

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – León

Facultad de Ciencias Médicas



Características de los pacientes con Fisura Labial y/o Paladar hendido atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el servicio de Cirugía Plástica en el periodo de Mayo de 2008- Junio 2012.

Tesis para optar al Título de Médico y Cirujano

Autor:

- Nadja Gutiérrez González

Tutores;

- Dr. Gustavo Herdocia
Cirugía plástica y reconstructiva
- Dr. Andrés Herrera Rodríguez Ph. D
Profesor Titular
Facultad de Ciencia Médicas

León, 20 de agosto de 2015

DEDICATORIA

- *A Dios, por la vida, el entendimiento y sabiduría.*
- *A Enma, mi madre, quien no dudo en ningún momento en apoyarme y sacarme adelante.*
- *A mi hijo, mi pequeño Alexis, por ser quien das sentido a todo lo que hago.*
- *Mi esposo, por apoyarme y creer en mí.*
- *A Luis González, mi abuelo que desde donde esté, el está orgulloso de mis logros.*

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	7
• Objetivo general	
• Objetivo específico	
Marco teórico.....	8
Material y métodos.....	24
• Tipo de estudio	
• Área de estudio	
• Población	
• Muestra	
• Unidad de análisis	
• Fuente de obtención de la información	
• Análisis de datos	
• Consideraciones éticas	
• Operacionalización de las variables	
Resultados.....	28
Discusión.....	35
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	42

RESUMEN

Antecedentes: el labio fisurado y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más frecuentes, registrándose cifras de 1 por cada 1000 nacidos en Latinoamérica.

Objetivo: describir las características de los pacientes con fisura labial y/o paladar hendido que asisten al Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el servicio de cirugía plástica en el periodo de mayo de 2008- junio 2012.

Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a los pacientes atendidos por el servicio de cirugía plástica del HEODRA desde mayo 2008 hasta junio 2012. Se estudiaron 228 pacientes con labio leporino a quienes se les dio tratamiento.

Resultados: Del total de casos el 51.3% eran del sexo masculino, según la edad, el 36% eran menores de 11 meses. El 56.6% de los pacientes eran del área urbano. Se encontró que 9.2% de las madres tuvo alguna complicación durante el embarazo y 3.5% durante el parto. Se relacionó la patología con otro familiar en 24.1% de los casos. El 16.6% presentaron otra malformación asociada, en su mayoría se asociaban a retraso mental con 18.4%. Del diagnóstico realizado se encontró mayor afectación en el alveolo izquierdo del paciente (55.7%). La intervención quirúrgica más empleada fue la reparación primaria del paladar hendido con 32%.

Conclusiones: el sexo más afectado fue el masculino. Los menores de 11 meses fueron el grupo etario de mayor atención quirúrgica. El sitio de aparición más frecuente fue el lado izquierdo. Se realizó mayor número de intervenciones a nivel de paladar.

Palabras claves: labio fisurado, paladar hendido.

II. INTRODUCCIÓN

Actualmente, se registra una incidencia de labio fisurado y paladar hendido de 1 en 500 nacidos vivos en Europa y 1 en 1,000 en Estados Unidos anualmente. Entre los años 1982 y 199 el centro para estudios médicos y el instituto latinoamericano de malformaciones congénitas realizaron un estudio, encontrándose una cifra de 1 por cada 1000 nacidos vivos para Latinoamérica. El labio fisurado y hendidura palatina es una malformación presente desde el nacimiento en el cual intervienen causas genéticas y ambientales¹.

Durante el desarrollo y crecimiento prenatal del individuo, ocurre una sucesión de eventos morfológicos, psicológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados. Por ello, cualquier interrupción o modificación de este patrón, pueden dar origen a malformaciones congénitas dentro de las cuales se encuentra la fisura labio-palatina².

La intervención quirúrgica del labio fisurado y/o paladar hendido a temprana edad es un factor importante en la vida del niño, interviniendo en el aspecto bio-psico-social, pues además de evitar muchas complicaciones el inicio temprano del tratamiento mejora su calidad de vida³.

En Nicaragua, en la ciudad de León en 1983 se estudiaron a 2452 nacidos vivos, de los cuales 4 nacieron con labio fisurado y paladar hendido y lateral izquierdo con una relación 2:2.⁴

III. ANTECEDENTES

Se realizó un estudio en la Ciudad de León, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en la cual estudiaron la frecuencia de niños con malformaciones congénitas de labio y paladar hendido en el periodo del 1 de junio al 1 de diciembre de 1983, los resultados encontrados fueron, de un total de 2452 nacidos vivos, 1284 fueron del sexo masculino y 1168 del sexo femenino, de éstos 4 nacieron con malformación de labio fisurado y paladar hendido unilateral izquierdo con una relación de 2:2⁴.

En la ciudad de León, se realizó un estudio acerca de las malformaciones congénitas en el período de 2006-2007, de 130 recién nacidos con alguna malformación congénita, 10 pacientes presentaron labio y/o paladar hendido, es decir, el 8% del total de pacientes⁵.

En el año 1995 se estudió en León la caracterización de las malformaciones congénitas en el HEODRA, encontrándose que de 41 pacientes con malformaciones, 4 de éstos presentaban el diagnóstico de labio y/o paladar hendido⁶.

En el HEODRA, se llevó a cabo una investigación acerca del manejo integral de los pacientes con secuelas de labio y paladar hendido, donde se estudiaron un total de 71 pacientes, de los cuales el 62% eran del sexo masculino, el 35.2% se encontraban en los grupos etarios de 1-4 años, según antecedentes de la madre presentaron alguna patología durante el embarazo (Preeclampsia y amenaza de aborto)⁷.

En el Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España se analizó la incidencia de fisuras orales y patologías asociadas, se revisaron 85 historias clínicas de pacientes ingresados desde 1976 hasta 2001, el resultado en relación al número de recién nacidos vivos fue de 0.5 por 1000. De los 85 casos, 17 casos (20%) tenían únicamente labio fisurado, 21 casos (25%) fisura palatina aislada y 45 casos (54%) labio fisurado y fisura palatina⁸.

En el Hospital Infantil Joana de Gusmao, en Florianopolis, Brasil, se hizo un estudio retrospectivo de 520 niños con fisura labio palatina, los resultados fueron; el 56.92% de los casos eran de sexo masculino, el 97.89% eran de raza blanca y el 21.90 % tenía antecedentes familiares. El tipo de fisura más frecuente fue el labio palatino⁹.

Otro estudio en Popayán, Colombia se observó que el paladar fisurado y labio fisurado unilateral izquierdo fue la malformación más frecuente en el sexo masculino (50.7%). El 31.3 % de los pacientes tenía antecedentes familiares. El 75% había recibido atención quirúrgica previa en edades menores de 3 años, siendo la cirugía más común, en labio y paladar (34.7 %) ¹⁰.

En Lima, Perú se realizó un estudio de factores de riesgo de labio y/o paladar fisurado en neonatos del Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé en el periodo 2000-2009. Donde se seleccionó una muestra de 45 niños con fisura labial y/o palatina. El género masculino fue superior, las edades maternas fueron mayores de 30 años y menores 20 años¹¹.

En Perú, se hizo un estudio de prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo en los años 2001 y 2002, obteniendo como resultados que de 37,213 nacimientos se hallaron 44 casos, la fisura labio palatina se presentó con mayor frecuencia (68%), con mayor número de casos en el sexo masculino (54.55%), el 31.7% de las madres presentó antecedentes de consumo de medicamentos durante el primer trimestre¹².

IV. JUSTIFICACIÓN

La fisura labial y paladar hendido es una enfermedad que epidemiológicamente se presenta en 1 de cada 1000 nacidos vivos, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en la Ciudad de León, el servicio de Cirugía Plástica, brinda el servicio a la comunidad de la atención especializada a pacientes con esta patología.

Actualmente, no existe un estudio reciente que valore las características de los pacientes con esta enfermedad en la región, con éste trabajo se pretende determinar las características de los pacientes que acuden con ésta patología y su manejo. Con el fin de determinar y conocer la magnitud del problema así como el verdadero impacto que se ha generado en su posible solución.

Con éste estudio se pretende aportar conocimientos para plantear prioridades y realizar los ajustes necesarios para idear futuras acciones en el servicio así como brindar información sobre los aspectos asociados a ésta malformación congénita, facilitar el abordaje precoz de éstas y contribuir con la prevención, atención integral y a la calidad de vida de los pacientes.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El labio fisurado y/o paladar hendido es una malformación congénita común, ésta constituye deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación, la cual se manifiesta de manera temprana en la vida intrauterina. La malformación se puede expresar con distintos grados de severidad, afectando de manera estructural y por ende el entorno psicosocial del paciente.

El presente trabajo pretende aportar información a especialidades relacionadas con el diagnóstico de labio fisurado y paladar hendido, respondiendo a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características de los pacientes con diagnóstico de labio fisurado y/o paladar hendido en el servicio de cirugía plástica del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en el periodo de mayo 2008 - junio 2012?

VI. OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir las características de los pacientes con fisura labial y/o paladar hendido que asisten en el servicio de cirugía plástica del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo de mayo de 2008- junio 2012.

Objetivos específicos:

1. Indagar sobre los aspectos demográficos de los pacientes atendidos con fisura labial y/o paladar hendido en HEODRA
2. Conocer el diagnóstico y manejo quirúrgico los pacientes estudiados

VII. MARCO TEORICO

Aspectos Conceptuales

Se define como fisura labio palatina a la patología de tipo congénita caracterizada por falta de unión de los procesos maxilares y frontonasaes de la cara, resultando en la afección funcional y estética de la nariz, labio superior, paladar primario y secundario en grado variable de acuerdo a la severidad de ésta. El labio fisurado recibe distintos nombres según su ubicación y el grado de compromiso del labio. Una hendidura en un lado del labio que no se extiende hasta la nariz se denomina unilateral incompleta. En cambio, una hendidura en un lado del labio que se extiende hasta la nariz se denomina unilateral completa. Mientras que una hendidura que compromete ambos lados del labio y que se extiende y compromete la nariz se denomina bilateral completa.¹³

Paladar hendido.

El paladar hendido se presenta cuando el paladar duro no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. Esta hendidura puede comprometer cualquier lado del paladar y puede extenderse desde paladar duro hasta paladar blando. A menudo también llega a incluir el labio. Debido a que es una anomalía que se presenta dentro de la boca, el paladar hendido no es tan evidente como el labio fisurado. Puede ser la única anomalía que padece el niño o estar asociada con el labio fisurado u otros síndromes.¹³

Las hendiduras de labio superior y de paladar son frecuentes. Las anomalías se clasifican normalmente según criterios de desarrollo, siendo la fosa incisiva una marca distintiva de referencia. El labio fisurado y paladar hendido son especialmente notables debido a que originan un aspecto facial anómalo y defectos en el habla^{13,14}.

Embriogenia

Para comprender la producción de estas deformidades congénitas, es importante conocer la embriogénesis normal de la cara. El centro topográfico del desarrollo facial es el estomodeo o boca primitiva, alrededor del cual se forman prominencias y surcos que al crecer y diferenciarse da lugar a las estructuras que forman la cara¹⁵.

En la quinta semana por crecimiento diferencial, el tejido que rodea las placodas olfatorias se eleva rápidamente adoptando una morfología en herradura, para formar los procesos nasales, mediales y laterales¹⁵.

Los procesos nasomediales participan en la formación de la porción medial del maxilar superior, del labio y del paladar primario (prolabio, premaxilar y parte medial anterior del paladar). Los procesos nasolaterales dan origen a la porción lateral maxilar¹⁵.

En la sexta semana ocurren progresos muy notables en el desarrollo. Los procesos maxilares se hacen prominentes, crecen hacia la línea media, acercándose a los procesos nasales, los cuales, a su vez, han crecido hasta tal punto que la porción inferior del proceso frontal, situado entre ellos, desaparece por completo y ambos procesos nasomediales quedan en contacto. Los procesos nasolaterales se mueven hasta ponerse en contacto con los procesos maxilares en ambos lados¹⁵.

En la séptima semana se originan dos salientes en el interior de la cavidad oral, a ambos lados del maxilar, denominados tabiques palatinos, que tienden a crecer y reunirse en la línea media¹⁵.

Inicialmente, la lengua se encuentra entre ellos, pero conforme avanza el desarrollo, la lengua se dirige hacia abajo y los tabiques palatinos, medialmente hacia arriba. En la región anterior, una zona triangular correspondiente al

premaxilar y proveniente del proceso nasomedial se coloca entre los tabiques palatinos, con los que se une¹⁵.

Mientras tanto el tabique nasal crece caudalmente y se une al paladar, con lo que se completa la separación entre ambas fosas nasales y de estas con la cavidad oral¹⁵.

Se han postulado dos teorías que tratan de explicar la formación de las hendiduras faciales:

- La primera, considerada como clásica: Propone la existencia de un error en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara y sugiere como mecanismos patogénicos un retardo o restricción de sus movimientos que evitan que estos procesos se pongan en contacto. Waarbrick sugirió que las células epiteliales deben desaparecer y, si esto no ocurre, aunque los extremos de dos procesos se unan, el mesodermo subyacente no puede fusionarse, causando una hendidura; interrupciones parciales originarían fisuras incompletas. Este mecanismo ha sido aceptado como causante del paladar hendido.
- La segunda teoría o de la penetración mesodérmica: Fue propuesta inicialmente por Stark, quien sugiere que no existen los extremos libres de los procesos faciales, sino que el centro de la cara está formado por una capa bilamelar de ectodermo, por el interior de la cual migra el mesodermo, y si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura. Si la migración de estas células no se lleva a cabo, la penetración mesodérmica no ocurre y se produce una hendidura facial, cuya extensión es inversamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. Así, cualquier factor que altere la proliferación o diferenciación tanto del mesénquima como de las células neuroectodérmicas de la cresta neural será capaz de causar una hendidura facial¹⁶.

La hendidura labial resulta de un error, en grados variables, en la unión de los procesos nasomedial y nasolateral. El paladar hendido asociado es secundario a la alteración del desarrollo del labio¹⁶.

El cierre palatino es impedido por la lengua, que, a su vez, se encuentra obstaculizada por el gran proceso mediano, o prolabio, y es producido por el exceso de crecimiento compensatorio de la hendidura labial. Por ello, el paladar hendido ocurre más frecuentemente en casos de hendidura labial bilateral que cuando dicha hendidura es unilateral¹⁶.

Para analizar los diversos factores etiológicos que causan hendiduras labiales, palatinas o ambas, es necesario considerar por separado el labio hendido con paladar hendido asociado o sin él y el paladar hendido aislado, ya que existen diferencias significativas entre ambos¹⁶.

Cada etapa del desarrollo de los procesos faciales está programada en forma temporal y secuencial, genéticamente determinada. Dada la variabilidad en el espectro clínico de estas alteraciones, se infiere que se trata de genes menores que actúan por acción aditiva, constituyendo lo que se denomina herencia poligénica o continua¹⁶.

Etiología

Se determina como de tipo "hereditario multifactorial" dependiente de múltiples genes menores con tendencia familiar establecida. Esto representa el resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes menores y factores ambientales, por lo general desconocidos. Dichos genes predisponentes, cuya acción y número son difícilmente identificables, actúan según la teoría de la predisposición genética (poligenia).

Los criterios para interpretar este tipo de herencia son:

- o La frecuencia de la malformación genética varía en las diferentes poblaciones de acuerdo con su carga genética propia.
- o Existe una gran gama clínica de variedad de estas malformaciones.
- o 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 afectado de la familia. Las madres que hayan tenido un hijo afecto tienen 2 ó 3 veces mayor riesgo de tener otro hijo malformado.
- o El coeficiente de consanguinidad media de la familia de los individuos afectados es superior al de la población general.
- o 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.
- o Determinadas malformaciones tienen una predisposición estacional.

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:

- o Dentro de los factores ambientales se incluyen la hipoxia (tabaco, altitud), alcohol, talidomida, etc.
- o Dentro de los sindrómicos (sólo un 3% de las fisuras palatinas forman parte de un síndrome):
 - 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 dominante¹⁷.

Las malformaciones asociadas a labio y paladar hendido son más frecuentes faciales y/o locales, frente a las sistémicas (esqueléticas, cardiovasculares, etc.). La edad de los progenitores se ha relacionado con mayor índice de afectación, y dentro de ellos particularmente la edad del padre¹⁷.

Anatomía en el labio fisurado.

Las descripciones de los elementos anatómicos fueron realizadas correctamente por Millard:

Labio fisurado unilateral.

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 ensanchado¹⁸.

Labio fisurado bilateral.

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 anatómicamente¹⁸.

Musculatura.

El músculo orbicular labial contiene dos porciones:

- Profunda: Actividad esfínter que funciona coordinadamente con la orofaringe.
- Superficial: Moviliza los labios durante el habla y tiene función en la expresión facial.

Se ha estudiado el desarrollo de ambas porciones en el labio fisurado, encontrándose un retraso en el desarrollo, una distribución asimétrica e inserción anormal. Las fibras de la porción profunda no se anclan en el bermellón, sino que, simplemente, se interrumpen de forma que piel y bermellón se van adelgazando a cada lado de la fisura. En los labios fisurado completos la porción superficial se desvía como una banda hacia el ala nasal por su lado lateral, contribuyendo a la deformidad nasal¹⁸.

Aporte sanguíneo.

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 fisurado 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.

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

- 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 labial¹⁹.

Desarrollo facial en el labio fisurado.

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 fisurados²⁰.

El desarrollo de la facies normal: La maxila se desarrolla por aposición ósea. Un factor determinante en el desarrollo es la oclusión²⁰.

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

- o Tracción lateral de los músculos de labio y mejilla.
- o Presión lingual anormal.
- o Presión del septo nasal que se desvía al lado no fisurado.

o La nariz se desvía hacia el lado no fisurado, excepto la base alar (lado fisurado) que está ensanchada por la fisura²⁰.

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 unilaterales²⁰.

Otras fisuras: Se aplican los mismos principios de ensanchamiento maxilar y deformidad nasal, alar y septal según el lugar de la fisura²⁰.

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 cirugía²⁰.

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 dentoalveolares²⁰.

Clasificación del labio y paladar hendido.

Las características anatómicas de la fisura labio palatina son típicas y fáciles de diagnosticar al momento de nacer el niño, sin embargo, existen formas leves o “microformas” o “mini-microformas” tanto de la fisura labial como palatina que pueden ser difíciles de diagnosticar.

La fisura labial de tipo microforma, se caracteriza por una depresión leve a nivel de la columna del filtro nasal (uni o bilateral, menor de 3 mm) y cuando se realiza la contracción del músculo orbicular de los labios se puede observar el abultamiento de los márgenes de la columna del filtro nasal afectada, debido a la falta de continuidad del músculo orbicular de los labios. El tratamiento de este tipo de fisura es reconstruir el músculo afectado²¹.

La fisura palatina de tipo microforma denominada también como submucosa, se caracteriza por la falta de continuidad de los músculos del paladar sobre la línea media del paladar y úvula bífida. Sin embargo, la mucosa palatina se encuentra intacta haciendo difícil el diagnóstico a simple vista²¹.

A pesar de la deficiencia muscular no todos los pacientes manifiestan problemas al hablar, solo de un 10 a 20% de los casos manifiestan problemas al hablar denominado como insuficiencia velofaríngea, esto es, la incapacidad del velo del paladar para ocluir el espacio entre el paladar y la faringe con el consecuente escape de aire hacia la nariz durante el habla, de ahí el término de “hipernasalidad” asociado a la fisura palatina ²¹.

El tratamiento consta de reconstruir los músculos del velo del paladar afectados en los pacientes con problemas para hablar. Finalmente, se debe considerar la asociación de la fisura labiopalatina a otras afecciones congénitas en lo que se denomina como paciente sindrómico. Así afecciones cardiovasculares o craneofaciales son encontradas, además, en estos pacientes²¹.

Las características de la fisura labial son:

1. Retracción de los tejidos blandos componentes del labio superior tanto en su borde medial como lateral. Esto se manifiesta en la desviación del filtro nasal y rotación del arco de cupido en grado variable en el segmento medial. Además, cabe mencionar que esta alteración se da a nivel de los 3 planos constituyentes del labio superior: piel, músculo y mucosa.
2. Falta de fusión de la premaxilar con el proceso maxilar en las fisuras completas. Ésta se manifiesta con una fisura de ancho variable según la severidad de esta, además los segmentos pueden estar alineados o no.
3. Deformidad de la pirámide y septum nasal en grado variable en ambos casos.

Las características de la fisura palatina son:

-Falta de fusión a nivel de la línea media entre los segmentos palatinos secundarios a cada lado y el vomer y la premaxilar, hacia la línea media, con una serie de variantes.

Así la fusión de estos segmentos se puede dar entre el vomer, paladar primario (premaxilar) y uno de los segmentos palatinos en la fisura palatina unilateral o puede estar ausente en ambos lados como en la fisura palatina bilateral.

La falta de fusión a nivel del paladar blando la cual puede extenderse parcialmente hasta el paladar duro da lugar a la fisura palatina incompleta.

-Inserción anómala de la musculatura palatina, con falta de fusión sobre la línea media debido a la presencia de la fisura. Esto explica la presencia de incompetencia velofaríngea en la voz de la mayoría^{21,22}.

Dado que no todas las fisuras son iguales, es necesario clasificarlas para poder diagnosticarlas y darles el tratamiento más adecuado a cada una de ellas.

El tipo primario de fisura está determinado por la clasificación de la fisura labiopalatina.

La clasificación básica utilizada universalmente se caracteriza por la descripción anatómica y localización de la fisura labiopalatina congénita²².

Así se tiene:

Fisura labial unilateral o bilateral.

Según comprometa un lado o dos en la formación del labio superior y fosas nasales.

Fisura labial completa o incompleta.

Esta clasificación se basa en el compromiso del piso nasal o no (banda de Simonart) siendo completa en ausencia de esta estructura anatómica o incompleta cuando está presente. Cabe mencionar que la fisura bilateral puede ser asimétrica siendo un lado incompleto y el otro completo, lo cual se observa en las fisuras bilaterales²³.

Fisura palatina unilateral o bilateral, completa o incompleta.

Puede estar asociada o no a las anteriores. Se considera unilateral o bilateral según su relación con el vomer nasal. Puede ser también completa o incompleta según la extensión de la fisura desde el paladar primario hacia el secundario. Finalmente, se completa la descripción de la fisura indicando el lado afectado en el

caso de las fisuras unilaterales, siendo así derecha o izquierda. Esta clasificación básica, es útil para la descripción inicial de los pacientes y la comunicación interdisciplinaria del equipo de trabajo. Sin embargo, éstas sólo describen que segmentos anatómicos están comprometidos, pero no el grado de severidad. La diversidad de formas de presentación de las fisuras labio palatinas demanda el uso de otras clasificaciones que ilustren de manera más individual la naturaleza de la fisura a tratar²³.

Insuficiencia velofaríngea.

Es la insuficiencia del anillo muscular ubicado entre la faringe y el velo del paladar. Es una condición asociada a la presencia de fisura palatina y se puede observar tanto en la fisura palatina no operada como en los casos mal operados. La insuficiencia de este esfínter para ocluir el espacio entre la rinofaringe y la orofaringe se traduce en trastornos de la fonación, deglución y de la audición. El diagnóstico de esta condición se establece inicialmente a través del examen físico de la región velofaríngea y de la voz, evidenciándose escape de aire por la nariz durante el habla (hipernasalidad) así como algunos sonidos compensatorios. Esta evaluación es realizada por el equipo de trabajo destacando la labor del terapeuta de habla y voz, cirujano plástico y otorrinolaringólogo.

La afección del oído medio es frecuente en el paciente con fisura palatina y no debe ser descuidado su diagnóstico y tratamiento dentro del manejo inicial de esta patología²³.

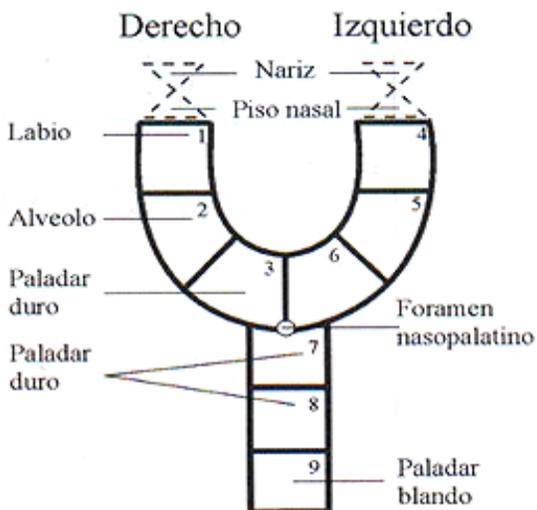
Clasificación según Kernahan (Figura N°1)

El esquema descrito por Kernahan es utilizada actualmente, pero para describir la severidad de los compromisos labial, palatino y nasal, tiene limitaciones pues no simula de manera específica la deficiencia de los tejidos en la fisura.²⁴

- Cuadrante superior derecho: corresponde a la descripción de la deformidad nasal de acuerdo a los ejes afectados (Horizontal, Vertical, Posterior).

- Cuadrante inferior derecho: corresponde al componente labial en sus dos formas, leve menor de 30 grados de rotación del acorde Cupido y severa más de 30 grados del arco de Cupido. Se divide en 3 zonas de manera práctica: 30 grados, 60 grados y 90 grados
- Cuadrante inferior izquierdo: Corresponde al componente palatino primario en sus 3 formas: leve de 0 a 5 mm, moderado, de 5 a 15 mm y severo más de 15 mm de fisura maxilar.
- Cuadrante Superior izquierdo: Corresponde al componente palatino secundario en sus tipos según severidad: Leve, de 0 a 0.20, moderado de 0.20 a 0.40 y severo, mayor de 0.40. La severidad con que se encuentra afectados estos componentes se describe a través de 4 números (uno por cuadrante), tomados en sentidos de las agujas del reloj. Para descripción de la fisura bilateral se utilizan dos esquemas, siendo el lado más severo el que determina las pautas de manejo²⁴.

Esquema de Kernahan
Figura N °1



Tratamiento

La evaluación preoperatoria es esencial en el planeamiento quirúrgico del fisurado. Así, los siguientes son los pasos a seguir para determinar si el paciente con fisura labio palatina está apto para la cirugía.

En primer lugar, se debe determinar si el paciente es sindrómico o no. Esto significa diagnosticar si el paciente tiene otras afecciones congénitas además de la fisura labiopalatina. Algunas enfermedades congénitas como las cardiopatías tienen interés y prioridad en el tratamiento quirúrgico del paciente. Es así que en ocasiones es recomendable operar primero la cardiopatía y luego la fisura en el momento que el niño se encuentre en buenas condiciones ²⁴.

La frecuencia de cardiopatías congénitas asociadas a las fisuras labiopalatinas y la importancia de su tratamiento, hace necesaria además la evaluación por el cardiólogo.

El trabajo es en equipo y de manera interdisciplinaria. En una instancia posterior es necesaria la participación del anestesiólogo en la evaluación previa a la cirugía, determinando la condición del paciente y de la patología asociada en relación con la anestesia y el acto quirúrgico.

En segundo lugar, se debe determinar el diagnóstico de la condición del paciente previo a la cirugía primaria de la fisura. La evaluación de la condición general de paciente determina si éste se encuentra apto o no para la cirugía primaria de la fisura labio palatina²⁴.

Se hace aquí el diagnóstico de enfermedades agudas o crónicas que tenga el paciente en el momento de la evaluación prequirúrgica. Tales como la desnutrición y la anemia como parte de este cuadro²⁴.

Como parte de la evaluación cardiológica para determinar el riesgo quirúrgico. La bien conocida regla de los 10, describe un conjunto de requerimientos básicos del paciente que lo ponen en condición aprobatoria para la cirugía de fisura labial.

Esta dice: 10 libras de peso (alrededor de 5 kilos), 10 gramos de hemoglobina y 10 semanas de edad (alrededor de 3 meses) para la cirugía labial.

El valor de hemoglobina para la cirugía palatina es de 12 o más gramos por dl. Sin embargo, se considera que estos parámetros son sólo referenciales y recomienda una evaluación individual e interdisciplinaria de los pacientes para determinar su condición prequirúrgica²⁴.

Su evaluación se debe hacer en relación con talla del paciente y según las tablas descritas con este fin para cada población, por parte del pediatra. (Curvas de crecimiento). Esto determinará la presencia de desnutrición aguda o crónica y la condición del paciente ante un probable evento quirúrgico.

El tercer paso es determinar el tipo de fisura labiopalatina que presenta el paciente de tal forma de establecer las características de la técnica quirúrgica a seguir. Este diagnóstico se establece de acuerdo a la clasificación de severidad desarrollada. La cirugía de fisura labial se denomina queiloplastia, así como la cirugía palatina es denominada uranoestafilorrafia²⁴.

En relación a la edad de los pacientes, se considera los 3 meses de edad, el tiempo ideal para la cirugía de la fisura labial y de 6 meses a un año para la fisura palatina. La fisura alveolar se opera durante el periodo de dentición mixta (dientes de leche y permanentes) esto es entre los mayor de 6-8 años de edad y se realiza el injerto óseo alveolar con hueso esponjoso tomado de la cresta iliaca o tibia con tal fin²⁵.

La corrección de la insuficiencia velofaríngea, cuando está presente, se recomienda hacer entre los 5 y 6 años de edad, luego del periodo de rehabilitación con el terapeuta de voz y habla. El mejor momento para realizar la cirugía de corrección de la fisura palatina es hasta el momento algo controversial²⁵.

Actualmente, se considera cerrar el paladar duro al año de edad; la afección en el crecimiento del maxilar (pseudoprognatismo) puede ser corregida a los 18 años a través de la cirugía ortognática, sin embargo, las deficiencias en el lenguaje son muy difíciles de corregir posteriormente²⁵. Finalmente, en casos de fisuras palatinas severas, con mayor deficiencia de tejidos, en las cuales existe mayor

probabilidad de verse afectado el crecimiento del maxilar.

En estos casos se realiza el cierre del paladar blando junto con el cierre de la fisura labial a los 3 meses (si el paciente se encuentra en condiciones para una cirugía extendida) y luego se realiza el cierre del paladar duro al año y medio de edad²⁶.

Aquí se presenta los procedimientos quirúrgicos usados con más frecuencia:

- Reparación primaria de labio / nariz unilateral (parcial o completa).
- Reparación bilateral de labio / nariz bilateral (parcial o completa).
- Reparación primaria del paladar hendido
- Reparación secundaria de paladar hendido (velofaríngeo).
- Revisión de labio / nariz
- Injerto óseo alveolar
- Reparación de fistula. ²⁶

VIII. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio Descriptivo de Corte Transversal

Área de estudio: Éste estudio se hizo en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (HEODRA) que está ubicado en el barrio “El Sagrario” de la Ciudad de León, Nicaragua. El cual cuenta con 367 camas sensables distribuidas en sus distintas especialidades: Medicina interna, ortopedia, pediatría, cirugía, gineco-obstetricia y sala de emergencia.

En el área de cirugía, se encuentra la sub-especialidad de cirugía plástica, ubicada en el tercer piso de esta institución, contando con médicos especialistas y residentes de cirugía plástica, que en conjunto de un grupo multidisciplinario que comprende de odontopediatras, pediatra nutricionista, psicología, cardiología y anestesiólogos atienden de manera integral a los pacientes con ésta patología.

Población: 228 pacientes que fueron ingresados a la sala de cirugía plástica durante el periodo mayo 2008 – junio 2012.

Muestra: Todos los pacientes (228) que ingresaron a la sala de cirugía plástica con diagnóstico de labio fisurado y/o paladar hendido en el periodo de estudio.

Unidad de Análisis: Fueron los pacientes ingresados a la sala de cirugía plástica en el periodo de estudio.

Fuente de obtención de la información:

- Secundaria, se hizo la recopilación de la información por medio de la revisión de cada expediente.
- Procedimiento de recolección de información: Para el llenado del instrumento y obtención de los datos provenientes de los expedientes, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes del Hospital Oscar Danilo Rosales para el ingreso al departamento de estadística de dicha institución.

Una vez otorgado el permiso en la sala de estadística, se procedió al llenado adecuado de la ficha de recolección de datos correspondiente a cada expediente, registrado en el periodo de tiempo del estudio.

Análisis de Datos: El análisis de las variables obtenidas se realizó por medio del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) y los resultados se reflejaron por medio de tablas elaboradas en el programa Microsoft Excel donde se determinó la frecuencia de las variables establecidas.

Consideraciones éticas: Por la naturaleza del estudio y confiabilidad del mismo serán protegidos por los investigadores, dicha información será utilizada únicamente con fines científicos, resguardando ante todo la identidad de los pacientes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		
Variable	Concepto	Valor o Escala
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> • < 11 meses • 1- 4 años • 5 – 9 años • 10-14 años • 15-24 años • 25-34 años • Mayor de 35 años
Sexo	Carácter biológico que define a un ser humano como hombre o mujer.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Procedencia	Lugar de donde pertenece	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano
Complicaciones en el embarazo	Complicaciones surgidas durante el periodo gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Complicaciones del parto	Complicaciones ocurridas durante el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Antecedentes no patológicos maternos	Antecedentes presentes en la madre no patológicos que afectan al producto intrauterino	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Tabaco
Antecedentes de labio fisurado y/o paladar hendido	Antecedentes de labio fisurado y/o paladar hendido en algún miembro de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Madre • Padre • Hermano • Tío • Abuelo
Malformaciones adicionales	Alteración de la morfología corporal por un desarrollo anómalo adicional a la patología de base	<ul style="list-style-type: none"> • anomalías craneofaciales • insuficiencia velofaríngea
Deformidades asociadas	Alteración congénita o adquirida de la configuración o medidas de un órgano asociada a una patología de base específica.	<ul style="list-style-type: none"> • cráneo • extremidades • retraso mental • retraso del crecimiento • piel • manos y pies • lengua • habla • oídos • nariz
Cirugía anterior	Procedimiento quirúrgico realizado de la atención médica actual.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Tipo de cirugía	Procedimiento realizado en el momento de la intervención quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía de labio • Cirugía de paladar • Cirugía de labio y paladar

<p>Diagnóstico</p>	<p>Juicio medico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus signos y síntomas</p>	<p>Labio: Derecho y/o izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin Fisura • Completo • Incompleto <p>Alveolo Derecho y/o Izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin Fisura • Completo • Incompleto <p>Paladar óseo Derecho y/o Izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin Fisura • Completo • Incompleto • Submucoso <p>Velo del Paladar Derecho y/o Izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin Fisura • Completo • Incompleto • Submucoso
<p>Tratamiento quirúrgico</p>	<p>Conjunto de medios quirúrgicos que se ponen en práctica para curar o aliviar una enfermedad</p>	<p>-Reparación primaria de labio/nariz unilateral (parcial o completa)</p> <p>-Reparación primaria de labio/ nariz bilateral (parcial o completa)</p> <p>-Reparación primaria de paladar hendido</p> <p>-Reparación de fistula</p> <p>-Reparación secundaria de paladar hendido (velofaringeo)</p> <p>-Revisión de Labio / Nariz</p> <p>-Injerto óseo alveolar</p> <p>-Otra</p>

IX. RESULTADOS

Datos demográficos

Se llevó a cabo la revisión a 228 expedientes del servicio de cirugía plástica del Hospital Oscar Danilo Rosales ingresados en periodo de mayo 2008 – junio 2012, de los cuales el 51.3 % corresponde al sexo masculino y 48.7 % al sexo femenino. Según la edad de la intervención quirúrgica se determinó que la atención durante el tiempo de estudio fue mayor en grupos etarios de niño/as menores de 11 meses con un porcentaje de 36%, seguido de 1-4 años con 31.6%. De los datos encontrados se determinó que la mayoría de la población vivían en el área urbana (56.6%).

Tabla 1. Datos demográficos de los pacientes

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	111	48.7
Masculino	117	51.3
Total	228	100
Grupo etario		
<11	82	36.0
1-4 a	72	31.6
5-9 a	19	8.3
10-14 a	29	12.7
15-24 a	19	8.3
25-34 a	7	3.1
Total	228	100
Procedencia		
Urbano	129	56.6
Rural	99	43.4
Total	228	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA.

Procedencia según departamentos

De los pacientes atendidos el 39.5% procedían de el departamento de León, seguido de la RAAS con 11.5%. Del total de pacientes, 90 eran de la ciudad de León y el resto (138 pacientes) de otros departamentos.

Tabla 2. Procedencia de pacientes por departamento.

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Boaco	8	3.5
Chinandega	22	9.7
Chontales	3	1.3
Estelí	8	3.5
Jinotega	5	2.2
León	90	39.5
Madriz	22	9.5
Managua	3	1.3
Matagalpa	15	6.6
Nueva Segovia	16	7.0
Rio San Juan	1	0.4
RAAN	9	4.0
RAAS	26	11.5
Total	228	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA.

Complicación durante el embarazo y parto

El 9.2% presentó complicación durante la gestación y el 3.5% durante el parto.

Tabla 3. Complicación durante el embarazo y/o parto

	Frecuencia	Porcentaje
Complicación embarazo		
Si	21	9.2
No	207	90.8
Total	228	100
Complicación parto		
Si	8	3.5
No	220	96.5
Total	228	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA.

Antecedente familiar

En relación a familiares con antecedentes se encontró que el 24.1% de los pacientes tenían al menos un familiar con labio fisurado y/o paladar hendido. Siendo mayor en otros familiares de segundo grado de consanguinidad (tíos, primos y abuelos) con 83.6%.

Tabla 4. Antecedente familiar de fisura labio-palatina según sexo

Familiar con labio leporino	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Madre/padre/hermanos	6	22.2	3	10.7	9	16.4
Otros (Tíos, primos, abuelos)	21	77.8	25	89.3	46	83.6
Total	27	100	28	100	55	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA

Malformaciones relacionadas

El 16.6 % de los pacientes presentaron otra malformación asociada, el mismo resultados en ambos sexos con un total de 38 casos. Relacionándose a retraso mental con 18.4% seguido de las afectaciones cardíacas y del habla ambas con 13.2%.

Tabla 5. Malformaciones relacionadas según sexo.

Malformaciones relacionadas	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Craneoencefálico	2	10.5	2	10.5	4	10.5
Corazón	2	10.5	3	15.7	5	13.2
Sistema urinario	0	0	1	5.3	1	2.6
Lengua	1	5.3	0	0	1	2.6
Ojos	1	5.3	1	5.3	2	5.3
Oídos	1	5.3	1	5.3	2	5.3
Extremidades superiores e inferiores	1	5.3	3	15.7	4	10.5
Piel	1	5.3	0	0	1	2.6
Retraso mental	5	26.2	2	10.5	7	18.4
Retardo del crecimiento	1	5.3	1	5.3	2	5.3
Dedos	1	5.3	3	15.7	4	10.5
Habla	3	15.7	2	10.5	5	13.2
Total	19	100	19	100	38	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA.

Tabla 6. Diagnóstico del paciente según sexo.

Diagnóstico de labio Fisurado y/o Paladar Hendido		Femenino		Masculino		Total	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Labio izquierda del paciente	Sin Fisura	46	41.5	40	34.2	86	37.7
	Completo	50	45	58	49.6	108	47.4
	Incompleto	15	13.5	19	16.2	34	14.9
		111	100	117	100	228	100
Labio derecha del paciente	Sin Fisura	51	45.9	63	53.8	114	50
	Completo	53	47.8	42	35.9	95	41.6
	Incompleto	7	6.3	12	10.3	19	8.4
		111	100	117	100	228	100
Alveolo izquierda del paciente	Sin Fisura	48	43.3	47	40.2	95	41.7
	Completo	59	53.1	68	58.1	127	55.7
	Incompleto	4	3.6	2	1.7	6	2.6
		111	100	117	100	228	100
Alveolo derecha del paciente	Sin Fisura	56	50.5	65	55.5	121	53.1
	Completo	54	48.6	51	43.6	105	46
	Incompleto	1	0.9	1	0.9	2	0.9
		111	100	117	100	228	100
Paladar duro/óseo izquierda del paciente	Sin Fisura	46	41.4	42	35.9	88	38.6
	Completo	56	50.5	70	59.8	126	55.3
	Incompleto	9	8.1	5	4.3	14	6.1
		111	100	117	100	228	100
Paladar duro/óseo derecha del paciente	Sin Fisura	50	45	61	52.2	111	48.7
	Completo	51	46	52	44.4	103	45.1
	Incompleto	10	9	4	3.4	14	6.2
		111	100	117	100	228	100
Velo del paladar	Sin Fisura	13	11.7	12	10.3	25	11
	Completo	96	86.5	100	85.5	196	86
	Incompleto	2	1.8	5	4.2	7	3
		111	100	117	100	228	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA.

Diagnóstico

De los 228 casos diagnosticados, el más frecuente en labio fisurado fue el completo del lado izquierdo del paciente con 47.4 %, a nivel de alveolo la mayor afectación fue el completo del lado izquierdo de paciente (55.7%), en paladar óseo se obtuvo igual resultado con respecto al lado afectado con 55.3 %, finalmente con el velo del paladar el 86% presentaba hendidura completa.

Tratamiento Quirúrgico

De las intervenciones quirúrgicas la más empleada fue la reparación primaria de paladar hendido con 32 %, seguida de reparación primaria de labio/nariz unilateral con 23.4 %.

Tabla 7 Tratamiento quirúrgico según sexo del paciente

Tratamiento	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Reparación primaria de labio/nariz unilateral (parcial o completa)	21	17.2	36	29.5	57	23.4
Reparación primaria de labio/nariz bilateral (parcial o completa)	10	8.2	10	8.2	20	8.2
Reparación primaria de paladar hendido	43	35.3	35	28.6	78	32
Reparación de fistula	6	4.9	8	6.6	14	6
Reparación secundaria de paladar hendido (velofaringeo)	4	3.3	0	0	4	1.6
Revisión de labio/ nariz	25	20.5	30	24.6	55	22.4
Injerto óseo alveolar	7	6.6	3	2.5	10	4
Otros	6	4	0	0	6	2.4
Total	122	100	122	100	244	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA.

Tratamiento según grupo etario

Según la edades de los pacientes al momento de la intervención, el grupo etario mayormente atendido fueron los menores de 11 meses con 88 casos (36%), seguido de un 1 a 4 años con 75 pacientes (30.7%).

Tabla 8. Tratamiento quirúrgico según grupo etario

Tratamiento/ Edad	<11m		1-4		5-9		10-14		15-24 años		25-34		Total	
			Años		Años		Años				años			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Reparación primaria de labio/nariz unilateral (parcial o completa)	46	52.3	8	10.7	2	31.2	0	0	0	0	1	14.3	57	23.4
Reparación primaria de labio/nariz bilateral (parcial o completa)	13	14.8	7	9.3	0	11.1	0	0	0	0	0	0	20	8.2
Reparación primaria de paladar hendido	22	25	39	52	4	30.7	4	12.5	5	26.3	4	57.1	78	32
Reparación de fistula	0	0	6	8	5	5.9	3	9.4	0	0	0	6	14	6
Reparación secundaria de paladar hendido (velofaringeo)	0	0	1	1.3	1	0.5	1	3.1	1	5.3	0	0	4	1.6
Revisión de Labio/ Nariz	6	6.8	11	14.7	10	17	15	46.9	11	57.9	2	28.6	55	22.4
Injerto óseo alveolar	0	0	0	0	1	6.9	7	21.8	2	10.5	0	0	10	4
Otros	1	1.1	3	2.7	0	0.5	2	6.3	0	0	0	0	6	2.4
Total	88	100	75	100	23	100	32	100	19	100	7	100	244	100

Fuente: Expediente clínico HEODRA

X. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se encontró que de 228 pacientes Diagnosticados con Labio Fisurado y/o paladar hendido más de la mitad (51.3%) corresponden al sexo masculino, comparando éstos datos con 2 estudios realizados, el primero, del Dr. Martinez³ quien encontró que la fisura labio-palatina en relación al sexo fue de 2:2, cabe destacar que el periodo de estudio fue 6 meses y el tamaño de la muestra fue pequeña, sin embargo un segundo estudio realizado en Gusmao, Brasil⁶ encontraron que el 56.92% de los casos eran de sexo masculino, habiendo semejanza con los resultados obtenidos en éste estudio.

Según la procedencia de los pacientes más de la mitad (56.6%) eran de origen urbano al igual que el estudio realizado en México, en el instituto de Rehabilitación²⁷. Esto se atribuye a que los pacientes en el campo no son rechazados, ya que esto no se considera una discapacidad, por que el niño o niña pueden realizar trabajos en el campo o en el hogar, mientras que en el área urbana, la escolaridad y las expectativas futuristas impulsan a los padres a la resolución de la patología que sus hijos presentan, sumado a que en el casco urbano se opta por el parto intrahospitalario lo que permite la valoración por especialistas desde el momento del nacimiento.

De los expedientes analizados las complicaciones del embarazo no alcanzaron un 1/8 (9.2%) del porcentaje total, resultados que difieren de estudios como el realizado en Perú en el instituto materno perinatal²⁸ que se observó la presencia de al menos una enfermedad durante el embarazo en el 50% de los casos. No se encontró un estudio que mostrara resultados similares al nuestro.

Entre los antecedentes familiares se encontró que un poco menos de ¼ (24.1%) de los pacientes tenían al menos un familiar con el diagnóstico de labio fisurado y paladar hendido, una cifra un poco mayor en comparación al estudio realizado en Monterrey, México²⁹ donde el 11.4% de los pacientes tenían presente el antecedente familiar.

La frecuencia de defectos congénitos asociados fue de un poco mas de ¼ (25.7 %) siendo el de mayor hallazgo el retraso mental con casi 1/5 del total (18.4%) en comparación a datos encontrados en pacientes estudiados Zaragoza⁸, de los cuales el 16% de los casos estaban relacionados con retraso mental.

Del total de pacientes estudiados más de la mitad (54.4%) habían recibido alguna intervención quirúrgica previamente. La cirugía más realizada fue de labio y paladar acercándose a la mitad (49.2%) de los pacientes intervenidos, datos que se comparan al estudio realizado en Popayán Colombia¹⁰, donde el 75% había recibido intervención quirúrgica con mayor número en la cirugía de labio y paladar (34.4%). Mismo estudio que nos permite comparar datos del diagnóstico realizado, pues se encontró que es más frecuente la fisura de paladar completa y el labio fisurado completo del lado izquierdo en un poco más de la mitad de los pacientes, al igual que en Colombia, ya que el diagnóstico más encontrado fue el labio y paladar fisurado unilateral izquierdo con 49.9%, observándose datos similares en ambos estudios.

XI. CONCLUSIONES

Se encontró que la edad de intervención quirúrgica fue mayor en el grupo etario menor de 11 meses. Se realizó alguna intervención en mayores de 15 años en 11.4% del total de pacientes, esto se debe a que algunos padres de familia por vergüenza de la patología de sus hijos no los llevan a revisión médica.

Se comprobó que las fisuras labio-palatinas son más frecuentes en los varones. El lado de mayor afección fue el izquierdo.

Se determinó que la mayoría de pacientes eran del área urbana. Según los departamentos los pacientes de León, seguidos de la RAAS fueron los más atendidos en el tiempo de estudio.

Se afirma que la patología de labio fisurado y/o paladar hendido se asocia a otras malformaciones como retraso mental seguida de cardiopatías. Se toma en cuenta en carácter genético pues se relacionó la presencia de ésta patología en familiares de segundo grado de consanguinidad.

La evaluación del manejo quirúrgico fue adecuada según el grado de afección y la edad del paciente al momento de la intervención, siendo el tratamiento más frecuente la reparación primaria de paladar hendido unilateral seguida de pacientes a los que les realizaron reparación primaria de labio/nariz.

Las madres negaron la ingesta de alcohol o tabaquismo durante la gestación.

De los expedientes estudiados, no todos contaban con la información requerida, debido a que no hay un formato que permita la recolección adecuada de la información.

Se considera que los pacientes fueron manejados adecuadamente por parte del equipo del HEODRA, quienes intervinieron en la patología de manera oportuna mejorando la calidad de vida de los pacientes.

XII. RECOMENDACIONES

Se sugiere la elaboración de un protocolo de tratamiento y seguimiento que incluya el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, el manejo desde la atención primaria y criterios de referencias, con el objetivo de que estas patologías sean manejadas y referidas adecuadamente.

Se propone que se realice mejoría en la ficha de recolección de información, con el fin de obtener datos necesarios relacionados a ésta patología (ej. Datos de la madre: medicación durante el embarazo, niveles de stress, exposiciones a sustancias tóxicas, antecedentes del padre, datos perinatales, etc.), que a la vez ayudará a la recolección de datos para futuras investigaciones.

Se sugiere que se establezca un sistema de vigilancia de labio y paladar hendido en el HEODRA con el propósito de darle seguimiento a ésta patología.

Brindar orientación a las mujeres en edad fértil sobre los agentes teratogénicos y sus efectos sobre el recién nacido, iniciando desde la captación y seguimiento en los controles prenatales, así como concientizar y orientar a los padres de pacientes con ésta patología.

Se plantea al MINSA, que garantice la administración de ácido fólico a las mujeres en edad fértil que planifiquen un embarazo, y a las mujeres que se encuentren embarazada accedan a éste fármaco para una administración precoz.

Se sugiere realizar otros estudios de tipo analítico de caso referente y cohorte para valorar factores de riesgos asociados a la enfermedad.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Sedano, Rodrigo. Fisura labial y/o palatina en un centro de derivación de malformaciones congénitas. Unidad de Medicina Perinatal. Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". 2007.
2. Ministerio de Salud, Chile. Fisura palatina para niños, documento de trabajo, 2004. Disponible en http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/fisura_palatina/pdf/Protocolo%20Chile-Flap%20niños.pdf
3. Chavarriga Rosero. Prevalencia de labio y paladar hendido: Aspecto generales que se deben conocer. Revisión Bibliográfica. Revista Nacionales de Odontología, Volumen 6, Numero 11. Julio-Diciembre 2010
4. Martínez, Medrano. Fisura palatina de niños nacidos con malformaciones congénitas y paladar hendido en el Hospital Oscar Danilo Rosales
5. Pérez Arosteguí, Fauricio. Tesis para optar al título de especialista. Comportamiento clínico/epidemiológico de malformaciones congénitas en recién nacidos del HEODRA en el período 2006-2007.
6. Berrios García, Nubia María. Caracterización de las malformaciones congénitas en niños atendidos en HEODRA Enero-Septiembre 1995.
7. Rugama Emilio. Tesis para optar al título de especialista. Manejo integral del paciente con secuelas de labio y paladar hendido en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva ingresados al HEODRA Abril 2010-2013.
8. García Romero, R. Fisura Palatina y labio leporino. Revisión Clínica. Unidad Neonatal Hospital Infantil Universitario Miguel Servet, Zaragoza. Cir Pediatría. 2004

9. López Pereima, Dres M. Análisis epidemiológico de 520 niños con fisura labio palatina. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital infantil Joana de Gusmao, Florianópolis, Brasil. 1998
10. Quijano, María Cristina. Aspectos Sociodemograficos y clínicos del Labio Leporino y Paladar fisurado en una población del Suroccidente Colombiano, 2006.
11. Torres Durand, Marco Antonio. Factores de riesgo de labio y/o paladar fisurado en neonatos del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el periodo 2000 al 2009.
12. Rossell Perry, Percy. Tratamiento de la fisura labio palatina del programa outreach surgical center Lima, Perú, 1ra edición, Fondo Editorial de la UNMSM, 2009.
13. Sacsquispe S. Ortiz, Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2001- 2002
14. Fisura labiopalatina para niños, Gobierno de Chile, Ministerio de salud, Documento de trabajo, 2004
15. Moore, Persaud. Embriología clínica, 7ma edición, Editorial Elsiwier.
16. Sadler, TW. Lagmen Embriologia médica con orientación clínica, 9na edición, editorial Panamericana.
17. Gómez, E. Histología y embriología bucodental, 1ra edición. Editorial panamericana.
18. Pastron, GabrieK. Guía de Manejo de pacientes con labio y/o paladar hendido. Hospital de la misericordia, 2009.
19. Robbins, Patologia estructural y funcional, edit Interamericana, 4ta edición. Páginas 861, 1990
20. Kimara, Fujikami. Atlas de cirugía orgnatica, maxilofacial pediátrica.
21. Ministerio de salud, Guía clínica fisura labio-palatina, Santiago, Chile, 2009
22. Percy R. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa outreach surgical center Lima, Perú
23. Isaza C, prevalencia de malformaciones congénitas diagnosticadas en las primeras 24 horas de vida, Colombia Med 1989, 156-159

24. Ford A. M Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. Revista Médica Clínicas Condes, Volumen 15 No. 1 Enero 2004, pagina 3-11
25. Andrades, Patricio ;Cirugía Plástica Esencial, 1ra edición , Editorial Universidad de Chile, 2005
26. Coiffman, Felipe; Cirugía plástica, reconstructiva y estética, 3ra edición, Tomo III, Editorial AMOLCA, 2007.
27. Padrón Ana Lucia, Achirica-Uvalle Marisol. Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendido. Área de Comunicación Humana del Instituto Nacional de Rehabilitación, México 1992-2003
28. Contreras Sonia. Prevalencia de labio y/o paladar hendido y factores de riesgo en el instituto especializado Materno Perinatal, Perú 2001-2002
29. Ochoa Lozano Beatriz Raquel, Casuística de 10 años de labio y paladar hendido en el Hospital Universitario UANL, Monterrey México Enero 1990- Diciembre 1999.

Anexos

Ficha de recolección de datos

Prevalencia de Fisura Labial y/o paladar hendido en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el servicio de Cirugía Plástica en el periodo de Mayo 2008- Junio 2012

Ficha no: _____

No. Expediente: _____

1. Datos del paciente

1.2 Sexo: _____ 1.2 Edad: _____ 1.3 Procedencia: Rural _____ Urbano _____

2. Antecedentes neonatales

2.1 Semanas de gestaciones: _____

2.2 Complicaciones durante el embarazo: Si _____ No _____

2.3 Complicaciones durante el nacimiento: Si _____ No _____

3. Antecedentes Maternos:

3.1 Alcohol: 3.1.1 Si: _____ No _____

3.2 Tabaco: 3.2.1 Si: _____ No _____

4. Antecedente de labio fisurado y/o paladar hendido: Si: _____ No _____

4.1 Madre/padre/hermanos: _____

4.2 Primos/tíos/abuelos: _____

5. Malformaciones adicionales:

5.1 Deformidades craneofaciales adicionales Si: _____ no: _____

5.2 Insuficiencia velofaríngea Si _____ No _____

5.3 Deformidades asociadas: si:___ no:___ Donde: Corazón:___
 Ojos:___ Nariz:___ oídos:___ extremidades:___ Dedos de manos y pies:___
 Piel:___ lengua:___ Retraso mental:___ retardo de crecimiento:___ Habla:___

6. Cirugía anterior : Si___ No___

6.1 Tipo de Cirugía 6.1.1 Cirugía de labio___ 6.1.2 Cirugía de paladar___

6.1.3 Cirugía de labio y paladar___

7. Diagnóstico

Localización		Izquierdo del Paciente	Derecho del Paciente
Labio Tipo de labio hendido	Sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
Alveolo Tipo de labio hendido	sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
Paladar Duro Tipo paladar hendido	sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
	Submucoso		
Velo del paladar Tipo de paladar hendido	sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
	Submucoso		

8. Tratamiento

8.1 Reparación primaria de labio/nariz Unilateral (parcial o Completa) _____

8.2 Reparación Primaria de Labio/ nariz bilateral (parcial o completa) _____

8.3 Reparación primaria de paladar hendido_____

8.4 Reparación de fistula_____

8.5 Reparación Secundaria de paladar hendido (Velofaríngeo)_____

8.6 Revisión de Labio / Nariz_____

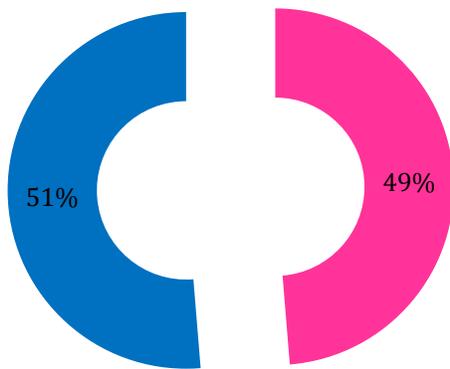
8.7 Injerto Óseo Alveolar_____

8.8 Otra_____

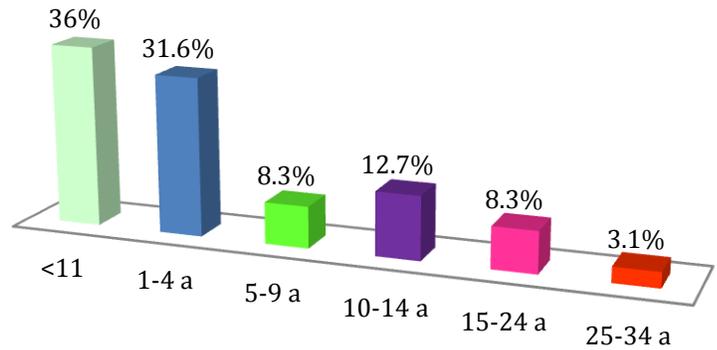
RESULTADOS

Sexo

Femenino Masculino

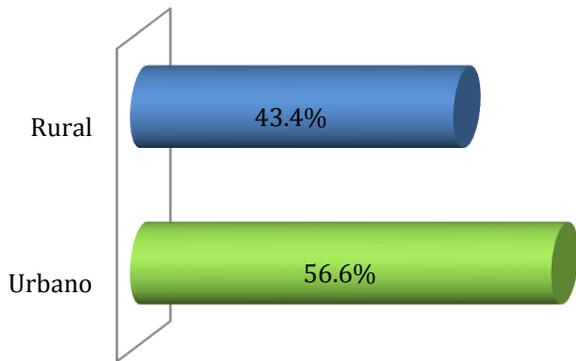


Edad

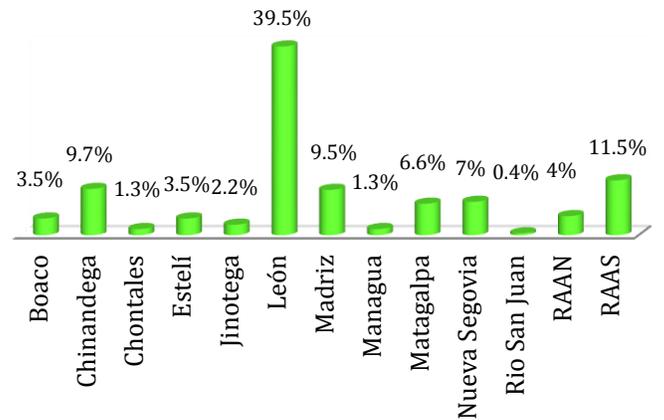


Procedencia

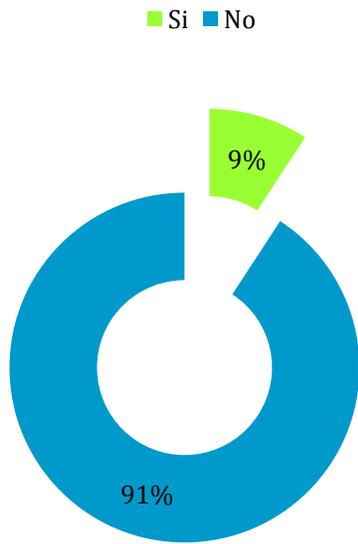
Urbano Rural



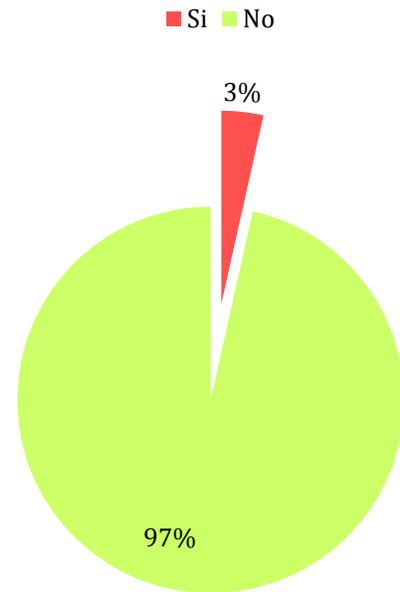
Departamentos



Complicación Embarazo

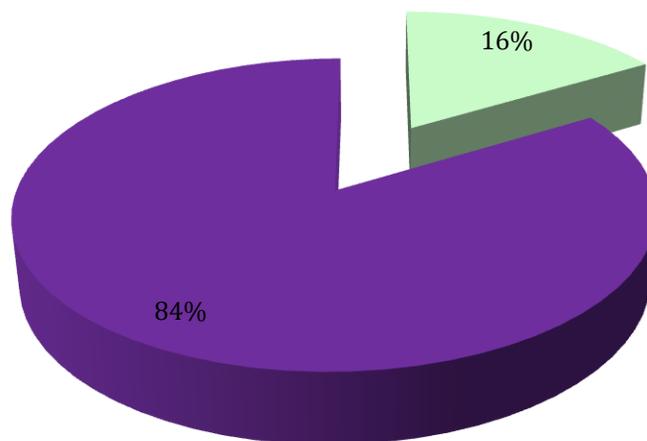


Complicación Parto

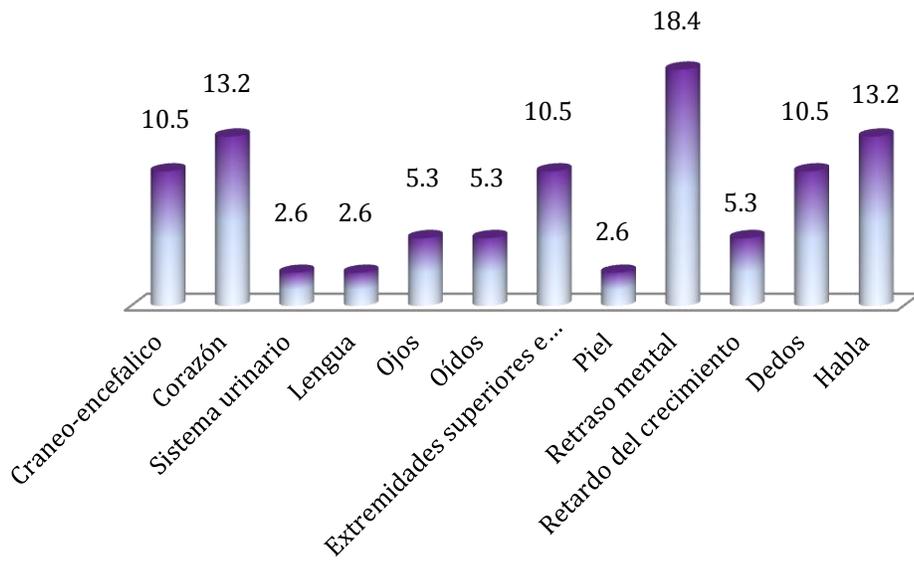


Antecedentes Familiares

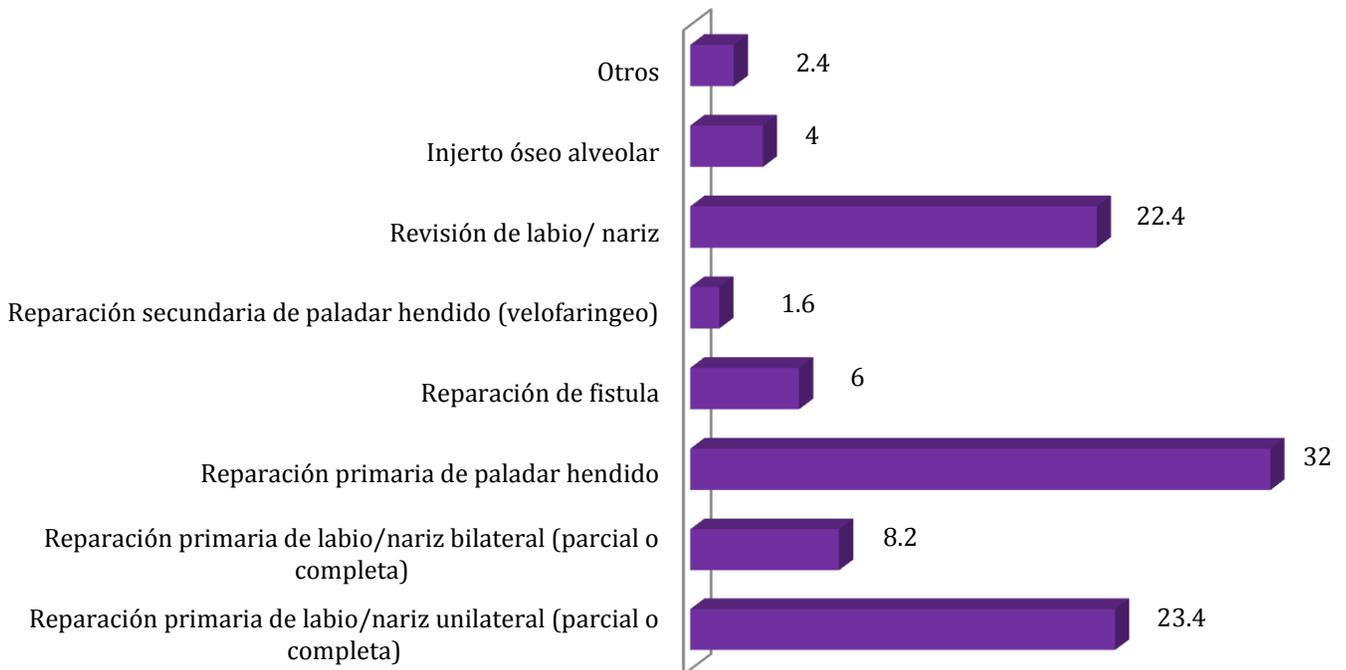
■ Madre/padre/hermanos ■ Otros (Tíos, primos, abuelos)



Malformaciones Asociadas



Tratamiento



MODELO DE FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE LABIO FISURADO Y/O PALADAR HENDIDO

No. Expediente: _____ Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Meses: _____ Años: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Procedencia: _____

Dirección exacta: _____

No. Teléfono: _____

Antecedentes:

Nombre de la madre: _____

Edad de la madre: _____

Escolaridad de la madre: _____

Antecedentes patológicos personales de la madre _____

Nombre del padre: _____

Edad del padre: _____

Escolaridad del padre: _____

Antecedentes patológicos personales del padre _____

Hijo número: _____

Controles durante el embarazo: Si ___ No ___ ¿Cuántos? _____

Ingesta durante el embarazo: Alcohol ___ Tabaco ___ Café ___ Drogas ___ ¿Cuáles? _____

Otros factores: Stress ___ Mala alimentación: ___ Ingesta de Acido fólico _____

Exposición: Plaguicidas ___ Radiación ___ Otros _____

Complicación durante el embarazo: Anemia _____

Síndrome hipertensivo gestacional _____

IVU _____

Epilepsia _____

ITS _____

Otros _____

Complicación durante el parto: Hemorragia _____

Síndrome hipertensivo gestacional _____

Otros _____

Medicación:

Primer Trimestre: _____

Segundo Trimestre: _____

Tercer Trimestre: _____

Antecedente de labio fisurado paladar en hermano/padres _____

Antecedente de labio fisurado paladar en Primos/Tíos/Abuelos _____

Datos de los pacientes:

Edad Gestacional al nacer: _____

Peso: _____

Apgar: _____

Alergias: _____

Insuficiencia Velo faríngea: Si _____ No: _____

Deformidades asociadas: si: _____ no: _____

Corazón: _____ Ojos: _____ Nariz: _____ Oídos: _____ Extremidades: _____ Dedos de manos y pies: _____ Piel: _____ Lengua: _____ Retraso mental: _____ Retardo de crecimiento: _____ Habla: _____

Cirugía anterior: Si _____ No _____

Tipo de Cirugía: _____ Cirugía de labio _____ Cirugía de paladar _____ Cirugía de labio y paladar _____

Diagnóstico:

Localización		Izquierdo del Paciente	Derecho del Paciente
Labio Tipo de labio hendido	Sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
Alveolo Tipo de labio hendido	sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
Paladar Duro Tipo paladar hendido	sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
	Submucoso		
Velo del paladar Tipo de paladar hendido	sin fisura		
	Completo		
	Incompleto		
	Submucoso		

Tipo de Operación:

Reparación primaria de labio/nariz Unilateral (parcial o Completa) _____

Reparación Primaria de Labio/ nariz bilateral (parcial o completa) _____

Reparación primaria de paladar hendido _____

Reparación de fistula _____

Reparación Secundaria de paladar hendido (Velo faríngeo) _____

Revisión de Labio / Nariz _____
Injerto Óseo Alveolar _____
Otra _____

Tipo de Reparación:

Variante de Rotación-avance _____
Línea recta _____
Variante Langenbeck _____
Variante Triangular _____

Colgajo Bifurcado _____
Variante Pushback _____
Otros _____

Complicaciones:

Problemas respiratorios _____
Fístula _____
Dehiscencia _____
Reintervención quirúrgica _____

Tipo de egreso:

Alta _____
Abandono _____
Fallecido _____