



CARACTERIZACION DE PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO ATENDIDOS EN UNA E.S.E DE SEGUNDO NIVEL EN BOGOTA

Caicedo F, Caicedo J, Cortés R, Díaz D, Lara C, Libreros D, Torres J.¹
Sánchez F.²
Pachón M.³
Campos F.⁴

Área: Ciencias Odontológicas, Modalidad: Oral, Categoría: Pregrado

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características de los pacientes con Labio y Paladar Hendido atendidos en una E.S.E. de Segundo Nivel en Bogotá.

METODO: Se realizó la revisión de base de datos que contenía 1149 registros de pacientes inscritos en el programa de Labio y Paladar Hendido de una E.S.E. de segundo nivel durante los años 1981 a 2004. El diseño del estudio fue descriptivo transversal donde los datos fueron recolectados a través de un instrumento que incluía entre otras las siguientes variables: edad, género, tipo de patología, síndrome asociado, procedencia del paciente. Los datos se expresan como media y desviación estándar. Los mismos fueron incorporados y analizados en una base de datos.

RESULTADOS: El género masculino presentó un 57% del diagnóstico y un 43% correspondiente al género femenino; Con respecto al lugar de origen de los pacientes un 92.8% pertenecían al departamento de Cundinamarca; la agrupación por patología con mayor incidencia fue la del labio y paladar hendido con un 71% de los pacientes atendidos y la patología que más se presentó fue la de Labio y paladar hendido duro unilateral. En un análisis porcentual del síndrome asociado encontramos que un 95% de pacientes tuvieron ausencia de este, el síndrome con mayor porcentaje fue el de Pierre Robin con un 2%.

CONCLUSIONES: Después de la realización de todos los procesos que involucran esta investigación el estudio demostró: Que la diferencia entre el género masculino y femenino no fue muy marcada la mayoría de los pacientes que presentaron la patología pertenecían al departamento de Cundinamarca, la patología más frecuente fue la fisura de labio y paladar hendido, el síndrome asociado más frecuente fue el de Pierre Robin aunque los síndromes asociados no son una característica de labio y o paladar hendido. Finalmente podemos afirmar que un poco menos de la mitad de los pacientes que ingresaron al programa se encuentran activos.

PALABRAS CLAVES: Labio Hendido, Paladar Hendido, Síndromes asociados.

SUMARY

OBJECTIVE: To determine the characteristics of the patients with Lip and Palate Cleaved Taken care of in a E.S.E. of Second Level in Bogotá.

METODO: I am made the revision of data base that contained 1149 registries of patients enrolled in the program of Labio and Cleaved Paladar of a E.S.E. of second level during years 1981 to 2004. The design of the study was descriptive cross-sectional where the data were collected through an instrument that included among others the following variables: age, sort, type of pathology, associated syndrome, origin of the patient. The data express like average and standard deviation. Such they were incorporated and analyzed in a data base.

RESULTS: I generate masculine I present/display a 57% of I diagnose and a 43% corresponding to I generate feminine; With respect to the patient the of place of origin 92,8% belonged to the department of Cundinamarca; the grouping by pathology with greater incidence was the one of the lip and palate cleaved with a 71% of the taken care of patients and the pathology that but I appear was the one of Lip and to palate cleaved hard unilateral. In a percentage analysis of the syndrome associate we found that a 95% of patients had absence of this, the syndrome with greater percentage was the one of Pierre Robin with a 2%.

CONCLUSIONS: After the accomplishment of all the processes that involve this investigation the study it demonstrated: That the difference between I generate masculine and feminine very was marked most of the patients who presented/displayed the pathology belonged to the department of Cundinamarca, the pathology but it frequents was the fissure of lip and to palate cleaved, the syndrome associate but frequents was the one of Pierre Robin although the syndromes associate are not a lip characteristic and or to palate cleaved. Finally we can affirm that a little less than half of the patients who entered the program find assets.

KEY WORDS: Cleaved lip, Cleaved Palate, Syndromes associate.

¹ Estudiantes X semestre del C.O.C.

² Asesor Temático

³ Asesora Estadística.

⁴ Asesora externa.

INTRODUCCIÓN

Las fisuras faciales son el tercer defecto congénito en los nacidos vivos en Estados Unidos (1), en Chile esta se presentan con un alto índice y la tasa de fisuras labio palatinas se registra la tercera en frecuencia (2,3). En Colombia según un estudio prospectivo realizado en El Hospital Universitario del Valle (HUV) de la ciudad de Cali, estas anomalías ocuparon el séptimo lugar entre las malformaciones congénitas (4).

Las fisuras de labio y paladar hendido son las anomalías faciales, orales y bucales mas comunes (9), por ello es importante realizar una caracterización de los pacientes con esta patología, basados en un listado de datos suministrados por una E.S.E de segundo nivel en Bogotá, en donde se estudio la patología con sus síndromes asociados involucrando también datos sociodemográficos.

Se busca una caracterización de pacientes con labio y paladar hendido atendidos en una E.S.E de segundo nivel en Bogotá.

Por medio de la realización de esta caracterización buscamos saber que tipo de diagnostico y síndromes asociados, se le ha dado a estos pacientes en esta E.S.E de segundo nivel. Con el fin de identificar la incidencia de esta patología dentro de esta E.S.E. a nivel de Colombia.

Las malformaciones congénitas son importantes dentro de la patología humana, por las repercusiones estéticas, funcionales, psicológicas y sociales (5). Se considera como defecto estructural presentes en el nacimiento en donde falla la fusión de los procesos maxilares y procesos frontonasales mediales entre la cuarta y la octava semana de gestación (6). La base embriológica del labio y paladar hendido es la falta de acercamiento y de fusión entre si de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos laterales con el tabique nasal, con el borde posterior del proceso palatino medial o con ambos (7). La fisura palatina también puede resultar defectos en el crecimiento de los procesos palatinos, falla en la elevación de los procesos, falla de la fusión y ruptura posterior a la fusión de los procesos palatinos (7).

Según el CEI 10, el labio y paladar hendido esta clasificado de Q35 a la Q37.

Según Kernahan y Stark la clasificación de labio y paladar hendido se presenta de la siguiente manera (9). (Ver Foto No 1)

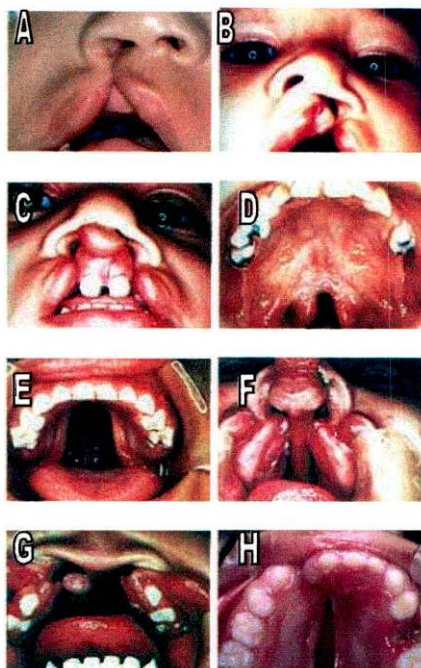


Foto No. 1. A. Fisura Labial, B Fisura Labio Alveolar, C Fisuras Labiales y alveolares laterales, D Fisura incompleta del paladar secundario, E Fisura completa del paladar, F Fisura labioalveolar con palatoquisis, G Fisura Labioalveolopalatina bilateral, H Fisuras labiales y paladar blando.

También Kerhanan y Stark en 1958 proponen una ingeniosa y sencilla clasificación de fisuras labiopalatinas que abarcan todos los tipos de fisura de paladar primario y secundario. (Ver grafico 1). La clasificación de las fisuras se hace de acuerdo a las estructuras comprometidas: Labio, encía, paladar óseo, velo. Se define también si es unilateral completa (3-3), incompleta (2-3, 1-3) o microforma (forma frustra o cicatriza) igual definición se aplica a las bilaterales, las cuales pueden ser simétricas (3-3 ambos lados) o asimétricas (2-3 3-3). Las fisuras del paladar pueden ser completas incluyendo el alveolo, del paladar secundario (Foramen Incisivo anterior), del velo y submucosas del velo (Sin unión Muscular). La clasificación de Kernahan es la de uso mas difundido en el mundo por su simplicidad de llenado y lectura. (9)

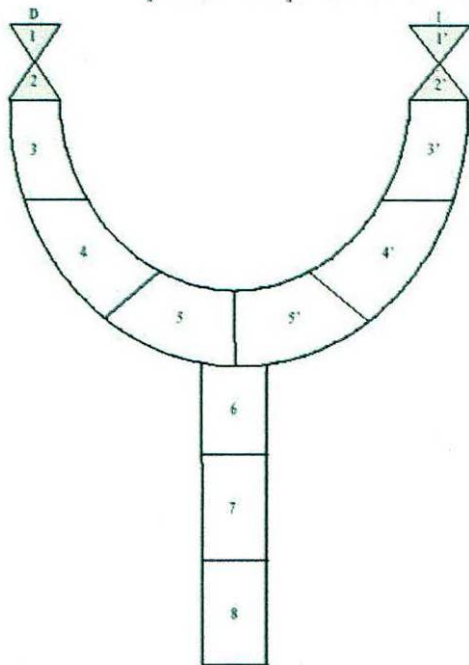


Grafico No 1. Y de Kernahan D-Lado derecho, l:- Lado Izquierdo, 1 y 1'- Alas nasales 2 y 2'- Pisos de fosas nasales 3 y 3'- Labios 4 y 4'- Alvéolos 5 y 5'- Paladar óseo entre alvéolos y agujero palatino anteriores. 6 y 7- Paladar óseo por detrás del agujero palatino. 8- Paladar blando.

Los síndromes mas frecuentes relacionados con labio y paladar hendido son: Síndrome de Pierre Robin, Síndrome de Crouzon, Síndrome de Goldenhar, Síndrome de Treacher Collins, Síndrome de Apert, Síndrome de Down, Síndrome de Towns y Síndrome de Turner. Existen otros Síndromes menos frecuentes, Síndrome de Hallerman Streiff, Síndrome de Moebius, Síndrome de Aegille Westsen, Síndrome de Kopell, Síndrome de E.E.C. entre otros (10).

El Síndrome de Pierre Robin corresponde a un grupo de anomalías caracterizado principalmente por la presencia de una mandíbula muy pequeña y una lengua que cae hacia atrás y hacia abajo. Este síndrome puede incluir un paladar alto arqueado o paladar hendido. (11). (Ver foto No. 2).

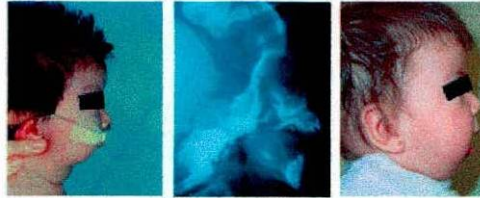


Foto No 2. Características clínicas y radiográficas del Síndrome de Pierre Robin.

El Síndrome de Crouzon es una enfermedad que asocia múltiples malformaciones entre las que destaca la craneosinostosis por cierre prematuro de algunas suturas del cráneo. Esto conlleva acortamiento del cráneo y abombamiento en su parte anterior. Suelen tener una forma de la cara muy característica consistente en exoftalmos y alteraciones visuales, hipertelorismo, etc. (12). (Ver foto No. 3).



Foto No. 3. Características clínicas del Síndrome de Crouzon.

El Síndrome de Goldenhar o Displasia Oculoauriculovertebral es un cuadro poli formativo relacionado con defectos del primer y segundo arco branquial las características mas comunes de la enfermedad son quistes dermoides epivulvares, anomalías del pabellón auricular, conducto auditivo externo, y defectos en la columna vertebral. (13). (Ver foto No. 4).



Foto No 4. Características clínicas del síndrome de Goldenhar.

El Síndrome de Treacher Collins es una condición hereditaria que afecta principalmente las estructuras de la cabeza y la cara. Las características físicas usualmente incluyen: ojos inclinados hacia abajo; cortes en el párpado inferior; boca ancha, nariz prominente; mentón pequeño con un agudo ángulo de la mandíbula inferior; orejas mal desarrolladas, malformadas y/o prominentes; y "patillas" (capas de cabello que se extienden en frente de las orejas). (14). (Ver foto No.5).



Foto No. 5. Características Clínicas Treacher Collins

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio Descriptivo Transversal, cuyos datos fueron obtenidos de la revisión de los listados que contenían información de los pacientes que fueron atendidos en el programa de labio y/o paladar hendido que se realizó en una E.S.E. de segundo nivel en Bogotá.

Se tenía como objeto identificar las características de este programa que atendió pacientes con fisuras de labio y paladar hendido y con posibilidad de síndromes asociados, provenientes de todo el territorio Colombiano.

Dentro del programa de labio y/o paladar hendido se hizo una evaluación de 1149 pacientes con la cual se creó una base de datos que contenía sexo, fecha de nacimiento, lugar de origen, fecha de ingreso al programa, diagnóstico de la patología, síndromes asociados y estado dentro del programa; estos datos fueron

almacenados y procesados en Excel y se obtuvieron resultados por medio de frecuencias y promedios.

Resultados

Se analizó una base de datos de 1.149 pacientes con labio y paladar hendido correspondiente a pacientes atendidos en una E.S.E. de segundo nivel en Bogotá. 57%(650) correspondían al género masculino y 43%(499) al género femenino. La edad varió desde el nacimiento hasta los 20 años. (Ver Tabla No. 1 de la edad en años y sexo).

Tabla No. 1. De la edad en años y sexo.

RANGOS DE EDADES	HOMBRES %	MUJERES %	PORCENTAJE TOTAL
0,0 - 3,0	39.3	31.5	70
3,1 - 6,0	7.4	5.3	12.8
6,1 - 9,0	4	4.1	8.1
9,6 - 11,9	2.7	1.0	3.8
12,1 - 15,0	2.0	1.3	3.3
15,2 - 17,3	0.6	0.17	0.77
20.1 - 20.8	0.17	0	0.17
TOTAL	56.17	43.37	100%

Con respecto al lugar de origen de los pacientes el 92.8% (1.066) correspondían al departamento de Cundinamarca, seguido por Boyacá 3%(35), Tolima, 1,0% (12), Huila 0.6%(7) Antioquia de 0.3% y los demás departamentos con un porcentaje no muy relevante. (Ver Grafica No. 2. Mapa de Colombia con distribución porcentual según departamento).

En cuanto al síndrome asociado el 95%(1.091) de los pacientes registrados no tenían síndromes, mientras que 5%(58) si presentaba, distribuidos de la siguiente forma:

- 34.5% (20) registraron Síndrome de Pierre Robin.
- 12.1% (7) presentaron Síndrome de Goldeshar.
- 10.3% (6) registraron Síndrome de Crouzon.
- 6.9% (4) presentaron Síndrome de Treacher Collins.
- 36.2% (21) registraron Otros síndromes.

Al analizar la clasificación de las patologías según la clasificación de la OMS, de acuerdo a los síndromes, se encontró que 32 pacientes registraban simultáneamente los dos tipos de información, donde 84.2% (16) de los pacientes que presentaron el síndrome de Pierre Robin tenían Paladar hendido duro unilateral, 66.7%(2) de los que presentaron el síndrome de Goldehard tenían el Labio y Paladar Duro Hendido unilateral, el único caso presentado de Síndrome de Crouzon reportó Paladar hendido duro unilateral y 42.8%(3) de Otros Síndromes correspondían también a Paladar hendido duro unilateral.

Discusión

En las fisuras craneofaciales se encuentra las fisuras naso palatinas y las fisuras palatinas aisladas. Realizando un análisis de la totalidad de labio y/o paladar hendido encontradas en los pacientes atendidos en el programa manejado por la E.S.E. de segundo nivel se puede deducir que, la patología presentó mayor incidencia en el género masculino de (57%) con una menor variación frente al género femenino (43%).

(1.0%) ; en los demás Departamentos de Colombia no hubo una incidencia marcada de la patología.

El síndrome asociado no es un factor relevante ya que no siempre se encuentra relacionado con el labio y/o paladar hendido pero se encontro un bajo indice del síndrome de Pierre Robin unido a la patología.

En cuanto a la distribución general de la patología a nivel Nacional podemos afirmar que en el Departamento de Cundinamarca se encontró mayor incidencia (92,8%), seguidos por los Departamentos de Boyacá (3.0%) y Tolima (1.0%) ; en los demás Departamentos de Colombia no hubo una incidencia marcada de la patología.

El síndrome asociado no es un factor relevante ya que no siempre se encuentra relacionado con el labio y/o paladar hendido pero se encontró un bajo índice del síndrome de Pierre Robin unido a la patología.

De acuerdo con el análisis estadístico a nivel de agrupación de la patología se pudo apreciar que el Labio y Paladar Hendido se presentó en un 70.6%, seguido de Paladar Hendido en un 14.9%, de labio con 3.1%, secuelas con 2.9%, y patologías sin especificar con un 5.7%.

Al clasificar las patologías encontramos que la que mas se presenta es el labio hendido unilateral.

La mayor cantidad de ingresos al programa se presentó en el año de 1998 en un 9.6%, seguido por 1994 con un 8.6%. el 50.2% de los pacientes que ingresaron a este programa no siguieron el tratamiento o se encuentra inactivos a la fecha del cierre de la base de datos, mientras que un 49.8% estaban activos dentro del programa.

La mayor cantidad de ingresos se presento en el año 1998 con un 9.6%(110), seguido por 1994 con un 8.6% (99) .

Conclusiones y Recomendaciones

Después de la realización de todos los procesos que involucra este trabajo de investigación, durante el 16 de noviembre de 1981 hasta el 05 de febrero de 2004 se realizó un programa con 1149 pacientes que presentaban Hendidura , Labio y/o Paladar Hendido que podían o no estar asociados aun síndrome, en una E.S.E. de segundo nivel de Bogotá. Este estudio permite concluir que:

- En esta población podemos afirmar que la diferencia entre género masculino y género femenino no fue muy marcada aunque se presentó un pequeño incremento de estas patologías en el género masculino.
- Se pudo observar que la mayoría de los pacientes que presentaron esta patología pertenecían al Departamento de Cundinamarca, no obstante cabe destacar que el programa fue realizado en la capital de este Departamento.
- La agrupación de la patología que más se presentó fue la de Labio y Paladar Hendido, seguida por Hendidura Palatina, y por último Hendiduras y Labio Hendido, acompañados de secuelas de esta patología.
- El síndrome asociado que más se presentó fue el síndrome de Pierre Robin aunque los síndromes asociados no son una característica típica del labio y/o paladar hendido.
- Podemos encontrar que dentro de este programa un poco menos de la mitad de los pacientes que ingresaron se encuentran activos dentro de este, mientras el otro porcentaje se encuentra inactivo dentro del programa.
- Todavía la OMS utiliza términos retrógrados para referirse al labio y/o paladar hendido, tales como el labio leporino sería aconsejable que ellos actualizaran su clasificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. WYSZNSKI D, Duffy D, Beaty T. Maternal cigarette Smoking and oral Cleft: Meta Analisis Cleft Palate- Craneofacial Journal 1997 May; 34 (3): 206-209.
2. DABED C., CAUVI D., Encuesta a odontólogos generales y odontopediatras en relación a sus conocimientos sobre los niños con labio y paladar hendido y/o fisura velo palatina. Revista facultad de odontología Universidad de Chile (Magazin en línea) 1996. Jul- Dic (Fecha de acceso 2002 nov. 14); 14(2) 5 paginas disponibles en :URL:
3. SUAZO JL., Estudio de asociación entre un microsatélite del Gen EDN 1, ubicado en el cromosoma 6, y la fisura labio palatina no sindromica en una población Chilena (Tesis) Santiago de Chile: Univ de Chile; 1999.
4. ISAZA C., MARTINA D., ESTUPIÑÁN J., STARCK C., REY H., Prevalencia de Malformaciones congénitas Diagnosticadas en las Primeras 24 Horas de Vida. Colombia Medica 1989 Oct-Dic; 20(4): 156-159.
5. CABETE H. F. Et al, cleft palate craniofacial journal, Vol 37 No. 4 pag 406-409, July 2003.
6. YOUNG J O Riorda, et al , Cleft Palate Craniofacial Journal, vol 38 No.1, pag 55-57, January 2001.
7. COBO, Labio y Paladar Fisurado: Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Instituto Cubano de Medicina General Integrada, Cuba, pag 89-99, 2001.
8. www.oms.com
9. SMITH AW ; A modification on the Kernahan "Y" classification in cleft lip and palate deformities; Plast Reconstr Surg 1999 Nov, 102 (6): 1842-7
10. BILLKAY, Microphthalmia with linear skin deficiency syndrome accompanied by cleft lip and palate, united states, pag 78, 2000.
11. BACHER E, Anomalies of the ear in the Pierre Robin Triad . Ann Otol Rhinol Laryngol 2005 Aug; 114 (8): 605-13.
12. HOEFKENS MF, Crouzon syndrome, phenotypic signs and symptoms of the postratally expressed subtype, J Craneofac Surg. 2004 Mar, 15 (2): 233-40; discussion 241-2.
13. BISDAS S, Inner ear abnormalities in patients with Goldenhar syndrome, Otol neurotol 2005 May 23(3): 398-404.
14. HORIUCHI K, Treacher Collins Syndrome with Craneosinostosis, choanal atresia and esophageal regurgitation caused by a novel nonsense mutation in TCUF1., Am J Med Genet A 2004 Jul 15; 128(2): 173-175
15. JOSE ALBERTO DE SOUZA FREITAS, et al, Congenital Malformation of Lip and Palate, pag 1-6, 2002.
16. LOFFREDO L.C.M. et al, Cleft PalateCraniofacial Journal, vol 38 No.1, pag 76 –83, January 2001.
17. LORENTE C, CORDIER S, GOUJARD J, AYME S, BRANCH F, JONES R, DE WALLE H, Uso del tabaco y alcohol durante el embarazo, según riesgo y grado de exposición a sufrir malformaciones congénitas y hendiduras orales, pag 55 – 60, 2001.
18. MARILYN C, et al, The Genetics of Cleft Lip and Palate: Information for Families, pag 3 – 8, 2000.
19. MARTHA S, et al, Cleft Palate Craniofacial Journal, vol 39 No.2 pag 178 – 179, March 2002.
20. MEDEIROS A. S, et al, Cleft Palate Journal, vol 37 No.3, pag 271 – 273, May 2000.
21. MIITCHELL, et al, Cleft Palate Craniofacial Journal, vol 39 No.1, pag 93 – 98, January 2002.
22. NAVARRETE C, Genética Clínica, Editorial Interamericana McGraw – Hill, pag 313 – 314 / 345 – 346, 2002.

23. PRE SCOTT, Evaluación Relacionada a los Genes en el Desarrollo Craneofacial, pag 327 – 331, Londres 2002.
24. RONALD P, et al, Cleft Palate – Craniofacial Journal, vol 39 No.2, pag 164 – 168, March 2002.
25. ROSE E., STAATS R., THISSEN U., OTTEN J., SCHMELZEISEN R., JONAS I., Alteraciones y Desórdenes respiratorios al Dormir y Hablar en Pacientes con Paladar Hendido después de una Palatoplastía, Freirgurg, Alemania, Julio 2001.
26. SECRETARIA DE SALUD, Departamento de Cundimnamarca, Enero 2001.
27. STOLL, Associated Malformation in Cases with Oral Clefts, Universidad Javeriana, Medline, Francia 2000.
28. STOLL C., et al, Cleft Palate – Craniofacial Journal, vol 37 No.1, pag 41 – 47, January 2000.
29. WILLIAMS A., et al, Cleft Palate – Craniofacial Journal, vol 37 No.1, pag12 – 16, January 2000.
30. MINISTERIO DE SALUD, Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III. Segundo Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas – ENFREC II, tomo VII, pag 125, 1998.
31. MISHIMA K., et al, Cleft Palate – Craniofacial Journal, January 2002.
32. MARILYN C., et al, Cleft Palate – Craniofacial Journal, March 2002.
33. BRENNAN P. A., et al, The Cleft Palate – Craniofacial Journal, vol 1, pag 44 – 48, 2001.
34. CAHUANA A. Oral manifestation in Ellis- Van Creuld, Syndrome : Report of five cases ., *Pediatr Dent.* 2004 May-Jun; 26(3) 277-82.
35. MINERBINE G. Halleman-Streiff-Francois Syndrome; *Arch Stomatol (Napol)* 1990 Apr-Jun; 31(2): 317- 321.
36. YACUBIAN – FERNANDES A. Apert Syndrome analysis of associated brain malformation and conformational changes dertermined by sugical treatment; *J Neuroradiol.* 2004 Mar 31(2). 116-22.
37. MALHJOTRA AK. Townes-Brocks Syndrome : *Indian Pediatr* : 2004Jul ; 41(7) : 743.
38. MASTSUMOTO Y. Increased tear evaporation in a patient with ectodactily-ectodernal Dysplasia-clefting syndrome; *Jpn J Ophthalmol.* 2004. Jul – Aug; 48(4): 372 – 5.
39. SHASHIKIRAN ND; Moebius Syndrome: A case report; *J Indian Soc Pedod prev dent* 2004 Sep; 22(3) 96 – 9.