



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PERCEPCIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA SOBRE LA
ETIOLOGÍA, MANEJO Y TRATAMIENTO DEL NIÑO
CON LABIO Y PALADAR HENDIDO**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

VIRGINIA TORRES GONZÁLEZ

**DIRECTOR: MTRO. GUSTAVO EDUARDO PARÉS VIDRIO
ASESORA: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO**

MÉXICO D.F

2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A DIOS

POR PERMITIRME SER PARTE DE ESTE MUNDO Y DARME A LA FAMILIA QUE ME DIO.

A MIS PADRES

*POR TODO EL AMOR QUE SIEMPRE ME HAN DADO Y TODOS SUS CONSEJOS,
GRACIAS POR SER MIS PADRES, POR AMARME Y RESPETARME COMO SOY.*

A MIS HERMANOS

*POR SER MIS CONEJILLOS DE INDIAS, POR SU COMPRESIÓN PERO SOBRE TODO
POR SER MI FAMILIA.*

A MARTIN

*DONDE QUIERA QUE TE ENCUENTRES GRACIAS POR HABER ESTADO CONMIGO EL
TIEMPO QUE DIOS TE PRESTO PARA SER MI HERMANO*

A MI ANGEL

DONDE QUIERA QUE ESTES TE AME Y TE SEGUIRE AMANDO

A MARTIN MI ESPOSO

*GRACIAS POR SER MI COMPAÑERO Y ESTAR CONMIGO EN LAS BUENAS Y EN LAS
MALAS, TE AGRADESCO TU APOYO.*

A ANA IVONNE

*NO PODIAS FALTAR TU MI VIDA ERES EL MOTOR QUE LE DA FUERZA A MI
EXISTENCIA, SE QUE TE HE ABANDONADO UN POCO Y QUE NO TE DEDICO EL
TIEMPO QUE YO QUISIERA PERO MI AMOR ERES LO MAS PRECIADO PARA MI
GRACIAS POR ESCOGERME COMO TU MAMA, TE AMO.*

MTRO GUSTAVO EDUARDO PARÉS VIDRIO

POR TODO SU APOYO, TIEMPO Y ORIENTACION QUE ME BRINDO DURANTE LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

MTRA ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO

POR EL TIEMPO QUE ME BRINDO PARA REALIZAR ESTE TRABAJO Y POR SUS CONSEJOS GRACIAS.

A MIS AMIGOS

TODOS Y CADA UNO DE USTEDES POR SER PARTE DE MI VIDA Y SOPORTARME Y QUERERME COMO SOY, POR ENTENDER QUE AUNQUE LEJOS SEGUIMOS SIENDO AMIGOS.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	-6-
2.- ANTECEDENTES	
2.1 Definición	- 8-
2.2 Etiología	- 10-
2.3 Clasificación	-12-
2.4 Síndromes asociados	- 14-
2.5 Características clínicas	-21 -
2.6 Abordaje multidisciplinario	-23-
2.7 Tratamiento quirúrgico	-25-
2.8 Secuencia de procedimientos multidisciplinarios....	-32-
2.9 Tratamiento odontológico	-34-
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 40-
4.- JUSTIFICACIÓN	-41-
5.- OBJETIVOS	-42-
5.1 Objetivo general	-42-
5.2 Objetivos específicos.....	-42-
6.- METODOLOGÍA	-43-
6.1 Material y métodos.....	-43-
6.2 Tipo de estudio	-44-
6.3 Población de estudio y muestra	-45-
6.4 Criterios de inclusión	-45-
6.5 Criterios de exclusión	-45-
6.6 Variables de estudio	-45-
7- RECURSOS	-46-
7.1 Humanos	-46-
7.2 Materiales	-46-
7.3 Financieros	-46-
8.- PLAN DE ANALISIS	-47-

9.- RESULTADOS	.....	-48-
10.- DISCUSIÓN	.....	-50
11.- CONCLUSIONES	.....	-51-
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.....	-52
13.- ANEXOS	.....	-54-

INTRODUCCIÓN

Las deformidades congénitas han afectado al hombre se sabe desde la prehistoria, tal y como lo muestran diversos grabados y figurillas de civilizaciones pasadas; esto es el caso de una grotesca cabeza, que representa a un actor cómico, hallada en las excavaciones del antiguo Corinto. Algunos historiadores consideran que las fisuras datan del año 2000 antes de nuestra era. Las malformaciones congénitas siempre han causado gran consternación familiar y social, tal vez por ello la existencia de estos trastornos ha tratado de ser explicada de acuerdo a los conceptos imperantes en las diferentes épocas y culturas. ^(1, 4,9)

Por orden de importancia las malformaciones en nuestro país son: anencefalia, espina bifida, mielomeningocele, síndrome de Down y, por último labio y paladar hendido. Sin embargo por las estadísticas actuales esta última alteración aumenta en incidencia y se prevé que supere el síndrome de Down. ⁽¹⁾

En México esta alteración se presenta en uno de cada 750 recién nacidos vivos, y según el índice de natalidad del INEGI, cada año hay entre 2 mil 300 y 2 mil 600 pacientes con esta alteración: 25% nace sólo con el labio hendido, 25% con el paladar en esa condición y 50% con ambas partes de la cara afectada. ⁽⁴⁾

Esta malformación se presenta cuando se interrumpe o frena el cierre del labio y paladar durante la formación en la etapa embrionaria. ⁽⁴⁾

Se desconoce la causa que propicia la interrupción del cierre del labio o del paladar. Sin embargo, existen diferentes factores que contribuyen a que esto no ocurra entre ellos los factores ambientales y factores genéticos. ⁽⁴⁾

Es por ello que como cirujanos dentistas nuestro deber es tener todos los conocimientos de este padecimiento desde etiología, manejo y tratamiento Para poder brindarles tratamientos adecuados a este tipo de pacientes.

ANTECEDENTES

2.1 DEFINICIÓN: El labio y paladar hendido, es una malformación congénita que resulta de la fusión incompleta de los procesos nasales, medios, laterales y maxilares del complejo craneofacial en formación. ⁽¹⁾

A lo largo de la historia se han echo muchas descripciones del labio y el paladar hendido, algunas de ellas tan antiguas como las que se encuentran en la obra *Egyptian Mummies* que es incluso anterior al nacimiento de Cristo. En 1866, en Singapur, Khoo Boo Chai describió la primera cirugía para corrección del labio hendido que data del año 39^o a.c. ⁽¹¹⁾

Mientras se encontraba en el poder una dinastía china en la que este tipo de deformidad era muy frecuente. Con el mismo objetivo y durante los siglos VI y VII d.c los hindúes utilizaban una técnica de cauterización que habían copiado de los árabes. En 1556, Pierre Franco describió una intervención para corregir esta deformidad y Ambrosio Pare fue el primero en ilustrar este procedimiento, en el año de 1568. ⁽¹¹⁾

En cuanto a México, en la historia general de las cosas de la Nueva España, fray Bernardino de Sahún describió la relación que los antiguos mexicanos tenían de esta malformación con lo eclipses lunares y solares. ⁽¹¹⁾

El labio y paladar hendido es una de las malformaciones más comunes de cara, se presenta aproximadamente en uno de cada 750 nacimientos. Su incidencia varía de acuerdo a la raza. En Sudamérica la incidencia es de 1 en 800 nacidos vivos, en China de 1 en 600 nacidos vivos, en África 1200 nacidos vivos y en los países de Europa del Norte es de 1 en 1000 nacidos vivos. El sexo masculino se encuentra más afectado. En México, de los 6,

470 nacimientos que se producen al día, 194 bebés vienen con malformaciones congénitas de las cuales 29 presentan el labio y el paladar hendido. ⁽⁴⁾

En los últimos 50 años se ha observado un notorio aumento en la frecuencia de esta malformación, por las siguientes razones según un estudio del IMSS: disminución de la mortalidad infantil postnatal y operatoria, así como el incremento de la fertilidad y de los matrimonios consanguíneos. ⁽⁶⁾

El labio y paladar hendido se desarrolla en la edad temprana del embarazo, entre la sexta semana y la décima semana de vida fetal, durante la sexta y séptima semana, los procesos maxilares del 1er arco branquial crecen hacia adelante para unirse con los procesos nasales laterales y seguir para unirse con los procesos medios, formando el labio superior, el piso de las fosas nasales, y el paladar primario⁽¹⁾(se desarrolla a final de la quinta semana a partir de la porción profunda del segmento intermaxilar. Los procesos palatinos se expanden hacia la línea media y a medida que la cara se ensancha y se alarga, la lengua desciende. Durante la octava o novena semana los procesos palatinos se extienden en sentido medial hasta contactar en la línea media y fundirse desde adelante hacia atrás para crear la separación palatina entre las cavidades nasal y bucal. ⁽⁴⁾

El desarrollo anormal y la falta de proliferación mesodérmica para formar uniones de tejido conectivo a través de las líneas de fusión, se citan como variante embriológicas involucradas en la formación de la hendidura. ⁽¹⁾

2.2 ETIOLOGÍA

El labio y paladar hendido, es una malformación congénita que resulta de la fusión incompleta de los procesos nasales, medios, laterales y maxilares del complejo craneofacial en formación. ⁽⁴⁾ Se han postulado dos teorías que tratan de explicar la formación de las hendiduras faciales:

- La primera, considerada como clásica: propone la existencia de un error en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara y sugiere como mecanismos patogénicos un retardo o restricción de sus movimientos que evitan que estos procesos se pongan en contacto. ^(1,2,11)
- La segunda teoría o de la penetración mesodérmica: fue propuesta inicialmente por Stark; quien sugiere que no existen los extremos libres de los procesos faciales, sino que el centro de la cara está formado por una copa bilamelar de ectodermo, por el interior de la cuál migra el mesodermo, y si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura. Si la migración de estas células no se lleva a cabo, la penetración mesodérmica no ocurre y se produce una hendidura fácil, cuya extensión es inversamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. ^(1,2,11)

La causa exacta no se conoce completamente, sin embargo existen diferentes factores que contribuyen como son:

Factores Ambientales: Los factores ambientales desempeñan un papel contribuyente en el momento crítico de la fusión de las partes del labio y el paladar, estos factores se encuentran, la desnutrición; la deficiencia en la ingesta de vitamina B9 (ácido fólico); el consumo de anti convulsionantes, la

aspirina, el tabaquismo y muchas otras drogas, y otros factores ambientales aumentan la incidencia de hendiduras palatinas.⁽⁴⁾

Factores Hereditarios: Los factores que aumentan las probabilidades genéticas incluyen:

- 1) Embarazos en mujeres mayores de 35 años.
- 2) Factores nutricionales o exceso de vitamina A
- 3) Cuando existen antecedentes familiares (padre o madre)
- 4) Síndromes asociados ligados por genes mutantes no aislados.^(3,4)
- 5) Otros casos están incluidos en síndromes cromosómicos, por ejemplo la trisomía 13, síndrome de Patau o displasia ectodérmica.
- 6) Los teratógenos aparentemente influyen sobre la cantidad de células de la cresta neural que migran hacia los primordios faciales embrionarios.⁽³⁾

2.3 CLASIFICACIÓN

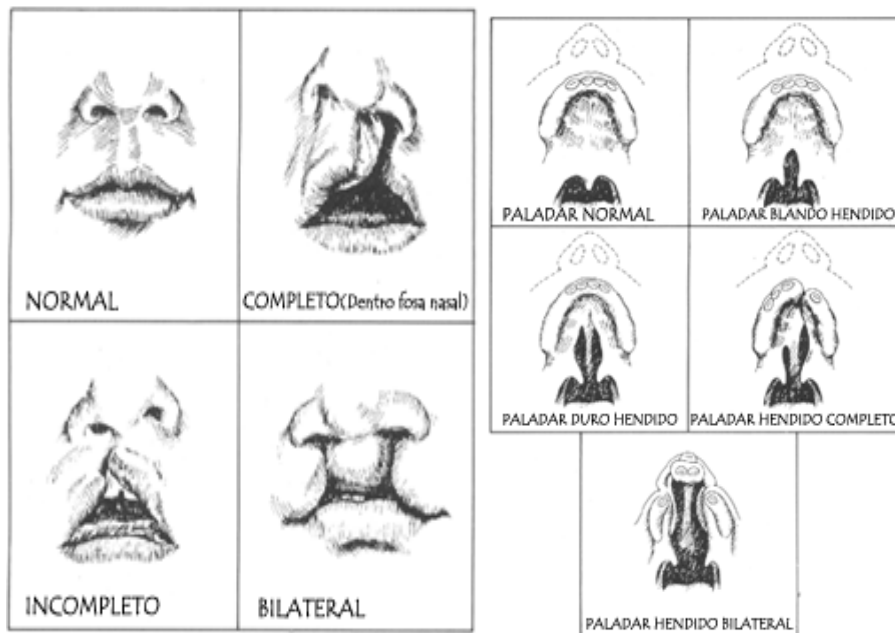
Existen diferentes clasificaciones:

En 1958, Kernahan y Stark propusieron una clasificación de labio y paladar hendido basada en patrones morfológicos y embrionarios.

GRUPO I. Hendiduras del paladar primario, este grupo comprende todas las hendiduras localizadas antes del agujero incisivo es decir, todas las formas y grados de labio hendido, y combinaciones de labio hendido y proceso alveolar hendido.

GRUPO II. Hendiduras en posición posterior al agujero incisivo. Este grupo comprende todos los grados de hendiduras del paladar duro y blando.

GRUPO III. Combinaciones de hendiduras en paladares primarios y secundarios. Este grupo comprende una combinación de los grupos I y II. ⁽²⁾



Fuente: www.sonrieconmigo.com/datos

CLASIFICACIÓN SEGÚN VEAU:

Veau propuso el sistema que con más frecuencia es usado. Este autor clasifico esta malformación por separado primero clasifico las hendiduras de labio:

Clase I- hendidura unilateral en el borde que no se extiende en el labio.

Clase II – hendidura unilateral en el borde y fisura que se extiende al labio pero sin incluir el piso de la nariz. ⁽²⁾

Clase III- hendidura unilateral que se extiende del borde hasta el piso nasal.

Clase IV- toda fisura bilateral del labio, desde completas o incompletas.

Veau dividió las hendiduras palatinas en 4 clases:

Clase I- Involucra solamente el paladar blando. ⁽²⁾

Clase II- Comprende los tejidos palatinos duros y bandos pero no el proceso alveolar.

Clase IV- Abarca el paladar duro y blando y el proceso alveolar de un lado del área premaxilar.

Clase V- involucra el paladar blando y continúa con los alvéolos a ambos lados del pre maxilar. ⁽²⁾

CLASIFICACIÓN DE LABIO.

- 1.- labio hendido cicatrizal
- 2.- Labio hendido simple unilateral y bilateral
- 3.- Labio hendido total uni y bilateral ⁽²⁾



Fuente: www.healthsystem.edu

4.- Formas asimétricas

5.- labio hendido central. ⁽²⁾

2.4 SÍNDROMES ASOCIADOS

SÍNDROME DE HAY WELL. AEC DISPLASIA ECTODÉRMICA DE HAY WELL.

El síndrome de Hay Wells, también conocido como síndrome AEC, forma parte de un grupo de enfermedades raras congénitas de la piel conocidas como displasias ectodérmicas. El nombre de AEC viene del acrónimo inglés formado por Ankylob lepharon, ectodermal defects, cleft lip /palate.

Sus manifestaciones clínicas más comunes son:

- Fisura palatina.
- Labio hendido.
- Hipoplasia maxilar y malar.
- Displasia ectodérmica.
- Anquiloblefaron. ⁽⁸⁾

SÍNDROME DE PATAU. También conocido como trisomía del cromosoma 13 es una enfermedad cromosómica rara caracterizada por la presencia de un cromosoma 13. Clínicamente se caracteriza por:

- Retrazo mental y psicomotor severo.
- Nariz de gran tamaño.
- ojos pequeños.
- Labio y paladar hendido.
- Polidactilia.
- Cardiopatías congénitas. ⁽⁸⁾

SÍNDROME DE ECTRODACTILIA, DISPLASIA ECTODÉRMICA Y PALADAR HENDIDO (EEC).

Es un trastorno hereditario de carácter autonómico dominante, identificada en 1970. Las manifestaciones clínicas más comunes son:

- Displasia ectodérmica.
- Ectrodactilia.
- Labio hendido con o sin paladar hendido. ⁽⁸⁾

SÍNDROME DE RAPP HODGKIN

Es una enfermedad hereditaria extremadamente rara descrita por primera vez en 1968, cuyas manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Anomalías faciales: hendidura del paladar, labio hendido.
- Anomalías oculares: oculares, fotofobia. ⁽⁸⁾

SÍNDROME DE DIGEORGE

Es un trastorno genético con cuadros variables presentes en cada persona que lo padece fue descrito por primera vez en 1960 por el médico endocrinólogo Ángel Di George. Características clínicas:

- hipoparatiroidismo
- hipoplasia
- Defectos cardiacos
- Labio y paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE VAN DER WOUDE

Síndrome autosómico dominante, se caracteriza por la presencia de hoyuelos o fisuras palatinas, hendiduras labiales y palatinas e hipodoncia. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE WAADENBURG

Una genodermatosis asociada con sordera fue descrita en 1951.

Características clínicas:

- prognatismo
- labio y paladar hendido
- Áreas de pigmentación localizadas en brazos y cara. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE ROBERT

Síndrome autosómico recesivo caracterizado por malformación capilar retraso mental y labio y paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME CRI-DU-CHAT

Síndrome del Maullido del gato, se da por delección en el cromosoma numero 5. Sus principales características clínicas son:

- microcefalia
- raíz nasal plana
- paladar hendido
- orejas bajas
- cara de luna. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE WOLF HIRSCHHORN

Sinónimos:

Delección parcial del cromosoma 4, 4p

Delección parcial del brazo corto del cromosoma 4

Monosomía parcial del cromosoma 4, 4p

Es una enfermedad rara del desarrollo, caracterizada por anomalías congénitas múltiples y retraso mental se estima una incidencia de 1 por cada 50 000 recién nacidos. Clínicamente se caracteriza por:

- cara peculiar en forma de “ casco griego”
- microcefalia
- asimetría craneal
- labio y paladar hendido.⁽⁹⁾

SÍNDROME TRISOMIA 8

Sus características clínicas son:

- retardo mental
- espina bifida
- espina deformada , escoliosis
- paladar hendido.⁽⁸⁾

SÍNDROME TRISOMIA 9

Sus características clínicas son:

- retraso mental
- labio y paladar hendido.⁽⁹⁾

SÍNDROME TRISOMIA 18

Poli formativo consecuencia de un trastorno cromosómico debido ala existencia de 3 cromosomas 18. Características clínicas son:

- retraso del crecimiento pre y pos natal
- nacimiento pos termino
- microcefalia
- microf talmía
- paladar ojival

- labio y paladar hendido.⁽⁹⁾

SÍNDROME DEL 18 Q

Síndrome de delección del brazo largo del cromosoma 18.

Sus características clínicas son:

- retardo mental
- microcefalia
- hernia umbilical
- labio y paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE GOLDENHAR

Es un síndrome raro que se evidencia en el nacimiento fue identificado por primera vez por el doctor Goldenhar en 1952, se caracteriza por presentar una amplia gama de síntomas y signos:

- apéndices pre auriculares
- labio y paladar hendido
- asimetría facial debido a hipoplasia del malar, maxilar y de la musculatura facial. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE TROYER

Desorden hereditario que se caracteriza por:

- acrocefalia con una frente alta y una joroba asociada a exoftalmia
- hipertelorismo
- paladar hendido

Este desorden también es conocido como Síndrome de Cross- Mc musik.

SÍNDROME DE PIERRE ROBIN

Características clínicas:

- hipoplasia del maxilar
- paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE CANTRELL

En 1958, Cantrell describió un síndrome caracterizado por sus defectos que incluyen: ectopia cordis, onfacele, disrupción del esternón distal, diafragma anterior y pericardio diafragmático. Además puede presentar:

- Macroftalmia
- Labio y paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE MORNIG GLORY

Es una anomalía congénita del nervio óptico de incidencia muy escasa. Se caracteriza por un disco óptico de tamaño aumentado. También puede asociarse a manifestaciones congénitas del procencefalo y de la línea media labio y paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE TREACHER COLLINS

Afectan principalmente las estructuras en desarrollo del primer arco branquial y en menor grado al segundo arco branquial. Manifestaciones clínicas:

- Hipoplasia del maxilar inferior
- 30% muestran paladar hendido
- Mal oclusión dentaria. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE ROBER

Síndrome autosómico recesivo caracterizado por malformación capilar, retraso mental y labio y paladar hendido. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE CHISTIAN I

Caracterizado por craneosinostosis, hendidura palatina asociada con microcefalia, fisuras palpebrales, úvula bífida. Es autosómico recesivo. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE CHRISTIAN OPITZ.

Síndrome dismórfico, incluye hendiduras labial y palatina, malformaciones del tracto urinario, desórdenes cardiovasculares y retraso mental. ⁽⁹⁾

SÍNDROME DE CROUZON.

Desorden hereditario que se caracteriza por acrocefalia, la nariz tiene pico de loro, se observa prognatismo y paladar hendido. ⁽⁸⁾

SÍNDROME DE APERT.

Conjunto de malformaciones craneofaciales ocasionadas por una craneosinostosis prematura usualmente de la sutura coronal, orbitas hundidas, fisuras palpebrales, maxilar hipoplásico y paladar hendido. ⁽⁹⁾

2.5 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las características clínicas son visibles al nacimiento pueden variar el grado de deformación tras la inspección de la boca y los labios, puede notarse la anomalía y se observa si es unilateral o bilateral, completa o incompleta. ⁽¹⁾



Fuente: www.sonrieconmigo.com.mx

COMPLICACIONES ASOCIADAS:

Además de la anomalía estética existen otras complicaciones, entre ellas:

° Dificultades en la alimentación.

La alimentación resulta más difícil con las anomalías del paladar hendido, generalmente el paladar no está formado completamente. ⁽⁶⁾

° Infecciones del oído y pérdida auditiva.

Las infecciones de oído se deben a menudo a una disfunción del oído que conecta el oído medio y la garganta. Las infecciones recurrentes pueden producir una pérdida auditiva. ⁽⁵⁾

° Retardo del habla y del lenguaje.

La función muscular puede verse reducida a causa y del labio, lo que origina un retardo en el habla o habla anormal. ⁽⁵⁾

° Problemas odontológicos.

Como resultado de las anomalías, es posible que lo general requiera diferentes tratamientos desde un obturador de paladar, eliminación de caries hasta ortodoncia. ^(2, 5, 6)

° Problemas de socialización.

Los niños con este padecimiento no se relacionan con las demás personas tan fácilmente. ⁽⁵⁾

° Comportamiento y autoestima.

Emocionalmente se sienten heridos en su imagen corporal, se sienten rechazados, suelen ser inseguros, a desconfiar de la gente y suelen comportarse agresivos. ⁽⁶⁾

2.6 ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.

Para la atención de este padecimiento es necesario contar con un grupo de profesionales que llevaran a cabo un buen tratamiento.

Entre los miembros de este grupo multidisciplinario están:

° Cirujano plástico/ craneofacial. El papel de este profesional comienza habitualmente con una determinación de la cronología y metodología para el cierre de las hendiduras tanto labial como palatina. ⁽⁴⁾

° Pediatra. Controlara y coordinara el crecimiento del niño. Este especialista efectúa la evaluación física completa del paciente y ayuda a establecer su estado fisiológico. También presta gran atención al crecimiento y desarrollo del paciente. ⁽⁵⁾

° Odontopediatra. Es el responsable por el apoyo odontológico general del paciente. Deberá discutir con los padres del paciente los problemas dentales asociados a las hendiduras. ⁽⁵⁾

° Ortodoncista. Tiene un papel clave en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes al obtener los registros necesarios, estos registros incluyen radiografías céfalo métricas y modelos de estudio y fotografías diagnosticas. El análisis de estos registros permiten al ortodoncista describir y cuantificar las deformidades del esqueleto facial y de los tejidos blandos. ⁽⁵⁾

· Protesista maxilofacial. Reemplaza, restaura, o rehabilita las estructuras oro- faciales que puedan faltar o estar deformadas genéticamente. Este especialista tiene especial vinculación con la cavidad oral al fabricar aparatos

de prótesis para rehabilitar la masticación, la deglución, la fonación y la estética bucal. ⁽⁶⁾

° Terapeuta del habla y del lenguaje. Profesional que realizara una evaluación integral del habla de estos pacientes, para identificar sus capacidades de comunicación y lo supervisara durante todas las etapas de su desarrollo. ⁽⁶⁾

° Otorrinolaringólogo (especialistas de garganta, nariz y oído). Médico que asistirá en la evaluación y control de las infecciones de oído y de la pérdida auditiva que puedan ser efectos secundarios de la anomalía. ⁽⁶⁾

° Asesor genético. Profesional que revisara la historia médica y familiar, aconseja a la familia acerca del riesgo de recurrencia en futuros embarazos. Examina al paciente en busca de características de síndromes asociados con labio y paladar hendido. ⁽⁶⁾

° Apoyo psicológico. Profesional que proporciona guía y consejo a la familia en cuanto aspecto emocional y social de la anomalía del labio y paladar hendido, y ayuda ala familia mediante derivaciones y recursos de la comunidad (grupos de apoyo). ⁽⁶⁾

2.7 TRATAMIENTO

CORRECCIÓN QUIRURGICA DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO.

El primer caso reportado fue realizado en el año 390 a. C por un médico Chino desconocido. El gran auge vino a finales del s. XIX con los aportes de LeMesurier, Tennison y millar, este último diseñó la técnica más comúnmente usada en la reparación de fisura unilateral. Hace aproximadamente doscientos años comenzó el tratamiento quirúrgico del paladar fisurado, el cual ha venido mejorando hasta nuestros días. ⁽¹⁾

En 1826 Dieffenbach en Alemania, describió y utilizó un colgajo de doble pedículo, cada uno irrigado por las arterias palatina anterior y posterior de cada lado. ⁽¹⁾

En 1861 Von Langenbeck utilizó también el periostio en el colgajo para obtener mejor irrigación, consiguiendo mejores resultados. ⁽¹⁾

Los procedimientos quirúrgicos para la corrección de la fisura labial y del paladar hendido son siempre procedimientos electivos. ⁽¹⁾

Los principios fundamentales de procedimientos quirúrgicos consisten en volver a colocar y suturar las secciones hendidas. ⁽²⁾

La evaluación pediátrica general tiene como objetivo que el niño esté en óptimo estado físico previo a la cirugía. La operación del labio hendido se realiza generalmente entre las tres semanas y los tres meses de edad. Para llevar a cabo este tipo de cirugía existen varias técnicas. La elección del método será dictada por la experiencia del cirujano con las diversas técnicas y por las condiciones morfológicas de la hendidura. La fisura del labio

superior comprende la pérdida del importante complejo muscular del orbicular de los labios. ⁽¹⁰⁾

En todas las fisuras importantes del labio existe un defecto en la narina, que varía desde una leve asimetría hasta la ausencia del piso de las coanas y una grave deformación del cartílago del ala de la nariz y del tabique. La corrección del labio fisurado se preocupa por lograr un labio simétrico y bien contorneado, con preservación de todos los reparos funcionales y mínimo tejido cicatricial en el resultado. ⁽¹⁰⁾

Se debe diseñar una técnica adecuada que evite en lo posible la contracción cicatrizal lineal, por las incisiones anguladas y la sutura en varios planos con mínimo traumatismo. ⁽¹⁾

Existen diferentes técnicas usadas actualmente para la reparación de este defecto:

TÉCNICA DE ROTACIÓN DE AVANCE DE MILLARD

Esta técnica se utiliza en las hendiduras incompletas o completas con buena longitud y sin deformidad del ala nasal. Esta técnica proporciona un resultado estético satisfactorio, puesto que la incisión labial sigue el contorno del margen del filtrum lo que disimula la cicatriz y el colgajo triangular superior al rotar y avanzarlo lateralmente, mejora el contorno del ala de la nariz y evita la retracción lineal. ⁽¹⁰⁾

TÉCNICA DE COLGAJO TRIANGULAR DE TENNYSON/ RANDALL MODIFICADA

Se recomienda en hendiduras completas más amplias, esta técnica fue descrita por Tensión y Randall y modificada por Hernández y Verdeja en 1964, ofrece un cierre adecuado del defecto, ya que al medir las estructuras sanas, así como la deformada, se logra compensar la insuficiencia vertical del labio afectado, hasta lograr la medida correcta y exacta del labio sano. ⁽¹⁰⁾

TÉCNICA DEL COLGAJO CUADRANGULAR DE LE MESURIER

Esta técnica se recomienda para hendiduras completas con deformidad alveolar, maxila y del ala nasal, este tipo de colgajo permite una mejor irrigación así como mejor soporte de las posibles tensiones del postoperatorio y el riesgo de necrosis es muy reducido. ⁽¹⁰⁾

TÉCNICA DE QUEILOPLASTIA BILATERAL DE VERDEJA

Esta técnica se emplea primordialmente en las hendiduras completas bilaterales con pro labio simétrico y con deficiencia vertical, esta técnica emplea colgajos triangulares, permite la elongación correcta del pro- labio y su armonía con las posiciones laterales labiales. ⁽¹⁰⁾

TÉCNICA DE CORRECCIÓN DE ASENSIO

Esta técnica se utiliza en las hendiduras unilaterales y en hendiduras bilaterales. ⁽¹⁰⁾

TÉCNICA DE VEAU III O CIERRE EN LÍNEA RECTA

Para hendiduras labiales bilaterales:

Método más simple y más frecuente usado (método de un tiempo); ofrece buenos resultados salvo en pro labio pequeño, en el cuál tiene mejor resultado el método de Miljard para fisuras bilaterales incompletas. Se realiza un cierre directo del pro labio y los procesos labiales laterales, utilizando dos

colgajos mucosos laterales que se cruzan para formar el bermellón central, y se cierra la fisura palatina primaria con colgajos vomerianos.⁽¹⁰⁾

MÉTODO DE BARSKY (1950) O VEAU II (1931)

De interés histórico, también se basa en el cierre directo, recuerda a la técnica de LeMesurier cerrándose en la línea medía los colgajos laterales, se encuentra en desuso.⁽¹⁰⁾

COLGAJO DE ABBÉ PRIMARIO

Actualmente sólo se utiliza secundariamente para labios tensos. Se empleó primariamente para cerrar hendiduras bilaterales amplias al mes de edad, y como suplemento de la técnica de Barsky para eliminar tensión.⁽⁵⁾

CORRECCIÓN QUIRURGICA DEL PALADAR HENDIDO.

La edad optima del paciente en que intentar la operación de cerrar el paladar esta sujeta a cierta controversia. Sin embargo la mayoría de los cirujanos prefieren realizar esta operación cuando el paciente tiene de 18 a 24 meses de edad.⁽⁵⁾

La función palatina es necesaria para la fonación y la deglución normales. El paladar duro forma la división entre las cavidades bucal y nasal, mientras que el blando funciona junto con la pared faríngea. En la fonación normal esta acción valvular es intermitente, rápida y variable, para efectuar los sonidos normales y las presiones desviando corrientes de aire con sus ondas sonoras hacia afuera de la boca. Sin la acción valvular, la fonación es hipernasal y la deglución será difícil.⁽⁵⁾

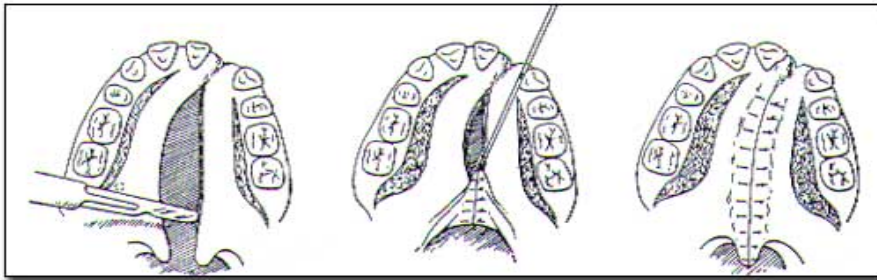
La corrección quirúrgica del paladar tiene como fin, restaurar la función palatina para la función de la fonación, la masticación y la deglución normal,

y realizar esta restauración con mínimas perturbaciones del crecimiento y desarrollo del maxilar superior. ⁽¹⁰⁾

DIFERENTES TÉCNICAS:

La técnica de Von Langenbeck se puede hacer en dos tiempos; primero, desprendiendo los colgajos mucoperiosticos y se movilizan hacia la línea media para hacer el cierre, practicándose incisiones laterales de relajación que cicatrizan rápidamente por segunda intención. ⁽⁵⁾

En el segundo tiempo se hace el cierre del paladar blando, se practican incisiones para separar la mucosa nasal y exponer la capa muscular. A continuación, se hacen las incisiones laterales de relajación, se cierra la mucosa nasal y se fractura el gancho de la apófisis pterigoides para movilizar el tendón del periostafilino externo. Luego se procede a hacer el cierre de la mucosa nasal, capa muscular y mucosa bucal. ⁽⁵⁾

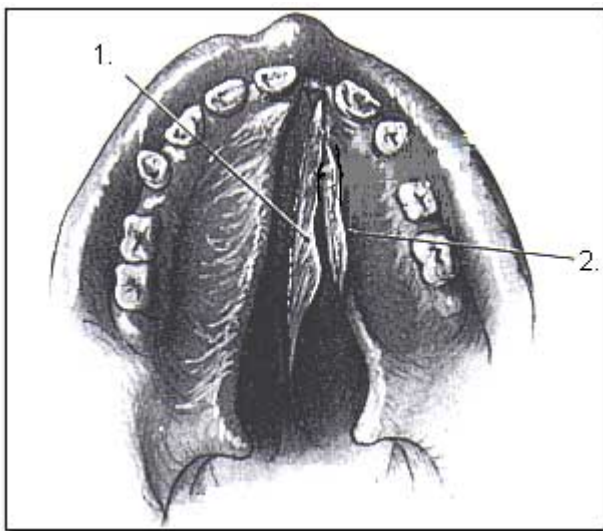


Fuente: www.heathsystem.edu

TÉCNICA DE DORRANCE

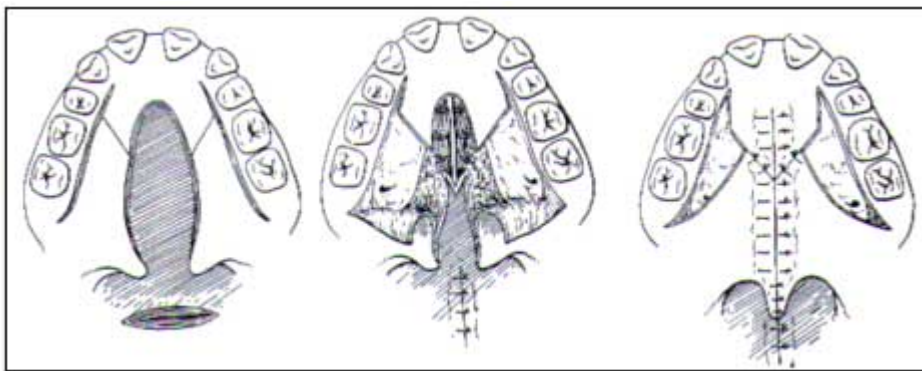
TÉCNICA DE WARDILL

TÉCNICA DE COLGAJO DE VOMER



Fuente: Cirugía maxilofacial. Kruger Gustavo.

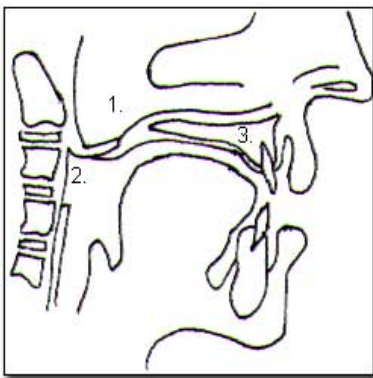
TÉCNICA MODIFICADA DE WARDILL



Fuente: www.nlm.nih.gov

Kemper hizo una modificación en la técnica de Wardill, la cual consiste en extirpar un pequeño trozo del borde óseo posterior, por detrás de los vasos palatinos que permite a las inserciones musculares ir hacia atrás. ⁽¹⁰⁾

En pacientes que no han mostrado mejoría, después de ser evaluados por un foniatra o terapeuta de lenguaje que determine la incapacidad del paladar blando con respecto a su longitud y contractilidad, se les puede ayudar con una técnica que consiste en unir un colgajo de la pared faríngea posterior al paladar blando, para tirar de éste hacia arriba y atrás y así producir el cierre velo faríngeo. ⁽¹⁰⁾



Fuente: www.nlm.nih.gov

Figura. Paladar blando, colgajo de mucosa faríngea de base superior, paladar óseo.

2.8 SECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS MULTIDISCIPLINARIOS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

El tratamiento se divide en cuatro estadios que generalmente se corresponden con los estadios del desarrollo dental del niño.

ESTADIO I (estadio ortopédico de los maxilares desde el nacimiento hasta los 18 meses)

El tratamiento del paciente con labio y paladar hendido comienza con la atención inmediata del recién nacido. A menudo se asocian problemas de alimentación con el bebé, haciendo difícil mantener una nutrición adecuada. Estos problemas incluyen insuficiente succión como para sacar leche del pezón, entrada excesiva de aire durante la alimentación, sofocamiento, descarga nasal y tiempo excesivo para la alimentación. ⁽⁵⁾

Muchos autores desde la década de los años 50 han propuesto diversos aparatos protésicos para el tratamiento de los niños nacidos con labio y paladar hendido. Una de estas prótesis es un obturador intra oral que beneficiara al niño para efectuar una óptima succión, reduciendo la incidencia en las dificultades en la alimentación de los bebés. Este tipo de prótesis también ofrece estabilidad del paladar evitando el colapso después de la queiloplastia. ⁽⁵⁾

ESTADIO II (estadio de la dentición temporaria: desde los 18 meses hasta los 5 años de edad)

El tratamiento durante esta fase del desarrollo dental se centra inicialmente en el establecimiento y mantenimiento de una higiene oral óptima. Se

instituye una higiene oral diaria meticulosa para el niño, destacando la ayuda de los padres para reducir la posibilidad de desarrollo de caries. Este régimen preventivo se continúa durante todas las etapas siguientes para el tratamiento del paciente con labio y paladar hendido. ⁽⁵⁾

ESTADIO III (estadio de dentición temporaria tardía o de dentición mixta: 6 a 10 u 11 años)

Muchos problemas hallados en este estadio de desarrollo dental surgen por la erupción ectópica de los incisivos centrales y laterales permanentes o por mordidas cruzadas de los segmentos dentales posteriores. En consecuencia, el tratamiento durante esta fase se concentra en la corrección de la oclusión traumática en desarrollo y la alineación del segmento posterior. La corrección interceptiva de una oclusión traumática es esencial para evitar la destrucción del esmalte en la dentición comprometida. ⁽⁵⁾

ESTADIO IV (estadio de dentición permanente: de los 12 a los 18 años)

La mayoría de las personas con labio y paladar hendido requieren cierto grado de manejo ortodóncico y pueden ser tratadas de manera convencional. El tratamiento durante el desarrollo dental se concentra en el manejo integral, ortodóncico o quirúrgico, de la dentición permanente. ⁽⁵⁾

2.9 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

La presencia de hendiduras en el labio, en el paladar o en ambos en recién nacidos puede hacer surgir diversos problemas dentales. Muchos odontólogos se muestran aprensivos en aceptar como pacientes a niños ya adultos con estas deformaciones congénitas. Esta aprensión posiblemente se funda en la tendencia que existe a calificar a estos individuos como pacientes problema, y no darse cuenta que las personas nacidas con labio y paladar hendido son seres humanos con ciertos problemas dentales especiales. ⁽⁵⁾

Le extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente, y por lo regular está dictada por la gravedad de la deformación original. ⁽²⁾

En algunos casos el odontólogo puede verse participando en un proceso de habilitación inmediatamente del nacimiento del paciente. El odontólogo puede ser llamado para confeccionar un instrumento semejante a una base de dentadura superior. Ya que lo que más preocupa a los padres con un bebe con labio y paladar hendido es lograr una buena alimentación y esta es una preocupación también para los especialistas.

Este aparato sirve para dos propósitos: 1) facilita la alimentación del bebe y 2) evita la caída del maxilar. ⁽²⁾



Fuente: www.medlineplus/spanish



Fuente: www.familydoctor.org

Técnica de moldeo de paladar con extensión nasal. Técnica descrita y desarrollada por los doctores Barry Grayson y Court Cutting.

Hoy en día se puede alimentar al bebe mediante diferentes técnicas; y utilizando diferentes tipos de biberones que ahora existen en el mercado que pueden ayudar en la alimentación del bebe con labio y paladar hendido como son:

° Tetina Nuk.



Fuente: www.healthsystem.virginia.edu

° Mead Johnson Nurser.



Fuente: www.healthsystem.edu

° Haberman Feeder



° Jeringuillas. ⁽⁴⁾

Fuente: www.healthsystem.virginia.edu

Algunos pacientes, como los nacidos con solo hendidura de paladar blando, pueden necesitar únicamente los cuidados dentales ordinarios prestados a todos los pacientes. ⁽²⁾ La atención odontológica preventiva es extremadamente importante en el paciente hendido. La oclusión dental intacta es el fundamento alrededor del cuál se hará el futuro tratamiento ortodóncico, por esa razón la salud dental óptima es esencial para la habilitación total del paciente. Son obligatorios la profilaxis y el tratamiento con fluoruros. Debe hacerse la derivación para odontología preventiva durante el primer año de vida. Los padres y el paciente deben ser instruidos en las técnicas higiénicas correctas, especialmente alrededor de la hendidura. ⁽²⁾

Se harán rutinariamente informes periódicos por parte del equipo multidisciplinario al odontólogo de atención primaria del niño, en especial durante los períodos de tratamiento ortodóncico o quirúrgico. ⁽²⁾

Como regla general, se hace la visita inicial al dentista cuando el paciente tiene de 2 a 3 años. En las primeras visitas deberá examinarse al niño, administrarle ligera profilaxis, y permitirle familiarizarse con el odontólogo y su medio. Por la forma del paladar tratado quirúrgicamente, pueden presentarse dificultades al tomar radiografías, sin embargo, es esencial obtener estas ayudas para el diagnóstico, a aproximadamente cuatro años de edad, para detectar caries dientes supernumerarios ausentes congénitamente, o piezas deformadas. ⁽²⁾

Las preparaciones de cavidades en pacientes con hendidura palatina, labial o ambas cosas los tratamientos no difieren de los realizados en pacientes sin este padecimiento. ⁽²⁾ Deberá emplearse anestesia tópica y local en caso que lo requieran. Muchos de estos niños respiran por la boca, por desviaciones del tabique nasal, en estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al interferir, durante los procedimientos operatorios, en su respiración bucal. El odontólogo deberá superar este problema brindándole seguridad al paciente, limitando el uso del dique de hule y de los rollos de algodón. ⁽²⁾

Los pacientes con labio hendido, paladar hendido, o ambas cosas, frecuentemente presentan dientes natales o neonatales, generalmente los incisivos centrales superiores. También se presentan dientes supernumerarios en la dentición primaria y permanente. En la dentición primaria, se permite que estos órganos dentarios hagan su exfoliación de manera natural, o puede hacerse la extracción después de la pérdida de dientes adyacentes. ⁽⁵⁾

Fuente: www.google.com.mx



En aproximadamente 50 por 100 de pacientes de hendiduras labiales o palatinas, o ambas, se observan ausencia congénita de dientes.

Los órganos dentarios ausentes del área anterior deberán ser reemplazados, principalmente por razones estéticas. En estos pacientes también se observaba a menudo hipoplasia del esmalte, este defecto ocurre con mayor frecuencia en los incisivos permanentes centrales y laterales. Cuando sea posible, deberán restaurarse estos dientes, incluso si esto requiere colocar coronas de acero inoxidable. Es de vital importancia preservarlos para emplearlos como base para coronas individuales o puentes dentales. ⁽²⁾

En la dentición permanente, los premolares del lado de la hendidura palatina completa pueden erupcionar por palatino. ⁽⁵⁾ Los dientes permanentes que erupcionan junto a una fisura o hendidura usualmente tienen una deficiencia ósea alrededor de las superficies radiculares. Estos son susceptibles de perderse prematuramente. ⁽²⁾

A veces se requieren aparatos protésicos especiales para lograr una rehabilitación óptima en estos pacientes, pueden necesitarse estos aparatos para mejorar el lenguaje del paciente, su aspecto estético. La mayoría de los odontólogos pueden lograr con éxito mejorar piezas individuales, y ala substitución de las piezas individuales, y ala substitución de las piezas ausentes con la confección de coronas o puentes dentales.⁽²⁾

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México la falta de información acerca de malformaciones como el labio y paladar hendido, tanto el cirujano dentista como de la comunidad en general, ocasiona que este tipo de pacientes, no tengan una adecuada orientación para tener un tratamiento oportuno y adecuado, generando en ellos frustración, problemas de conducta (auto estima baja), socialización inadecuada, repercutiendo todo esto en su núcleo familiar.

Por otro lado existen pocas instituciones que manejen este tipo de pacientes desde el punto de vista multidisciplinario, por esto es necesario promover en la comunidad odontológica una información adecuada para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico en este tipo de pacientes.

4.- JUSTIFICACIÓN.

En México esta alteración se presenta en uno de cada 750 recién nacidos vivos y según el índice de natalidad del INEGI cada año hay entre 2 300 y 2 600 pacientes con esta alteración, es por ello que dar a conocer la información adecuada sobre este padecimiento es importante para toda la población y para la comunidad odontológica, ya que existen una serie de creencias y mitos sobre este trastorno, así como una falta de información adecuada en cuanto a su tratamiento y seguimiento.

5.- OBJETIVOS

5.1- OBJETIVO GENERAL.

Determinar la percepción y los conocimientos que tiene el cirujano dentista en relación a la etiología, manejo y tratamiento del niño con labio y paladar hendido.

5.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Identificar los conocimientos que tiene la comunidad odontológica acerca del padecimiento.
- 2.- Determinar si existen diferencias estadísticas significativas entre los valores de conocimientos y percepción.

- 2.- Difundir la información adecuada y pertinente del padecimiento.

6.- METODOLOGÍA.

Se diseñaron encuestas con la técnica de las escala de Likert que es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se disponen en la investigación social.

Este instrumento consta de alternativas o puntos:

Muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo.

Se utilizo esta alternativa. Se realizaron reactivos con Información básica sobre el padecimiento.

Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada afirmación.

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizo con la participación de 100 alumnos que se encuentran inscritos en los diversos seminarios de titulación que la facultad de Odontología tiene como opción para titularse.

A cada uno de ellos se le aplicó una encuesta conformada con 21 reactivos (de los cuales 9 fueron de percepción y 12 de conocimientos), para determinar su percepción y conocimientos sobre la etiología, manejo y tratamiento del niño con labio y paladar hendido; los reactivos se diseñaron con base ala escala de Likert que se caracteriza por ser una escala de medición aditiva que se conforma de un conjunto de reactivos presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales el encuestado tiene que

elegir una de las opciones que se presentan como posibles respuestas. Cada respuesta tiene un puntaje predeterminado.

Cada uno de los 21 reactivos constó de cinco opciones para responder, ***muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo.***

A cada opción se le dio un valor cuando exponía una idea positiva, así que: ***muy de acuerdo*** se calificó con cinco puntos, ***de acuerdo***, con cuatro puntos, ***ni de acuerdo ni en desacuerdo***, con dos puntos y ***en desacuerdo***, con un punto y ***muy en desacuerdo 0 puntos*** (9 reactivos miden percepción y 12 miden conocimientos)

Se les indicó a los encuestados que contestaran según su percepción y conocimientos acerca del padecimiento, y que siguieran las instrucciones especificadas en la parte posterior del formato.

Se les indicó que dentro del paréntesis anotaran la opción que según su juicio y experiencia fuera la correcta.

6.2- TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo.

6.3- POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

- 100 alumnos inscritos en los diferentes seminarios de titulación de la facultad de odontología.

6.4- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos inscritos en algún seminario de titulación.
- Alumnos que estuvieron dispuestos a contestar la encuesta.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que no estuvieron dispuestos a contestar la encuesta.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

PERCEPCIÓN: La percepción es la función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar información proveniente de su entorno.

CONOCIMIENTO: Es un conjunto de hechos o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón.

7.- RECURSOS

7.1 HUMANOS

- Un tutor
- Un asesor
- Una tesista

7.2 MATERIALES

- 100 Juegos de encuestas de medición de la percepción y conocimientos sobre labio y paladar hendido.
- 20 plumas

7.3 FINANCIEROS

- Corrieron a cargo de la tesista

8.- PLAN DE ANALISIS

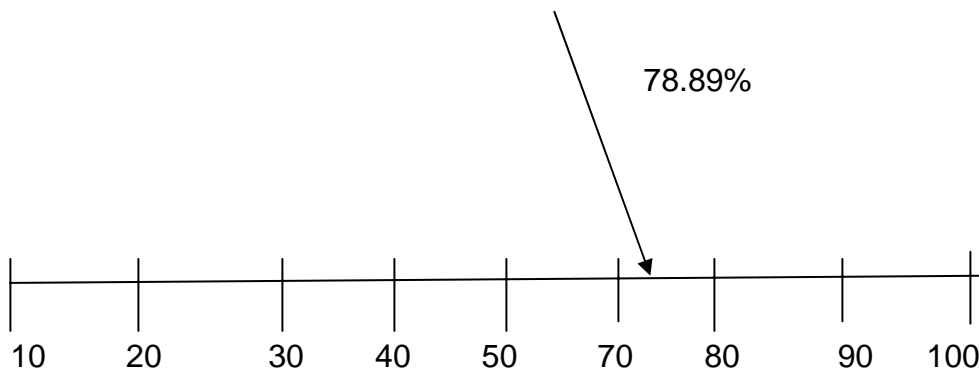
La información asentada en las encuestas se analizará con el programa SPSS. V13 y la información se presentará en términos de distribución promedio y se utilizara la prueba T Student para determinar si existen diferencias estadísticas significativas entre los valores de conocimientos y percepción.

9.- RESULTADOS

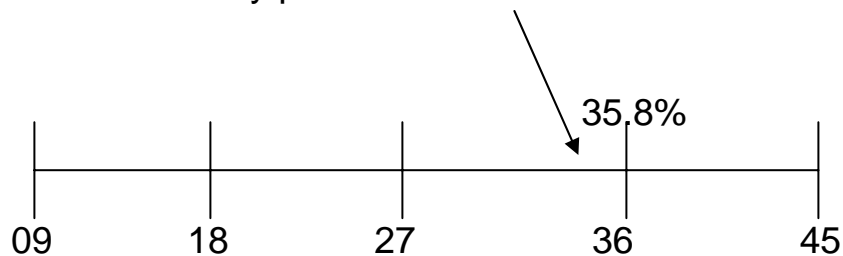
Grafica 1.- Muestra el porcentaje total de los encuestados en base a la puntuación que cada uno de ellos tuvo en relación a la encuesta de percepción y conocimientos sobre la etiología, manejo y tratamiento del paciente con labio y paladar hendido.

100 encuestados, 21 reactivos.

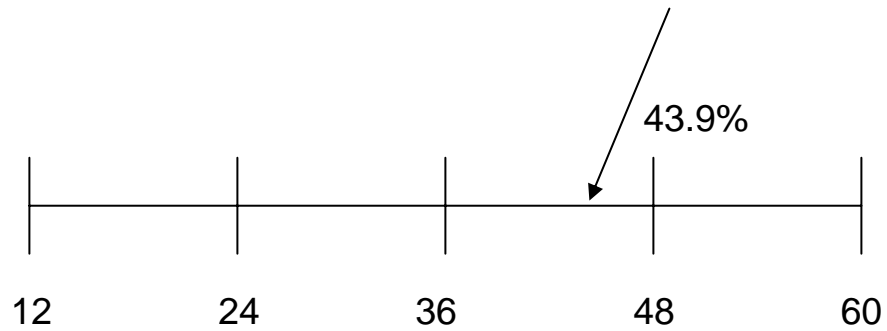
$X = 78.89\%$



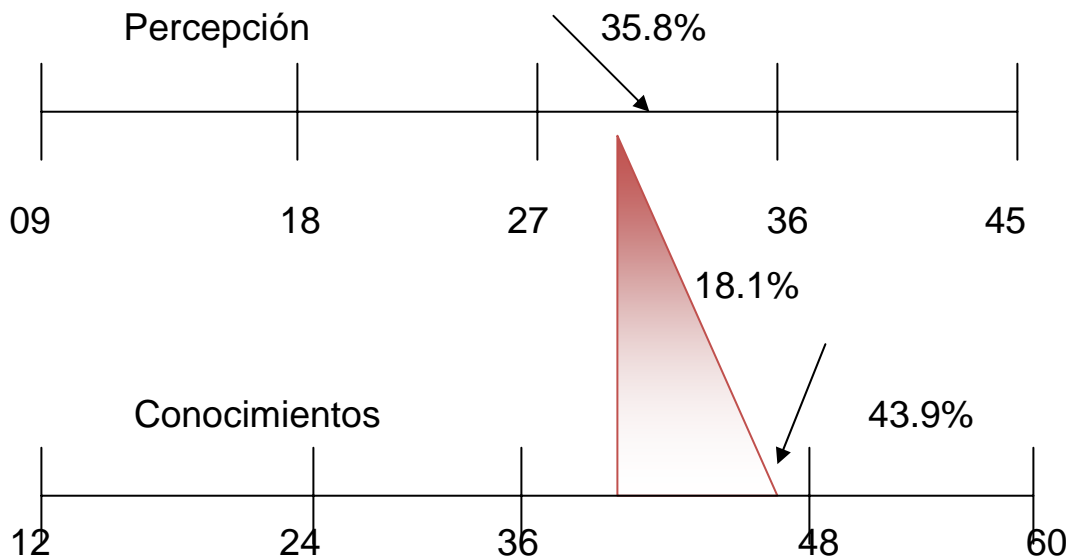
Grafica 2. Se observa el puntaje que se obtuvo en relación a la percepción del cirujano dentista sobre la etiología y manejo del paciente con labio y paladar hendido.



Grafica 3. Se observa el puntaje que se obtuvo en relación a los conocimientos del cirujano dentista sobre la etiología, manejo y tratamiento del paciente con labio y paladar hendido.



Grafica 4. Muestra la diferencia estadística que tuvieron los encuestados.



10.- DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio determinan que los cirujanos dentistas encuestados tienen una percepción inadecuada en relación a la etiología y al manejo de pacientes con labio y paladar hendido ya que obtuvieron un promedio de 35.8% de puntaje que indica poca claridad en cuanto a este tipo de padecimiento, ya que en los reactivos de percepción se plantean conceptos populares sin argumentos científicos sobre la probable etiología y manejo de pacientes que han padecido este tipo de trastorno.

Por otro lado los resultados de los 12 reactivos que evaluaron conocimientos, nos indican un promedio de 43.9% lo que también describe una falta adecuada de contenidos teóricos sobre la etiología, manejo y tratamiento del paciente con labio y paladar hendido.

Todo esto indica la necesidad de reforzar en el perfil profesional del cirujano dentista, los contenidos temáticos sobre labio y paladar hendido a lo largo de su formación profesional, y difundir a nivel de la comunidad información pertinente y oportuna sobre este padecimiento.

11.- CONCLUSIONES

1.- Los resultados indican que los conocimientos de los cirujanos dentistas encuestados son inadecuados en relación al paciente con labio y paladar hendido.

2.- Por otro lado la percepción de los mismos fue inadecuada, aun cuando se colocaron en los reactivos conceptos populares sin argumentos científicos.

3.- Es necesario reforzar los conocimientos sobre este trastorno, en los contenidos temáticos de los planes y programas de estudio, de las escuelas y facultades de odontología, así como difundir programas a la comunidad relacionados a este tipo de padecimientos.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Kruger, Gustavo, Cirugía Buco maxilofacial: Editorial, Médica Panamericana, Capitulo 21.

2.- Sidney B. Finn, Odontología Pediátrica, Nueva Editorial Interamericana, 4ª Edición, Pág. 492-501.

3.- L. Moore, Keith, Embriología Clínica, Editorial Interamericana, 4ª Edición, Pág. 215-23.

4.-[http://www.bbmundo.com/acido fólico como prevención del labio y paladar hendido.](http://www.bbmundo.com/acido_folico_como_prevenccion_del_labio_y_paladar_hendido)

5.- E, Mc Donald Ralph, Odontología Pediátrica y del Adolescente, 5ª Edición, Editorial Médica Panamericana. Cap. 29.

6.-[http://www.familydoctor.org/¿Qué es el labio y paladar hendido?](http://www.familydoctor.org/)

7.- G, Shafer William, Tratado de Patología.5ª Edición Pág.234

8.- [http://www.scielo.org/ ¿Qué es el labio y paladar hendido?](http://www.scielo.org/)

9.- J, Gorlin, Robert, Syndromes of the Head and Neck, Third Edition, Oxford University Press, 1990. Pág.40-95, 719-73

10.-Kimura, Fujikam Takao, Atlas de Cirugía Ortognatica Maxilofacial Pediátrica,1ª Edición 1995, Actualidades Médicas Odontológicas Latinoamericanaje , C.A. Pág 67- 94, 119-132

11.- E, Ring Malvin, Historia Ilustrada de la Odontología, Mesby/ Doyma Libros 1995, Pág. 19, 81,193, 302.

ANEXOS

ENCUESTA DE MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL LABIO Y PALADAR HENDIDO.

Los siguientes enunciados expresan situaciones a las que el cirujano dentista se enfrenta cuando debe atender aun niño con labio y paladar hendido, por lo que le pido que por favor anote dentro del paréntesis el inciso de la opción que considere correcta de acuerdo a sus propias experiencias, conocimientos o juicios en cada uno de los enunciados.

() 1. - El labio y paladar hendido es una malformación ocasionada por la falta de cierre de los procesos nasales y maxilares del complejo cráneo facial

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 2. -El labio y paladar hendido es una malformación congénita

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 3. -El labio y paladar hendido se presenta entre la sexta y séptima semana de vida intrauterina

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 4. -El tabaquismo ocasiona el labio y paladar hendido

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 5. -El alcoholismo ocasiona el labio y paladar hendido

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 6 – El labio y paladar hendido es un trastorno del nacimiento que se puede prevenir

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 7 – El ácido fólico es una vitamina que previene el labio y paladar hendido

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo.

e) muy en desacuerdo

() 8.- El labio y paladar hendido es un trastorno ocasionado por un castigo divino, mal de ojo, por eclipse lunar

- a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 9.- El abordaje del paciente con labio y paladar hendido debe ser multidisciplinario

- a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 10. - El pediatra es el primer profesional en atender al paciente con labio y paladar hendido

- a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 11.-El cirujano plástico es el segundo profesional del equipo de salud en atender al paciente con labio y paladar hendido

- a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 12.- La cirugía de labio deberá realizarse en los primeros tres meses de vida

- a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 13 -El labio y paladar hendido se clasifica según la zona anatómica afectada en tres grupos

- a)Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 14.- Existen más de tres combinaciones de hendiduras en paladar primario y secundario de la clasificación

- a)Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 15.- La cirugía de paladar debe realizarse entre los 18 y los 24 meses de edad

- a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo
e) muy en desacuerdo

() 16. -El cirujano dentista debe participar después del nacimiento en el proceso de rehabilitación

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 17.- El foniatra, psicólogo, odontopediatra y ortodoncista son otros especialistas que deben participar en el tratamiento de pacientes con labio y paladar hendido

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 18.- Otros profesionales que deben incluirse en el tratamiento de pacientes con labio y paladar hendido son el genetista y el otorrinolaringólogo

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 19.- Los pacientes con labio y paladar hendido presentan frecuentemente dientes supernumerarios

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 20.- La incidencia de caries dental es mayor en pacientes con labio y paladar hendido

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo

() 21.- Los pacientes con labio y paladar hendido presentan severas clases de mal oclusiones

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) ni de acuerdo, ni en desacuerdo d) en desacuerdo

e) muy en desacuerdo