

00622

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE PACIENTES CON LABIO Y PALADAR
HENDIDO

PRESENTADO POR:
MARTHA L. PLAZAS J. 931235
MONICA Y. SANCHEZ L. 931269
LUISA F. VASQUEZ N. 931274
AYDEE NUÑEZ H. 931276

TUTOR
DR. MIGUEL FERRIGNO S.

PRESENTADO A:
DR. FREDY OSORIO

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE Bogotá D.C.
OCTUBRE 8 DE 1997

DEDICATORIA

Esta monografía la dedicamos;

A DIOS por habernos encaminado en la buena elección de nuestra carrera, como profesionales de la salud.

A nuestros padres, porque con su colaboración, comprensión y apoyo;nos han brindado lo necesario par a culminar nuestra carrera.

Al Dr. Miguel Ferrigno por su aporte y ayuda en la elaboración de esta monografía.

Y en general a todo el cuerpo docente del Colegio Universitario Colombiano por transmitirnos los conocimientos necesarios para nuestra formación.

MARTHA

MONICA

LUISA

AYDEE

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	
I. MARCO TEORICO	2
1. DEFINICION	2
1.1. EMBRIOLOGIA	2
1.2. ETIOLOGIA	8
1.3. ANATOMIA	9
2. CLASIFICACION	11
2.1. CLASIFICACION DE LABIO HENDIDO	11
2.2. CLASIFICACION DE PALADAR HENDIDO	12
3. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO	13
II. RESULTADOS	27
III. DISCUSION Y ANALISIS	28
IV. CONCLUSIONES	29
V. BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	



INTRODUCCION

Por medio de este documento, se pretende resaltar la importancia del tratamiento multidisciplinario, que debe seguirse en un paciente especial como aquel que presenta labio y paladar hendido, en tal sentido, el objetivo será aprender a manejar a este tipo de pacientes y dar una solución a su problema, ya que uno de los fines de la odontología, es brindar una cobertura total en salud oral, sea directa o indirecta.

No se pretende hacer una síntesis científica pues no ha sido el resultado de ninguna investigación en pacientes, sólo se ha querido recopilar datos importantes que servirán en el ejercicio de la profesión para contribuir al manejo de estos pacientes, en coordinación con el equipo de profesionales que lo asisten, como son: odontólogo, pediatra, cirujano plástico, otorrinolaringólogo, foniatra, psicólogo y genetista.

I. MARCO TEORICO

1. DEFINICION.

El labio hendido es una malformación congénito a nivel del labio superior, por la falta de unión entre las prolongaciones embrionarias, entre la 5ª y 7ª semana de vida intrauterina.

El paladar hendido: es un defecto congénito caracterizado, por una fisura en la línea media del paladar, ocasionado por falta de fusión de los procesos palatinos.

1.1. EMBRIOLOGIA

Embriologicamente la cavidad oral deriva en parte del estomodeo ectodermico y en parte de la porción craneal del intestino anterior revestido por el endodermo. Estos dos componentes están separados inicialmente por la membrana orofaringea, que es reabsorbida sin dejar trazas. El

epitelio de los labios y las encías y el esmalte dental se forma a partir del ectodermo; el epitelio de la lengua se deriva en parte del endodermo.

A la tercera semana el disco bilaminar se convierte en trilaminar con la formación de la tercera capa embrionaria o germinal llamada mesodermo. El proceso de formación de este se llama gastrulación siguiendo el proceso de neurulación el ectodermo embrionario se engrosará en la línea media y formará la placa neural continuando la proliferación de células del ectodermo formando pliegues neurales y surco neural que al unirse con la línea media forma el tubo neural revestido de ectodermo.

El estomodeo o cavidad bucal primitiva está limitada en la parte superior por el procencefalo hacia la parte inferior por el primer arco branquial posteriormente por la membrana bucofaringea, postero superiormente por la bolsa de rallo y lateralmente los procesos nasales, hay siete prominencias que forman la cara, las cuales se dividen en:

- Un proceso nasal medio que se origina del procencefalo y forma la parte media de la nariz, tiene un componente labial que forma la parte central del labio superior llamado Filtrum, un componente palatino que forma el

paladar primario a nivel de los cuatro incisivos y un componente maxilar que forma la parte central del maxilar superior.

- Dos procesos nasales laterales que se originan del procencefalo los cuales se separan por el conducto lagrimonasal embrionario formando alas de la nariz, partes laterales de la nariz, y parte superior de los pómulos y mejillas.
- Dos procesos maxilares que forma el maxilar superior, la parte lateral del labio superior y las mejillas.
- Dos procesos mandibulares que forman piso de boca, el labio inferior, parte de carrillos y mejillas.

En el piso de la boca primitiva se desarrolla en la línea media un brote lingual primitivo, el tubérculo impar junto con dos tubérculos linguales laterales situados sobre la cara interna del arco mandibular, los tubérculos linguales se reúnen hacia adelante crecen y se fusionan con el tubérculo impar para formar los dos tercios anteriores de la lengua en torno de la cual se profundiza un surco para separarla de las encías.

El tercio posterior de la lengua se forma a partir de la eminencia hipobranquial ubicada en la línea media y se deriva principalmente del tercer arco branquial. A medida que estos componentes crecen los tejidos del segundo arco branquial son excluidos de la lengua, la unión queda señalada por el surco terminal en forma de V. la sensibilidad común de los dos tercios anteriores de la lengua deriva del nervio mandibular (V. 1er arco). Las fibras para el gusto se derivan de la rama de del nervio facial (VII 2do arco) que se origina antes de la salida de este orificio estilomastoideo, la sensibilidad común y la gustativa del tercio posterior de la lengua son provistas por el nervio glosofaríngeo (IX 3er arco). En dirección caudal la vallecula epiglotica y la epiglotis derivan del 4to arco y son innervadas por la rama laríngea superior del nervio vago (X 4to arco), los músculos de la lengua se forman a partir de miotomas occipitales que migran hacia el piso de la boca trayendo con ellos innervación del nervio hipogloso (XII).

Hacia la cuarta y quinta semana intrauterina el procencefalo esta recubierto de ectodermo y en este punto hay tres engrosamientos en tres sitios diferentes, el primero es la formación de vesículas óticas que dan origen al oído, en segundo lugar se forman las vesículas nasales que dan origen a la nariz y en tercer lugar se forman las vesículas ópticas que forman las placodas del cristalino y forman los ojos. Las vesículas hacen mitosis

llamadas placodas todas recubiertas de estomodeo, las placodas nasales se introducen en el mesodermo y se convierten en fositas olfatorias que luego al unirse van a conformar las ventanas nasales primitivas en la parte inferolateral prolifera tejido mesodermico, una depresión llamada saco olfatorio. Este se adelgaza formando la membrana nasobucal que separa la cavidad nasal primitiva del estomodeo posteriormente, el tejido que queda en la parte anterior se llama paladar primario y el conducto olfatorio nos da origen a las coanas primitivas, esto se forma a partir del proceso nasal medio lateral, y maxilar hacia la sexta y séptima semana de vida intrauterina. La lengua esta interpuesta entre los dos procesos maxilares derecho e izquierdo y a partir de ellos comienza un crecimiento vertical de tejido que recibe el nombre de procesos palatinos, la lengua sigue descendiendo y vemos que esos procesos se van aproximando a la línea media y se van fusionando con la parte anterior del tabique nasal produciendo la formación del paladar secundario que nos forma la parte central del paladar duro y blando donde el paladar duro se origina del primer arco y el blando del tercer arco, en este momento se estimula el crecimiento de la mandíbula que crece vertical y transversalmente a medida que la lengua va creciendo.

Dos teorías pueden explicar la malformación del labio hendido; el defecto de coalescencia de las membranas faciales y la malformación del labio hendido; la ausencia de mesodermización del muro epitelial en cuanto a esta teoría podemos decir que hay una fusión defectuosa del paladar primitivo puede causar un trastorno en el desarrollo de los mamelones faciales, dando lugar a su forma mas leve a una hendidura facial aislada uni ó bilateral, también puede haber ausencia de fusión de los mamelones nasal, media y maxilar, en uno o ambos lados ocasionan hendidura uni ó bilateral del labio superior y apofisis alveolar se puede decir que el cierre defectuoso del paladar definitivo a una fisura palatina cuya forma mas leve es de úvula bífida y la falta completa de la fusión de los palatinos y del tabique nasal produce labio hendido y se da por un retraso en el desarrollo caudo - craneal de la cara que conduce a la inhibición mecánica de la elevación de los procesos palatinos, el labio y el premaxilar en sus formas tempranas, como una capa ectodérmica en donde están presentes tres masas de mesodermo, estas masas no crecen se infiltran en la capa ectodérmica el debilitamiento de esta membrana rompe la capa produciendo labio hendido. Clásicamente sobre el abultamiento cefálico, cinco mamelones esbozaran la cara: uno es medio superior. El mamelón frontal, los otros laterales y simétricos son los mamelones maxilares superiores e inferiores, el mamelón frontal desciende verticalmente entre los dos mamelones maxilares

superiores y lleva el mismo cuatro mamelones, para Goethe y Kolliker la hendidura del labio hendido pasa entre el mamelón nasal interno y el mamelón maxilar superior, según Albrecht y Broca pasa entre el mamelón maxilar superior, según Fleischmann la teoría de los mamelones de la cara y el esquema de His, no son exactos y Víctor Veau y Politzaer admiten que la hendidura de labio hendido no es primitiva sino secundaria, un engrosamiento del ectodermo el muro epitelial, crece progresivamente en espesor esbozando así detrás de él la cavidad de las fosas nasales, el mesodermo debe aportar vasos y nervios al muro epitelial, si no penetra este muro se produce una reabsorción y por consiguiente una hendidura que constituye el labio hendido, la división palatina se explica fácilmente, los mamelones maxilares superiores emiten, por su cara profunda dos laminas horizontales que se reúnen para constituir el paladar y el velo, según Víctor Veau estima que este proceso apenas está esbozado para el paladar primario y que la malformación sobreviene en la fase del paladar secundario ya que los repliegues palatinos no realizan su unión en la parte media.

1.2. ETIOLOGIA

En el análisis etiológico de las malformaciones de labio y paladar hendido se considera que es multifactorial entre algunas causas están.

- * Enfermedades sistémicas que adquiere la madre durante el embarazo, ejemplo diabetes y afecciones circulatorias.
- * Contactos con agentes fumigantes o irradiaciones de tipo exposición ó rayos x durante el embarazo.
- * Edad avanzada de la madre.
- * Agentes ambientales de tipo:
- * Drogas tipo cortisona ACTH, durante el embarazo.
- * Contacto sexual durante la embriagues.
- * -Aspirina, hipoxia, energía radiante altera el liquido amniótico.
- * Deficiencia nutricional.
- * Factores exógenos de tipo rubéola o talidomida y sarampión.
- * Factor hereditario 25% - 30% por genes mutantes, aberraciones cromosomaticas de tipo trisomia D y E.

1. Matrimonio consanguíneos matrimonios entre parientes cercanos.

1.3. ANATOMÍA

Anatómicamente el labio superior en su cara externa se encuentra dividido en dos zonas, la primera es el labio blanco o cutáneo y la otra es el bermellón o mucosa, el cual esta formado por una parte seca que forma la

región mas anterior del labio y la región húmeda que forma la parte posterior del labio, el limite entre la zona cutánea y el bermellón lo marca la línea cutáneo mucosa a la cual se le denomina arco de cupido, los otros componentes del labio superior se denominan filtrum, turbeculo medio y la columnela que es la porción cutánea del tabique nasal que es la zona de unión de la punta de la nariz con el labio superior; anatómicamente el labio inferior se distingue una fosita media, el surco mentolabial que separa el labio inferior del mentón y una depresión media que se adapta con la saliente del tubérculo del labio superior en cuanto al paladar, éste está formado en sus dos tercios anteriores por la bóveda palatina y en su tercio posterior por el velo del paladar esta formada por tres capas, una capa la capa ósea, la capa muscular y la capa glandular, el velo del paladar es un tabique músculo membranoso que se prolonga por detrás de la bóveda palatina y de ahí el nombre de porción blanda del paladar que esta constituido por la aponeurosis palatina, los musculos del paladar, la mucosa buconasal y las glándulas de tipo salivar menor.

En el labio hendido falta tejido en la porción inferior del lado interno de la fisura donde se rota el tubérculo labial en sentido ascendente y hay un acortamiento en la prominencia labial lateral, el ala nasal esta aplanada y el eje mayor de orificio esta dirigido en sentido transversal, la columnela va en

sentido oblicuo y se da un borramiento parcial del surco subnasal y de la prominencia labial lateral en las alteraciones fisiopatologicas encontramos que el niño tiene imposibilidad para succionar por la comunicación oronasal, la respiración se verifica a través de la hendidura labial, no hay cierre del paladar con la base de la lengua causando traqueobronquitis y neumonías aspirativas, infecciones del oído medio causando en un 50% la perdida de la audición, en el paladar encontramos una fisura en la línea media del paladar ocasionado por la falta de fusión de los procesos palatinos.

2. CLASIFICACIÓN

Encontramos clasificaciones de labio y paladar hendido: Diferentes entre ellas

2.1. CLASIFICACION DEL LABIO HENDIDO

1. Labio Hendido según Kernham y Stark (1986), la clasifica como:

- Clase I: Hendidura del primer paladar se modifica sea total o subtotal y unilateral o bilateral.

2. Según Veau (1993) La clasifica como:

- Clase I: Fisura en borde rojo del labio unilateral, compete también paladar blando y úvula.
- Clase II: Fisura unilateral en el borde rojo y todo el labio sin involucrar piso de nariz, hendidura palatina que incluye úvula, paladar duro y blando.
- Clase III: fisura unilateral involucrando borde rojo y completamente el labio.
- Clase IV: Fisura bilateral completa de labio involucrando piso de fosas nasales, arco alveolar, paladar blando y úvula.

2.2. CLASIFICACION DEL PALADAR HENDIDO

En cuanto a las clasificaciones del paladar podemos decir:

- Según Kernaham y Stark (1986)

* Clase I - Hendidura del primer paladar - Hendidura situada delante del agujero incisivo.

* Clase II - Hendidura del segundo paladar - Hendidura situada detrás del agujero incisivo por falta de fusión de los procesos palatinos.

- Clase III - Hendidura de primer y segundo paladar.

La clasificación de Veau (1.993)

Se divide en:

- * Clase I - Fisura unilateral o bilateral en el paladar blando
- * Clase II - Fisura en paladar blando y duro sin involucrar proceso alveolar.
- * Clase III - Fisura en paladar duro y blando involucrando proceso alveolar y úvula.
- * Clase IV - Fisura en paladar duro y blando bilateral involucrando premaxilar y dejando la úvula libre y móvil.

Según Víctor Spina (1.996) dice.

- * Clase I - Perforaren incisivo puede ser unilateral bilateral, o mediana, completa o incompleta.
- * Clase II - Transforamen incisivo puede ser unilateral bilateral o mediana.
- * Clase III - Postforamen incisivo puede ser completa o incompleta.
- * Clase IV - Fisuras raras en la cara.

3. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO.

Se debe tener en cuenta que el manejo de estas pacientes debe ser interdisciplinario, comenzando por un odontopediatra, cirujano maxilofacial, ortodoncista, cirujano plástico, rehabilitador genético, trabajador social, psiquiatra y fonoaudiólogo cada uno de estos especialistas manejan una parte en el tratamiento pero el odontólogo general esta en la capacidad de

poder atender a un paciente con labio y paladar hendido, cuando llega a su consulta por algún problema. Se le debe informar a los padres de que nada se podía hacer durante el embarazo para prevenir la malformación según estudios, genéticos, han investigado las posibilidades de fisuras y han hallado los siguientes porcentajes para los distintos casos de fisura de labio y paladar.

- Si los padres no están afectados y tiene un hijo con fisura la posibilidad de que su próximo hijo también la tenga es de un 4% en en fisura de labio y paladar y de 2% en fisura de paladar, si tampoco existe familiares afectados.
- Si padres no afectados tienen dos hijos afectados la probabilidad que su próximo hijo presente la misma afección es del 9% fisura de labio y paladar, del 1% en fisura palatina.
- Si uno de los padres presenta fisura y tiene hijos sin ella el próximo hijo lo sufre en un 4% en fisura de labio.
- Si uno de los padres presentan fisura y tienen un hijo afecto, la probabilidad de que su próximo hijo es del 17% en fisura de labio y paladar y del 15% en fisura palatina.

Si uno de los padres presentan fisura el riesgo de que los hijos estén afectados es del 60% aproximadamente.

Cuanto mayor sea la gravedad de defecto mayor será el índice de recurrencia en los siguientes hijos.

El odontólogo es el encargado de dar la información de las posibles anodoncias laterales, presencia de dientes que salen junto a la fisura, los cuales tienden a desaparecer por falta de soporte óseo así mismo enseñar a los padres a la limpieza alrededor de la fisura, colaborará con la toma de impresión en el recién nacido; se debe sostener al niño en forma vertical con las piernas entre los muslos de la enfermera, la mano izquierda de esta sujeta, las manos del niño y la mano derecha sobre la frente del niño, apoya la cabecita sobre su pecho, se debe utilizar una cubeta metálica debidamente recortada, se le coloca vaselina en el borde de los labios y se prueba la cubeta.

Luego se deben colocar gasas en la fisura si se toma en alginato y cargar la cubeta con elastomeros base de stents o godiva vaselinando la superficie y se introduce en la boca, haciendo la comprensión ajustada al caso, generalmente cuando se toman la impresión el niño llora lo que nos asegura que el tracto aéreo esta libre, retiramos la impresión si hay algún

defecto se debe recortar, flamear y reimpresionar, se debe sacar un modelo en yeso París.

Después de tener el modelo se saca una placa en acetato de 0.6mm, los objetivos de esta placa es crear un paladar artificial que busque impedir el alojamiento de la lengua durante la succión y deglución, facilitar la fonación al servir como techo de la cavidad oral, servir como barrera entre la cavidad nasal y evitando lesiones o afecciones en la cavidad oronasal.

La impresión en alginato se utiliza únicamente en niños grandes nunca en bebés.

Después de realizar la placa se debe hacer una interconsulta con el cirujano maxilofacial el cual da los siguientes parámetros.

El niño debe estar sano y ganando peso antes de llevar a cabo la intervención quirúrgica.

Los requisitos preoperatorios quedaran establecidos de la siguiente manera:

Peso : 10 libras (4.500 gr)

Hemoglobina : 10 G

Recuento leucocitos : 10.000

Edad : Aproximadamente 10 semanas.

La comida es el único tratamiento para los niños antes de la cirugía, ya que una fisura en el labio o en el paladar disminuye la capacidad al niño para la succión es improbable que puedan amamantarse del pecho materno y difícil que puedan succionar de un biberón, el mejor sistema es administrar la comida con una jeringa de 50 ml, conectada a un tubo de goma de unos 4 cm, se debe sostener al niño con la cabeza en posición erecta, el catéter se desliza sobre la lengua y se le administra la leche adecuada, cuando la madre y el niño han aprendido el sistema de comida se les permite abandonar el hospital para que el niño gane peso antes de la cirugía, también son posibles otros mecanismos para alimentar al niño incluyendo un dispositivo comercializado (Down-corning) para fisura palatina bífida con tetina para niños que tienen el reflejo de succión mínimo o ausente, para los niños desnutridos se puede administrar una hipernutrición a través de un tubo nasogástrico.

Antes de la intervención se deben tener diversas fotografías del área que hay que reconstruir y tener bien pensada la estrategia quirúrgica, se realizará el procedimiento quirúrgico donde se hará la cirugía de labio hendido, deformidad nasal, control de la relación de la premaxila y

segmentos maxilares, cierre del paladar anterior y subsecuente el paladar posterior.

Para los niños que solo presentan una fisura unilateral con distorsión alveolar que precisan una simple sutura del labio y del paladar blando podrá hacerse a las tres semanas de edad la corrección definitiva de la fisura de labio y de la nariz debe ser programada para los 6 u 8 meses de edad, las fisuras completas e incompletas sin distorsión alveolar deberían esperar al menos de 3 a 4 meses después del parto ya que técnica y estéticamente es mejor para el cirujano trabajar una mayor cantidad de tejido ya existente, en esa época en la mayoría de fisuras completas bilaterales se prefiere evitar la adhesión y procurar en el primer tratamiento y en un solo tiempo practicar el cierre definitivo intentando crear una banda muscular que cruce ambas fisuras, otros aspectos del síndrome de la fisura (otitis media y fisura del paladar), se tratan al mismo tiempo que el cierre del paladar cuanto antes se cierre la fisura del paladar, más fácil será para el niño desarrollar un lenguaje normal y evitar los malos hábitos resultantes de un cierre inadecuado del velo faringeo, se prefiere un cierre en tres capas del paladar entre los 6 y 9 meses, a la edad de 5 años se practica un desplazamiento hacia atrás si el velo palatino corto tiene una buena movilidad.

Los cuidados postoperatorios se dividen en:

Línea de sutura : El niño debe estar boca arriba todo el tiempo, las suturas del labio y la nariz se cubren con gran cantidad de pomada antibiótica, debe evitarse la limpieza constante de la línea de sutura con agua oxigenada ya que es dolorosa e irrita los puntos de sutura, se debe aplicar la pomada antibiótica para prevenir la formación de costras y manteniendo las suturas blandas para facilitar su extracción hacia el cuarto y quinto día del postoperatorio.

- Laboratorio : Se debe controlar el nivel de hemoglobina durante el primer día postoperatorio.
- Sedación e inmovilización : Se prescribe sedación con pentobarbital, sodico 1 mg/kg de peso.
- Extracción de los puntos de sutura : se le debe dar de comer al niño al cuarto día del postoperatorio administrándole además la misma premedicación del preoperatorio, se extraen los puntos con unas pinzas finas y unas tijeras mientras el niño esta dormido.

- Alimentación: después de la intervención no se debe succionar y se debe utilizar el mismo sistema que seguía antes de la intervención, se puede iniciar la nutrición a las doce horas de la intervención.

Cuando sea preciso hacer revisión de la cirugía de labio se hará a los seis meses de la intervención o cuando se practique una nueva intervención durante este tiempo el paciente debe ser visitado por el rehabilitador, ortodoncista, otorrinolaringólogo, el terapeuta y a menudo por el psicólogo.

Después de el tratamiento quirúrgico el niño debe utilizar una serie de placas que se deben cambiar cada tres semanas durante diez y ocho meses, estas placas se dividen según la intensidad o forma de la fisura.

Estas placas son:

- Placa palatal - es la primera que se utiliza, se usa en pacientes de 1 a 5 días de nacidos, veinticuatro horas de ingresado; al diseñar la placa esta no debe tener contacto físico con la mucosa puesto que el mal diseño, elaboración y control de estas puede producir lesiones en la mucosa tales como úlceras entre otras, el propósito de estas placas es guiar los diferentes segmentos para facilitar la corrección quirúrgica a seguir, las funciones de esta placa son estimular el crecimiento, deglución, respiración, succión y fonación.

- Se utilizan cuando el paciente tiene dentadura y se trata con el ortodoncista.
- Bionator : Es un aparato desarrollado para alinear la arcada exclusivamente para tratar las maloclusiones. Clase II esquelética y convertirlo en una relación molar. Clase I; sus funciones son : aumentar la dimensión oclusal vertical lleva la mandíbula hacia abajo y adelante y desarrolla el tercio inferior de la cara, crea perfil equilibrado armónicamente y una sonrisa activa, oclusión funcional armónica, elimina el daño periodontal de la mucosa sobre el paladar y la encía.
- Placa sagital : Esta diseñada con el propósito de aumentar la longitud anteroposterior de la arcada, modifica las arcadas movilizand o de forma activa los dientes en grupos aisladamente en una dirección anteroposterior a lo largo de la cresta de los procesos alveolares, es de fácil construcción, es duradera y cómoda, excelente férula intraoral para aliviar problemas de ATM y musculos asociados, es estética.
- Placa Sagital I - Se utiliza para distanciar uno o ambos segmentos posteriores, el grado que sea necesario a fin de aliviar el apiñamiento

anterior expresado en caninos retenidos, y ayuda a que la premaxila rote hacia abajo.

- Placa Sagital II : Se utiliza para expansionar la arcada en una dirección anterior, abre las suturas de la premaxila desplazándola casi totalmente.
- Placa transversal activa: Se utiliza para expansión de arcada aumentando la anchura de esta puede ser fija o removible.
- Aparato de mordida cruzada Nord : Es una placa activa de expansión transversal unilateral rápida del paladar, corrige mordidas cruzadas unilaterales posteriores estos generalmente se fijan mediante bandas ortodónticas y / o coronas de acero a primeros molares permanentes.
- Placa en abanico : Se activa por medio de un tornillo pivote de tipo abanico destinado a la expansión de la parte anterior del maxilar siendo neutro en la arcada posterior, esta es de 4 mm anteriormente

La rehabilitación oral con prótesis parcial fija es el tratamiento indicado cuando en la zona de la fisura no se han realizado transplante óseo secundario y el canino no se ha podido ordenar correctamente.

Para sentar el pronóstico en el estudio de un caso de la índole que nos ocupa, se debe seguir estas normas fuera del aspecto puramente morfológico hay que dejar bien establecido que existen otros aspectos tanto o mas importantes como: medio psicosocial y ambiental.

Otras patologías asociadas a la hendidura en el mismo individuo con aplasia del premaxilar y por ultimo en la forma de encarar el equipo, las etapas del tratamiento y su secuencia.

El mas favorable al nacer es en la hendidura unilateral conversión hacia la línea media del sector anterior en el hemimaxilar colapsado en el dentado con incisivo lateral ausente por agenesia primaria o secundaria o la lesión de un germen por intervención quirúrgica, enanismo precanino supernumerario central permanente con o sin relaciones de los cuatro, seis en las graves o leves pérdidas de sus sustancias en apófisis alveolar o palatina, el programa de acción prostodontica en colaboración con el quirúrgico permiten formular un pronóstico favorable.

Menos favorable es la hendidura bilateral con proyección (tres grados) del premaxilar en el dentado con palatoversión dentoalveolar del sector incisivo, el paciente tiene un perfil cóncavo.

Pronostico mas reservado en la proyección hacia la línea media de la totalidad del sector alveolar, cuando las fuerzas que se utilizan no superan los limites de la tolerancia fisiológica, ellos pueden estimular el crecimiento óseo, si son aplicados en las zonas y en la dirección en que las acciones neuromusculares lo hacen normalmente, así pueden preparar el terreno para efectivizar aun mas la terapia quirúrgica foniatrica etc., pero sin pretender cerrar una hendidura, si no contribuir eficazmente a la acción del cirujano.

Algunos pacientes requieren de otra alternativa como son los injertos óseos los mas utilizados y de mejor viabilidad son los injertos autologos o en su defecto se utilizaran injertos de hidroxapatita, la elección de este depende del cirujano en cuanto a morfología y función de la zona dadora. El injerto autologo ofrece un índice mayor de supervivencia ya que estimula el crecimiento óseo deseado y a su vez estimula el crecimiento de tejidos vecinos, actúa como osteogénico y osteoinductor; el mas importante es el hecho con hueso esponjoso el cual es mas esteogenico como son cresta ilíaca, costillas y calota craneal.

Estas diferentes clases de hueso esponjoso se fusionan con el área receptora y permiten corregir defectos de continuidad permitiendo una rápida revascularización del injerto lo que permite una buena ostogenesis, la

cual se completa en dos semanas. Al realizarlo con cresta ilíaca anterior y posterior la ventaja es ser un excelente injerto tipo esponjoso; y la desventaja es producir complicaciones tales como dolor postoperatorio, neuralgia parestésica y deformación estética del área dadora. Con la calota craneal (huesos de la bóveda craneal) que se forman embriológicamente por osificación intramembranosa, mantienen más el volumen inicial que los del crecimiento endocondral, su desventaja es la dificultad para modularlo debido a su gran componente cortical, da complicaciones como hematoma epidural, fístula de líquido cefalorraquídeo y daño cerebral. Con el injerto de costilla, su ventaja es ofrecernos gran maleabilidad, con la desventaja de sufrir una gran reabsorción y produce complicaciones tales como neumatomas, depresión en tórax y dolor persistente al ejercicio.

En algunas ocasiones se utilizan estructuralmente hueso cortiesponjoso produciendo mejores resultados debido a las dos estructuras por las que está formado ya que mientras una vasculariza y se incorpora precozmente a estructuras circundantes, el otro produce resistencia mecánica.

El injerto con hidroxiapatita y fosfato tricálcico se hacen con el fin de obviar el problema de disponibilidad de volumen y la antigenicidad de los injertos

óseos; estos son muy biocompatibles, pero sufre un proceso de remodelación rápido y no soporta cargas fuertes.



II. RESULTADOS

- Se encontró amplia información bibliográfica acerca del tema, como libros, artículos, revistas, documentales entre otros.
- Actualmente se están realizando estudios para detectar y tratar intrauterinamente este defecto.
- Gracias al plan sonrisa realizado por Colgate Palmolive se esta logrando que muchos niños en Colombia de bajos recursos económicos vuelvan a sonreír.
- Por medio del Hospital Universitario Lorencita Villegas de Santos se tuvo contacto con niños y adultos afectados tanto física como psicológicamente por este problema, y quienes nos aportaron sus vivencias durante su extenso tratamiento.
- A través de un rehabilitador maxilofacial se pudo conocer los diferentes materiales utilizados en el tratamiento de cada paciente, además de los parámetros que se deben tener en cuenta para su adecuada manipulación.

III. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se ha observado un notorio aumento en la frecuencia de esta malformación mencionándose: disminución de la mortalidad infantil posnatal y operatoria, aumento de la fertilidad y matrimonios consanguíneos.

El labio con paladar hendido o sin el aparece aproximadamente 1 por cada 1.000 nacidos en raza caucásica, es mas frecuente en la raza oriental y la mas baja es en la raza negra.

El labio hendido puede ser unilateral o bilateral cuando se presenta en un lado, el izquierdo es el que mas se presenta en un 70%, en cuanto el sexo se reporta como predominante en hombres.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El odontólogo general no esta suficientemente capacitado para atender pacientes de este tipo.
- Se espera que el odontólogo general se familiarice con el estado actual de los conocimientos sobre este problema de tanta complejidad.
- La duración del tratamiento será a largo plazo dependerá de la severidad del problema en cada uno de los pacientes.
- Es tan complejo el problema que no se ha podido establecer ni determinar una causa especifica que produzca el labio y paladar hendido, por lo tanto su etiología es multifactorial.
- La actitud de muchos odontólogos ante estos pacientes es negativa.
- Por ética profesional todo paciente con el labio y paladar hendido que llegue a una consulta particular debido a un problema dental, debe ser atendido por el odontólogo.
- Muchos niños y adultos se aíslan de la sociedad por traumas psicológicos y físicos los cuales son creados tanto personalmente como terceras personas empezando por los mismos padres.

V. BIBLIOGRAFIA

ASCENCIO,V.O., Labio Hendido Unilateral, revisión guatemalteca de estomatologia, vol 3 N° 4, 1991, 53-62

BACHER, M, GERNOT, 6.M, NEY, T. Congenital palatal ulcers in neuborn infants with cleft lip and palate: diagnosis, frequency and significance, cleft palate - craniofacial journal, 1996, vol 33 N° 1, 37-41.

BARDACH,J.,Multidisciplinary management of cleft lin and palate, W.B., Saunders company 1990, Pag. 809-14.

BERGLAND, O., BERKOWITZ, S, state of theart in cleft palate orofacial growth and dentistry: a historical perspective, journal orthodont, vol 74, 1978, 564-76.

BJERKLIN, K, Ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. A. epidemiological, familial, aetiological and longitudinal clinica study, journal orthodont, vol 100, 1994, 1-16.

BORCHGREVINK, H, Cleft palate repair, plastic and reconstructive surgery Londos, Bailliere tindall, 1986, 64-91

BRODER, H.L., SMITH, F.B., STRAUSS, R.P., effects of visible and invisible orofacial defects on self - perception and adjusment across develomental eras and gender, cleft - palate - cranio fac. Journal, vol 31 N° 6, 1994, 429 - 36.

BROGAN, W.F., HENRY, P.J., TAN, A.E., secondary alveolar bone grafiting - five - gear - periodontal and radiographic evaluation in 100 consecutive cases, cleft - palate - craniofacial journal, vol 33 N° 6, 1996, 513-18.

CHRISTENSEN, K, SCHMIDT, M.M., VAETA, M, absebce of an environmental effect on the recurrence of facial - cleft- defects, N-Eng - Journal -Med, vol 333 N° 3, 1995, 161-4.

CAPELOZZA, L, CORREA, A, Isolated influences of lif and palate surgery on facial growth: comparision of operated and unoperat malee adults with

UCLP, Cleft - palate - cranofacial journal, vol 33 N° 1, 1996, 51-56

COCCARO, P.S. VALUARI, A, Orthodontics in cleft lip and palate children, the head and Neck, 1971, 2216 - 33

DI FIORE, diagnostico histologico, tomo I , 1979, 513 - 15.

DODSON, T.B., STERN, M, fetal cleft lip repair in rabbits histology and role of hyaluronic acid, oral and maxillofacial surgery journal, vol 50 N° 3, 1992, 263 - 68.

ENEMARK, H, Evaluation of unilateral cleft lip and palate treatment: Long term result, - cleft - palate journal, vol 27, 1990, 354-61.

FENG, H, SASSANI, R., BARTLETT, S.P., LEE, A., Evidence, from family studies, for linkage disequilibrium between TGFA and a gene for nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate, Am - journal - genet, vol 55 N° 5, 1994, 932 - 6.

GELL, W.H., Surgical correction of dentofacial deformities, W.B. Saunders company, vol 3, 1985.

GREGG, T., BOYD, D., The incidence of cleft lip and palate in northern ireland from 1980-1990, Br - Journal - orthod, vol 21, N° 4, 1994, 387-92.

HARKINGS, C.S. a clasification of cleft lip and cleft palate, plas - recoristi - sournal - surg, vol 29, 1962, 31 - 9.

HARVOLD, E., Cleft lip and palate. Morphologic studies of the facial skeleton, amer - journal - ortodont, vol 40 N° 493 1954, 493-506.

HORWELL, B.B., POSPISIL, O.A., nasal sgmmetry offer primary cleft lip repair: comparison between delaire cheilorninoplasty and modified rotation - advancement, journal - oral maxillofac - surg, vol 53 N° 9, 1995, 1025-30

HONDA, V., SUZUKI, A., OHISHI, M., longitudinal study on the changes of maxillary arch dimensions in japaneses children with cleft lip and or palate - craniofac - journal, vol 32 N° 1, 1995, 7-13.

HUANG, W.L., CHEN, M.R., IIN, S.P., the vater association: analisys of six cases without kargotyping, journal pediater - sin, vol 36 N° 1, 1995, 30 - 4.

KRAMER, G.S., HOESKMA, J.B., palatal changes after lip surgery in different types of cleft lip and palate, cleft - palate - craniofac - journal, vol 31 N° 5, 1995, 376-84.

KIMURA, T., Atlas de cirugía ortognática maxilofacial pediátrica 1ª edición, 1995, 65-117.

KOCH, H., KOCH, J., the primary treatment of velar, palatal and vomer malformations as a prerequisite for normal speech development, journal, vol 55 N° 4, 1994, 152 - 6.

LANGMAN, J., Embriología médica , 2ª edición, 1969, 319 - 26.

MACIAS, A., Manejo de labio y paladar hendido, vol 1, 1991, 319-410.

MAZAHARI, M, LONG, R.E., comparison of velopharyngeal growth pattern between cleft lip and palate patients requiring pharyngeal flap surgery, cleft - palate - craniofacial - journal, vol 31 N° 6, 1994, 452 - 60.

MENCER, N., Cleft lip and palate deformities in children, Br. - journal - oral maxillofac, vol 32 N° 5, 1994, 325 - 40.

MACKAY, F., SEMB, G., Dentofacial from in the five - year - old child with unilateral cleft lip and palate, cleft - palate - craniofac - journal, vol 31 N° 5, 1994, 372 - 5.

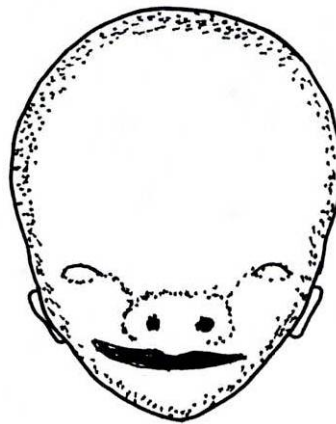
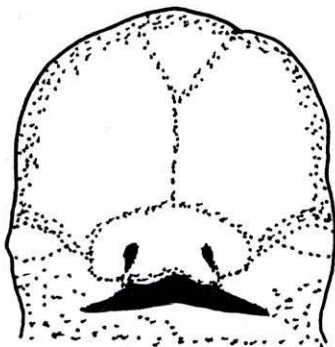
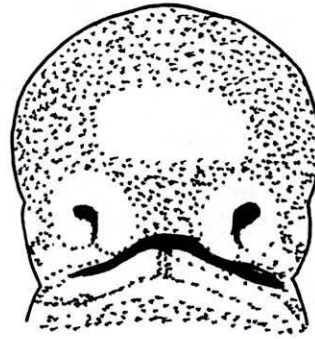
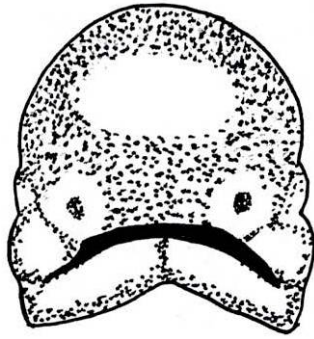
PENKAVA, J., Treatment of patients with cleft in cssr, cleft - palate - craniofac journal, vol 4, 1967, 115-19.

PRUZANSKY, S., cleft lip and palate, journal, 1976, 380 - 95.

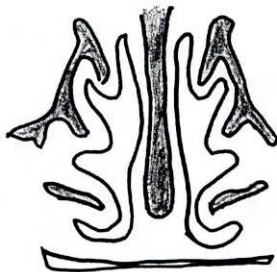
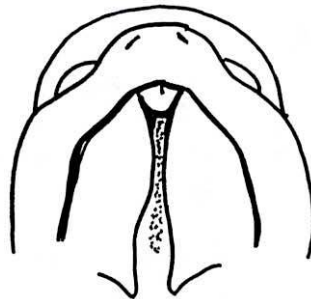
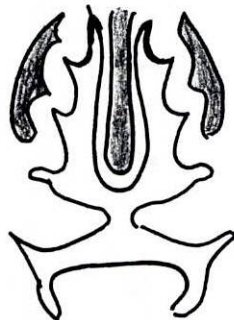
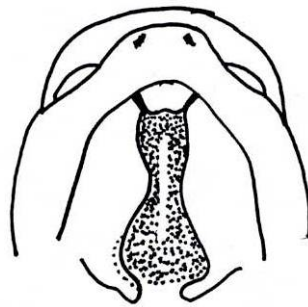
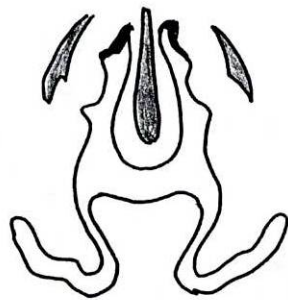
RASPALL, G., Cirugía maxilofacial, De. Panamericana, 1997, 31-61.

RASPALL, G., enfermedades maxilares y craneofaciales, de. Salvat, 1990, 28-30

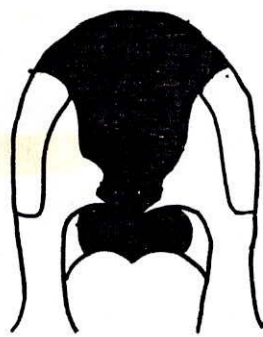
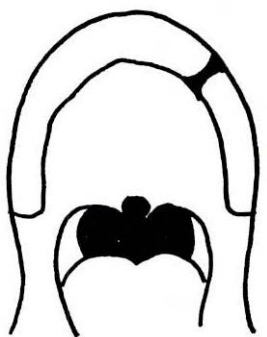
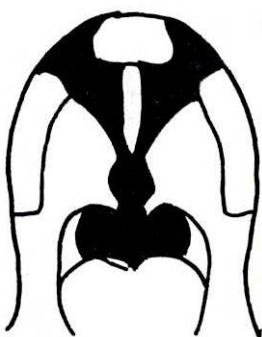
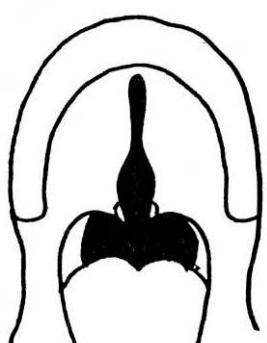
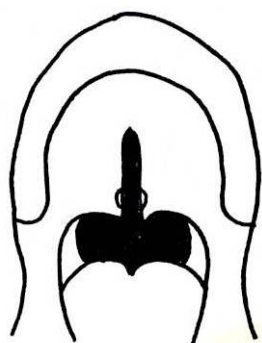
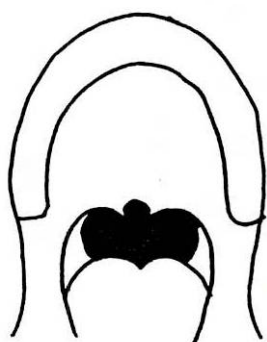
ROSS,R.B.,Growth of the facial skeleton following the malek repair for unilateral cleft lip and palate, journal, vol 32 # 3,1995 194-8.



ΛΕΜΑΡΤΙΟΛΟΓΙΑ



FORMACION DEL PALADAR PRIMARIO
Y SECUNDARIO



A DIFERENTES

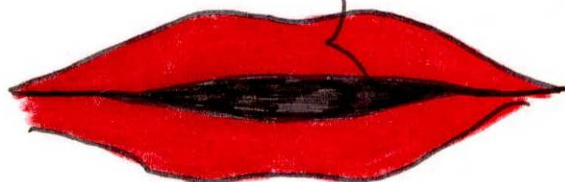
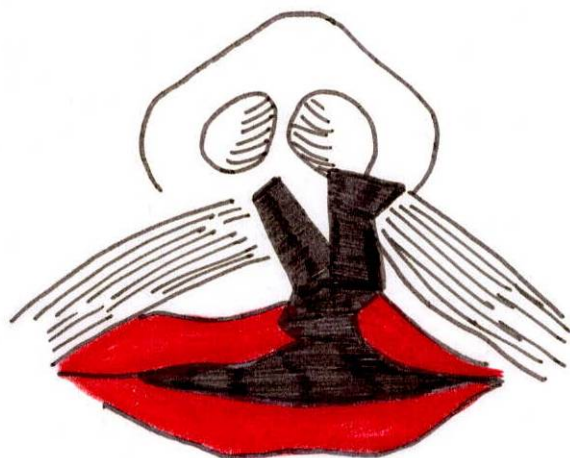
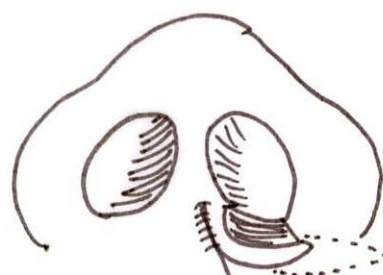
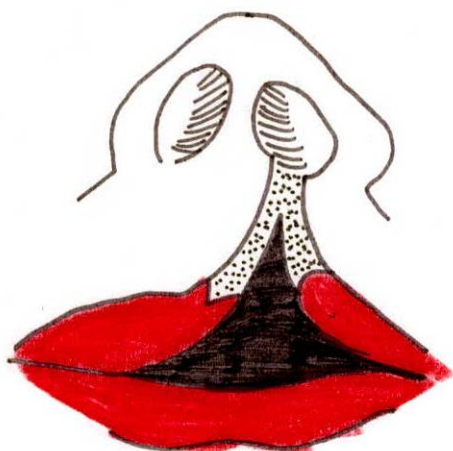
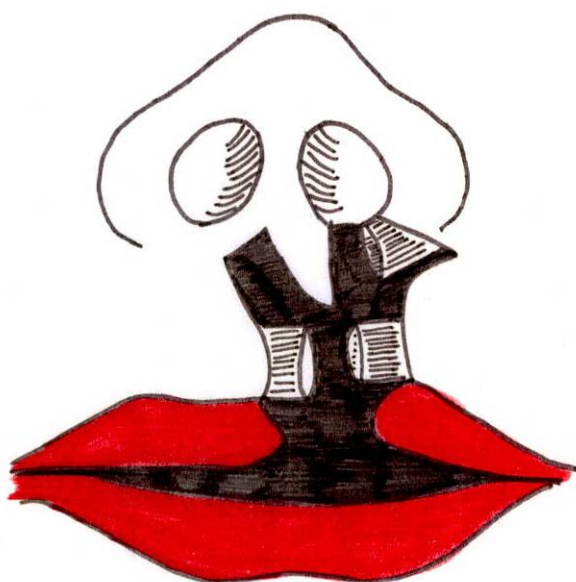
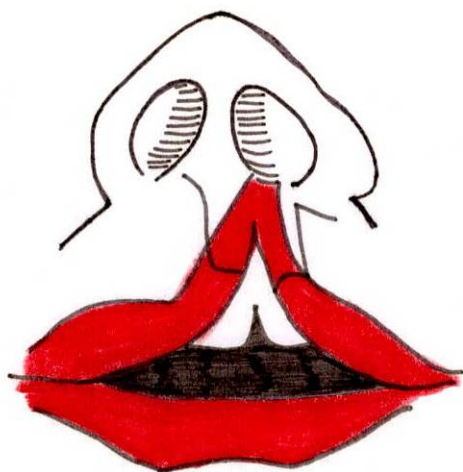
Y

HEMIDIUNHAS

PALEADAS

DE

LABIO



CLASES

DE

HERNANDEZ EN LAATO

Y

PALADAR

