

M
120
1987

LABIO Y PALADAR FISURADO
TRATAMIENTO QUIRURGICO Y ORTODONCICO

CAROLINA RODRIGUEZ BORRAS

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, 1987

LABIO Y PALADAR FISURADO
TRATAMIENTO QUIRURGICO Y ORTODONCICO

CAROLINA RODRIGUEZ BORRAS

Monografía de Grado presentada
como requisito parcial para
optar al Título de Odontóloga.

Director: MARTHA CARRILLO.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, 1987

Bogotá, Noviembre 27 de 1987

Doctora:

Marisol Arango Mejía.

DECANA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Ciudad

Apreciada Doctora:

El motivo de esta es presentar a usted mi Monografía de Grado que he titulado "Labio y Paladar Fusionado: Tratamiento Quirúrgico y Ortodoncico", la cual es requisito parcial para optar por el título de Odontóloga.

Con la ayuda de la doctora Martha Carrillo como asesora, desarrollé éste tema basándome en libros y artículos, para poder en forma clara y sencilla, dejar un trabajo que sea útil para las personas que lo lean y que puedan sacar algún provecho de él.

En espera de la aprobación de la presente Monografía me suscribo de usted,

Atentamente,

Carolina Rodríguez Borrás.
CAROLINA RODRIGUEZ B.

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, Noviembre de 1987.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

RECTOR:	JORGE ARANGO TAMAYO
DECANA:	MARISOL ARANGO MEJIA
VICEDECANO:	JAIRO FORERO MORALES
SECRETARIO ACADEMICO:	LUIS FELIPE FALLA
COORDINADOR POR SEMESTRE:	ROBERTO ARCINIEGAS
DIRECTOR DE MONOGRAFIA:	MARTHA CARRILLO

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A La DOCTORA MARTHA CARRILLO, por su colaboración no solo en esta Monografía, sino también en mi carrera.

A MI PADRE, MADRE Y HERMANOS
por su apoyo y colaboración
durante toda mi carrera.

TABLA DE CONTENIDO

	Pàg
INTRODUCCION	
OBJETIVO	
1. RESEÑA HISTORICA	11
2. EMBIOLOGIA	12
3. ETIOLOGIA	15
3.1 HERENCIA	15
3.2 FACTORES AMBIENTALES	16
4. CIRUGIA	19
4.1 QUEILORRAFIA	19
4.1.1 Anatomia Quirurgica	20
4.1.2 Objetivos Quirurgicos y Tècnicos	21
4.2 PALATORRAFIA	22
4.2.1 Anatomia Quirurgica	22
4.2.2 Objetivos Quirurgicos y Tàcticos	23
5. ORTODONCIA	26
5.1 ORTOPEDIA	26

	Pàg
5.1.1 Ortopedia Pura	27
5.1.1.1 Ortopedia pura Preoperatoria	27
5.1.1.2 Ortopedia pura Posoperatoria	30
5.2 MIXTA	31
5.3.1. Osteotomías	33
5.3.2 Estudio Cefalomètrico	33
6. ESTUDIO DE LABIO Y PALADAR FISURADO	35
6.1 CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS	



INTRODUCCION

El labio y paladar fisurados son una malformación que produce defecto físico y funcional en la persona que la presenta, por tanto, para nosotros como odontólogos generales es muy importante saber qué trabajo podemos desarrollar dentro del grupo de profesionales que deben atender a dichos pacientes.

Debido a que esta malformación produce muchos problemas Psicológicos en el paciente, no nos podemos limitar solo a atenderlos en la parte oral sino ser un apoyo Psicológico y moral para la rehabilitación total de dichos pacientes.

En la presente monografía pretendo dar las pautas generales del tratamiento de estos pacientes, empezando por saber con claridad, por qué se produce? cuáles son sus causas? las cirugías que se hacen y la ortodoncia como punto final para llegar a restablecer al paciente completamente y dejarlo con una buena función y con una buena estética.

OBJETIVO

Por medio de esta monografía pretendo llegar a desarrollar en forma clara resumida los aspectos más importantes del Labio y Paladar fisurados, como son: su Etiología, Embriología, y los tratamientos tanto quirúrgico como ortodóncico para llegar a una restauración total y satisfactoria del paciente tanto funcional como estética.

1. RESEÑA HISTORICA

Según se ha escrito las deformidades de labio y paladar fisurado han afectado al hombre desde la prehistoria.

Ya en el siglo II Galeno describió la deformidad con el nombre de "LAGOCHEILOS" o sea "labio libre" pero no habló de su frecuencia.

En 1964 el dentista Francés Lemoiner trató de corregir dicha deformidad por medios quirúrgicos, Roux de París mejoró las técnicas y dió resultados en 1819.

Warren de Boston ejecutó la operación en 1820; técnica quirúrgica que fue seguida por Pollock. Lister y Ferguson en Inglaterra. Pancoast, Gibson, Stevens, Wells y otros en los Estados Unidos de América.

desde entonces se han venido cambiando, combinando y mejorando las técnicas no solo quirúrgicas sino ortopédicas, ortodóncicas y prostodóncicas para dar un mejor resultado para el paciente tanto funcional como estético.

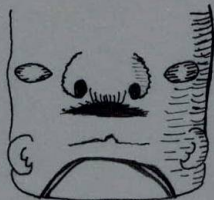
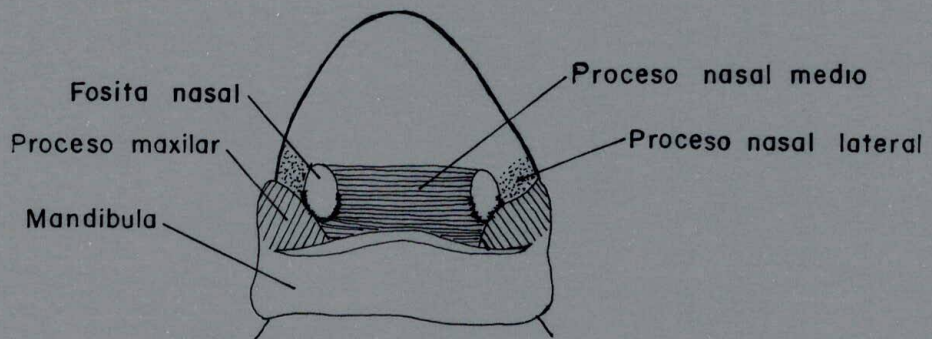
2. EMBRIOLOGIA

En el feto la cara sufre rápidos y extensos cambios durante el segundo y tercer mes de desarrollo, produciéndose los problemas de fisura bucal entre la sexta y décima semanas de vida fetal.

El desarrollo facial normal depende del crecimiento armónico de las partes que presentan cambios activos durante este período.

En la sexta y séptima semanas los procesos maxilares procedentes del arco branquial crecen medialmente adelante para unirse con los procesos nasales laterales y continuar la unión con el proceso nasal medio, formando el labio superior, el piso de las fosas nasales y el paladar primario. Todos los tejidos se desarrollan rápidamente excediéndolos la lengua en tamaño y diferenciación, creciendo verticalmente hasta llenar el estemodeo primitivo. Las proyecciones palatinas se extienden hacia la línea media, y la lengua desciende a medida que la cara se alarga y ensancha.

ETAPAS DEL DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA CARA



En la octava o novena semana las proyecciones palatinas se extienden hacia la línea media hasta ponerse en contacto y unirse desde la parte anterior hasta la posterior para separar la cavidad nasal y bucal. El punto de fusión del futuro paladar duro con el septo es el sitio para la osificación futura del vomer.

El desarrollo asincrónico y las fallas de proliferación mesodérmica para formar uniones del tejido conectivo a través de la línea de fusión son factores embrionarios en la formación de las fisuras. Los componentes del labio se separan sin una unión mesodérmica. Al no ser penetradas las bandas epiteliales residuales por el mesodermo quedan dividiendo algunas fisuras del labio y revorde alveolar.

El efecto de las influencias teratogénicas se observa en una variedad de fisuras del paladar, incompletas o completas, unilaterales o bilaterales.

Las deficiencias centrales progresivas de la premaxila y el prolabium se observan en las fisuras bilaterales.

En la arrinencefalia se ve una progresiva disminución de la distancia interorbital hasta presentarse una ciclopía, siendo las dos incompatibles con la vida puesto

que dentro del cuadro clínico se presentan defectos del sistema nervioso central en la línea media.

Los dientes y el hueso varían su relación con el labio y el paladar fisurados. La fisura se puede encontrar entre el premaxilar y el maxilar, con frecuencia al lado del segundo incisivo superior. Ocasionalmente se encuentra en situación media respecto a este sitio o al desarrollarse un diente supernumerario.

Las partes esqueléticas y los dientes comienzan su desarrollo después de efectuarse la unión de los procesos faciales.

Por consiguiente los dientes y las partes esqueléticas se desarrollan en un tejido uniforme sin relación con la localización exacta de los límites antiguos de los procesos.



3. ETIOLOGIA

3.1 HERENCIA

La base genética dentro de las fisuras es importante pero no predecible. En la mayoría de las publicaciones se encuentra en un 25 a 30% de los casos algún miembro de la familia, presenta esta anomalía.

El niño con fisura bucal tiene 20 veces más posibilidades de tener otras anomalías congénitas como hidrocefalia, hernia inguinal y umbilical, polidactilia, sindactilia, hipospadias, curvatura de la columna vertebral, espina bifida, falta de un ojo, falta del hueso premaxilar, falta del cóndilo y de la rama o de los dos, macrostomía y angioma, que un niño normal, pero no se relaciona con una zona específica. Las fisuras están relacionadas genéticamente solo con fosas labiales congénitas que aparecen como depresiones en el labio inferior asociadas con las glándulas salivales accesorias.

Otra teoría describe un error en un cambio transicional

del suministro sanguíneo. La edad de la madre también parece contribuir a la vulnerabilidad embrionaria a la producción de las fisuras.

El descubrimiento de anomalías cromosómicas como causa de la mal formación congénita múltiple ha dirigido la atención a los antecedentes genéticos del labio y el paladar fisurados. También parece haber perturbaciones genéticas separadas para la fisura del labio y / o el paladar y las del paladar en forma aislada.

3.2 FACTORES AMBIENTALES

Estudios hechos en animales han llevado la atención hacia la nutrición como factor que aumentaría la incidencia de fisuras bucales. En el período de un año nacieron treinta y dos jaguares de una hembra, cubierta siempre por el mismo macho; los treinta y dos tenían el paladar hendido y todos murieron.

Los progenitores consumían alimentos impropios para los jaguares: carnes desprovistas de sangre, tres años más tarde los mismos animales nutridos con carnes frescas ricas en sangre criaron veinticinco cachorros, y ninguno de ellos tuvo hendidura palatina.

Con respecto a las marcas o estigmas, la explicación es que dichas anomalías son marca en el feto de fuertes emociones de la madre principalmente de terror, en el último período de gestación, sin embargo, sabemos que la unión terminó ya al tercer mes de vida intrauterina.

Agentes mecánicos; la presión que la rodilla del embrión hace sobre el maxilar superior, separa las dos porciones del paladar y evita su unión. También se ha insinuado que la presión de la mandíbula y de la lengua puede mantener separados los mamelones palatinos hasta pasado el tiempo de la unión. Otra insinuación dice que la mandíbula se forma antes que el maxilar superior, la flexión de la cabeza obliga al mentón a apoyarse sobre el esternón transmitiendo hacia arriba presión excesiva, que impide la unión de los cuatro mamelones que forman el maxilar.

Pero dentro de estas teorías no se considera la fisura labial, que por regla general coincide con la fisura palatina.

Está demostrado que la energía radiante, las inyecciones de esteroides, la hipoxia, la aspirina y otras drogas, al igual que las alteraciones del líquido aminótico

y otros factores aumentan la incidencia de fisuras bucales. Cuando se emplean cepas de animales susceptibles con tendencia genética conocida a las fisuras, aumenta la incidencia si se presentan los factores antes mencionados, pero fue menor su efecto cuando las cepas de los animales no tenían tendencia genética a las fisuras.

La intensidad de duración y tiempo de acción parece ser de mayor importancia que el tipo específico de factor ambiental.

En la actualidad la etiología de las fisuras bucales parece depender de factores tanto genéticos como ambientales que son útiles en su expresión, y aparte de los principios generales de la salud materna, desafían los métodos de prevención.

4. CIRUGIA

El tratamiento quirúrgico se hace en dos partes que son: primero, se hace la cirugía del labio y luego en segunda instancia la del paladar, estos dos tratamientos se describen a continuación:

4.1 QUEILORRAFIA

Primero se hace una evaluación pediátrica del niño para que esté en óptimo estado físico.

La operación se hace generalmente entre las tres semanas y los tres primeros meses de vida, cuando el niño se aproxima a los 4.5 kilogramos de peso. Esto permite un tiempo para que se manifiesten otras anomalías congénitas que pueden ser más importantes y signos de algún síndrome.

Al presentarse el labio y el paladar fisurado el niño no puede hacer la presión bucal negativa que necesita para una succión, efectiva por lo que su alimentación

debe hacerse lentamente y en una posición con la cabeza elevada y haciendolo erupstar con frecuencia.

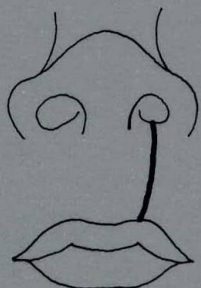
4.1.1 Anatomia Quirúrgica:

La fisura labial superior dá como resultado una pérdida del complejo muscular del orbicular de los labios el cual actúa como esfínter, las partes en desarrollo del maxilar fisurado se desvían para acentuar la fisura del reborde alveolar.

La fisura labial se vé asociada con defectos de la nariz que pueden ir desde una asimetría hasta la ausencia del piso de las coanas y deformidad del cartílago del ala de la nariz y del tabique. La premaxila y el prolabium están desviados alejándose de la fisura en los casos unilaterales y proyectándose hacia adelante en la fisuras bilaterales del labio y el paladar.

Se refleja una diferencia en la dinámica del potencial de crecimiento en las estructuras de la línea media en comparación con las estructuras laterales. El suministro sanguíneo es excelente. En las fisuras bilaterales completas el suministro nervioso y sanguíneo a la premaxila y el prolabio se distribuye a lo largo de la línea media.

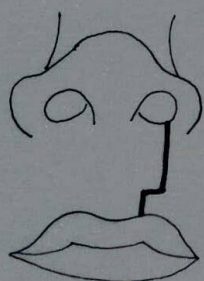
**MODELOS DE INCISION PARA REPARAR
LABIO HENDIDO**



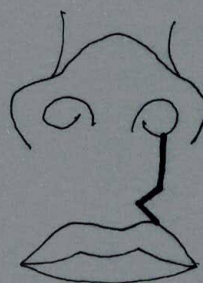
ROSE



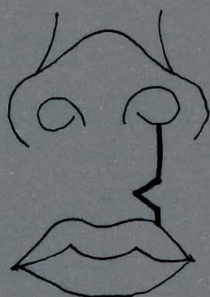
MIRAULT



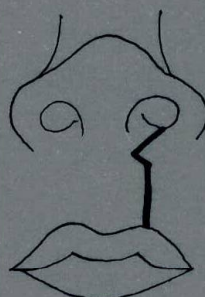
HAGEDORN-
LeMESURIER



TENNYSON



TENNYSON-
CRONIN



WYNN



MILLARD



SKOOG

4.1.2 Objetivo Quirúrgico y Técnicas:

La corrección quirúrgica del labio fisurado se propone lograr un labio simétrico y bien contorneado. Puesto que las márgenes de la fisura están formados por tejido atrófico se preparan para proveer capas musculares adecuadas y una estructura definida en todo el espesor. Debido a que todas las cicatrices se contraen, se trata de minimizar el traumatismo y las fuentes de inflamación en la cirugía. El tejido de calidad se preserva y utiliza en la operación.

Cuando la fisura es unilateral el lado sano sirve de guía de longitud y simetría en la restauración del labio.

Hay diferentes esquemas en la incisión para la reparación del labio fisurado.

Aunque no es lo más recomendable para el mejoramiento cosmético, se ha desarrollado la "Adhesión Labial" la cual es una preparación marginal mínima que con el objeto de establecer un control sobre la musculatura del orbicular de los labios recubre la premaxila desviada y protruida. Se estableció un control muscular que tiene la acción de cerrar la fisura alveolar y simplificar la reparación definitiva cuando el niño tiene un año aproximadamente.

4.2 PALATORRAFIA

Para la cirugía del paladar se deben tener en cuenta los dos, tanto el paladar duro como el paladar blando, si es completa la fisura se debe hacer la estafilorafia antes que el niño haga contacto con la sociedad, o sea antes de ir al jardín o al colegio.

La estafilorafia es para devolver la válvula de Passarant y luego seguir con el obturador y la placa activa en la Palatosquisis, que es la cirugía de paladar duro.

4.2.1 Anatomía Quirúrgica

El paladar es necesario para la fonación y la deglución normal.

El paladar duro divide la cavidad bucal y la nasal, y el blando junto con la pared faríngea tienen una acción de válvula denominada mecanismo velofaríngeo. Esta acción valvular es rápida y variable, para efectuar el sonido, sin tal acción la fonación es hipernasal y la deglución se dificulta.

Los tejidos palatinos tienen buen suministro sanguíneo por parte de las ramas palatinas mayor y menor, y

nasopalatina de la arteria maxilar superior, la rama palatina ascendente de la arteria facial y las ramas de la arteria faringea ascendente. la inervación sensitiva de la mucosa proviene de la segunda rama del trigémino principalmente.

4.2.2 Objetivo Quirúrgico y Técnicas

El objetivo es corregir el defecto embrionario para restaurar la función palatina.

La cirugía de la fisura palatina es siempre electiva, y se requieren tejidos sanos y un mínimo de trauma quirúrgico.

Los adelantos en cuanto a la anestecia con la utilización de la técnica de la intubación nasoendotraqueal han aumentado la seguridad de la operación.

Las fisuras palatinas son corregidas en su mayoría quirúrgicamente a la edad de los 18 meses, a los 3 años, puesto que se prevee un mecanismo velofaríngeo antes de que adquieran hábitos de fonación y una ventaja psicológica agregada a la pronta reparación. Aunque se pueden crear perturbaciones en el desarrollo del maxilar superior, las cuales pueden ser tratadas por el ortodoncista corrigiendo la constricción en el arco superior.

En la técnica de la palatorrafia no se logra una unión ósea de la zona del paladar duro. Esta cirugía no se hace sino después de los 12 años para evitar el colapso maxilar,

Los márgenes de la fisura se preparan y se movilizan los tejidos para la aproximación en la línea media. Se debe preservar la longitud y función del paladar blando. El cierre de las fisuras completas puede dividirse en dos etapas separadas cada una por tres meses más o menos, en un esfuerzo por impedir la cicatrización contraída que tiende a desplazar el paladar blando, hacia adelante.

Algunos cirujanos creen que la cirugía se debe hacer cuando el niño tenga 9 meses de edad señalando las ventajas del desarrollo muscular en la posición funcional restaurada para la deglución y para el comienzo de la fonación, y las ventajas higiénicas de la división buconasal y los beneficios fisiológicos. Otros creen que debe hacerse después de los 6 años para evitar la perturbación del maxilar superior que se encuentra en desarrollo, también citan las ventajas de tener las estructuras musculares más grandes y más definidas.

Al hacer esta cirugía vamos a lograr principalmente:

- Corregir el defecto de la nariz, la cual está aplanada en la fisura bilateral, o desviada hacia un lado en las unilaterales.
- Se coloca la apófisis alveolar en su posición normal, dando oportunidad a que los dientes hagan su erupción normal.
- Al unir la porción anterior del paladar duro, se reflejan los tejidos del labio.
- Una vez unida la porción ósea del paladar, el niño puede tomar los alimentos con más facilidad.

5. ORTODONCIA

En el tratamiento de estos pacientes es importante el trabajo en grupo de diferentes especialistas para obtener resultados satisfactorios.

Se ha presentado gran controversia en el tratamiento de esta patología en el área quirúrgica como en el área ortodóncica, pero lo importante es verificar tanto la función como la estética del paciente. La cirugía conservadora es el único tratamiento según los autores, pero otros tienen en cuenta el crecimiento y desarrollo para sacar provecho de éste.

5.1 ORTOPEDIA:

Pre y Post-quirúrgica.

Primero debemos diferenciar:

Ortopedia: es el movimiento de los maxilares.

Ortodoncia: es el movimiento de los dientes.

La finalidad de dicho tratamiento es regularizar el maxilar, evitando y corrigiendo:

- Las deformidades óseas.
- Las anomalías de erupción dentaria.
- Los trastornos de crecimiento.
- Arreglar la funcionalidad.
- Mejorar la estética.

5.1.1 Ortopedia Pura:

Su finalidad es reposicionar los fragmentos óseos del paladar fisurado a una posición en relación con la base del cráneo y el maxilar inferior.

5.1.1.1 Ortopedia pura preoperatoria:

Comienza antes del cierre de la fisura labial. Está indicada en ciertas fisuras como:

- a. Labio Unilateral con fisura Palatina Unilateral Total: Los fragmentos están hipoplásicos y además colapsados antes de la intervención labial.

Se coloca una placa seccionada siguiendo la fisura, con un tornillo de expansión anterior y una fijación posterior para lograr una expansión en abanico.

Generalmente la parte anterior del maxilar está colapsada y se conserva la distancia entre las dos tuberosidades normal.

La fijación de la placa se puede hacer con una buena adaptación en la boca del niño, o extraoral para que sea mantenida permanentemente hasta los seis meses de vida del niño, cuando se practica la intervención labial.

A las cuarenta y ocho horas, después de la intervención labial, se coloca una placa de contención similar a la anterior pero dirigida y se mantiene durante cinco meses.

- b. Labio Bilateral con fisura Palatina Bilateral Total:
Se tiene en cuenta:

Grado de protrusión de la premaxila.

Momento en que es visto por el paciente.

La finalidad es retroceder la premaxila. En pequeñas protrusiones no se hace tratamiento ortopédico, solo se cierra el labio ejerciendo una presión normal. En formas medianas de protrusión se hace tratamiento ortopédico para retroceder la premaxila.

Se usa una placa palatina que no incluye la porción de la premaxila, con anclaje extraoral y un gorro. Dicha placa puede o no estar dividida y tener o no un tornillo, según se tenga o no que hacer expansión de los fragmentos laterales. El anclaje extraoral lleva dos loops soldados que tienen por finalidad paralelizar a nivel de la premaxila el recorrido del elástico, que unido al gorro mantendrá una tensión constante sobre la premaxila, haciendo retroceder a medida que se va aumentando la tensión del elástico.

Después de la operación del labio, a los seis meses de vida, se coloca una placa rígida de contención que incluirá la premaxila, se coloca a los cinco meses.

Este tratamiento máximo puede empezarse hasta los dos meses de edad del niño, porque pasada esta fecha la osificación de la premaxila impedirá un buen retroceso y lo único que se conseguirá es una inclinación de la premaxila hacia abajo, lo cual es de peor pronóstico.

Las formas con mediana protrusión y gran protrusión de la premaxila que son vistas pasados los dos meses de edad, se les programa el tratamiento quirúrgico

y ortopédico.

5.1.1.2 Ortopedia Pura Postoperatoria:

Indicada en todas las formas del labio leporino con fisura palatina, ya sea uni o bilateral, y haya o no tenido tratamiento preoperatorio.

Su finalidad es corregir el colapso de los fragmentos óseos en que la fisura divide el maxilar superior.

Cuando el colapso está a nivel de las tuberosidades, se comienza con placas de expansión transversal a tornillo, y luego pasa a la placa de expansión en abanico descrita anteriormente.

Si hay poco apoyo dental y el colapso es pequeño, se usan placas plásticas siguiendo la fisura, con fijación posterior, con tornillo anterior y con el número posible de Adams y corbatas se aseguran la estabilidad de dicha placa.

Cuando hay buen apoyo dental y se requiere gran expansión, se usan con buen resultado las placas en doble C propuestas por Denis Glass, que por el hecho de no tener la limitación de apertura que representa el tornillo permiten grandes

expansiones sin cambiar la placa.

Hasta el final del desarrollo se continúa con aparatología de expansión y estimulación el crecimiento del maxilar, y luego en su momento será la prótesis la que asegura la contensión, para evitar así la residiva.

5.2 MIXTA

Se inicia cuando aparecen los incisivos permanentes alrededor de los siete años.

En este período es útil el empleo de mentoneras y aparatología tipo Bimble de proyección a mecanismos de expansión.

En esta fase tratara de conseguirse una oclusión interincisiva normal, evitándose una oclusión cruzada, que dará lugar a un pseudoprognatismo.

5.3 ORTODONCIA

Se inicia alrededor de los once años. Se debe lograr una oclusión normal corrigiendo las malposiciones dentarias.

Se termina esta fase con la colocación de una prótesis dentaria que al mismo tiempo reemplazará la pérdida de los dientes, mejora el aspecto estético, y ayuda en la contención y la masticación.

Las fases están separadas por periodos de contención durante los cuales se reeduca al niño fonéticamente. En estos momentos es de mucha importancia cuidar al elemento fundamental, en el que se apoya todo el tratamiento: El diente, se debe diagnosticar y tratar lo más precozmente la caries.

Los tratamientos antes mencionados se pueden denominar como ideales, pero cuando se llega tanto al cirujano, como al ortodoncista niños e incluso adultos que su tratamiento se limitó al cierre del labio y del paladar. En ellos las deformidades más frecuentes son un maxilar superior pequeño y en retroposición, en orden de frecuencia le sigue un maxilar superior pequeño y en retroposición asociado a un maxilar inferior grande y adelantado lo cual se debe a que el maxilar inferior al ocluir en posición vertical no tiene el freno del crecimiento que representa la oclusión normal con los incisivos superiores.

Si llega el niño con un hueso todavía en crecimiento

se puede usar la aparatología que se menciona en la fase mixta.

Si el hueso ya ha terminado su desarrollo (14-16 años) las osteotomías maxilares serían la única forma de reestablecer el aspecto físico y funcional.

5.3.1 Osteotomías Maxilares:

Son fracturas que realiza el cirujano para proporcionar cambios estéticos y funcionales, parecidas a las observadas en las lesiones traumáticas.

Para el tratamiento quirúrgico se debe hacer un estudio de la malformación basándose en el estudio cefalométrico.

En las fisuras se encuentran dos tipos de malformaciones:

- Retro y Micromaxilismo puro.
- Retro y Micromaxilismo con prognatismo.

5.3.2 Estudio Cefalométrico:

Primero se debe colocar el lugar de la malformación y la naturaleza de ésta, según su localización se puede clasificar dentro de:

- Tejidos Blandos.
- Maxilares.
- Articulación Temporomandibular.
- Diente.

También según la naturaleza las anomalías pueden ser de:

- Posición.
- Volumen.
- Forma.

Las de posición, tienen indicado tratamiento quirúrgico u ortodóncico para adelantar o retroposicionar el maxilar superior o inferior. En cambio las de volumen y forma, requieren siempre tratamiento quirúrgico, volumen, comprende el aumento o disminución del desarrollo de los maxilares y las de forma se refieren al aumento o disminución del ángulo gonión o a la proyección del mentón hacia adelante o hacia atrás independiente de la posición de la totalidad del maxilar inferior. Las anomalías de la articulación temporomandibular pueden ser de posición del cóndilo en relación con la cavidad glenoidea.

6. ESTUDIO DE LABIO Y PALADAR FISURADO

Con la colaboración del Hospital San Rafael de Bogotá, se realizó un estudio en 78 pacientes que presentaban malformación, comprendido entre enero de 1982 y diciembre de 1984.

Para la recolección de datos se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Sexo.
- Procedencia.
- Extensión de la lesión.
- Localización de la lesión.
- Antecedentes familiares.

Materiales y Métodos:

1. Población estudiada; se tomaron historias de las siguientes regiones: Atlántica, Pacífica, Central, Oriental y Occidental.

2. Metodología de la recolección de datos: Se realizó con un formulario previamente diseñado.
3. Análisis de los datos: Se hizo a través de un cuadro que tenía los siguientes datos:
 - Nombre del paciente y de los padres de éste.
 - Número de la Historia Clínica.
 - Procedencia.
 - Localización de la región.
 - Extensión de la región.
 - Sexo.

6.1 CONCLUSIONES

Las conclusiones que se sacaron de este estudio son:

1. El evento se presentó con mayor regularidad en hombres.
2. Se presentó con más frecuencia en la región central.
3. El evento se presentó con más regularidad en el labio.
4. La mayoría de los casos se presentaron en el labio izquierdo.
5. Con respecto al carácter hereditario no se pudo establecer relación, porque no había la suficiente información en las historias.

6. En las mujeres se presentó con mayor frecuencia en el labio y paladar derechos.
7. Se encontró que esta malformación está asociada a patologías como:
Sindáctilia, además produce problemas Psicológicos, del lenguaje, funcionales y sociales.

