortodóntica pre y posquirúrgica es importante en el tratamiento integral de los pacientes.

Para mover los dientes anteriores hacia delante hacia la posición correcta de sobre mordida vertical y horizontal, se requiere a menudo forzar los dientes contra un labio reparado resistente y parcialmente cicatrizado, tales procedimientos no son aconsejable. Siempre que exista una lucha entre huesos y músculos, sede el hueso.

El tratamiento ortodóntico en los pacientes con hendiduras se realiza en tres fases:

FASE I:

Temprano alineamiento de los segmentos posteriores seguido de la erupción completa de los molares deciduos (3-5 años). Métodos usados:

- Arco palatino fijo (arcos "w", asa o resorte de Coffin) (Bb. 6)
- Arco palatino removible.
- Aparato de paladar abierto con tornillo de expansión.

FASE II:

Alineamiento de los segmentos anteriores y posteriores en la dentición mixta temprana o la dentición decidua tardía (5-7 AÑOS). En esta fase se pretende la corrección de oclusión traumática en los dientes permanentes anteriores.

FASE III:

Tratamiento ortodóntico completo. Pretende lograr la posición correcta definida de los dientes, lo cual es esencial para la completa rehabilitación de los pacientes con hendidura. (Bb. 8)

TRATAMIENTO PROTESICO.

Es muy importante en la habilitación de pacientes con hendiduras. Los objetivos principales son:

- Proveer una buena apariencia estética.
- Proveer una buena función masticatoria y deglución.
- Proveer un adecuado mecanismo de habla.

La prótesis fija es el tratamiento de elección cuando el defecto del borde alveolar es pequeño. Un problema común para el prostodoncista es la estabilización de una premaxila móvil, que puede ser corregida construyendo un puente fijo de canino a canino, siempre que los caninos estén estables a ambos lados de la premaxila.

La prótesis removible se prefiere cuando el defecto en el borde alveolar es grande.

Existen dos tipos de aparato protésicos para el habla que pueden ser confeccionados:

- 1- Un obturador con una porción velo faringea palatal.
- 2- Un tipo de base de dentadura con función de obturar el paladar y ayudar al habla. (Bb. 5, 8, y 12)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los principios fundamentales de los procedimientos quirúrgicos consisten en volver a colocar y suturar las secciones hendidas. El cierre quirúrgico del labio hendido se realiza generalmente entre las 2 y 12 semanas de edad. El niño debe estar libre de cualquier enfermedad sistémica o local que puede contraindicar la cirugía, tener un peso mínimo de 7 libras y estar en una fase de aumento de peso. (Bb. 26)

Existen variedades de técnicas pero la elección depende de la experiencia del cirujano y de las condiciones morfológicas de la hendidura. El cierre temprano del labio permite la alineación temprana del hueso del arco y mejora el potencial de crecimiento y desarrollo de los componentes óseos del tercio medio de la cara. El simple cierre longitudinal del labio permite alineación temprana del hueso del arco y mejora el potencial de crecimiento y desarrollo de los componentes óseos del tercio medio de la cara. El simple cierre longitudinal del labio fue originalmente descrito por Rose y Thompson y más tarde fue modificado por Hagedorn. El advenimiento del colgajo triangular de Mirault (1948) tuvo mucho éxito y fue modificada por Brown y Macdowell. La técnica de Tennison es otro tipo de colgajo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

triangular desarrollada y popularizada por Marcks y Buaer. En la misma época se desarrolló la técnica de LeMesurier. La técnica de rotación y avance de Millard (1955) tomó gran popularidad y en la actualidad es la técnica más usada del mundo.

En resumen las técnicas más populares para la reparación del labio hendido son LeMesurier, Tennison, Millard y Mirault.

Sin importar la técnica utilizada deben tomarse en cuenta ciertos criterios esenciales como son:

- Aproximación de los tejidos con mínima tensión.
- Cierre del labio por capas.
- Coaptación de los músculos de ambos lados del labio.
- Simetría de las alas de la nariz.
- Cuidadosa alineación del borde bermellón del labio con un adecuado desarrollo del surco bucal y el avance de la membrana mucosa que produce la normal eversión del tercio inferior del labio.

La edad óptima del paciente para intentar la operación del paladar se prefiere que sea entre los 18 y 24 meses de edad. La meta final de la cirugía del paladar hendido es proporcionar un mecanismo que separe adecuadamente las cavidades nasal y bucal del paciente, de manera que no exista interferencia en el crecimiento de los huesos faciales o en el desarrollo del lenguaje, audición y oclusión dental normales.

De las diversas técnicas quirúrgicas aceptadas para cerrar un paladar hendido, el principio básico en la mayoría es el empleo de colgajos mucoperiosticos, que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto en la línea media.

Frecuentemente el cirujano combina este cierre de la línea media con el denominado empuje hacia atrás del colgajo, procedimiento que logra proporcionar longitud adecuada al paladar blando para permitir el cierre velofaríngeo durante las funciones de lenguaje y deglución. Si el cirujano considera que no se puede obtener cierre velofaríngeo adecuado con este método, puede crear un puente de tejido entre la faringe y el paladar blando.

Esto se logra disecando un colgajo de la pared posterior de la faringe extendiéndose hacia delante y suturándolo al borde posterior denudado del paladar blando.

Las técnicas más comunes para el cierre del paladar hendido son las técnicas del Sayle, Bardach, Oxford, Colgajo triangular y Palatoplastia con dos y tres colgajos. (Bb. 12)

SECUELAS POST-QUIRURGÍCAS

- **Fístula naso- vestibular:**
Es la secuela más común después de la reparación de una hendidura ancha. Generalmente se corrige con un colgajo muscular, pero lo ideal es el injerto óseo que además estabiliza los segmentos óseos.
- **Cicatriz hipertrófica:**
Aparece generalmente 3-4 semanas después de la operación. Esta es firme, roja y ligeramente elevada.
- **Cicatriz ancha:**
Puede ocurrir cuando la reparación del labio es hecha con gran tensión de las capas musculares y una sutura inadecuada.
- **Frenillo corto:**
Puede causar deformidad secundaria del labio por la creación de una ranura en el bermellón. Se corrige con zeta-plastia.
- **Surco poco profundo:**
Resulta de una técnica quirúrgica pobre.
- **Unión incompleta de los músculos:**
Resulta cuando las capas musculares no son propiamente realineadas y aproximadas.
- **Fístula nasolabial:**
Defecto en el alvéolo o en el lado labial que se comunica con la cavidad nasal. Es producto del cierre inadecuado o puede aparecer cuando los segmentos maxilares son expandidos durante el tratamiento ortodóntico. (Bb. 12)

TRATAMIENTO ORTOPEDICO PRE-QUIRURGICO:

El tratamiento ortopédico prequirúrgico es solamente cuando el colapso de los segmentos menores del maxilar es evidente.

El objeto de este procedimiento iniciado por McNeil y desarrollado por Burston y colaboradores es la creación y mantenimiento de una forma de arco alveolar previa a la reparación del labio.

El reposicionamiento de los segmentos maxilares, estabiliza el balance de la base esquelética mejorando la simetría de las estructuras nasales y disminuye la anchura inicial de la hendidura.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

En algunas hendiduras con significativa hipoplásia de los segmentos maxilares en la dimensión anteroposterior y vertical, el tratamiento ortopédico prequirúrgico no solo mejora la posición de los segmentos sino además estimula el crecimiento óseo y su desarrollo.

Las ventajas del tratamiento ortopédico prequirúrgico son:

- El colocar en posición adecuada los segmentos maxilares antes de la reparación del labio facilita el cierre y contribuye a la simetría facial.
- La mejoría en el balance de la base esquelética, crea una mejor condición para la corrección primaria de la deformidad nasal.
- Se evita la posición anormal de la lengua que podría ensanchar la hendidura.
(Bb. 12)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo de corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO: El departamento de cirugía maxilofacial del "**HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES**" león en el período de Enero 2000 a Diciembre 2002.

POBLACIÓN ESTUDIADA: Todos los expedientes de pacientes que presentaron labio hendido atendidos en el **HEODRA - LEÓN** en el período Enero 2000 a Diciembre 2002

VARIABLES:

- 1- Sexo
- 2- Procedencia
- 3- Anomalías de labio leporino
- 4- Edad al ser atendidos
- 5- Tratamientos Odontológicos
- 6- Tratamientos quirúrgicos

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Se elaboró una carta dirigida al director del **HEODRA - LEÓN**, doctor Pentzke, solicitándole acceso a los expedientes de los pacientes con labio leporino atendidos en el periodo de estudio de Enero 2000 a Diciembre 2002, luego con la autorización del mismo, visitamos el departamento de estadística para obtener los número de expedientes, en este se lleno un formulario elaborado previamente con la información requerida para nuestro trabajo investigativo, dicha ficha se encuentra adjunta en anexos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Edad en que el paciente fue atendido por primera vez.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de su atención	Edad anotada en el expediente	0 – 4 años 5-9 años 10-14 años 15años a mayores
SEXO	Condición orgánica que distinguen lo masculino de lo femenino.	Información anotada en el expediente clínico	Masculino Femenino
PROCEDENCIA	Lugar de origen o residencia habitual del paciente.	Información anotada en el expediente clínico	Zona rural o urbana de los departamentos: León, Chinandega, Granada, Rivas, Jinotega, Nueva Segovia
ANOMALÍAS INICIALES DEL LABIO	Falta de unión normal o desarrollo insuficiente que puedan afectar tejidos blandos y óseos del labio superior	Diagnostico de la anomalía anotada en el expediente clínico.	Labio Hendido: Unilateral, Bilateral

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

TRATAMIENTO QUIRURGÍCO	Son los procedimientos realizados por el cirujano plástico para tratar en lo mejor posible de restituir función y estética del paciente.	Tratamiento quirúrgico realizado en el paciente, anotado en el expediente clínico.	Queiloplastía Palatoplastía Queiloplastía y Palatoplastía. Rinoplastia Cirugía de labio, otros
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS	Son los procedimientos realizados por el dentista para tratar en lo mejor posible de restituir la función y la estética del paciente.	Tratamiento odontológico realizado en el paciente anotado en el expediente clínico.	Tratamiento ortodontico, Tratamiento protésico, Profilaxis, Pulpotomía Operatoria.

RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES CON HENDIDURA LABIAL ATENDIDOS EN EL HEODRA - LEÓN EN EL PERÍODO DE ENERO 2000 AL DICIEMBRE 2002.

SEXO	No	%
Femenino	15	33.3 %
Masculino	30	66.6 %
Total	45	100 %

FUENTE SECUNDARIA: Expediente del archivo del **HEODRA - LEÓN** de Enero 2000 a Diciembre 2002.

- La mayoría de los pacientes atendidos fueron del sexo masculino, en una relación de 2 varones por cada mujer.

TABLA 2

**PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON HENDIDURA LABIAL ATENDIDOS
EN EL HEODRA - LEÓN EN EL PERÍODO DE ENERO 2000 A DICIEMBRE
2002.**

PROCEDENCIA	URBANA		RURAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No	%
LEON	12	57.14	12	50	24	53.33
CHINANDEGA	7	33.33	8	33.33	15	33.33
NUEVA SEGOVIA	0	0	3	12.5	3	6.66
GRANADA	1	4.76	0	0	1	2.22
RIVAS	1	4.76	0	0	1	2.22
JINOTEGA	0	0	1	4.16	1	2.22
TOTAL	21	100	24	100	45	100

FUENTE SECUNDARIA: Expediente del archivo del **HEODRA - LEÓN** de Enero 2000 a Diciembre 2002.

La mayoría de los pacientes procedían de león, seguido de los de Chinandega que representan la mayoría, no encontrándose una distribución diferente significativa entre el área urbana como rural.

TABLA 3

**ANOMALIA INICIAL PRESENTADA AL SER ATENDIDO POR PRIMERA VEZ
EN EL HEODRA - LEÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2000 A DICIEMBRE
2002.**

ANOMALIA INICIAL	NUMERO	PORCENTAJE
LABIO HENDIDO UNILATERAL	36	80 %
LABIO HENDIDO BILATERAL	9	20 %
TOTAL	45	100 %

FUENTE SECUNDARIA: Expedientes del archivo del **HEODRA - LEÓN** de Enero 2000 a Diciembre 2002

Más de la mitad de los pacientes que fueron atendidos presentan como anomalía inicial el labio hendido unilateral y la parte restante el labio hendido bilateral en una relación de 4 a 1.

TABLA 4

EDAD EN QUE FUERON ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ, LOS PACIENTES CON LABIO HENDIDO EN EL HEODRA - LEÓN EN EL PERÍODO DE ENERO 2000 A DICIEMBRE 2002.

EDAD	No	%
0 – 4 Años	31	68.8 %
5 - 9 Años	7	15.5%
10 – 14 Años	4	8.8%
15 Años a mayores	3	6.6 %
TOTAL	45	100 %

FUENTE SECUNDARIA: Expediente del archivo del **HEODRA - LEÓN** de Enero 2000 a Diciembre 2002.

Casi la mitad de los Pacientes fueron atendidos entre los 0 a 4 año, seguido de los de 5 a 9 años y de 10 a 14 años.

TABLA 5

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO A QUE FUERON REFERIDOS CON MÁS FRECUENCIA LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL HEODRA - LEÓN EN EL PERIODO DE ENERO 2000 A DICIEMBRE 2002.

TRATAMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE %
ORTODONCIA	6	13.33%
PROFILAXIS	5	11.11%
OPERATORIO DENTAL	4	8.88%
NINGUNO	30	66.6%
TOTAL	45	100

FUENTE SECUNDARIA: Expedientes del archivo del **HEODRA - LEÓN** período de Enero 2000 a Diciembre 2002.

De los pacientes atendidos en su gran mayoría no recibieron ningún tipo de tratamiento odontológico y dentro de los pocos recibidos están la ortodoncia y la profilaxis que representan una minoría.

TABLA 6

**TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADOS EN LOS PACIENTES CON
LABIO HENDIDO ATENDIDOS EN EL HEODRA - LEÓN PERIODO DE ENERO
2000 A DICIEMBRE 2002.**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
QUEILOPLASTIA	17	37.77
PALATOPLASTIA	11	24.44
QUEILOPLASTIA/ PALATOPLASTIA	6	13.33
CIRUGÍA DEL LABIO	2	4.44
RINOPLASTIA	1	2.22
OTROS	4	8.88
NINGUNO	4	8.88
TOTAL	45	100

FUENTE SECUNDARIA: Expedientes del archivo del **HEODRA - LEÓN**, período de Enero 2000 a Diciembre 2002.

Los dos tratamientos que con más frecuencia se realizaron fueron la Queiloplastía y la Palatoplastía en una relación de 1.5 a 1.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La literatura y estadísticas mundiales refieren que las hendiduras labiales son más frecuentes en el sexo masculino que en el sexo femenino, lo que coincide con nuestro estudio ya que de los 45 pacientes el 66.6% correspondieron al sexo masculino y el 33.3 % al femenino.

Los pacientes en las edades de 0-1 año correspondieron al mayor número de pacientes atendidos, con el 48.8% esto es lo recomendado según la literatura la cual dice que el tratamiento quirúrgico realizado cuidadosamente y a edad temprana entre la 2 - 12 semana permite la alineación del arco y mejora el potencial de crecimiento y desarrollo de los componentes óseos del tercio medio de la cara. Esto mejora la rehabilitación social de estos pacientes ya que al hacerse a edad propicia el daño psicológico irreversible puede ser minimizado.

En nuestro medio actual probablemente debido a la falta educación sobre la importancia del tratamiento odontológico posterior al quirúrgico, la solución a este problema se limita a la corrección quirúrgica, restándole importancia al tratamiento odontológico.

En relación a la procedencia el mayor número de pacientes procedía de león y Chinandega esto es explicable porque el servicio que se les realizó a estos pacientes esta disponible en el HEODRA - LEÓN, esto permitió que los pacientes residentes en esta ciudad tuviesen un acceso más fácil, lo contrario a los otros departamentos.

En la distribución por área urbana y rural no sé encontró una distribución significativa probablemente debido a la educación que se le esta impartiendo a los padres y el interés de estos por tratarlos quirúrgicamente y aún mejor acceso al transporte.

El labio hendido unilateral contribuye la anomalía inicial que con más frecuencia se presenta en 80% de los pacientes lo que coincide con la literatura y estadísticas mundiales.

En cuanto el tratamiento odontológico no se realizó en un 66.6% por lo que no se esta llevando a cabo la labor de equipo multidisciplinaria necesaria para la

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA LEÓN

rehabilitación integral de estos pacientes, sobre todo desde el punto de vista odontológica, el cual es necesario en la mayoría de los pacientes en los que se realiza tardíamente el tratamiento quirúrgico, esto conlleva a mejorar otro aspecto importante, el psicológico desde el punto social como personal, ya que se evitaría la pérdida dentaria, por caries, enfermedades periodontal y corregiría el alineamiento de los dientes, lo contrario de lo que reflejan los datos, aún cuando Nicplast ayuda y ofrece tratamientos odontológicos gratuitamente.

Los tratamientos quirúrgicos más frecuentes fueron la Queiloplastía con un 37.7% seguido de la Palatoplastía con un 24.4% por lo que en su mayoría se trataba de labio hendido unilateral.

CONCLUSIONES

- 1- La mayoría de los pacientes están siendo llevados en edades apropiadas entre los 0-1 años, siendo más varones que mujeres, en su mayor parte procedentes de león y Chinandega tanto del área urbana como rural.

- 2- La anomalía inicial que con más frecuencia presentaron los pacientes al ser atendidos fue el labio hendido unilateral.

- 3- La Queiloplastía es el tratamiento quirúrgico más frecuente y no se está realizando tratamiento odontológico en la mayor parte de los pacientes atendidos.

RECOMENDACIONES

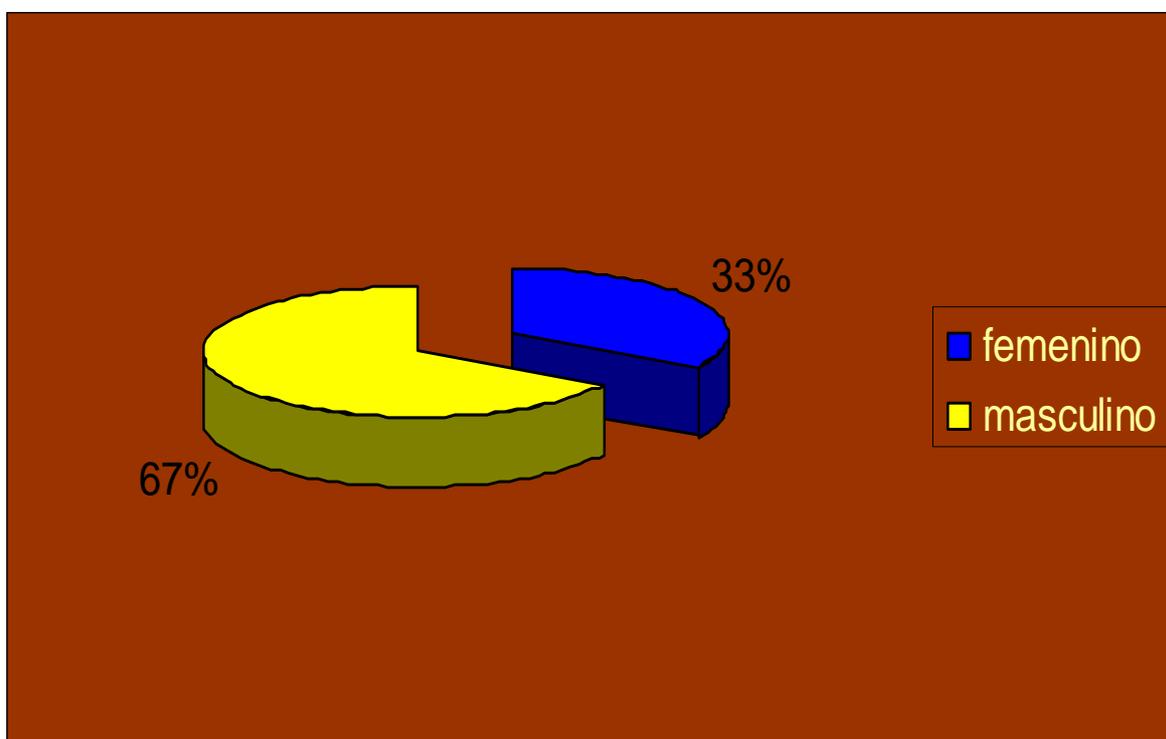
- 1- Que los profesionales de la salud se integren a equipos multidisciplinarios para la rehabilitación dentomaxilofacial de estos pacientes.
- 2- Fomentar la realización de investigaciones sobre este tema, para mantener la información actualizada.
- 3- Analizar y realizar tratamiento odontológico integral post corrección quirúrgica.
- 4- Promover las citas periódicas al odontólogo a corto plazo.
- 5- Mayor comunicación y organización entre las diferentes instituciones que tratan a niños con labio leporino y paladar hendido para incorporar la mayor cantidad posible de estos niños.

BIBLIOGRAFIA

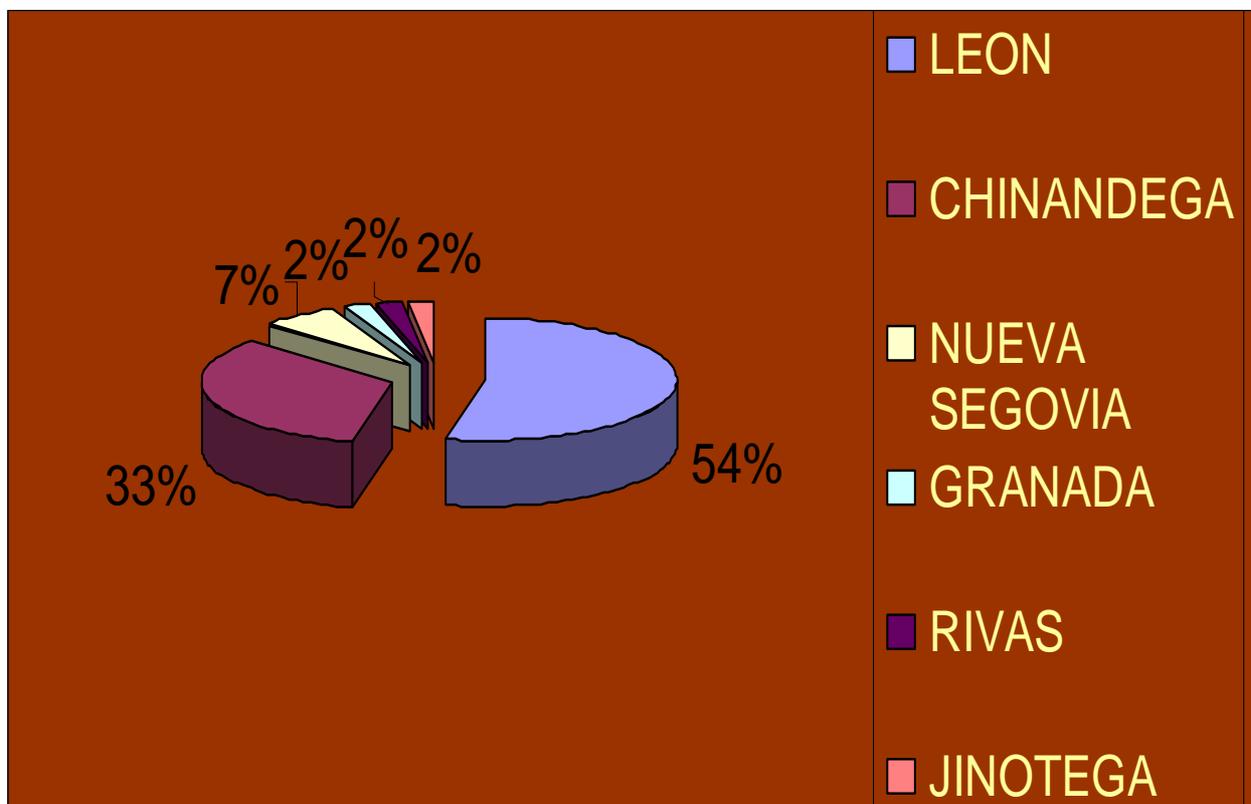
1. Brailer, L. Diccionario enciclopédico de medicina JIMS. 4.ta edición, Editorial JIMS. Barcelona, España. Pag.345.Año 1980
2. Bascones, Antonio. Llanes, Felipe. Medicina Bucal 2.da edición. Tomo 2.Cap 17. Pag. 423 a 437.
3. Cuadra Mora verónica. Trabajo monográfico. Análisis del tratamiento odontológico en niños con anomalías acompañantes de hendidura labial o palatina y de las secuelas post corrección quirúrgica en el Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Paíz,1993 Managua Nicaragua
4. Chaconas,Spiro.Ortodoncia.1era edición,Editorial el Manual moderno.México,D.F.Pag.234 a 245. Año 1982.
5. Finn, Sidney. Odontología Pedriática. Cuarta Edición, nueva editorial Interamericana. México, D. F. Cap.25. pág. 492 a 503. Año 1980.
6. Flores María. Trabajo Monográfico. Manejo de fisura Labial y Palatina. HALF. Pág. 7 a 17 Managua Nicaragua. Abril 1987.
7. Flores Violeta, María José. Trabajo Monográfico. Anomalías Dentarias y necesidades de tratamiento Odontológica en niños labio Fisurado y Paladar hendido en el HEODRA, 2000 León Nicaragua.
8. Graber,T.Ortoncia teoría y practica.3.era edición,Nueva Editorial Interamericana.México,D.F.Cap.6.pag.244 a 254.Año1985.
9. Hernández, Sampieri.Etal.Metodología de la investigación.2da Edición.Industrial, Editorial Mexicana.Cap.1 a 11.
10. Kruger,Gustavo o.Tratado de Cirugía Bucal.4ta Edición.Editorial Interamericana.México,D.F.Cap.21.Pag.356 a 374.Año 1978.
11. Lagman,Jan.Embriología Médica 5ta Edición.Editorial Médica panamericana.Cap.16. Pag 267 a 293,cap.17.Pag 307.
12. Labio leporino.google,Pag. 1. Imagenes 2, 3 y 5.
13. Mc Donald,Ralp.Avery.David.R.Tratado de odontopediatría,4ta Edición.Cap,4.Pag,68 a 75.
14. Moore,keith.L.Embriología Clínica 4ta Edición.Cap,10.Pag,208 a 226
15. Piura, Julio Introducción a la metodología de la investigación,2da Edición
16. Palma Guzmán. Trabajo monográfico. Malformaciones congénitas de labio leporino. Hospital San Vicente 1977 León Nicaragua.
17. ..Regezi Josep. A. Siubba James. J. Patología Bucal 1era Edición.Editoriales Rios.S.A México D.F. Abril 1993.Cap,15.Pag,475 a 478.
18. Shafer william. Tratado de patología bucal 4ta Edición. Nueva Editorial Interamericana. México D.F. Cap. 1. Pag 38.
19. Solares Díaz Sergio. Anomalías congénitas asociadas a labio leporino y paladar hendido. Hospital General San Juan de Dios. Guatemala 1970 a 1979.

ANEXOS

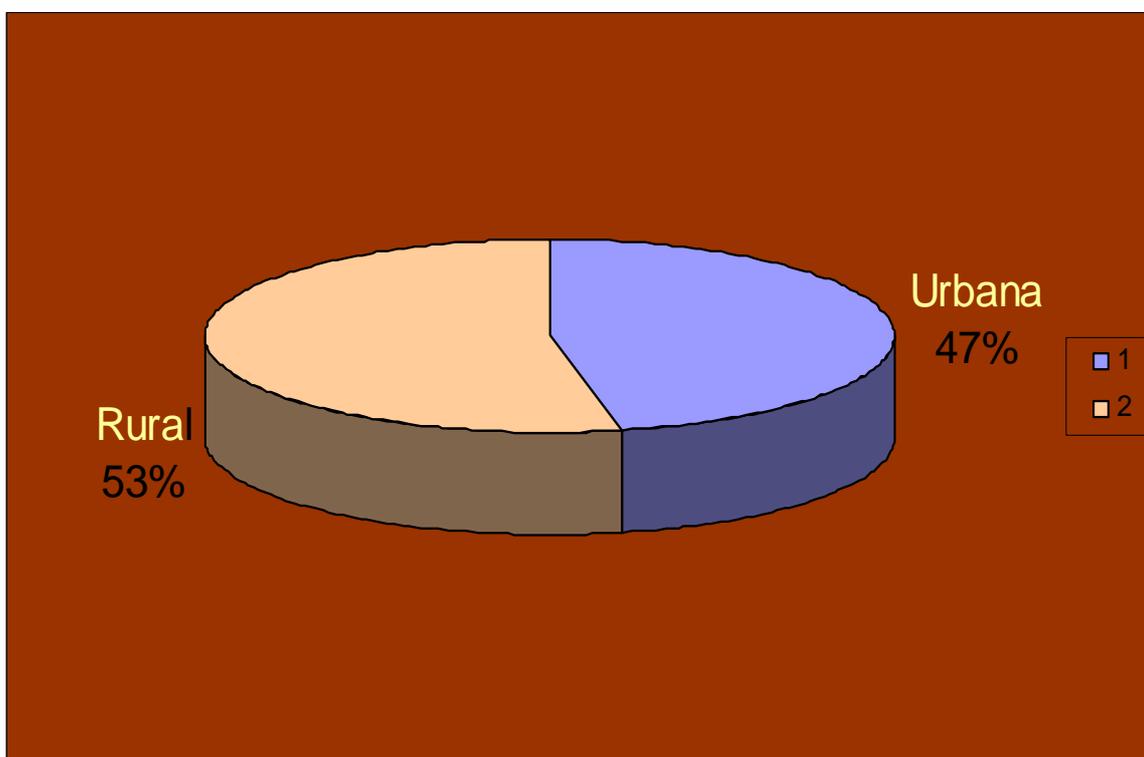
Distribución de los pacientes con labio hendido según sexo, atendidos en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002



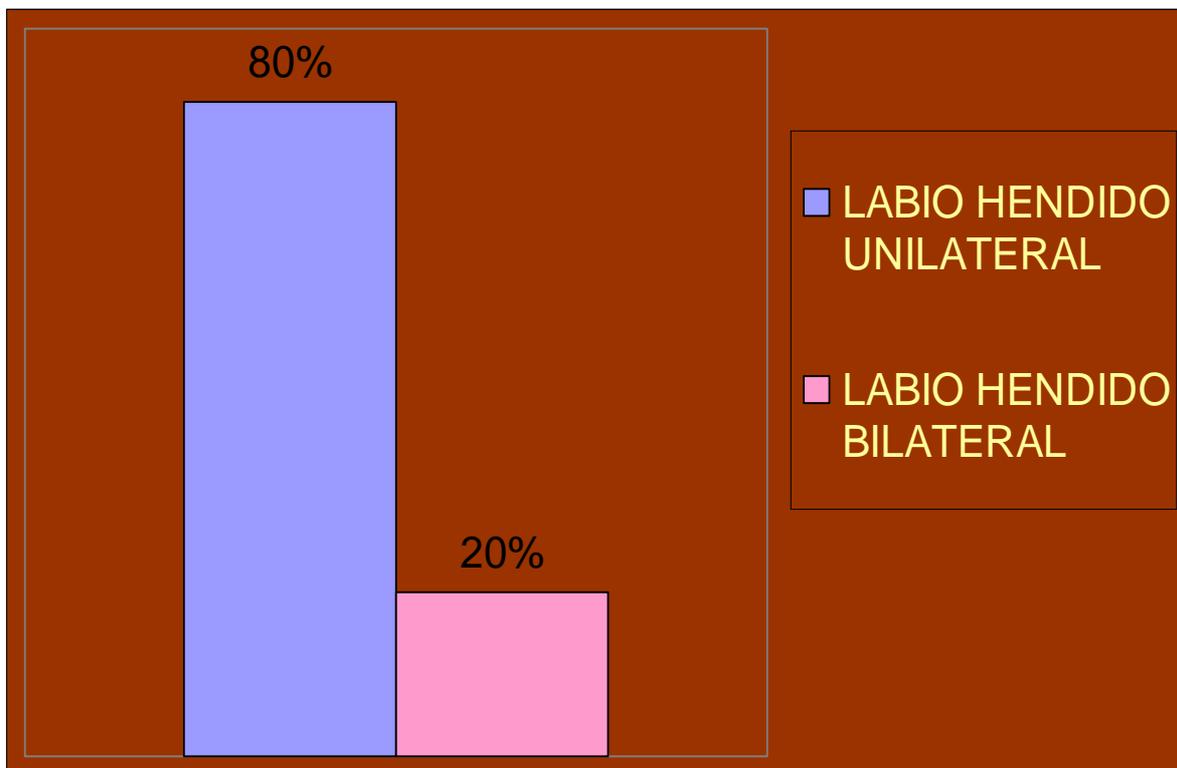
Distribución de pacientes con labio hendido según su procedencia, atendidos en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002



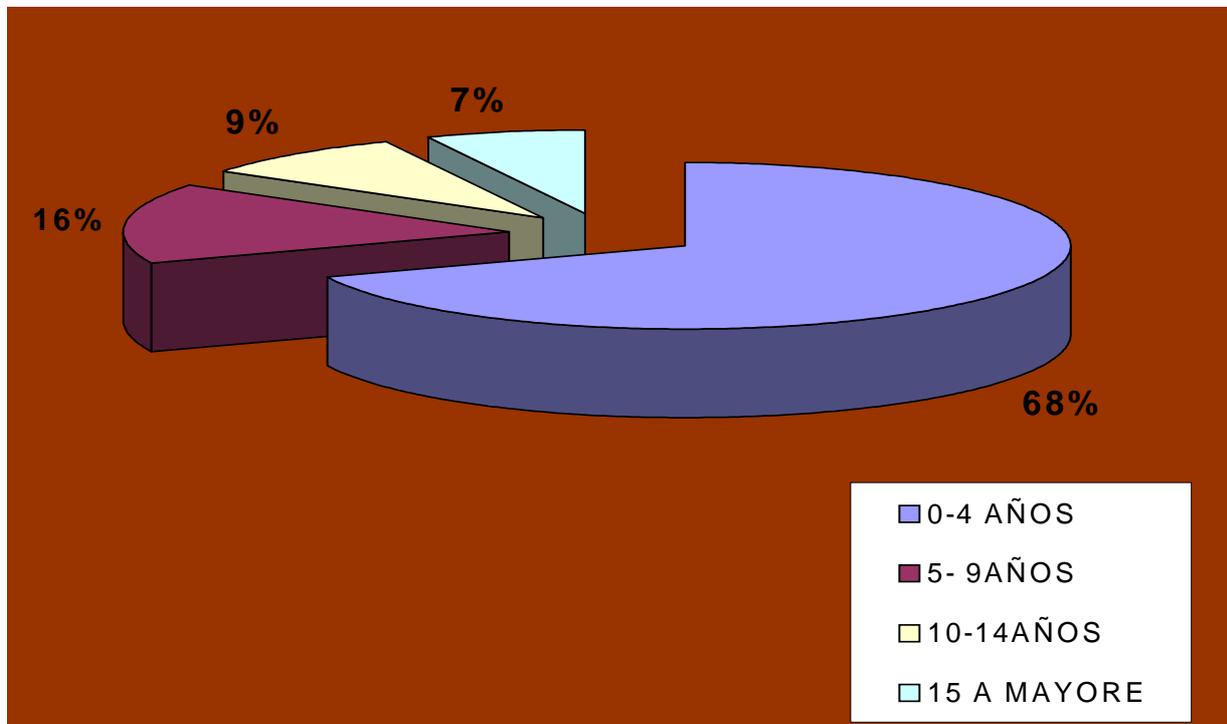
Distribución de los pacientes con labio hendido según la zona de procedencia atendida en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002.



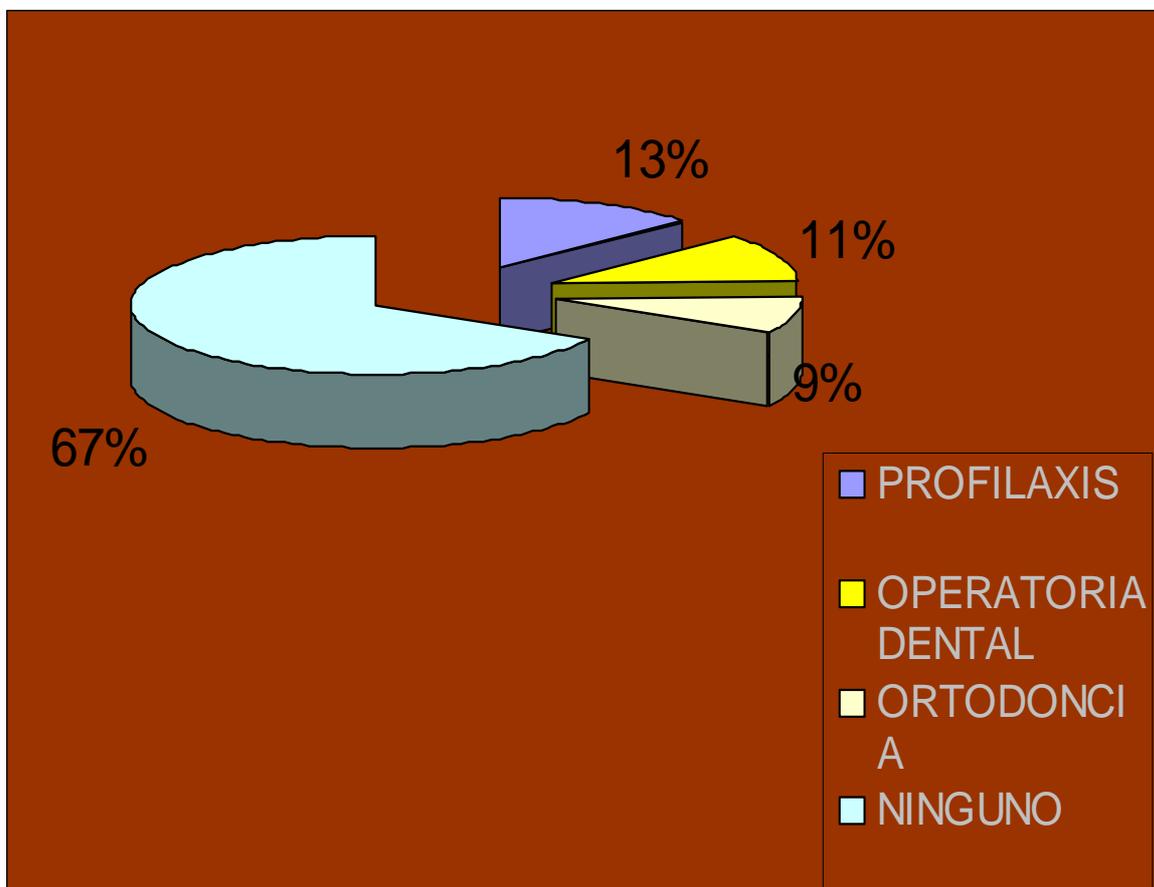
Distribución de los pacientes con labio hendido según anomalía inicial presentada, atendidos en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002.



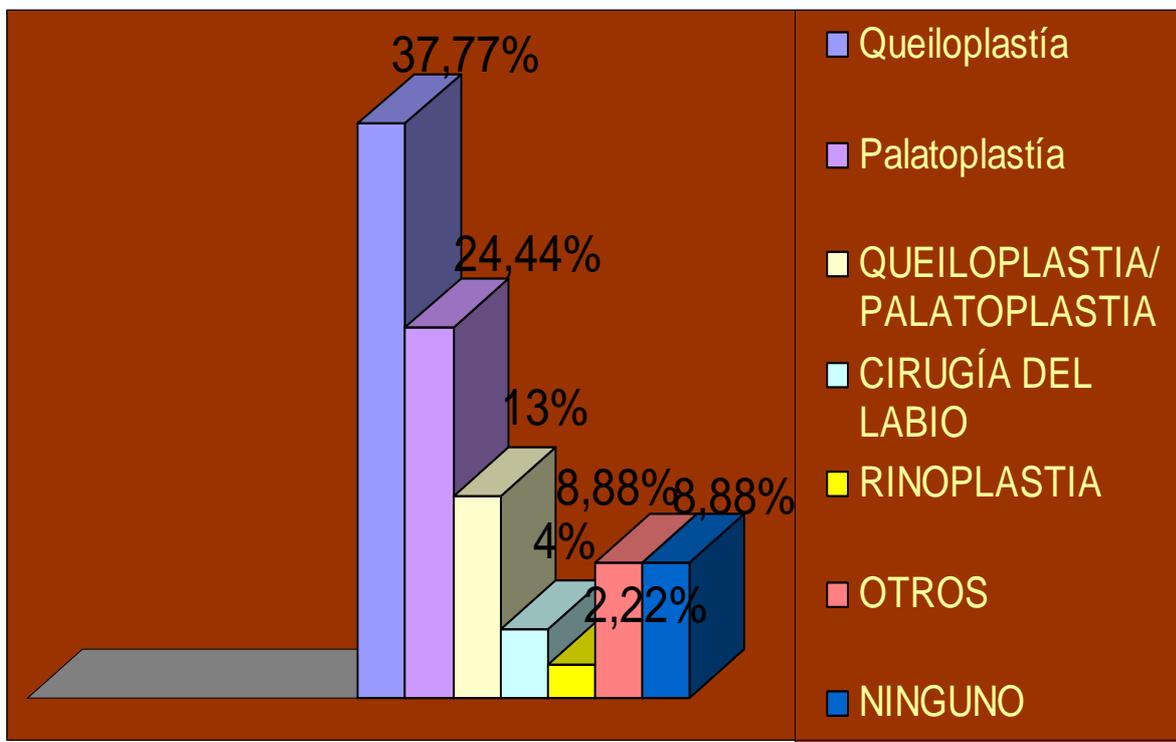
Distribución de pacientes con labio hendido según edad al ser atendidos en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002.



Distribución de los pacientes con labio hendido que fueron referidos a tratamientos odontológicos en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002.



Distribución de los pacientes según tratamiento quirúrgico efectuado al ser atendido en el HEODRA-LEON, de enero 2000 a diciembre 2002.



FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Procedencia: _____

Fecha de ingresos: _____

Número de expediente: _____

Anomalía inicial presentada por el paciente.

Tratamiento odontológico efectuado al paciente.

- Ortodoncia
- Profilaxis
- Operatoria dental.
- Ninguno.

Tratamiento quirúrgico efectuado al paciente.

- Queiloplastía/palatoplastía.
- Queiloplastia.
- Palatoplastía.
- Rinoplastía.
- Cirugía de labio.
- Otros.

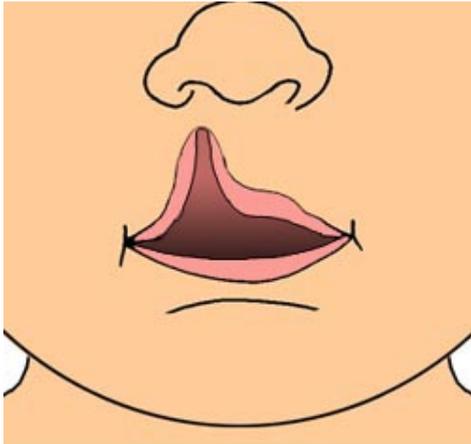
Fecha de recolección de la información:

Agosto – Noviembre 2003.

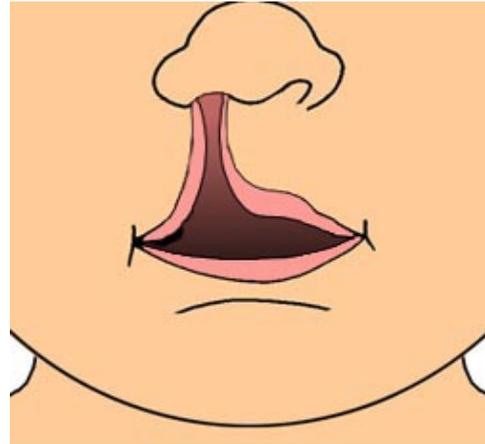
AUTORES:

Jahayra Damaris Flores Hernández.
Fátima Karina Gutiérrez Aburto.

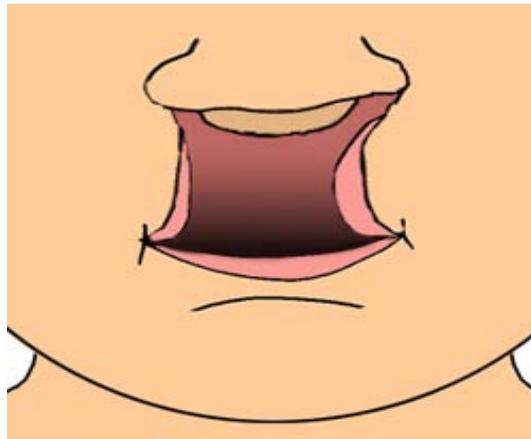
VARIANTES DE LABIO HENDIDO SEGÚN SU UBICACIÓN Y GRADO DE COMPROMISO DEL LABIO.



Unilateral Incompleto



Unilateral Completo



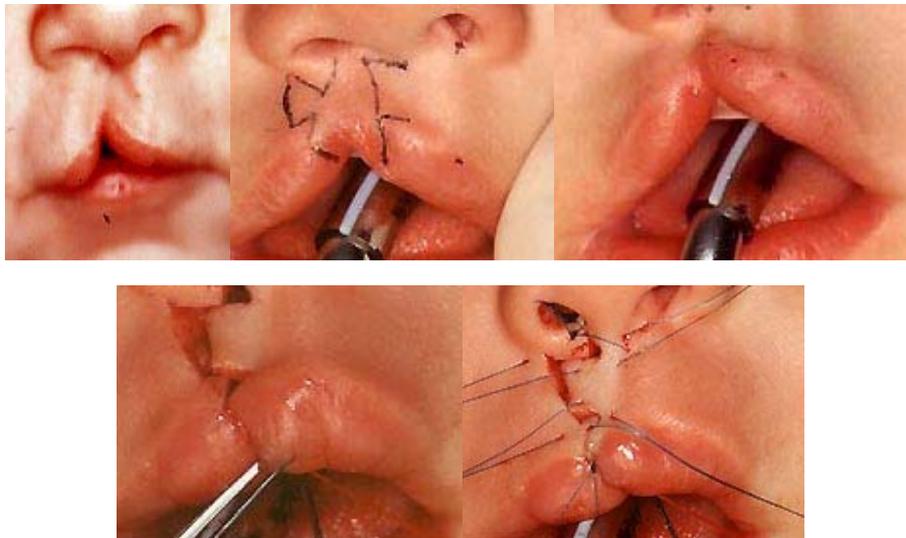
Bilateral Completo

**TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA:
LABIO HENDIDO UNILATERAL INCOMPLETO.**



Antes de la cirugía.

Técnica de colgajos triangulares equiláteros de RENE MALEK, que puede ser a 60 Ó 90 grados y técnica de doble Z, similar a la de TENNISON-RANDALL y la de MILLARD.

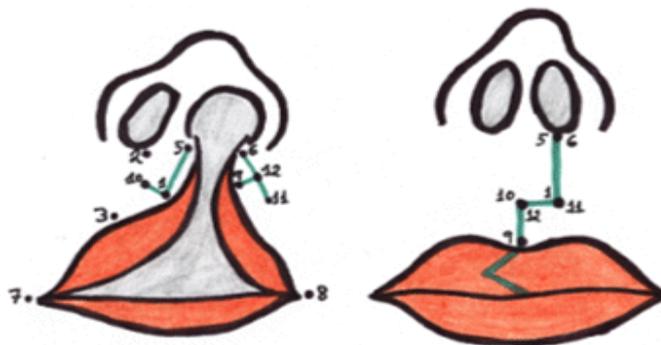




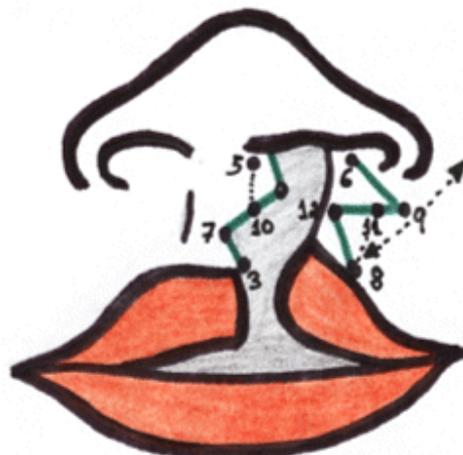
Después de la cirugía.

LABIO HENDIDO UNILATERAL COMPLETO.

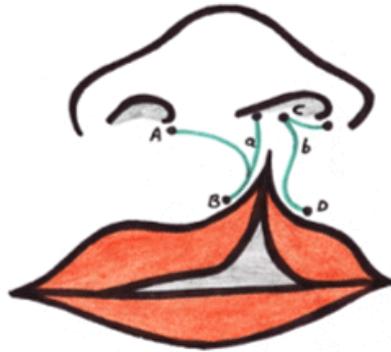
Técnica de los colgajos cuadrangulares de Le Mesurier:



Técnica de colgajos triangulares de Tennison-Randall:



Técnica de rotación-avance de Millard

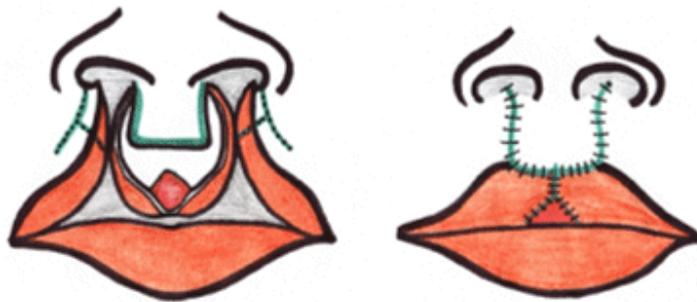


• **LABIO HENDIDO BILATERAL.**

Método de Veau III o cierre en línea recta:



• Método de Barsky (1950) o Veau II (1931):



Antes

Después



Resultado de la aplicación de las técnicas antes mencionadas.