

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Participación del Cirujano Dentista en la
Clínica de Labio y Paladar Hendido”

T E S I S

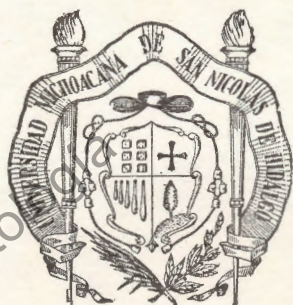
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

María de Lourdes Calderón Quzmán

Director de Tesis: DR. LUIS TENA MARTINEZ

MORELIA, MICH.

1 9 7 4



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“Participación del Cirujano Dentista en la
Clínica de Labio y Paladar Hendido”

TESIS

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

María de Lourdes Calderón Guzmán

Director de Tesis: DR. LUIS TENA MARTINEZ

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Con infinito cariño, admiración y respeto a mis padres:

SRA. AMALIA GUZMAN DE CALDERON

SR. JOSE CALDERON GONZALEZ

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Cariñosamente a mis Hermanos:

GRACIELA

CONSUELO

JOSE

MA. TERESA

MA. GUADALUPE

ROSA MARIA

LUIS GABRIEL

LUIS GUILLERMO

MA. AMPARO

JAVIER

MA. CONCEPCION

LUZ MARIA

AMALIA

MANUEL

A MIS CUÑADOS Y SOBRINOS

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A MIS AMIGOS

CON AGRADECIMIENTO A TODAS AQUELLAS
PERSONAS QUE DE UNA U OTRA FORMA
CONTRIBUYERON EN LA ELABORA-
CION DE ESTE TRABAJO.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Muy especialmente al Dr.

LUIS TENA MARTINEZ
Asesor de la presente Tesis.

*A LA UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO.*

*Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.*

*Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.*

*Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.*

A MI QUERIDA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

CONTENIDO.

	Pág.
Capítulo I. Generalidades:	8
A) .—Embriología.	
B) .—Etiología.	
C) .—Datos Experimentales.	
D) .—Frecuencia.	
Capítulo II. Clínica de Labio y Paladar Hendido.	12
Capítulo III. Tratamiento Quirúrgico:	15
A) .—Labio:	
1. —Historia.	
2. —Anatomía.	
3. —Clasificación de las Fisuras Labiales.	
4. —Reconstrucción de la Fisura Labial.	
5. —Anestesia.	
6. —Técnicas Quirúrgicas.	
B) .—Paladar.	
1. —Historia.	
2. —Anatomía.	
3. —Clasificación de las Fisuras Palatinas.	
4. —Cirugía del Paladar.	
5. —Técnicas Quirúrgicas.	

Capítulo IV. Cirujano Dentista:

26

- A).—Expediente.
- B).—Etapa Preventiva.
- C).—Etapa Ortopédica.
- D).—Etapa Ortodónica.

Capítulo V. Tratamiento de Conjunto:

38

- A).—Médico Pediatra.
- B).—Cirujano.
- C).—Cirujano Dentista.
- D).—Ortodoncista.
- E).—Psicólogo.
- F).—Geneticista.
- G).—Foniatra.
- H).—Otorrinolaringólogo.
- I).—Trabajo Social.

Capítulo VI. Resumen.

44

Bibliografía.

46

Comunicación Personal

48

Las estadísticas actuales, nos muestran que, la deformidad congénita de labio y/o paladar hendidos, ocupan el primer lugar en la incidencia de las malformaciones congénitas, constituyendo un grave problema médico, científico y social.

Este problema no puede ser resuelto por el tratamiento quirúrgico únicamente, ya que son múltiples las funciones que se encuentran restringidas o atrofiadas, y los diferentes problemas que presentan, exigen la participación de diferentes especialistas y qué mejor tratamiento podrá darseles, que el tratamiento de un conjunto de especialistas, organizados y reunidos con esta finalidad, e interesados en la habilitación tanto física como psíquica del paciente.

Este conjunto de especialistas es lo que constituye la Clínica de Labio y Paladar Hendido, en la cual participa el Cirujano Dentista como miembro de la misma, demostrando en las clínicas existentes, que su participación es tan importante como la de cualquier otro miembro de la misma.

Al realizar la presente Tesis Profesional, no he querido abarcar la totalidad del tratamiento del Cirujano Dentista, porque pretender hacerlo, merecería una amplia experiencia en este campo, solamente he querido enfatizar este tratamiento, como parte del tratamiento integral de la Clínica de Labio y Paladar Hendido, para ampliar nuestros conocimientos y el panorama de los diferentes campos de acción que tiene un Cirujano Dentista en la actualidad.

María de Lourdes Calderón Guzmán.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO I.

GENERALIDADES.

EMBRIOLOGIA.

En la etapa inicial, el centro de las estructuras faciales en desarrollo se manifiestan por una depresión poco profunda llamada estomodeo, que se encuentra localizada en la extremidad cefálica, formada en la porción caudal por el primer arco branquial, los procesos maxilares a los lados y la prominencia frontal, elevación algo redondeada que aparece en dirección craneal. A los lados de la prominencia frontal, inmediatamente por arriba del estomodeo, se advierte un engrosamiento localizado del ectodermo superficial que es la placoda nasal.

Durante la 5ª semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido, los procesos nasolateral y nasomediano que rodean a la placoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión llamada fosa nasal. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz y los nasomedianos originarán las porciones medias de: la nariz, el labio superior y el paladar primario.

En el curso de las dos semanas siguientes, el desarrollo de la cara adelanta mucho. Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección medial y comprimen los procesos nasomedianos empujándolos hacia la línea media. Ulteriormente estos procesos se combinan o funden, esto es, el surco que los separa se llenan de mesodermo entre sí y simultáneamente lo hacen con los procesos maxilares hacia los lados. En consecuencia el labio superior es formado por los dos procesos nasomedianos y por los dos procesos maxilares.

El paladar primario se deriva del semento intermaxilar, sin embargo, la

porción principal del paladar definitivo es formada por dos excrecencias laminares de la parte profunda de los procesos maxilares, estas elevaciones llamadas crestas palatinas, aparecen en la 6ª semana de desarrollo y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. En la 7ª semana la lengua desciende y las prolongaciones palatinas ascienden hacia la línea media. Durante la 8ª semana las prolongaciones palatinas se acercan a la línea media, se fusionan y forman el paladar secundario. Hacia adelante, las prolongaciones se fusionan con el paladar primario formando el agujero palatino anterior.

Al tiempo que las prolongaciones palatinas experimentan fusión, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformado.

Cualquier falta de fusión entre estas estructuras ocasionará diferentes tipos de fisuras.

Stark opina que el agujero incisivo u orificio bucal del conducto esfenopalatino o palatino anterior, debe considerarse en detalle anatómico que separa las deformidades anteriores y posteriores dependientes de la falta de unión. Haciendo notar que es muy frecuente la combinación de defectos situados por detrás y por delante del agujero palatino anterior, constituyendo una amplia variedad de defectos mismos que pueden ser apenas visibles: en el borde mucocutáneo del labio, en anteriores; úvula bifida en posteriores. O defectos amplos que abarcan desde la úvula hasta la o las alas de la nariz, pasando por el paladar secundario, paladar primario y labio.

La cirugía facial se ha venido realizando desde épocas muy remotas, pero es en realidad desde la monografía publicada por Mirault (1871), a fines del siglo pasado, cuando se abordó en forma ininterrumpida este problema. Le siguieron Jalaguier, Rose, Owen, Blair, Brown, Veau, Le Mesurier y actualmente Tennison-Ranall, Millard y muchos más. Podemos dividir las técnicas en: técnicas con cierre directo reavivando bordes hasta antes de Mirault y técnicas con formación de colgajos cuadrangulares o triangulares, superiores e inferiores.

En nuestra época la técnica de Le Mesurier fue la más popular, con buenos resultados inmediatos, pero el tiempo demostró que producía labios dobles muy largos. En la actualidad se usa muy poco, principalmente en la

bios dobles. Podríamos decir que fue desplazada por el empleo de colgajos triangulares tipo Tennison-Randall (1952), que dá buenos resultados inmediatos y tardios, tanto en fisuras incompletas como en las muy amplias. Utiliza un colgajo triangular del lado hendido, que introduce en el filtrum formando el tubérculo de cupido. Posteriormente Millard ha descrito numerosas técnicas quirúrgicas, las cuales han demostrado ser muy útiles para la corrección de dicha anomalía.

ETIOLOGIA.

Se ha dicho que la administración de cortisona durante el primer trimestre de la gestación puede causar paladar hendido, no hay pruebas suficientes al respecto. Hasta hoy el paladar hendido no ha podido atribuirse a ningún factor ambiental. Nada se sabe de la etiología del labio leporino; se acepta en general, que el factor que lo produce es genético.

DATOS EXPERIMENTALES.

En los animales de experimentación, se ha observado esta deformidad con los siguientes procedimientos, aplicados a hembras embarazadas en las primeras semanas de la gestación:

- 1.—Eliminando la rivoflabina.
- 2.—Produciendo anoxia.
- 3.—Exponiendo a los rayos X.
- 4.—Inyectando cortisona.
- 5.—Hipervitaminosis "A".
- 6.—Carencia de ácido pteroilglutámico.

De estos estudios se deduce que las hendiduras palatinas congénitas, pueden producirse por diferentes mecanismos, cada uno de los cuales es modificado por muchos factores ambientales y genéticos, además estos estudios han sido útiles para dilucidar el mecanismo del cierre del paladar y el posible papel de la lengua y el maxilar inferior en estos fenómenos.

En los humanos no se sabe si una deficiencia vitamínica o posiblemente otros factores influyan en el cierre normal.

Es muy frecuente que los niños que presentan labio y/o paladar hendidos presenten otras alteraciones congénitas.

El paladar fisurado restringe la realización de la masticación, fonación y deglución, estas funciones intentadas con estructuras deficientes, dan por resultado esfuerzos inadecuados, el líquido y alimentos escapan a la cavidad nasal lo mismo sucede con el aire, dando como consecuencia la hiper-nasalidad de los fonemas articulados y la dificultad para su producción.

FRECUENCIA.

En México nacen 10 niños con estas deformidades cada 24 hrs. de lo cual se deduce que una parte de nuestra población está formada por personas con labio y/o paladar hendidos, lo cual constituye no solo un problema médico-científico sino también social y mientras no se conozca la etiología para evitar esta malformación, será necesaria la creación de centros especializados que se encarguen de habilitarlos e integrarlos a la sociedad, evitando los problemas y vicios inherentes a su deformidad.

Las probabilidades que existen de que una pareja tenga un hijo con labio y/o paladar hendidos, se dan en la siguiente tabla, de acuerdo con las estadísticas realizadas en el Hospital General de México, presentadas por el Dr. Enrique Margarit en el curso anual de labio y paladar hendidos 1973:

Padres no afectados	0.1 %
Padres no afectados con un hijo afectado	5 %
Padres no afectados con dos hijos afectados	11 %
Padre o Madre afectado con un hijo afectado	50 %

CAPITULO II

CLINICA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO.

La clínica de Labio y Paladar Hendido es una organización formada por especialistas reunidos con la finalidad de proporcionar al paciente con labio y/o paladar hendidos el TRATAMIENTO INTEGRAL más oportuno y adecuado para su habilitación, tanto física como psicológica.

Este programa de habilitación se aboca, no solamente a la corrección quirúrgica de la anomalía e incapacidad recidual, sino también tiene en cuenta al individuo con sus múltiples problemas de adaptación social, desarrollo psíquico, personalidad, capacidad intelectual, medio ambiente y reacción de la sociedad para con el paciente de esta deformidad.

Los especialistas que participan en la Clínica de Labio y Paladar Hendido son los siguientes:

MEDICO PEDIATRA.

CIRUJANO PLASTICO, CIRUJANO PEDIATRA o CIRUJANO MAXILOFACIAL.

CIRUJANO DENTISTA.

ORTODONCISTA.

PSICOLOGO.

GENETISTA.

FONIATRA.

OTORRINOLARINGOLOGO.

TRABAJO SOCIAL.

El objetivo ideal del tratamiento es lograr que, al llegar al término del crecimiento, haya quedado resuelto el problema estético, con un crecimiento adecuado, buena oclusión dentaria, lengua normal, desarrollo psíquico y adaptación social también normales. Por todo lo anterior se hace necesaria la participación de todos y cada uno de los especialistas antes mencionados, a fin de dar a cada paciente el lugar que merece en nuestra sociedad.

En todos los pacientes con labio y/o paladar hendidos se elabora una historia clínica completa, seguida de estudios: fotográfico, audiométrico, grabación de la voz, radiología palatina, cefalométrico y odontológico completo con obtención de modelos dentarios.

Una vez realizados todos estos estudios, se cita al paciente para una revisión con todos los miembros de la clínica, con el fin de discutir y elaborar el tratamiento integral del mismo.

Es indudable que desde que se practicó por primera vez la corrección quirúrgica de labio y/o paladar hendidos, ha habido grandes aportaciones, se han mejorado las técnicas y los fracasos postoperatorios son menores cada día; así pues, como las técnicas han mejorado, se hace necesario que el tratamiento en general mejore también de ahí la imperiosa necesidad de crear centros en los cuales se les dé a cada paciente el tratamiento integral, o sea que se formen "Clínicas de Labio y Paladar Hendido", ya que en la actualidad son pocas las clínicas de este tipo en nuestro País, ejemplo de una de ellas es la que se encuentra en la ciudad de México, en el Hospital General dependiente de la S. S. A.

Es importante valorar al paciente en su cociente intelectual, en la cooperación personal y familiar, e investigar los recursos económicos y la situación geográfica del mismo. De acuerdo a lo anterior, en el Hospital General de México, se hace la siguiente clasificación:

Grupo I.—Pacientes con cociente intelectual superior, cooperación familiar y del paciente óptimas, situación geográfica ideal sin importar su situación económica.

Grupo II.—Pacientes con cociente intelectual normal, buena cooperación familiar y del paciente, así como situación geográfica adecuada.

Grupo III.—Pacientes con cociente intelectual bajo, buena cooperación del paciente, mala o indiferente cooperación de los familiares y situación geográfica difícil.

Grupo IV.—Pacientes con cociente intelectual muy por abajo de lo normal, mala cooperación familiar y del paciente así como situación geográfica difícil.

Esta valoración y clasificación tan importante la realiza el (la) psicólogo (a) y nos orienta, hasta cierto punto, sobre el tratamiento por realizar, siguiendo la norma de proporcionar atención médica a todos los pacientes, con la única diferencia que los incluidos en el primer grupo se les dará y dedicará el máximo de esfuerzo, para llevar a cabo un tratamiento ideal y así progresivamente, hasta llegar a los pacientes del cuarto grupo, en los cuales el tratamiento se limitará, de acuerdo a las características de la fisura que presente, a su cierre quirúrgico, con lo cual el paciente quedará satisfecho, no se fabricará un colgajo faríngeo ya que sus vicios de lenguaje no van a ser modificados por la misma falta de cooperación, no se le practicará ortodoncia ortopédica porque es de suponerse que habrá falta de higiene bucal, no se presentará a los cambios de prótesis, etc., todo esto no se realiza, no por discriminación, sino porque existiendo multitud de pacientes con esta deformidad que sí van a cooperar, a éstos lógicamente, se les deberá dar toda la preferencia para tratarlos íntegramente.

En la Clínica se lleva un control completo desde el comienzo del tratamiento, en que se le tomaron por primera vez fotografías, radiografías, impresiones para la obtención de modelos dentarios, mediciones de audición, gravación de la voz, etc., hasta que se dé por terminado el tratamiento integral siguiendo una secuencia continua y controlada de todos los estudios por todos y cada uno de los especialistas.

CAPITULO III.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

LABIO.

HISTORIA.

Muchos nombres de famosos cirujanos, están asociados con los procedimientos descriptivos designados a la corrección de la deformidad estética y funcional del labio hendido, entre los cuales tenemos:

Ambrosio Paré fue el primero en describir los principios y técnica del tratamiento quirúrgico del labio hendido (1510-1590). Tagliacozzi (1597) Blair y Brown (1830), Malgaigne y Mirault (1844), Le Mesurier (1949) y actualmente Tennison, Randall, Millard y muchos más.

Antes de intentar transformar un labio hendido y la correspondiente deformidad nasal, en su estructura de aspecto normal, es fundamental definir la normalidad. Resulta imprescindible un detallado y cuidadoso estudio de lo que existe en cada caso y de lo que es aprovechable para lo que deseamos obtener.

ANATOMIA.

Los labios constituyen la pared anterior de la cavidad bucal, su constitución es musculomembranosa y son en número de dos, uno superior y otro inferior que se adaptan a la convexidad de los arcos alveolodentarios. Su conformación exterior varía de acuerdo con las diferentes razas. Presentan dos caras anterior y posterior, dos bordes libre y adherente, y dos extremidades.

Cada uno de los labios tiene caracteres morfológicos diferentes, siendo el labio superior el más frecuentemente afectado por la malformación que en este trabajo se estudia, diremos que presenta en su línea media de la cara anterior el surco subnasal o filtrum que se extiende desde el subtabique hasta el borde libre del labio, para terminar en el tubérculo del labio superior. A cada lado de este surco se encuentran dos superficies triangulares de base interna. La cara posterior se encuentra revestida por la mucosa oral y en la línea media presenta el frenillo labial superior. El borde adherente en este labio esta limitado por el surco nasolabial y en el inferior por el labiogeniano. El borde libre es ligeramente redondeado y de color rosado por su rica vascularización. Las extremidades de ambos labios se unen lateralmente para formar las comisuras y limitar el orificio bucal.

Los planos constitutivos de ambos labios son los siguientes: de fuera adentro, piel, tejido celular subcutáneo, capa muscular, capa glandular y mucosa.

Los músculos que forman los labios son: el orbicular que rodea el orificio bucal, siendo semiorbicular superior y semiorbicular inferior, este es el músculo principal de los labios, al cual van a insertarse músculos accesorios que son los siguientes: elevador común del ala de la nariz y el labio superior, elevador propio del labio superior, canino, mirtiforme, cigomáticos mayor y menor, risorio de santorini, buccinador y esencialmente para el labio inferior el cuadrado del mentón y el triangular de los labios.

Frecuentemente las fisuras labiales incluyen una deformidad nasal asociada, especialmente en casos de fisuras completas, por lo cual describiremos en una forma muy general algunas características de su conformación externa.

Normalmente la nariz posee en la línea media y en su parte inferior un tabique anteroposterior llamado subtabique que separa las ventanas de la nariz, constituyendo su pared interna, dichas ventanas limitan anteriormente el piso de la nariz. Las alas de la nariz en número de dos, constituyen la parte inferior de las paredes anterolaterales de la misma, son simétricas y se soportan sobre la base.

CLASIFICACION DE LAS FISURAS LABIALES

Cada fisura es distinta, pudiendo abarcar una pequeña muesca del ber-

mellón, hasta la totalidad del labio incluyendo piso nasal, pero en términos generales, esta malformación puede dividirse en:

Fisura Unilateral Incompleta con o sin deformidad nasal

Fisura Unilateral Completa con o sin deformidad nasal

Fisura Bilateral Incompleta con o sin columela normal

Fisura Bilateral Completa con o sin columela normal

Fisuras Medias, que raramente se presentan.

Debemos recordar que a todas estas anomalías labiales, pueden agregarse también desde un esbozo de fisura en el reborde alveolar hasta hendiduras palatales completas, como posteriormente se revisará.

RECONSTRUCCION DE LA FISURA LABIAL.

No es preciso insistir en que la fisura del labio puede ser intervenida en cualquier momento después del nacimiento, sin embargo todavía tiene vigencia la regla de: "por encima de 10", cuando el niño tiene más de 10 semanas de edad, pesa más de 4 o 5 Kgs., no solamente reúne mejores condiciones físicas, sino también los tejidos de la nariz y el labio han aumentado de tamaño, facilitando así una cirugía de precisión. En consecuencia, los 3 meses de edad parece ser el momento ideal para la cirugía del labio. Las condiciones del soporte óseo tienen también importancia al elegir el momento en que debe operarse. Si hay asociada una fisura de los paladares blando y duro con distorción de los componentes maxilares, está indicada la ortodoncia como estímulo del crecimiento y para proporcionar un alineamiento mejor.

En las fisuras bilaterales, cuando la premaxila se encuentra aún por delante de los componentes maxilares, el cierre precoz del labio tiene la ventaja de preparar una banda muscular, que impedirá la protusión posterior, en estos casos la ortodoncia es necesaria para evitar un colapso medio de los segmentos laterales.

ANESTESIA.

La anestesia que debe ser utilizada en la reconstrucción del labio es endotraqueal reforzada por una infiltración local con una solución que con-

tenga epinefrina, especialmente en las zonas donde la hemostasia instrumental no es satisfactoria, nos referimos al surco labial superior donde los tejidos serán cortados desde el maxilar hasta la base de la nariz, no debe inyectarse anestesia en el resto del labio, para evitar su deformación.

TECNICAS QUIRURGICAS.

Con fines históricos se mencionan las tres primeras técnicas, ya que las que actualmente se utilizan son las de Tennison-Randall y Millard, por obtenerse mejores resultados a largo plazo. Existen otras técnicas que no se mencionan en el presente trabajo por la brevedad del mismo.

Cierre en Línea Recta.—El simple afrontamiento y cierre de los bordes de la fisura, como lo describió A. Paré, destruyen los límites normales en los dos tercios inferiores del labio, este método estimado como conservador durante mucho tiempo, se considera ahora como destructivo. Este cierre directo es solo una forma de eludir temporalmente una reconstrucción definitiva, que se verá muy dificultada al hacer perder los límites anatómicos.

Colgajo Cuadrángulas de Hagedorn.—Este colgajo popularizado por Le Mesurier crea un arco de cupido artificial al desviar el colgajo a través del borde inferior del labio. Los estudios realizados tiempo después de las intervenciones muestran los buenos resultados en la fisura del labio; pero indica también que no resuelve la malformación nasal. Gran parte de los labios así tratados muestran un arco de cupido excesivamente largo en el lado afecto, mientras que es relativamente grueso en la parte sana. Esta técnica es de gran valor para la reconstrucción del labio, cuando han sido destruidos los límites anatómicos en una operación anterior; solo entonces es cuando está indicada la construcción de un arco de cupido artificial.

Método de Mirault-Blair-Brown.—Este abordaje desviando un colgajo triangular del lado de la fisura, rompe la solución de continuidad, pero destruye los límites anatómicos normales y no proporciona un arco de cupido normal, ni una corrección de la nariz, ni deja una cicatriz estética. Si la operación ha sido efectuada por expertos la primera impresión es buena, pero posteriormente el resultado es poco estético y criticable.

Método de Tennison-Randall.—Esta plastia en Z que se dibuja antes con un lápiz dermatográfico, consiste en la transposición de un colgajo triangular algo más alto que el de la técnica anterior. (ver fig. 1) La popularidad de es-

ta técnica se debe, en gran parte a la clara exposición matemática hecha por el autor (Randall). En principio se preservó el arco de cupido por la interdigitación en el tercio inferior del labio, esto deja en posición el arco de cupido, pero interrumpe la armoniosa curva de la columela del filtro, desvía la tensión hacia la parte inferior del labio, altera la fosa y fuerza la escisión de los tejidos que impiden corregir el amplio defecto nasal. Los resultados son buenos si se ha extremado el cuidado al tomar las medidas y son perfectas las cicatrices.

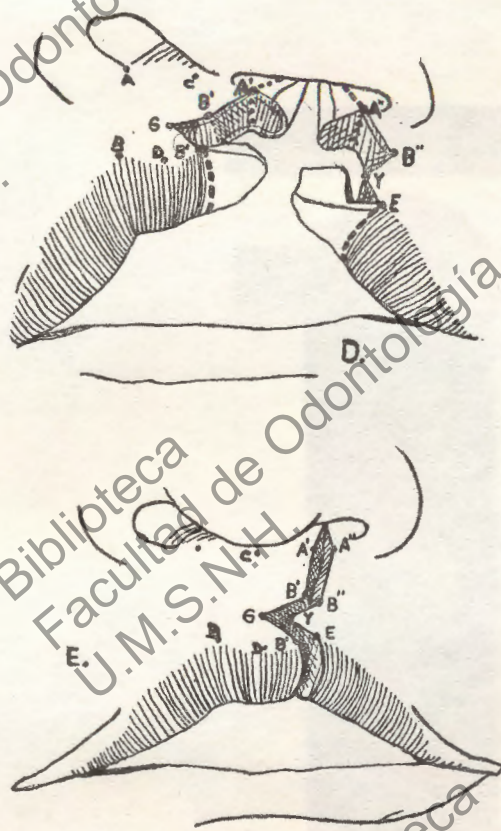


FIG. 2

Colgajo triangular para el cierre de una fisura completa:

A, piso de la ventana de la nariz del lado sano, en la terminación final de la arista del filtro.

B, pico del arco de cupido en el lado sano.

C, punto medio de la base de la columela.

D, punto medio del arco de cupido.

A' y A'' piso de la ventana nasal en la línea media y lateral respectivamente.

E, punto en el cual el bermellón empieza a adelgazarse en el lado hendid.

Técnica de Rotación Adelantamiento de Millard.—Este método que puede ser medido exactamente suele ser practicado un poco a ojo, esta es probablemente la razón por la que muchos cirujanos se resisten a emplearla. (fig. 2). Sin embargo proporciona en principio la respuesta parcial o completa a muchas de las objeciones que se puedan hacer a otras técnicas y dá buenos resultados en la práctica. Si la corrección del tercio inferior del labio, como



FIG. 2.

se hace con la técnica de Tension-Randall es muy deseable, parece ser mejor el deslizamiento de todo el arco de cupido y del componente de la fosa.

Colgajo rotatorio para la reparación de la fisura unilateral completa e incompleta.

El punto P' representa la parte más alta (o el pico) del arco de cupido en el lado fisurado, calculada fácilmente por la distancia igual de la línea media a la parte más elevada del arco de cupido en el lado sano, obteniendo entonces una distancia igual de la línea media al lado fisurado.

La incisión es dirigida hacia arriba del punto P', justamente por dentro de la curva del bermellón y hacia adentro hasta por debajo de la base de la columela. El colgajo C es creado por la franja mucomembranosa en la fisura completa, o por la excisión de una cuña en el piso de la ventana de la nariz en las fisuras incompletas. Del punto lateral de la fisura donde la porción mucomembranosa comienza a adelgazarse, el colgajo B es delineado. En fisuras incompletas el colgajo es llevado sobre la banda de Simmonart persistente. La incisión media en el surco alveololabial permite la movilización del colgajo C. El ala de la nariz es liberada de la maxila por una incisión lateral semejante. Se sutura con cat-gut crómico, seda fina o monofilamento de nylon.

PALADAR

HISTORIA.

Podemos decir que aunque Rolando Capelluti, de la escuela de Salerno, en el siglo XII, fue el primero en mencionar el paladar hendido llamándole "fisura del paladar" y existiendo numerosos reportes de cierres palatinos, no fue hasta 1816 en que Call Ferdinand Von Graefe describió con detalle el cierre de la fisura del paladar blando, procedimiento popularizado por Joseph Roux, de Paris en 1819.

Más tarde en 1826 Joan Dieffenbach, fue el primero en cerrar el paladar duro movilizandolos tejidos blandos vecinos.

Langenbeck, Warrdill y muchos otros autores han descrito modificaciones a las técnicas de los pioneros antes citados, así como nuevas técnicas del cierre quirúrgico del paladar.

ANATOMIA.

El paladar anatómicamente está compuesto por el paladar duro, óseo; y el paladar blando, muscular.

El paladar duro se divide, de acuerdo a su origen embriológico en: prepaladar o paladar primario que se encuentra por delante del agujero incisivo, es la porción triangular donde harán erupción los incisivos; y el paladar propiamente dicho o paladar secundario, formado por las apófisis horizontales de los maxilares y palatinos.

El paladar blando está formado esencialmente por una aponeurosis y cinco pares de músculos. La aponeurosis ocupa solo el tercio anterior de la longitud total del velo, se fija por delante en el gancho de la apófisis pterigoides y en el borde posterior de la bóveda palatina ósea, por detrás se pierde en medio de los fascículos musculares que van a insertarse en ella. Los músculos que forman el velo del paladar son palatostafilino, peristafilino interno, peristafilino externo, faringoestafilino y glosostafilino.

Las fisuras palatinas generalmente siguen las líneas de fusión. Las situadas por delante del agujero incisivo dependen de la penetración defectuosa del mesodermo en los surcos que separan los procesos nasomedianos y maxilares. Los defectos localizados por detrás del agujero palatino anterior dependen de la falta de fusión de las prolongaciones palatinas del maxilar.

CLASIFICACION DE LAS FISURAS PALATINAS.

De acuerdo con la clasificación de Stark mencionada anteriormente las fisuras palatinas se dividen en:

1.—F. Prepalatinas o del paladar primario:

A).—Unilateral completa o incompleta.

B).—Bilateral completa o incompleta.

2.—F. Palatinas o del paladar secundario:

A).—Incompleta, abarcando exclusivamente el paladar blando.

B).—Incompleta, abarcando el paladar blando y duro.

C).—Completas, comprendiendo el paladar duro y blando.

3.—F. Completas, o sea que abarcan el paladar primario y secundario.

Las fisuras palatinas también se dividen de acuerdo a su amplitud en diferentes grados que son los siguientes:

Grado I.—En las que la separación de los bordes de la fisura es menor a la longitud transversal de uno de los segmentos.

Grado II.—En las que la longitud transversal de uno de los segmentos es igual a la separación de los mismos.

Grado III.—En las que la separación de los segmentos es mayor que el segmento mas ancho.

CIRUGIA DEL PALADAR.

El paladar blando se cierra quirúrgicamente a los 18 o 24 meses de edad, según el foniatra, éste desearía que el paladar blando estuviese funcionando lo más pronto posible, sin embargo los que se interesan en el desarrollo dental y facial, y en los puntos de osificación de estas zonas, manifiestan que se producen distorciones muy importantes si la cirugía ha sido muy traumática y sobre todo cuando ha sido practicada a edad muy temprana. En general puede establecerse que el empleo de técnicas atraumáticas, aplicadas antes del inicio del habla, es lo indicado en el manejo de estos pacientes.

Una cirugía precoz y traumática da por resultado una deformidad más grande. Hay una correlación positiva entre el número de operaciones, la cantidad de tejido de cicatrización y el grado de deformidad. Para disminuir la interferencia con los centros de crecimiento es aconsejable posponer la intervención del paladar duro hasta el año y medio o los dos años de vida.

La elección del momento más oportuno para el cierre quirúrgico, es crítica, porque una cirugía a destiempo y no indicada, frecuentemente interfiere con el crecimiento natural de las estructuras palatinas, por consiguiente esta elección deberá hacerla un cirujano competente y con una amplia experiencia en este tipo de reconstrucciones.

TECNICAS QUIRURGICAS.

Son muchas las técnicas quirúrgicas descritas hasta el momento para el cierre del paladar, las cuales varían con los diferentes tipos de fisuras, pero en términos generales, se utilizan dos colgajos laterales, bipedúculados o de pedículo posterior que se desplazan hacia la línea media y hacia

atrás, suturando por planos. (Ver fig. 3).

Si la fisura anterior es muy amplia, se forma un colgajo vomeriano para el cierre anterior.

Cuando la longitud del velo del paladar es muy corta, se realizará simultáneamente un colgajo retrofaringeo para su elongación, que será de vital importancia para el tratamiento foniátrico, generalmente se hace de pedículo superior por dar mejores resultados en la práctica.

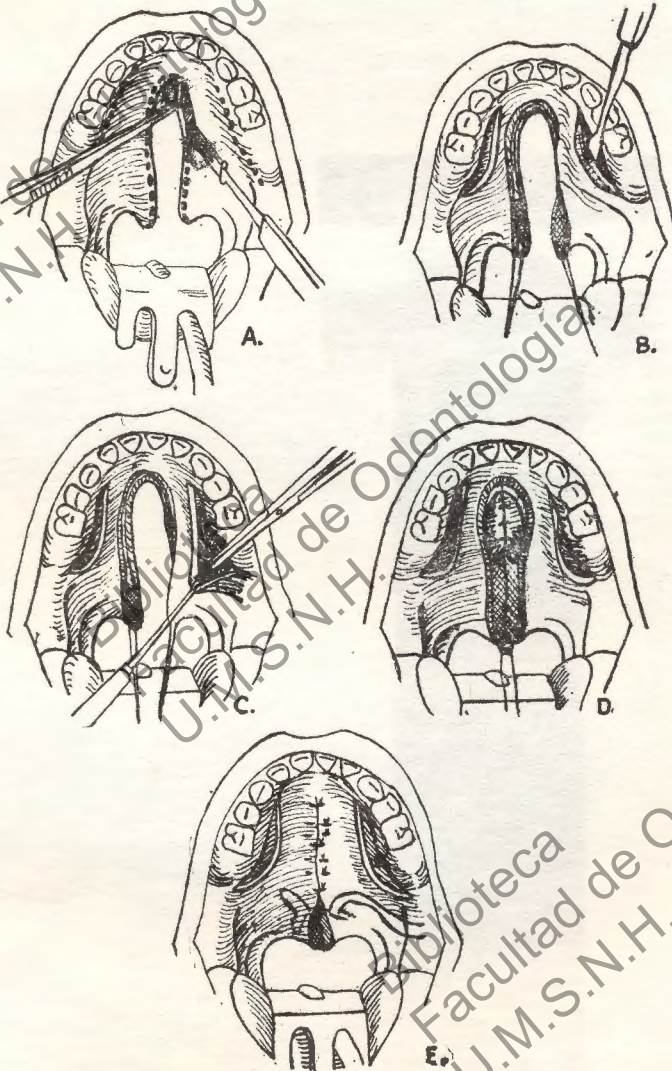


FIG. No. 3

- A.—Sitios donde se practican las incisiones para la creación de los colgajos laterales
- B.—Levantamiento de los colgajos mucoperiosticos.
- C.—Dissección respetando la arteria palatina.
- D.—Sutura de la pared nasal.
- E.—Sutura de la pared bucal abarcando masas musculares.

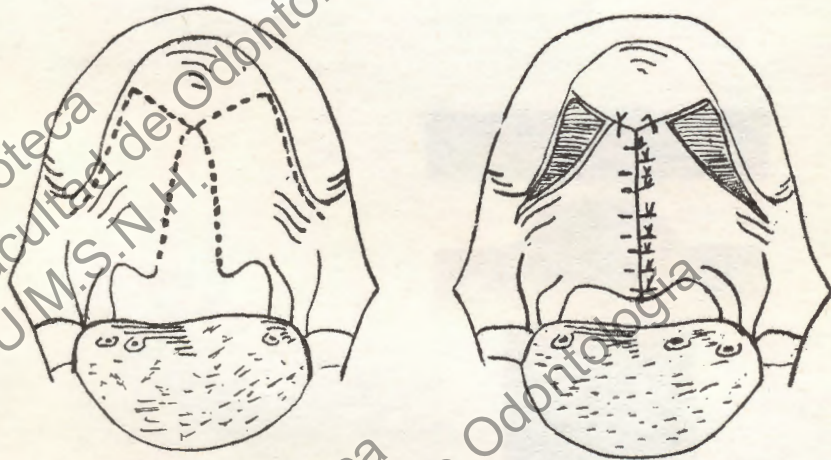


FIG. No. 4

La palatoplastia de Push Back, está basada en el principio de adelantamiento tipo V-Y de la cirugía plástica, dando resultados tan buenos como la elongación del paladar.

CAPITULO IV.

CIRUJANO DENTISTA.

El tratamiento del Cirujano Dentista tiene por objeto llevar a la boca a un buen estado de salud y el mantenimiento del mismo. Se encarga de prever y corregir los problemas dentales, de tejidos blandos, parodontales y ortodóncicos de la cavidad oral.

EXPEDIENTE.

Como en todos los departamentos de la clínica se abre uno para cada paciente, el cual consta de los siguientes datos:

- 1.—Número de expediente Fecha.
- 2.—Datos personales: A) —Nombre
B) —Sexo
C) —Edad
D) —Estado Civil
E) —Ocupación
F) —Dependencia económica
G) —Domicilio
- 3.—Historia clínica, en la cual se le da prioridad al examen bucal, destacando los siguientes datos:

Tipo y Grado de Fisura.

Oclusión (clasificación de Angle)

Posición de los segmentos.

Estado Dental (tamaño, posición, número, grado de calcificación, caries).

Mordida cruzada.

Mordida abierta.

Sobremordida Vertical.

Estado del Parodonto.

Productos de Mala Higiene Oral (materia de alba, placa bacteriana y tártaro).

Lengua (tamaño, hábitos).

Frenillos

Hallazgos Radiográficos.

El tratamiento del Cirujano Dentista puede dividirse en varias etapas de acuerdo a la edad del paciente, ya que son diferentes los problemas a tratar, dichas etapas son las siguientes:

- 1.—Etapa Inicial o Preventiva.
- 2.—Etapa Ortopédica.
- 3.—Etapa Ortodóncica.

ETAPA PREVENTIVA.

La prevención aplicada en la Clínica de Labio y Paladar Hendido, quiere decir DISMINUCION al mínimo posible de las condiciones adversas que esta malformación ocasiona en el individuo adulto, mediante el tratamiento inicial oportuno y eficaz en las primeras etapas de la vida.

La etapa inicial o preventiva comprende de los 15 días a los 2 años de edad, no siempre se presentan los niños a los 15 días de haber nacido, por lo que el examen bucal variará de acuerdo a la edad del paciente.

En estas etapas se toman impresiones con la finalidad de obtener modelos dentarios que se utilizan como:

Modelos de estudio que servirán para el departamento dental y para todos los miembros de la clínica, los cuales permitirán discutir e instituir el tratamiento que requiera cada paciente en particular.

Modelos de Control pre y post-operatorios, así como durante el curso del tratamiento, para una valoración de los resultados obtenidos con el tratamiento instituido.

Para la Fabricación de Obturadores que proporcionarán al paciente la separación oro-nasal, hasta llegado el momento oportuno del cierre quirúrgico. Este es uno de los principales objetivos del tratamiento dental en la primera etapa.

Es importante que desde la edad más temprana se le proporcione al niño una prótesis que produzca la separación oro-nasal, ya que como se dijo en el capítulo anterior, el cierre palatino no deberá realizarse en edad muy temprana; así pues es al departamento dental al que le corresponde proporcionarle dicho obturador.

Un obturador va a cumplir varias funciones que son las siguientes:

- 1.—Anatómicamente realizará una separación oro-nasal, reduciendo grandemente las infecciones nasales.
- 2.—Evitará el escape de alimentos a la cavidad nasal.
- 3.—Ayudará a que el paciente se acostumbre a respirar por la nariz, evitando que se convierta en un respirador bucal.
- 4.—Actuará como una prótesis de Ortodoncia Preventiva, manteniendo los segmentos laterales en su posición normal, evitando el colapso.
- 5.—Permitirá el crecimiento normal del maxilar ya que el obturador abarca exclusivamente la bóveda palatina, sin cubrir las apófisis alveolares, esto hará que con el crecimiento normal de los segmentos laterales, el obturador quede flojo y se desaloje fácilmente, siendo necesario substituirlo por otro, ya que no cumplirá con las funciones a que está destinado. Esta situación hace que los padres acudan rápidamente al dentista, pues tanto la respiración como la alimentación y comodidad del paciente se verán seriamente afectadas, permitiendo así un verdadero control del mismo.

6.—Evitará que se formen vicios de lengua, como es la introducción de la misma en la fisura.

7.—Una vez mejoradas todas estas funciones en el paciente se reducirá notablemente la ansiedad de los padres por una cirugía precoz, que solo perjudicaría al paciente.

Para obtener los modelos dentarios es necesario tomar impresiones que difieren un poco de las normales, ya que nos encontramos no sólo frente a una estructura anormal sino también frente a un bebé que no entiende lo que estamos haciendo y lógicamente reaccionará contra nuestra intervención.

Para tomar una impresión en un niño deben considerarse los siguientes pasos:

1.—Hay ciertas contraindicaciones que deberán tomarse muy en cuenta antes de tomar una impresión y son las siguientes:

A).—Cuando las vías respiratorias no se encuentran completamente libres (casos de obstrucción mecánica y cuadros gripales).

B).—Cuando el niño está bajo de peso.

C).—Cuando el cierre quirúrgico del labio es reciente. Antes de un mes después del cierre del labio están contraindicadas las tomas de impresiones, pues con el llanto del niño, el esfuerzo y la presión que se ejerce para mantener el portaimpresión dentro de la boca, puede ocasionarse la dehiscencia del mismo.

2.—Antes de tomar una impresión a un lactante, es necesario instruir a una auxiliar que se encargue de colocar al niño en la posición correcta, envolverlo para sujetar sus manos, tomarlo en sus brazos y sostenerlo boca abajo en el momento de introducir la cucharilla para que el material no resbale hacia las vías respiratorias.

3.—No existiendo en el mercado, hasta el momento, cucharillas para las pequeñas bocas de los bebés, el odontólogo fabricará portaimpresiones de acrílico con perforaciones para darle mayor retención al material de impresión, asegurando así una mayor fidelidad del modelo que vamos a obtener.

TECNICA PARA LA TOMA DE IMPRESIONES EN LACTANTES.

1.—Se prepara el alginato en una consistencia pastosa, ni muy fluido ni muy espeso, para lo cual se usan cantidades adecuadas de polvo y agua que ya vienen establecidas, haciendo la mezcla en una taza de hule y con una espátula ancha y rígida, batiendo rápidamente y en una sola dirección, más o menos 45", para obtener una mezcla homogénea sin burbujas ni grumos.

2.—Se coloca la mezcla en la cucharilla procurando que sea la cantidad suficiente, sin exceso que evitará el escurrimiento indebido hacia la faringe y permitirá la obtención de una buena impresión.

3.—Cuando existen piezas dentarias, es recomendable tomar primero la impresión inferior, por causar menores molestias al paciente y así condicionarlo para facilitar la toma de la superior. En los casos en que no hacen erupción los dientes temporales todavía, se tomará exclusivamente la impresión superior.

4.—El operador pasará su mano izquierda por detrás de la cabeza del niño, sosteniendo el maxilar inferior con la misma e introduciendo el dedo índice y pulgar entre el maxilar superior y el inferior, en el espacio retro-molar, para mantener la boca del niño abierta y obtener mayor control de la cabeza del mismo. Con la mano derecha se introduce la cucharilla con firmeza, ya que es frecuente que le produzca náuseas. Se mantiene al niño boca abajo para que las vías respiratorias queden libres. El portaimpresión debe sostenerse firmemente en la boca del paciente hasta que el alginato haya fraguado bien, ya que si por algún motivo lo extraemos antes, podemos dejar alguna porción del mismo en el interior de la fisura.

5.—Se corren los modelos en yeso piedra de alta precisión para ortodoncia.

6.—Ante la existencia de piezas dentarias se toma la mordida con cera rosa, procurando que sea correcta. Se hará que al tomar la mordida el pa-

ciente degluta, porque es la mejor posición de oclusión.

7.—Se recortan los modelos de manera que queden en una relación correcta de oclusión, valiendonos de la mordida de cera previamente obtenida.

En los casos en que se haga necesaria la fabricación de un obturador, se hace de silastic o en su defecto de acrílico blando en la parte de la fisura y de acrílico duro en las porciones laterales del paladar.

Al introducir por primera vez el obturador en la boca del paciente, deberá sostenerse durante algunos minutos, ya que como es una estructura nueva para él, lógicamente reaccionará contra su introducción tratando de expulsarla; pero una vez que se acostumbre a ella (o se canse de llorar), permitirá que la prótesis quede dentro de su boca. Después que observe la comodidad que le brinda el obturador no querrá estar sin él.

Es muy importante instruir a la madre en cuanto a la colocación, extracción e higiene del obturador.

En esta etapa preventiva tendremos un control del desarrollo maxilar y facial, cambiandole oportunamente el obturador de acuerdo con el mismo.

A esta etapa corresponde también evitar que el niño se le desarrollen caries dentales, pues producirían pérdidas de dientes temporales con las consecuencias inherentes a ellas, como es la pérdida de la relación interproximal.

Se tomará en consideración las alteraciones del epitelio gingival por mala higiene oral y hábitos de alimentación como es el consumo excesivo de hidrocarbonados.

ETAPA ORTOPEDICA.

Esta etapa comprende de los 2 a los 6 años de vida.

En esta época es en la que generalmente se practica el cierre del paladar, por lo que existe el peligro de un colapso real.

Entendemos por colapso la desviación de los segmentos laterales hacia la fisura, tanto en dirección anteroposterior como transversalmente, cerrando el espacio de la misma y produciendo la disarmonía del arco maxilar.

En este período del tratamiento se toma una cefalometría lateral, con la finalidad de hacer una evaluación del desarrollo facial y la relación de los maxilares entre sí. El ángulo formado por los planos S-N y S-A nos dá la proyección del maxilar superior hacia adelante; el ángulo formado por los planos S-N y S-B nos dá la proyección del maxilar inferior hacia adelante. Con estas medidas sabremos la relación que existe entre los maxilares superior e inferior.

Es importante en este período evitar o corregir el colapso. Una forma de evitar que se produzca es la de proporcionar al paciente un obturador, cambiándolo progresivamente de acuerdo con su desarrollo maxilar. Obturador que deberá ser utilizado continuamente, ya que si por el contrario se deja de usar por algún tiempo, el peligro del colapso se hace presente.

Si los segmentos laterales maxilares están ya colapsados, se construye una placa ligera con un tornillo de adelantamiento con la que el maxilar se expande progresivamente hasta alcanzar la posición correcta.

Al principio el niño no suele tolerar la placa más que unos 10 o 20 minutos, pero tras varios intentos, va adaptándose a ella hasta soportarla continuamente. Cuando se soporta bien, el tornillo se abre alrededor de un cuarto de vuelta dos o tres veces a la semana. Si el maxilar necesita más expansión después que el tornillo no da más de sí, es preciso hacer una nueva placa expansora.

El expansor va a actuar apoyándose en los dientes, su finalidad es la de ejercer una presión lo suficientemente grande para no dar tiempo a los dientes de moverse.

Lo que en realidad va a pasar es que la fuerza será transmitida directamente por el segmento óseo hasta las suturas cigomático-maxilar y pterigo-palatina, estas dos suturas se van a vencer permitiendo la expansión del maxilar.

Algunas veces el colapso es solamente anterior, en estos casos se usará el expansor en V, que movilizará exclusivamente las porciones anteriores, sin causar movimiento en los segmentos posteriores.

El expansor paralelo es usado cuando el colapso es tanto anterior como posterior.

Una vez obtenida la expansión deseada, será necesario utilizar una placa de contención, que actuará manteniendo los segmentos laterales en la posición que nos ha dejado la expansión anterior, ya que servirá para evitar que los segmentos se vuelvan a su posición anterior, o sea la de colapso, se mantendrá esta placa hasta que los segmentos laterales se hayan estabilizado.

La placa de contención puede obtenerse al cubrir el tornillo del expansor con acrílico, cuando ya se ha obtenido la expansión completa.

Es frecuente observar la ausencia del incisivo lateral del lado de la fisura, o por el contrario la división del folículo de este diente, dando origen a dos incisivos laterales en el borde de la fisura.

Cuando se presentan uno o más dientes supernumerarios deberá estudiarse cuidadosamente su forma, posición dentro del arco dentario y estado de salud para decidir si puede formar parte del arco dentario, o si no presenta ninguna utilidad funcional y por el contrario es causa de apiñamiento de dientes perjudicando la oclusión, entonces deberá ser extraído.

Cuando se necesitan practicar una o varias extracciones de dientes temporales, porque su grado de caries así lo requiera, debemos emplear un mantenedor de espacio con la finalidad de conservar éste hasta la erupción de la pieza permanente correspondiente.

Es necesario insistir en que todas las caries que presente el paciente deberán tratarse lo más pronto posible para evitar las extracciones dentarias que tanto afectan el desarrollo óseo. Por lo cual, debe instruirse al paciente de manera que realice una buena higiene dental y mantenga su boca en buen estado de salud, así como acostumbrarlo a su revisión dental periódica.

Si el paciente no realiza una higiene correcta podemos encontrar no solo problemas de caries dental, sino también parodontales y de tejidos blandos. En caso de que los pacientes presenten este tipo de problemas, se les indicará cual es la causa, la importancia que tiene corregirlos y evitar que se vuelvan a presentar.

ETAPA ORTODONCICA

Esta etapa comienza a los 6 años y se prolonga hasta que los problemas ortodóncicos queden resueltos de la mejor forma posible.

La duración del tratamiento ortodóncico depende de muchos factores, la cooperación del paciente, el tipo de oclusión, la edad y la gravedad del problema son elementos importantes que afectan el tratamiento. Quizá el factor que se interpreta más equivocadamente es el tiempo necesario para las diferentes movilizaciones dentarias, ya que no todas ellas se logran con la misma velocidad y facilidad.

Entre los problemas que presentan más frecuentemente estos pacientes, tenemos:

A).—MORDIDA ABIERTA, es el resultado del desarrollo vertical insuficiente, que no permite a un diente o a varios llegar a encontrarse con sus antagonistas en el arco opuesto, la consecuencia es la falta de oclusión localizada. Durante el curso normal de la erupción, se espera que los dientes y el hueso alveolar circundante se desarrollen hasta encontrar el antagonista oclusal del arco opuesto.

Las causas de la mordida abierta generalmente pueden reunirse en dos grupos:

1.—Trastornos en la erupción de los dientes y en el crecimiento alveolar (maxilar) .

2.—Interferencias mecánicas a la erupción y al crecimiento alveolar, por ejem., el mal hábito de introducir la lengua entre las arcadas o en el sitio de la fisura (lengua protusiva), así como el chupeteo del dedo. La existencia de un maxilar micrognatico también influye en la presencia de la mordida abierta.

Las mordidas abiertas anteriores pueden acompañarse de labioversión de los dientes anteriores superiores. Antes de iniciar el tratamiento, al estudiar esta anomalía, se debe observar detenidamente la relación de las bases óseas con la dentadura.

La mayoría de las mordidas abiertas anteriores son causadas por malos hábitos. Si durante la erupción dentaria, el niño introduce la lengua en el sitio de la fisura, como vicio para cerrar el hueco que existe en el labio, o la introducción del dedo con la misma finalidad, chocando continuamente con cualquiera de éstos, se impide la erupción correcta y se produce la mordida abierta. El tratamiento consiste ante todo en dominar el hábito, esto,

algunas veces por si solo, puede ser suficiente y los dientes pueden continuar brotando en posición normal.

B).—MORDIDA CRUZADA. La incapacidad de ambos arcos dentales para ocluir normalmente en su relación lateral, puede deberse a problemas localizados en la posición de los dientes o del crecimiento alveolar, o a una gran discrepancia entre los maxilares y la mandíbula. Pueden estar duplicados uno o más dientes, casi siempre en los segmentos laterales y puede ser unilateral o bilateral. Es importante recordar que las mordidas cruzadas pueden originarse en la dentadura, en el esqueleto craneofacial o en la musculatura temporomandibular.

La principal preocupación del médico es localizar el sitio de la alteración, ¿está limitada a los maxilares?, o ¿a la mandíbula?, o ¿a ambos?, ¿implica los alveolos?, o ¿se trata de una gran discrepancia en el ajuste de una mandíbula?, ¿se trata de una maloclusión unilateral de los dientes?, o ¿de una contracción bilateral de la totalidad del arco dental?. También es importante saber el origen de la alteración, es decir, cuál ha sido el primer tejido afectado. Las mordidas cruzadas pueden clasificarse sobre bases etiológicas como: dentales, musculares y óseas.

DENTALES, afecta solo la inclinación de uno o varios dientes. La alteración está localizada y no afecta ni el tamaño, ni la forma del hueso basal; en estos casos siempre existe un ajuste muscular, que permite una oclusión adecuada de acomodación. Las líneas medias coincidirán cuando la boca esté cubierta y no sucederá así cuando los dientes estén en oclusión.

MUSCULARES, en este tipo se observan desajustes musculares e interferencias dentales. Es semejante a la de tipo dental, con excepción de que los dientes no están inclinados dentro de sus alveolos, es decir el ajuste muscular esta más afectado que la malposición de los dientes. En el tratamiento de una mordida cruzada dental, deben moverse los dientes; en la muscular, los ajustes pueden lograrse por equilibrio oclusal, que modifican los reflejos musculares que gobiernan la posición mandibular. El tipo muscular puro suele observarse en niños muy pequeños. Tanto en el tipo muscular como en el dental se necesita un ajuste oclusal y muscular para conservar su corrección.

OSEAS, en éstas, se observa una discrepancia importante de la porción del segmento lateral del esqueleto craneofacial. Las alteraciones en el crecimiento óseo pueden originar mordidas cruzadas de dos maneras:

A).—Por crecimiento asimétrico de los maxilares o de la mandíbula.

B).—Por falta de concordancia entre las anchuras de los maxilares y la mandíbula.

El crecimiento asimétrico de los maxilares o de la mandíbula puede ser la causa de patrones de crecimiento heredados. Igualmente puede ser causado por traumatismos que impiden los incrementos de crecimiento normal en el lado afectado, ejemplo de estos pueden ser, la cirugía precoz y sobre todo agresiva.

La falta de armonía entre las anchuras de los maxilares suele producirse por una contracción bilateral de los mismos. En dichos casos los músculos empuja la mandíbula hacia un lado, a fin de que tenga suficiente contacto oclusal para la masticación. Se observa un estado más grave cuando la desproporción es tan grande que el arco maxilar ocluye completamente dentro del arco mandibular, debido a una gran hipertrofia del maxilar superior. O el caso contrario, por la presencia de un maxilar inferior hipertrofico.

Los aparatos que se pueden utilizar para la corrección de la mordida cruzada son los siguientes:

1.—Los elásticos transversales a la mordida, son eficientes en molares con mordida cruzada, cuando ambos dientes están fuera de posición y existe un espacio adecuado para ellos.

2.—El plano Inclinado, si se trata de inclinar un solo diente, más que la inclinación recíproca de dos dientes.

En la contracción bilateral del arco superior puede también utilizarse, pero deberá tenerse mucho cuidado en ajustar los planos de acrílico para que todos los dientes en contacto con él, lo hagan al mismo tiempo. Este tipo de aparato es muy útil pero es difícil ajustarlo con exactitud y se necesita sobre todo que el paciente colabore. Al progresar el caso, los planos inclinados pueden modificarse, desgastándolos o añadiéndoles acrílico.

3.—Arco Lingual, en la contracción bilateral del arco superior puede usarse para provocar un ensanchamiento ligero. Se intentará dar al arco una forma más cuadrada, no hay que esperar que este aparato ensanche

notablemente la base ósea, solo mueve los dientes a una posición más adecuada dentro de su soporte óseo.

En una etapa posterior, cuando el paciente es adulto y que ha pasado por los diferentes tratamientos llevados a cabo por los especialistas de la Clínica, es necesario hacer una nueva valoración de los resultados obtenidos ya que éstos, por diferentes factores, no siempre son óptimos y podemos encontrar anomalías residuales que ya no pueden corregirse por medio de técnicas quirúrgicas, en los cuales se pueden colocar diferentes tipos de prótesis, de acuerdo al problema existente para lograr un mejor efecto estético y funcional.

La prótesis con Prolongación Faringea, es usada cuando la longitud o movilidad del paladar blando son insuficientes para producir el cierre velofaríngeo. Es una prótesis que consta de una porción palatina que como cualquier placa puede llevar las piezas dentarias faltantes y una porción faríngea que se prolonga hasta el rodete de Pasavant.

La prótesis con Aumento Vestibular, es usada cuando en una operación anterior, ha sido extraído el premaxilar, dando por resultado una disarmonía facial (perfil cóncavo o Cara de Plato). Esta prótesis va a mejorar el aspecto estético exclusivamente, ayudando por supuesto para que el paciente desarrolle mejor sus actividades personales. O sea que esta placa es colocada con dos finalidades que son estética y psicológica.

Obturadores, son placas usadas con la finalidad de ocluir alguna fisura residual, que por algún motivo no puede ser cerrada quirúrgicamente. O en los casos de fisuras no operables, para producir la separación oro-nasal.

CAPITULO V.

TRATAMIENTO DE CONJUNTO.

MEDICO PEDIATRA.

El pediatra es el primer especialista que estará en contacto con el paciente, considerando que el tratamiento comience idealmente al nacer el niño.

Este especialista realizará una historia clínica completa y una detallada exploración física para conocer el estado general de salud del niño. En el período neo-natal hay que insistir en cuatro puntos básicos, que son los siguientes:

- 1.—Posibilidad de la existencia de otras malformaciones.
- 2.—Permeabilidad de las vías respiratorias.
- 3.—Alimentación.
- 4.—Audición.

Hay otras malformaciones congénitas que se producen más frecuentemente en los niños con paladar fisurado que en los normales. Esta frecuencia puede llegar a ser hasta el 30%.

La historia clínica debe comprender, no solo las indagaciones sobre otras fisuras y deformidades de la familia, sino también sobre cualquier enfermedad o trastorno que haya padecido la madre durante el primer trimestre del embarazo.

Así pues, es precisamente el pediatra al que le corresponde determinar,

en caso de que exista otra malformación, cuál es la que merece prioridad de tratamiento.

La respiración puede ser un problema, especialmente si el mentón se encuentra en retroposición, en tal caso, la afectividad del geniogloso se pierde y la lengua cae hacia atrás en parte o en su totalidad, obstruyendo las vías respiratorias en la inspiración (síndrome de Pierre-Robin). Esto resulta peligroso si el niño es incapaz de descansar y dormir sin obstrucción de las vías respiratorias.

Algunas veces, cuando la obstrucción no es muy severa, solo es necesario utilizar determinadas posiciones para evitarla, pero si la obstrucción es franca, será necesario otro tipo de tratamiento, como puede ser la fijación de la lengua al labio inferior. Algunas veces, la obstrucción es tan severa en este síndrome, que constituye un verdadero estado de emergencia.

Al niño con fisura palatina se le vigilará su nutrición, dando como resultado el aumento de peso y un desarrollo normal, que se logra con un cuidado inteligente por parte del pediatra y de la madre, esta última deberá seguir estrictamente las instrucciones del primero, no solo en cuanto a su dieta, sino también a medidas de higiene y cuidados en general.

La alimentación suele ser difícil con un paladar alterado, porque ello acarrea una incapacidad para la succión, aunque el niño realice los movimientos adecuados. La ingestión no está tan alterada, como para hacer imposible la administración de una dieta adecuada cuando la leche y otros alimentos blandos son depositados en la parte posterior de la cavidad bucal.

Se debe instruir a la madre para que tome parte activa en la alimentación, pues aunque ésta sea tímida e inexperta al principio, con el tiempo nada podrá sustituirla para alimentar a su hijo. En este momento el niño para poder sobrevivir depende más de su madre que de cualquier otro factor.

El oído medio suele estar alterado si hay una fisura palatina, incluso en el periodo neo-natal. El examen con otoscopio es difícil porque el niño tiene el conducto auditivo muy estrecho y el meato mucho más horizontal que un niño mayor. Un examen minucioso se deberá realizar en combinación con el otorrinolaringólogo.

CIRUJANO.

Ya analizado previamente el tratamiento quirúrgico de esta anomalía, solo nos resta mencionar aquí que dicho tratamiento será realizado por aquella persona que reúna los conocimientos necesarios para tratar quirúrgicamente la anomalía que nos ocupa.

CIRUJANO DENTISTA.

Siendo el tratamiento del Cirujano Dentista el objetivo de la presente tesis, se le ha dedicado un capítulo anterior.

ORTODONCISTA.

La ortodoncia es una rama de la odontología, por lo que se abarcará esta especialidad en el capítulo IV.

PSICOLOGO.

El psicólogo es el encargado de analizar a cada paciente, clasificarlo en cuanto a su personalidad, capacidad intelectual, interés en el tratamiento y situación socioeconómica, con la finalidad de proporcionarle un mejor tratamiento integral, de acuerdo a estas características.

Analiza los aspectos mágico-religiosos existentes en la familia del paciente, o cualquier otra etiología popular que se le dé al padecimiento.

Es el encargado de realizar las pruebas de inteligencia, que servirán para una valoración general del paciente y que ayuda igualmente en el tratamiento por instituir, clasificándolo de la forma que se describió en el capítulo de la Clínica de Labio y Paladar Hendido.

Este especialista no solo va a valorar el interés del paciente, sino que hará que los padres sean conscientes de la deformidad de su hijo y de la importancia que tiene su rehabilitación, comprometiéndolos para que asuman su responsabilidad y ayuden a resolver sus problemas, tanto personales como sociales.

Hay que insistir en que la educación de estos niños debe ser normal, serán tratados por sus padres en igual forma que los demás hijos, evitando

cualquier tipo de discriminación con respecto a éstos. Ya que es en la familia donde se les debe dar confianza para evitar complejos que afecten su desarrollo psíquico.

GENETICISTA.

El geneticista es también un colaborador de la Clínica, ya que éste orientará a la pareja sobre el deseo de tener más hijos, analizando las posibilidades de que éste o éstos presenten la misma deformidad.

FONIATRA.

El foniatra es el especialista encargado de evitar que se formen vicios de dicción o en su defecto, de corregirlos en la mejor forma posible, si ya están presentes.

En el complejo mecanismo del lenguaje humano, el volumen de aire que pasa a través de la boca, es alterado por los movimientos del paladar blando y las paredes faríngeas con relación: al paladar duro, lengua, dientes y labios produciendo sonidos característicos. Normalmente la cavidad nasal sirve como caja de resonancia en el balance funcional con la cavidad bucal resonante. El paciente con paladar fisurado tiene un resonador nasal distorsionado, a través de su dificultad para obtener el cierre nasofaríngeo eficiente que prevenga el escape de aire a través de la nariz, esto contribuye a una notoria nasalidad del lenguaje. La producción del lenguaje depende en gran parte del mecanismo de cierre nasofaríngeo. La contracción de los músculos faríngeos posteriores y laterales empujan la pared faríngea nasal hacia adelante a manera de esfínter, mientras el paladar blando se eleva y mueve hacia atrás por el músculo elevador del paladar para que se reúnan. Es evidente pues, que un paladar movable suficientemente largo es importante para la realización del cierre efectivo.

Cuando a un paciente con paladar fisurado, se le practica el cierre quirúrgico y éste no es suficiente para que tenga un habla normal, aunque el paladar sea suficientemente largo, entonces será necesaria la concurrencia del foniatra, ya que es el único que puede enseñarle a usar esta estructura nueva que se le ha proporcionado por medios quirúrgicos.

Algunas ocasiones será suficiente el cierre quirúrgico, en algunas otras será necesario realizar un colgajo retrofaríngeo, y en otras las estructuras

palatinas no serán suficientes por si solas para producir el cierre velofaríngeo, en las cuales el paciente se verá obligado a usar un tipo especial de prótesis, que lógicamente el foniatra le enseñará a usar.

Cualquiera que sea el caso, siempre será de vital importancia la participación de este especialista, para enseñarle a usar sus músculos (o su prótesis), por medio de ejercicios y juegos así como estímulo personal.

OTORRINOLARINGÓLOGO.

El otorrinolaringólogo se encarga de prevenir y controlar las infecciones del oído medio tan frecuentes en estos pacientes.

La conservación del oído normal es de vital importancia para los ejercicios de dicción. El habla normal exige no solo un mecanismo capaz, sino también oído normal, inteligencia y un hogar donde puede oírse una fonación correcta.

Estando los orificios de las trompas de Eustaquio íntimamente relacionadas con la cavidad oro-nasal, éstas, en reposo y sobre todo durante la alimentación, sufren cambios que facilitan la entrada tanto de alimentos como de gérmenes saprófitos y patógenos, condición favorable para la producción de infecciones en el aparato auditivo, que a veces pasan desapercibidas hasta que el problema es muy serio crónico, difícil de ser tratado, repercutiendo de manera directa en el desarrollo físico y mental.

Por todo lo anterior se deduce la necesidad de la participación del otorrinolaringólogo en esta clínica. El cual hará un estudio completo de los órganos auditivos, valorando su agudeza, pues no podemos exponernos a la pérdida de la audición, esencial para el tratamiento foniátrico y por ende para toda la rehabilitación en general.

TRABAJO SOCIAL.

La trabajadora social, como en todas las instituciones de especialidades médicas se encargará de la valoración socio-económica del paciente, además de la ficha personal del mismo, que reúne los siguientes datos:

Nombre	Dependencia Económica
Edad	Trabajo, Ocupación
Sexo	Salud Familiar
Estado Civil	Lugar de Origen.

La trabajadora social, deberá recopilar todos estos datos, para estar en condiciones de localizar al paciente en un momento dado, cuando así lo requiera el control del tratamiento. El estudio socio-económico nos servirá para programar sus citas y fijar su cuota de tratamiento.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO VI.

RESUMEN.

La Clínica de Labio y Paladar Hendido trabaja en una forma esencialmente coordinada, los tratamientos de los diferentes especialistas son constitutivos del tratamiento integral, en el cual el Cirujano Dentista es de vital importancia.

Contra lo que pudiera pensarse, el tratamiento del Cirujano Dentista comienza tan pronto como el paciente se presenta en la clínica, aún cuando sea un bebé sin piezas dentarias y termina cuando se dá por terminado el tratamiento integral del mismo.

Quando se presentan por primera vez los lactantes, generalmente su estado de salud es precario, pues la madre con su ingenuidad o trauma psíquico no proporciona al niño la alimentación adecuada. La colocación de un obturador, en la etapa inicial o preventiva, proporciona al paciente las comodidades y ventajas propias de la separación oro-nasal permitiendo un desarrollo físico normal, facilitando por consiguiente el tratamiento integral y condicionándolo positivamente para el uso correcto de su lengua. Por medio del control desde los primeros días de vida del paciente las posibilidades para obtener un buen resultado son mayores.

La etapa ortopédica realizada cuidadosamente tiene como consecuencia una alineación normal de los segmentos. En la etapa ortodónica se realizan las diferentes movilizaciones dentarias para lograr una buena oclusión. Lo anterior se lleva a cabo cuando el paciente se presenta desde pequeño y se realiza el tratamiento integral del mismo.

No siempre los resultados del tratamiento integral son excelentes, hay múltiples factores que intervienen en el mismo como son: intervenciones pre-

vias, fisuras excesivamente amplias no operables, tratamientos quirúrgicos agresivos o precoces, velo del paladar muy corto, cada uno de los cuales exige un tratamiento diferente y específico por parte del Cirujano Dentista.

En general podemos decir que son actividades propias del dentista: la toma de impresiones para obtener modelos dentarios, colocación de obturadores, retenedores, expansores, planos inclinados, arcos linguales, placas parciales y totales, placas con aumento vestibular, placas con prolongación faríngea; así como el tratamiento de problemas de caries dental, higiene, gingivitis y otros problemas de tejidos blandos.

Generalmente cuando el paciente se presenta en edad adulta sin tratamiento alguno, las condiciones bucales son muy malas, por lo que frecuentemente presentan infinidad de alteraciones bucales además de las desventajas propias que implica la fisura misma, pertenecientes al cuarto grupo de la clasificación dada en el capítulo II, después de haber realizado su examen bucal completo e historia clínica detallada, se hace necesaria la corrección inmediata de los problemas existentes, realizando una profilaxis cuidadosa, la extracción de restos radiculares, eliminación de caries y restauración de dichas piezas, y sobre todo algo que es de vital importancia, una vez llevada la boca a un buen estado de salud, debemos instruir al paciente para que lo conserve realizando una buena higiene bucal y asistiendo a su revisión periódica.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

BIBLIOGRAFIA.

Quiroz G. Fernando

Anatomía Humana.
Editorial Porrúa, S. A.
1972.

Grabb William C., Smith James W.

Cirugía Plástica.
Salvat Editores, S. A.
1970.

Stark Richard B.

Cleft Palate a Multidiscipline Approach
Hoebner Medical Division.
1968.

Langman Jan

Embriología Médica.
Editorial Interamericana.
1966.

Moyers Robert E.

Tratado de Ortodoncia.
Editorial Interamericana.
1960.

Davis Loyal

Tratado de Patología Quirúrgica.
Editorial Interamericana.
1958.

Archer Harry W.

Cirugía Bucodental y Atlas detallado
de Técnicas Quirúrgicas.
Editorial Mundi.
1958.

Testut L. y Jacob O.

Anatomía Topográfica con aplicacio-
nes Quirúrgicas.
Salvat Editores, S. A.
1956.

Sicher Harry y Tandler Julius.

Anatomía para Dentistas.
Editorial Labor, S. A.
1950.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

COMUNICACION PERSONAL.

Miembros del Departamento Dental en la Clínica de Labio y Paladar
Hendido del Hospital General de México.

Dra. Ernestina Martínez E., Jefe del Departamento.

Dra. Esperanza Hernández M.

Dr. Enrique Reyes R.

Dra. Iliana Lubinsky S.

Dr. Rubén Malpica D.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.