

Multimed 2017; 21(3)

MAYO-JUNIO

CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS M. DE CÉSPEDES.
BAYAMO.GRANMA, CUBA

Fisura labio-palatina. Nuestra experiencia en 14 casos

Lip-palate cleft. Our experience in 14 cases

Esp. Cir. Maxilofac. Omar Chávez Ríos, Esp. Oftalmol. Yelaines Emilia Álvarez Fernández.

Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo.Granma,Cuba.

RESUMEN

Introducción: la fisura labial es una malformación congénita que puede estar asociada a fisura velo-palatina como consecuencias de disrupciones en los distintos mecanismos embriológicos que ocurren durante el desarrollo fetal en la región maxilofacial.

Presentación de casos: catorce pacientes con diagnóstico clínico de fisura labio-palatina en el hospital general de Malange Angola en el periodo comprendido entre mayo del 2014 a julio del 2015, con el objetivo de demostrar los resultados mediante el tratamiento quirúrgico de esta deformidad. Según la edad, el grupo con más morbilidad fue de 0 a 5 años (35.8 %), ambos sexos fueron afectados por igual (50 %), según la clasificación de la OMS encontramos 8 pacientes con fisura labial unilateral (57.2 %), 4 pacientes con fisura labial unilateral asociada a fisura palatina completa (28,6 %) y un paciente con fisura labial bilateral asociada a fisura palatina

completa (7.2 %). La técnica quirúrgica de Millard se utilizó en 12 pacientes (85.7 %) y solo dos por la técnica de Tennyson-Randall (14.3 %).

Conclusiones: resultaron rehabilitados estética, funcional y psicosocialmente el 57,2 % y solo parcialmente el 35.8 % por no disponer del instrumental adecuado para la corrección de la fisura palatina.

Palabras clave: fisura del paladar; labio leporino; paladar blando; cirugía oral; anomalías de la boca.

ABSTRACT

Introduction: the cleft lip is a congenital malformation that may be associated with cleft soft palate as a consequence of disruptions in the different embryological mechanisms that occur during fetal development in the maxillofacial region.

Case presentation: 14 patients with clinical diagnosis of cleft lip and palate at the Malange Angola general hospital from May 2014 to July 2015 were evaluated, in order to demonstrate the results by surgical treatment of this deformity. According to age, the group with the highest morbidity was 0 to 5 years old (35.8 %), both sexes were affected equally (50 %), according to the WHO classification we found 8 patients with unilateral lip fissure (57.2 %), 4 patients with unilateral cleft lip associated with complete cleft palate (28.6 %) and one patient with bilateral cleft lip associated with complete cleft palate (7.2 %). Millard's surgical technique was used in 12 patients (85.7 %) and only two patients by the Tennyson-Randall surgical technique (14.3 %).

Conclusions: aesthetic, functional and psychosocially rehabilitated 57.2% and only partially 35.8 % because they did not have adequate instruments for the correction of the cleft palate.

Key words: cleft palate; cleft lip; soft palate; oral surgery; mouth abnormalities.

INTRODUCCIÓN

Las fisuras labiales y palatinas son las malformaciones congénitas más frecuentemente atendidas en los servicios de cirugía maxilofacial pediátricos. Cuando se presentan combinadas entre sí, estas fisuras crean alteraciones morfofisiológicas, estéticas y psicológicas muy complejas.

Estas malformaciones se producen cuando el tejido que forma el techo de la boca y el labio superior no se unen antes del nacimiento. Por lo tanto el problema puede ir desde una pequeña hendidura en el labio hasta un surco que se ejecuta en el techo de la boca, de la nariz, que afecta el rostro del niño.

Además puede causar inconvenientes al comer, hablar e incluso infecciones en el oído. Por ello se requiere para su tratamiento, realizar las acciones necesarias y en el momento oportuno, de manera que el paciente fisurado, reciba un tratamiento que de solución, de ser posible definitiva, a todas las problemáticas estéticas y funcionales.

Así se logra una mejor calidad de vida del niño, así como de sus padres y familiares, lo que permitirá al paciente una mejor integración a la sociedad. ¹⁻⁷

Según las estimaciones, la frecuencia del labio hendido, con paladar hendido o sin él, varía de 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos (valor medio de 1/1000). Las variantes de este margen se deben a diferentes condiciones raciales y geográficas. ⁸

Se conocen varias clasificaciones del labio leporino con paladar fisurado o sin él. Generalmente, un labio fisurado puede ser unilateral, bilateral o mediano (raro) y presentarse como una fisura completa o incompleta en distintos grados. Pueden ocurrir también fisuras del proceso alveolar y del paladar primario o secundario.

El objetivo del presente reporte fue demostrar los resultados del tratamiento quirúrgico de esta deformidad congénita.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo, y observacional de 14 pacientes con diagnóstico clínico de fisura labio-palatina que se remitieron a la consulta de maxilo facial del Hospital General de Malange, Angola, en el periodo comprendido entre mayo del 2014 a julio del 2015. Se excluyeron del presente estudio aquellos pacientes que no reunieron los criterios diagnósticos o cuyas historias estaban incompletas (6 casos). Para la obtención de la información, se confeccionó una hoja de recolección de los datos obtenidos de las historias clínicas de cada paciente. Para los efectos del presente estudio se analizan las variables relacionadas con la edad, sexo,

exámenes auxiliares (hematológicos, radiológicos, otros) y la técnica quirúrgica empleada.

Los datos estadísticos se computarizaron en una Dell Pentium 4 y analizados por regla de tres y se expresaron en números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

En la tabla 1 se refleja la relación de la morbilidad, según la variable de la edad, donde el grupo etario de 0-5 años fue el más afectado con 5 casos con un 35,8 % y en el resto de las variables se comporto de manera similar, con 3 casos respectivamente para los grupos de, 6-10, 11-15, y más de 15 años.

Tabla 1. Fisura labio palatina, según grupos etarios.

Grupos etarios (años)	No. Casos	%
0 - 5	5	35.8
6 - 10	3	21.4
11 - 15	3	21.4
Más de 15	3	21.4
Total	14	100

En la tabla 2 se refleja la relación del sexo, con este tipo de malformación, aunque se comporta de igual manera en ambos sexos, 7 casos (50 %).

Tabla 2. Fisura labio palatina, según sexo.

Sexo	No. Casos	%
Masculino	7	50
Femenino	7	50
Total	14	100

Según la clasificación de la OMS encontramos 8 casos (57,2 %) de fisura labial unilateral, seguida por la fisura labial unilateral asociada al paladar en 4 pacientes (28,6 %) (tabla 3).

Tabla 3. Fisura labio palatina, según clasificación de la OMS.

Clasificación	No. Casos	%
Fisura labial unilateral	8	57.2
Fisura labial unilateral asociada a paladar	4	28.6
Fisura labial bilateral	0	-
Fisura labial bilateral asociada a paladar	1	7.2
Total	14	100

De acuerdo con la técnica quirúrgica, la más empleada fue la técnica de Millard en 12 pacientes (85,8 %) (tabla 4)(figura).

Tabla 4. Fisura labio palatina, según técnicas quirúrgicas utilizadas.

Técnicas quirúrgicas	No. Casos	%
Téc. de Millard	12	85.8
Téc. de Tennyson-Randall	2	14.2
Total	14	100

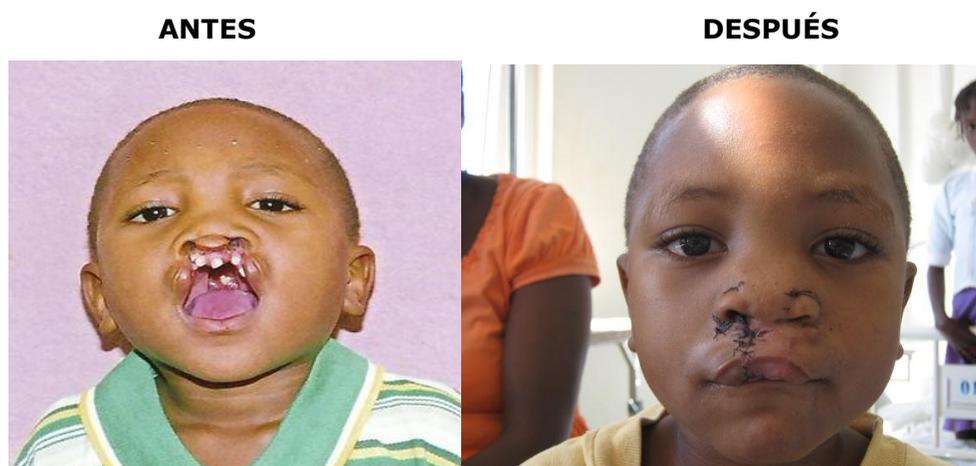


Fig.. Uno de los casos intervenidos antes y después del proceder.

DISCUSIÓN

La mayor parte de la literatura consultada refiere que la mejor atención de estos pacientes se debe realizar a edades tempranas, lo que coincide con los trabajos de Efunkoya et al y Godoy et al. ^{9,10}

La tendencia actual es realizar la corrección quirúrgica, entre los 2 y medios meses de vida, y los 18 años. En el hospital de Malange, Angola encontramos adultos que durante su vida no recibieron los beneficios de la corrección quirúrgica, por no contar en su entorno con las posibilidades de este tipo de tratamiento. La tendencia, internacional muestra una discreta inclinación, al sexo masculino. ²⁻⁵

Los reportes de la literatura señalan a la fisura labial unilateral como la más frecuente lo que coincide con nuestra casuística, así como la técnica quirúrgica más empleada la de Millard, al igual que en nuestra serie. ^{11,12}

CONCLUSIONES

Según la forma de presentación, es más frecuente la afectación del labio con o sin afectación palatina que el paladar exclusivamente el 57,2 % correspondió al labio fisurado aislado (con 8 afectados); 46 % de ambas malformaciones congénitas simultaneas, según el sexo se comportó al 50 % y la técnica quirúrgica de Millard fue la más empleada en 85,12 %; 28.6 % fueron fisuras labiales unilaterales asociadas al

paladar y resultaron rehabilitados estética, funcional y psicosocialmente el 57,2 %; así como parcialmente rehabilitados estética y psicosocialmente el 35.8 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kimura FT, Ascencio del Valle O. Cirugía correctiva de labio hendido. Atlas de cirugía ortognáticamáxilo facial pediátrica. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1995. p. 19-77.
2. Kimura FT, Ascencio del Valle O. Cirugía correctiva de labio hendido. Atlas de cirugía ortognáticamáxilo facial pediátrica. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1995. p. 119-26.
3. Vila MD. Presentación de una nueva clasificación integradora de las malformaciones craneofaciales. Rev Habanera de Ciencias Médicas. 2006; 5(3).
<http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcmv5n3.htm#pdf>.
4. Vila MD, Leyva MT, Alonso FL, Sánchez CE, Lazo MJC. Equipo cubano interdisciplinario de cirugía craneofacial en pediatría. Resultados de un quinquenio. Rev Cubana Estomatol. 2010; 47(1).
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est06110.htm.
5. Vila MD. Alteraciones del desarrollo del cráneo, la cara, la boca y el cuello. En: Santana GJC. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2010. http://Www.Bvs.Sld.Cu/Libros/Atla_Cancerbuc/Indice_P.Htm
6. Parri FJ, Soares-Oliveira M, García AL, Sancho MA, Sarget R, Morales L. Fisura labiopalatina bilateral: experiencia de un centro con abordaje multidisciplinar. CirPediater. 2001; 14:124-6.
7. Garmendia HG. Malformaciones congénitas. En: Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: ECIMED. 2003:355-63.
8. Alarcón Almanza JM. Labio y paladar hendido. Rev Mexicana Anestesiología. 2010; 33(Supl 1):S76-8. <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101r.pdf>

9. Efunkoya AA, Omeji KU, Amole IO, Osunda OD, Akpasa IO. A review of cleft lip and palate management. Experience of a Nigerian Teaching Hospital. Afr J Paediatr Surg [Internet]. 2015; 12 (4): 257-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955466/>.
10. GodoyE, Godoy A, Godoy F, Monasterio L, Suazo A. Manejo del paciente con fisura labio-palatina en Arica. Experiencia de 15 años. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2010 [citado 24 Dic 2016]; 70(2):139-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162010000200008&script=sci_arttext.
11. Bedón Rodríguez M, Villota González LG. Labio y paladar hendido. Tendencias actuales en el manejo exitoso. Arch Med (Col) [Internet]. 2012 [citado 20 Dic 2016]; 12 (1):107-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273824148010.pdf>.
12. Charry I, Aguirre ML, Castaño Castrillón JJ, Gómez BJ, Higuera J, Mateus GL, et al. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil de Manizales (Colombia) 2010. Arch Med (Col) [Internet]. 2012 [citado 20 Dic 2016]; 12 (2):190-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390005.pdf>.

Recibido: 16 de marzo de 2017.

Aprobado: 20 de abril de 2017.

Omar Chávez Ríos. Hospital Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

Email: crios@infomed.sld.cu