



215
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO DEL RECIEN NACIDO CON
LABIO Y PALADAR HENDIDO

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :

VERONICA LUNA BASTIDA

ASESOR: C.D.M.O. MARIA ELENA LIBIA MILLAN SANCHEZ

México, D.F., 1998



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uo. Bo.:
Millan

262561



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

NUM.	CONCEPTO	PAG.
1.	Descripción del labio normal	1
1.1	Frenillos labiales	1
1.2	Labio Superior	1
1.3	Labio Inferior	2
1.4	Inervación	3
2.	Descripción del paladar normal	4
2.1	Bóveda del paladar	4
2.2	Irrigación de la bóveda del paladar	5
2.3	Velo del Paladar	6
2.4	Paladar blando	6
2.5	Aponeurosis del velo del paladar	6
2.6	Músculos del velo del paladar	7
2.7	Mucosa del velo del paladar	7
2.8	Glándulas del velo del paladar	7
2.9	Irrigación del velo del paladar	7
3.1	Etiología	9
3.2	Labio hendido	11
3.3	Clasificación de labio hendido	12
3.4	Paladar hendido	16
3.5	Clasificación de paladar hendido	16

NUM.	C O N C E P T O	PAG.
4	Alimentación en el recién nacido	18
4.1	Reflejo de succión	18
4.2	Reflejo de deglución	21
4.3	Técnicas de alimentación	23
4.4	Lactancia materna	23
4.5	Alimentación con biberón	27
4.6	Alimentación con alimentador	27
4.7	Alimentación con gotero	28
4.8	Alimentación por sonda	29
4.9	Problemas de alimentación en el neonato con labio y paladar hendido	31
4.10	Prótesis palatina obturadora para recién nacidos con labio y paladar hendido	32
5.	Queiloplastia	36

JUSTIFICACION

El presente trabajo tiene como fin dar a conocer la importancia del adecuado manejo del recién nacido con labio y paladar hendido; tomando en cuenta que su alimentación será determinante para su supervivencia y correcto desarrollo, así como también son importantes los métodos para este fin.

HIPOTESIS

Hacer notar la importancia de la intervención conjunta de un equipo multidisciplinario entre los que se encuentra el Cirujano Dentista, para el correcto tratamiento del neonato con labio y paladar hendido.

INTRODUCCION

El labio y paladar hendidos aparecen asociados en un 50% de los casos de este tipo de lesiones, el labio hendido se presenta como lesión aislada en un 25% de los casos, y el paladar hendido representa el otro 25% de los casos.

Es una malformación congénita grave, cuyo origen se atribuye en algunos casos a causas genéticas, efectos teratógenos y en la gran mayoría es desconocido.

Las hendiduras del labio superior y del paladar son comunes y notorias, pues se observan a simple vista y repercuten en el habla, alimentación y deglución, estética, etc.

La presentación clínica de los casos es muy variada y requiere de una adecuada valoración para dar atención a las necesidades primarias del niño como lo es la alimentación que se ve obstaculizada por la insuficiente succión de leche y por la entrada excesiva de aire que provoca que el niño erupite con frecuencia, alargando el tiempo de alimentación y retrasando su crecimiento.

Para comprender mejor esta anomalía se debe tener conocimiento de la anatomía normal de los labios y el paladar, así como de cada una de las partes por las que están integrados.

El primer tratamiento quirúrgico al que se someterá al niño que presenta labio y paladar hendidos es la queiloplastia que es el cierre de la hendidura labial, ésta evita problemas ortopédicos posteriores.

La colocación de un sellador en la hendidura palatina, forma parte del inicio del tratamiento dental al que el niño deberá ser sometido.

1.- DESCRIPCION DEL LABIO NORMAL

Los labios son repliegues que se componen de músculos y membranas y están localizados en la parte anterior de la cavidad oral, están cubiertos de mucosa en su cara interna y piel en su cara externa, el músculo que los conforma es el músculo orbicular de los labios. Hay un labio superior y otro inferior que al unirse uno con el otro forman las comisuras labiales una derecha y otra izquierda, y limitan la hendidura labial. (7,6)

1,1 FRENILLOS LABIALES

Cada labio en su cara interna tiene una inserción muscular que se llama frenillo labial, el cual está adherido a la mucosa que recubre el hueso maxilar en el caso del labio superior y la mandíbula en el labio inferior, estos frenillos labiales se sitúan justo a la altura de los dientes incisivos, tanto superiores como inferiores. (7,1)

1.2 LABIO SUPERIOR

En el labio superior, por su parte externa se observan dos zonas limitadas entre sí por la línea cutáneomucosa que son:

a) ZONA CUTANEA:

Presenta una depresión en su centro que está delimitada a cada lado por unas crestas, llamadas crestas verticales que descienden desde la base de la nariz a las partes externas del arco de cupido. A la depresión se le conoce como filtrum y a las crestas que lo limitan se les llama crestas filtrares.

b) ZONA MUCOSA:

La mucosa se divide en mucosa seca y mucosa húmeda:

MUCOSA SECA: Forma la parte más anterior del labio rojo, y se observa desde el exterior.

MUCOSA HUMEDA: Forma la parte más posterior del labio rojo.

La línea cutaneomucosa es una línea sinuosa que en su centro forma un arco de forma cóncava que se llama "arco de cupido" esta línea esta cubierta por una cresta cutánea.

El labio superior esta separado de la mejilla por el surco nasolabial.

El labio normal tiene diferentes dimensiones de un sujeto a otro y está formado por dos partes simétricas, una derecha y otra izquierda, siendo importante su proporción con el labio inferior y los diferentes elementos de la cara, la longitud y altura del labio inferior y superior deben ser iguales. (7.6.1)

1.3 LABIO INFERIOR

En el labio inferior se observan una fosita, un surco mentolabial, que separa al labio del menton y una depresión media.

Los labios son elementos elásticos blandos y móviles, características que le dan libertad y movilidad para la articulación de los fonemas labiales y la mímica.

1.4 INERVACION E IRRIGACION

Su irrigación proviene de las arterias coronarias, que se desprenden de la facial a nivel de las comisuras labiales. Se observan una coronaria superior para el labio superior y una coronaria inferior para el labio inferior.

a) VENAS: Circulan independientemente de las arterias por debajo de la piel, formando una red abundante y dirigiéndose unas a la vena facial y otras a la vena submentoniana.

b) NERVIOS: Los labios contienen nervios que provienen de ramas motoras que emanan del nervio facial y nervios de ramas sensitivas que provienen del nervio suborbitario, ambas ramas del trigémino.

c) LINFATICOS: Son numerosos y desembocan en los ganglios submaxilares. (7,6,1)

2 DESCRIPCION DEL PALADAR

El paladar se localiza dentro de la cavidad oral, formando la pared superior de ésta. Está compuesto en sus dos tercios anteriores por la bóveda palatina y en su tercio posterior por el velo del paladar. (7,1)

2.1 BOVEDA DEL PALADAR

Anatómicamente la bóveda palatina se compone de tres capas:

- a) **CAPA OSEA**
- b) **CAPA MUCOSA**
- c) **CAPA GLANDULAR**

a) **CAPA OSEA:** En ésta se encuentran las apófisis horizontales del maxilar superior, unidas a las láminas horizontales de los palatinos.

La bóveda palatina es lisa hacia su cara nasal y rugosa hacia la bucal y tiene numerosos surcos que dan paso a los vasos y nervios de la región.

Situados en la parte posterior y lateral de la bóveda están los agujeros palatinos posteriores.

En la línea media y por delante se localiza el agujero palatino anterior, este divide al paladar primario y secundario.

B) CAPA MUCOSA: la mucosa que recubre el paladar es de color rosado y está extendida sobre todo el paladar, su espesor es mayor en la parte anterior, es resistente y se adhiere al periostio firme.

c) **CAPA GLANDULAR:** Se compone de glándulas palatinas situadas entre la mucosa palatina y el periostio, se presentan de forma arracimada y análogas. (7,1)

2.2 IRRIGACION

a) **ARTERIAS:** Las arterias de la bóveda palatina proceden de la esfenopalatina inferior y de la esfenopalatina superior, ramas de la maxilar interna.

La arteria palatina superior baja al conducto palatino posterior en dos ramas:

La primera se dirige hacia atrás y es poco voluminosa.

La segunda se dirige hacia la parte posterior de la bóveda y se le llama arteria palatina anterior. Esta se localiza muy cerca del reborde alveolar.

La arteria esfenopalatina llega por el conducto palatino anterior y termina en la parte anterior de la región uniéndose con las ramas de la arteria palatina superior.

b) **VENAS:** Circulan en sentido contrario a las arterias.

Unas pasan por el conducto palatino posterior, y de ahí se dirigen a la fosa pterigomaxilar para terminar en el plexo pterigoideo.

Las otras ascienden por el conducto palatino anterior y se unen con las venas anteriores de la mucosa nasal.

c) LINFATICOS: Los linfáticos son abundantes en la mucosa y se unen con los de las encías y el velo del paladar, y desembocan en los ganglios situados sobre la yugular interna.

D) NERVIOS: Los nervios provienen del palatino anterior y del esfenopalatino interno, ambos ramas del ganglio esfenopalatino. (7)

2.3 VELO DEL PALADAR

El velo del paladar está formado por una capa muscular y una capa membranosa, es móvil y contáctil lo que le permite descender y elevarse.

2.4 PALADAR BLANDO

El paladar blando está constituido por la aponeurosis palatina, los músculos del paladar, las mucosas bucal y nasal y glándulas salivales menores.

En su parte posterior se localiza la úvula, que colabora en el cierre nasofaríngeo.

A los lados de la úvula y hacia afuera se sitúan los pilares anteriores (palatoglosos) y posteriores (palatofaríngeos) y entre ellos las amígdalas. (7,3)

2.5 APONEUROSIS DEL VELO DEL PALADAR

Ocupa el tercio anterior del velo, tiene un ancho de 15 mm. Es muy importante para la estática y la mecánica del velo del paladar. En ella se fijan los músculos del velo del paladar.

Se inserta hacia delante en el borde posterior del paladar óseo y en la espina nasal. Hacia atrás tiene un borde libre, el borde libre del paladar blando. Lateralmente se fija a la apófisis pterigoides derecha e izquierda. Es un punto de apoyo para los músculos del velo del paladar. (7)

2.6 MUSCULOS DEL VELO DEL PALADAR

Pariestafilino externo (tensor)

Pariestafilino interno (elevador)

Palatoestafilino (propio del paladar)

Glosoestafilino (elevador del paladar)

Faringoestafilino (elevador de la faringe y laringe)

2.7 MUCOSA DEL VELO DEL PALADAR

La membrana mucosa reviste al paladar en su cara superior y en su cara inferior. La mucosa superior es la continuación de la mucosa nasal, y la mucosa inferior es la continuación de la mucosa bucal.

2.8 GLANDULAS DEL VELO DEL PALADAR

Son numerosas, de tipo salival menor y se distribuyen en dos capas: una superior y otra inferior.

2.9 IRRIGACION DEL VELO DEL PALADAR

a) ARTERIAS: Tienen tres orígenes:

De la palatina superior (Rama de la maxilar inferior)

De la palatina inferior (Rama de la facial)

De la faringea inferior (Rama de la carótida externa)

b) VENAS:

Venas superiores que van al plexo venoso de la fosa cigomática.

Venas inferiores que se unen con las venas de las amígdalas y con las de la base de la lengua y se dirigen a la yugular interna.

c) LINFATICOS: Son superiores e inferiores y desembocan en los ganglios de la cadena yugular interna.

D) NERVIOS: El trigémino es el nervio sensitivo del velo del paladar. (7,6,1)

3.1 ETIOLOGIA

Se habla de una relación entre el medio ambiente y la herencia, debido a que sí existe un componente genético que interactúa con la edad avanzada y con los genes predisponentes de alguno de los padres habrá mayor posibilidad de que los próximos hijos presenten alguna alteración. (17,11,5).

Aunque en ocasiones el labio y paladar hendido parece tener un origen relativamente simple, en realidad se trata de un conjunto de enfermedades de etiología distinta que se han agrupado debido a su parecido clínico. Así pues, pueden ser causantes de los diversos tipos de hendiduras las alteraciones cromosómicas, (por ejemplo; el síndrome 4p, en el cual los individuos presentan labio hendido), los fármacos teratogénicos (por ejemplo los causantes del labio y paladar hendido en el síndrome alcohólico fetal) e incluso, genes dominantes aislados como los del síndrome de Treacher Collins, que se presenta con paladar hendido. (5,11,17)

En estudios realizados en gemelos sobre el labio hendido y el paladar hendido indican que mientras en los monocigóticos la tasa de concordancia es del 35%, en los gemelos dicigóticos es inferior al 5% (Shields et al 1980). Aunque los datos procedentes de las familias y los gemelos establecen una base genética respecto a este trastorno, no se ha podido demostrar ningún patrón de herencia a pesar de las investigaciones realizadas. (5,6,12)

El labio hendido, asociado o no al paladar hendido, es una entidad distinta del paladar hendido aislado. Estos dos tipos de trastornos por hendidura presentan momentos de aparición y desarrollo distintos. Además, ambos son susceptibles de inducción por teratógenos ambientales, aunque el paladar hendido se presenta con más frecuencia que el labio y paladar hendido. (5,6,17)

Para cada una de las formas, labio y paladar hendido y paladar hendido se presentan como mínimo tres subgrupos (Bixler, 1981)

a) **SINDROMES ASOCIADOS A HENDIDURAS.** Se trata de niños que presentan labio y paladar hendido o bien paladar hendido, junto con otras malformaciones mayores y menores. Se han comunicado más de 200 tipos distintos de síndromes asociados a hendiduras (dos ejemplos serían los síndromes de Vander Woude y el de Treacher Collins). La predisposición genética a estos síndromes es variable. En todos los niños con malformaciones múltiples hay que pensar también en un síndrome asociado a hendiduras, y realizar un diagnóstico que defina su modo de herencia característico. (5,4)

b) **CASOS ESPORADICOS NO SINDROMICOS:** Son casos aislados de hendiduras, no asociados a otras malformaciones. Se piensa que son resultado de una interacción genético-ambiental, por lo cual es raro que se agrupen en una familia determinada. Debido a que tanto los fármacos como diversos trastornos intrauterinos predisponen a la aparición de hendiduras, para detectar estos casos es importante la historia clínica de la madre que incluya la medicación. (5,13)

b) **CASOS FAMILIARES NO SINDROMICOS:** Estos casos múltiples de hendiduras aparecen en una sola familia y presentan un carácter hereditario mayor que el observado en los casos esporádicos, aunque representan solo el 12% en el caso del paladar hendido y el 25% en el labio y paladar hendido de todos los tipos de hendiduras deben identificarse. Los datos comunicados sitúan los riesgos de recurrencia del labio y paladar hendido o de paladar hendido en un 15-16%, mientras que los riesgos para los rasgos dominantes y recesivos son del 50 y del 25 %, respectivamente (Bixler et al, 1971; Bixler, 1981)

Parece que los casos aislados, no sindrómicos o esporádicos del labio y paladar hendido y de paladar hendido son el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales. Por lo tanto, su etiología es multifactorial.

En el grupo formado por los casos de hendiduras múltiples que aparecen en una sola familia y en donde su aparición es frecuente, la incidencia familiar es causada por la acción de un solo gen principal, aunque es difícil descartar la influencia de factores de tipo multifactorial. (5)

FACTORES AMBIENTALES

Se dice que el monóxido de carbono es inductor de labio y paladar hendido, pues parece ser que produce hipoxia continua del tejido embrionario; el cigarrillo puede elevar al doble la incidencia del labio y paladar hendido.

Otro factor ambiental inductor del labio y paladar hendido es la droga anticonvulsiva Difenil hidantoina; se ha observado que la incidencia del labio y paladar hendido en madres que la recibieron es aproximadamente 10 veces mayor que en el control.

La ingesta en grandes cantidades de vitamina A durante el embarazo puede ser otro factor inductor. (5,12)

3.2 LABIO HENDIDO

El labio hendido es una deformación que resulta de la persistencia del muro epitelial, tabique sagital por debajo de la ventana, que precede a la formación del paladar primario.

Aproximadamente dos tercios de los casos de labio hendido se asocian a paladar hendido.

El labio hendido se presenta con una frecuencia de 1 caso sobre 1000 nacimientos. (6,5, 17)

En el labio hendido están presentes todos los componentes anatómicos del labio normal, aunque fuera de su sitio y en ocasiones hipoplásicos, la malformación va de una simple depresión cutánea a una hendidura total. Se le llama simple cuando solo está afectado el labio y total cuando el reborde alveolar está hendido. El 60 y 80 % de los casos se presenta en varones. Las hendiduras varían desde pequeños defectos en el borde del labio hasta defectos mayores que abarcan del piso de la nariz a la porción alveolar del maxilar. El labio hendido puede ser unilateral o bilateral; tres cuartas partes de los casos es unilateral, presentándose en una proporción de tres a dos de lado izquierdo con relación al derecho. (1,5,6,)

3.3. CLASIFICACION DEL LABIO HENDIDO

- a) Labio hendido cicatrizal
- b) Labio hendido simple
- c) Labio hendido unilateral
- d) Labio hendido bilateral
- e) Labio hendido total
- f) Labio fisurado central
- g) Labio fisurado inferior (5,7)

a) LABIO HENDIDO CICATRIZAL

Es la forma más simple del labio hendido. Consiste en un ligero hundimiento del borde de la mucosa del labio asociado a un surco vertical en el labio.

B) LABIO HENDIDO SIMPLE

Es una separación un poco más profunda en el labio superior, que incluye el bermellón y se prolonga hacia el exterior del labio, abarcando toda esta zona o sólo parte de ella, clasificándose a esta extensión el 1/3, 2/3 o 3/3 según su tamaño.

Hay continuidad de la arcada alveolar, el piso de la nariz está presente, pero por lo regular un poco ensanchado.

Los dientes pueden presentarse deformados o desviados. Esta hendidura puede ser unilateral o bilateral.

C) LABIO HENDIDO UNILATERAL

Es originado por la unión insuficiente de la prominencia maxilar del lado afectado con las prominencias nasales medianas fusionadas, lo que da como resultado que no se de la fusión adecuada en el lado afectado y se forme un surco labial persistente.

La hendidura se situa por fuera de la cresta filtral, los componentes que normalmente forman la parte media del labio se localizan ahora formando el borde interno de la fisura.

La cresta filtral del labio hendido es un poco más corta y oblicua que la de la otra mitad del labio y sobresale menos, también se observa que el labio fisurado es menos alto, por lo tanto el borde del labio y su mucosa se desvian hacia el piso de la nariz.

El desarrollo en las proximidades de la fisura labial es insuficiente y más marcado en la mucosa del labio que se presenta seca y delgada; el músculo que lo rodea está mal desarrollado.

En el borde interno de la fisura la mucosa es más abundante y normal y el músculo orbicular de los labios se presenta mejor formado, pero tiene retracción muscular pues carece de un punto de unión con la parte opuesta.

D) LABIO HENDIDO BILATERAL

Se produce por una correcta unión y aproximación de las prominencias maxilares con las prominencias nasales medianas fusionadas. El epitelio de los dos surcos labiales queda estirado y separado. Los grados de deformación del labio pueden ser diferentes en cada lado de la hendidura.

En este tipo de hendidura el segmento intermaxilar queda libre y tiende a protuir hacia adelante, este defecto es más deformante porque provoca la pérdida de continuidad del músculo orbicular de los labios que cierra la boca y frunce los labios. En ocasiones el centro del labio se encuentra separado completamente de los dos soportes laterales, aquí el desarrollo del labio es insuficiente, carece de altura, no se observa el arco de cupido, no hay cresta cutánea; el filtrum, las crestas filtrares y el músculo orbicular de los labios en su parte central no están bien desarrollados.

Las dos partes internas del labio tienen las mismas características que la porción externa de un labio hendido unilateral.

En el labio hendido bilateral la hipoplasia se extiende a la parte interior de la nariz. Puede estar asociado a una división palatina simple o total; unilateral o bilateral.

E) LABIO HENDIDO TOTAL

El labio y el paladar primario están totalmente afectados, limitándose hacia atrás por el agujero palatino anterior.

La apófisis alveolar está dividida. La nariz se observa ensanchada, esto es por el alargamiento e hipertrofia de la aleta nasal. Puede ser unilateral o bilateral.

F) LABIO FISURADO CENTRAL

Abarca todo el labio, en su lado derecho e izquierdo, con ausencia total del labio en su parte media y del hueso alveolar.

G) LABIO FISURADO INFERIOR

Abarca el bermellón y se puede extender a la cara externa del labio. Puede abarcar $1/3$, $2/3$ o $3/3$. Es posible localizarlo en la parte media, izquierda o derecha del labio. Es una malformación muy rara. (5,7)



LABIO HENDIDO CICATRIZAL



LABIO HENDIDO SIMPLE

LABIO HENDIDO BILATERAL
SIMPLE



LABIO HENDIDO UNILATERAL
TOTAL





LABIO HENDIDO BILATERAL
TOTAL

LABIO HENDIDO CENTRAL



3.4 PALADAR HENDIDO

Su frecuencia es de 1 caso por cada 2,500 nacimientos, presentándose con o sin afección labial, es más frecuente en niñas que en niños. La hendidura puede afectar sólo la úvula, dándole forma de cola de pescado o incluir a las zonas dura y blanda del paladar. En sus casos más complicados el paladar hendido va acompañado de labio hendido y el defecto en el paladar incluye la porción alveolar del maxilar y los labios derecho e izquierdo.

Embriológicamente es originado por la deficiente aproximación y unión de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos laterales con el tabique nasal con el borde posterior de el proceso palatino medio o ambos y puede ser unilateral o bilateral. (5,6,1)

3.5 CLASIFICACION DEL PALADAR HENDIDO

La clasificación que más se usa es la descrita por Victor Veau, este autor lo dividió en cuatro clases:

- a) Hendidura palatina alveolar
- b) Hendidura palatina simple
- c) Hendidura palatina total
- d) Fisura Palatina Central (7,5)

a) HENDIDURA PALATINA ALVEOLAR

Sólo afecta al reborde alveolar.

b) HENDIDURA PALATINA SIMPLE

Puede limitarse al paladar blando o afectar también al paladar duro. El proceso alveolar está intacto.

Su presentación más simple es cuando la fisura sólo se encuentra en la zona muscular del paladar blando y la mucosa está presente, se asocia a la úvula bífida.

Puede extenderse 1/3, 2/3 o 3/3 del paladar blando y se le llama división palatina simple estafilosquisis; cuando afecta 1/3, 2/3 o 3/3 del paladar duro se le denomina división palatina simple uranoestafilosquisis.

c) DIVISION PALATINA TOTAL

Cuando la hendidura es unilaterial total corre entre el hueso alveolar anterior y el maxilar superior del lado afectado, abarcando las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales del palatino.

El tabique nasal está unido en la apófisis palatina opuesta del maxilar.

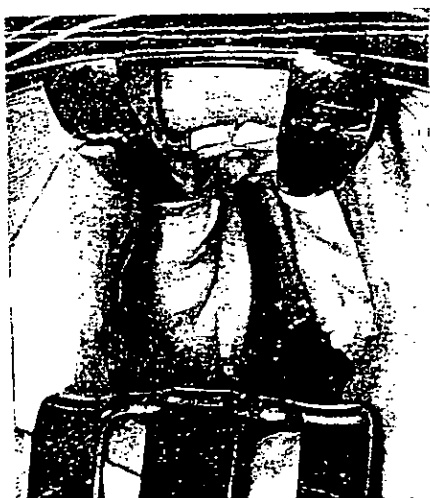
Cuando es fisura total bilateral, el hueso intermaxilar está completamente separado de ambos lados del reborde alveolar, y se desplaza hacia arriba y adelante.

d) FISURA PALATINA CENTRAL

Se asocia al labio hendido central. Hay ausencia de las apófisis palatinas de los maxilares, de las láminas horizontales del palatino y del paladar blando. (5,7)



HENDIDURA PALATINA ALVEOLAR



HENDIDURA PALATINA SIMPLE
URANOESTAFILOSQUISIS

FISURA PALATINA SIMPLE
ESTAFILOSQUISIS



FISURA PALATINA UNILATERAL
TOTAL





FISURA PALATINA BILATERAL
TOTAL

FISURA PALATINA CENTRAL



4. ALIMENTACION EN EL RECIEN NACIDO

4.1 REFLEJO DE SUCCION

El reflejo de succión tiene como antecedente al reflejo de búsqueda que el recién nacido realiza al sentir que se le toca uno de los carrillos y voltea hacia el lado en que sintió el roce, si al voltear encuentra algún roce con sus labios, abre la boca y trata de alcanzar el pezón del seno materno o el chupón de la mamila. El neonato cuando al inquietarse y comenzar a llorar busca el encuentro de su boca a través de su mano e introduce su dedo en ella está regulándose y adaptándose, porque el succionar le produce un estado gratificante y tranquilizante. (3, 14)

Se dice que el reflejo de succión está bien establecido en el feto a las 27 semanas y que puede succionar su pulgar dentro del útero; en esta etapa el feto tiene total dependencia metabólica de su madre, y es ella quien le proporciona los nutrimentos que el feto necesita para desarrollarse y crecer adecuadamente, pero al nacer el neonato debe hacer funcionar su sistema muscular y sus reflejos de una manera coordinada para lograr succionar y deglutir, al mismo tiempo que protege sus vías respiratorias y se alimenta. Esto no sucede en el recién nacido con labio y paladar hendido porque la conformación que presenta en el paladar y músculos no le permiten crear un vacío para succionar, entonces se produce un paso de leche a la cavidad nasal, lo que impide que el recién nacido se alimente adecuadamente y tenga un crecimiento normal y sin desnutrición. Puede causar problemas neumónicos por la frecuente aspiración de leche. (3)

El reflejo de succión es una reacción innata de estímulo respuesta, que se produce en el aparato digestivo y está lista para usarse al nacer. El estímulo que

lo desencadena es el roce de la mucosa labial y la piel que lo rodea dando origen a los movimientos de succión, que contraen el orbicular de los labios, bucinador y provoca un ascenso y descenso de la mandíbula.

Los nervios craneales V, VIII, IX y X envían impulsos a las áreas de integración de la succión y transmiten información sobre el uso y sensibilidad de la mucosa lingual y orofaríngea además información propioceptiva de la musculatura; también los centros rostrales del tallo encefálico, ganglios vasales y centros corticales altos envían impulsos al centro de succión. El neonato a través de este reflejo no solamente recibe alimento, sino también un sentimiento de bienestar incomparable y constituye la relación más importante que mantiene con el mundo exterior. (3)

En esta etapa de la vida del neonato su principal actividad es la de "mamar", ya sea directamente del pecho o de alimentación artificial. Esta actividad la desarrollan tanto el maxilar como la mandíbula; en el neonato con labio y paladar hendido existe el estímulo, pero su respuesta es limitada por la falta de estructuras que no terminaron su desarrollo. (3)

En el recién nacido normal sus labios prenden el pezón o el chupón de la mamila, con fuerza suficiente para lograr la oclusión hermética, la parte media de los labios es la que más contribuye a un buen resultado formando un verdadero diafragma, con la úvula y el velo del paladar que obturan el orificio de la faringe, con el abatimiento de la mandíbula la lengua creará una presión negativa en la cavidad bucal, y la existencia de la bola adiposa de Bichat impedirá que los carrillos sean jalados hacia la línea media. Los movimientos rítmicos de los labios impulsan el líquido alimenticio en esta cavidad a presión negativa. La mandíbula sesepara del arco maxilar, la lengua es avanzada como un émbolo en

posición de recepción, adoptando una forma de cuchara para facilitar el transporte del contenido bucal hacia la faringe. Por movimientos rítmicos de ascenso y descenso de la mandíbula se forma el espacio succional. (3)

La succión propiamente dicha tiene lugar cuando se exprime el líquido. La mandíbula es trasladada de su posición de descenso que es distal, hasta adelante hasta que su borde gingivo alveolar anterior se halle frente al correspondiente del arco maxilar, ahora con movimientos de fricción de delante hacia atrás, "ordeña" el pezón manteniendo la lengua en forma de cuchara para recibir la leche o líquido, el cual fluye hacia atrás para ser deglutido. (3)

La lengua del lactante normal llena el espacio bucal durante el reposo, tocando los bordes de su cavidad. Los lactantes difieren en sus conductas y del mismo modo en sus respuestas de succionar. Los lactantes de término se caracterizan por tomas cortas de una a tres succiones, procedidas o seguidas por deglución. Este patrón de alimentación cambia en las siguientes 48 horas, a esto se le llama patrón de succión maduro. (3)

En el acto de mamar el neonato desarrolla una actividad muscular importante, con cierto grado de fuerza que inclusive puede provocar a la madre lesiones en el pezón. La función muscular representa un punto importante en el desarrollo futuro del sistema masticatorio, crecimiento y desarrollo muscular, óseo del maxilar, mandíbula y aún para la articulación temporo-mandibular.

El neonato con una excelente alimentación por vía materna es capaz de tener un desarrollo completamente normal ya que desde el momento que está succionando sus estructuras craneofaciales estarán siendo estimuladas para un crecimiento y desarrollo completo, lo que en un niño con labio y paladar hendido

no sucede pues al no estar completamente las estructuras unidas no se lleva a cabo el proceso de succión de una manera adecuada y se retarda el crecimiento y desarrollo craneofacial. Por lo que es primordial el encontrar la adecuada forma de alimentar al neonato que presente labio y paladar hendido para ayudar al mejor desarrollo posible. (3,14)

En el recién nacido con labio y paladar hendido se debe realizar un examen explorativo en el que se observan las estructuras que intervienen en el reflejo de succión, así como la tonicidad muscular, las inserciones musculares, la tonicidad de los labios y su estimulación, tamaño, forma y consistencia del paladar; la lengua, su tamaño, inserciones, movilidad, forma, etc.

Es importante observar que tan marcado tiene el neonato con labio y paladar hendido su reflejo de succión. (3)

4.2 REFLEJO DE DEGLUCION

Este reflejo lleva el alimento o lo que se tenga en la boca hasta el estómago pasando por la faringe y esófago, se desencadena al estimular la parte posterior de la bóveda palatina y dorso de la lengua; la activación de diversos núcleos motores provocan respectivamente la elevación del piso de la boca, del velo del paladar, de la faringe, así como la elevación y deslizamiento de la lengua hacia atrás, empujando hacia la faringe lo que se encuentra en la boca.

El reflejo de deglución consta de tres etapas:

- a) Etapa bucal
- b) Etapa faríngea
- c) Etapa esofágica. (3)

a) Etapa bucal

La etapa bucal es un reflejo autónomo que se presenta como una contracción del músculo milohioideo, elevación de la lengua y cierre de la boca, al responder a impulsos sensitivos que parten del istmo de las fauces y dorso de la lengua. El líquido alimenticio es empujado entre la bóveda palatina y la cara dorsal de la lengua, que se aplica contra la bóveda palatina por contracción del músculo milohioideo, deslizándose hacia atrás y franqueando el istmo de las fauces. En el momento de propulsión a la faringe, la mandíbula se aplica fuertemente contra el arco maxilar por contracción de los músculos fijando la lengua y elevando la faringe y laringe. (3,14)

b) Etapa faríngea

En esta etapa el velo del paladar se eleva, se contraen los músculos palatoglosos, la laringe se dirige hacia arriba y adelante; la porción anterior y media de la faringe se eleva bajo la acción de sus fibras verticales; la laringe ejecuta igual movimiento de ascenso. Cuando el líquido está en la faringe, es empujado inmediatamente hacia el esófago por la contracción de sus músculos constrictores, descendiendo luego al igual que la laringe. (3)

c) Etapa esofágica

En esta etapa la musculatura del esófago se contrae de arriba hacia abajo y al final se relaja la musculatura del extremo inferior del esófago. La contracción es rápida en el tercio superior de esófago, y lenta en sus dos tercios inferiores; es por la influencia de la faringe, cuyas contracciones enérgicas y bruscas inyectan la bebida al esófago solamente al final de la deglución, cuando éste se contrae. (3)

La deglución se acompaña de dos ruidos; el primero que Meltzer llamó "ruido de inyección", coincide con la etapa faríngea y el segundo "ruido de expresión".

La hendidura palatina representa una dificultad al alimentar al recién nacido pues provoca aspiración con deglución o regurgitación nasal del alimento. (3,8)

4.3 TECNICAS DE ALIMENTACION

Antes del nacimiento el feto se encuentra dependiendo metabólicamente de su madre, pues a partir de ella de quien satisface todas sus necesidades. Sin embargo la existencia de antecedentes patológicos maternos y fetales, afectan adversamente el estado nutricional, siendo difícil el aporte energético durante las primeras semanas de vida.

Los recién nacidos deben alimentarse inmediatamente y el factor regulador del comienzo de la alimentación es el estado físico y neurológico del recién nacido. (3,8,10)

4.4 LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el modo ideal de alimentación para promover el desarrollo físico y mental armonioso de los bebés, es por eso que se recomienda especialmente que las madres sean estimuladas para alimentar a sus hijos por sí solos.

Todo ser vivo requiere el alimento que es indispensable para poder sobrevivir, pues de él adquiere las sustancias necesarias para conservar la vida y crecer. (3,8,10,14)

Durante el embarazo ocurren diversos cambios que son necesarios para promover el crecimiento fetal y preparar el cuerpo de la mujer para el parto y lactancia. Después de la concepción hay cambios en las glándulas mamarias, los pezones aumentan de tamaño y se ponen erectos. Las mamas aumentan su volumen y adquieren más firmeza, su coloración, así como la del pezón es más oscura; conforme se acerca el nacimiento la proliferación de los lobulillos mamarios aumenta. (3,8)

La bajada de leche constituye un reflejo que se inicia sobre todo mediante el reflejo de succión.

A la producción láctea ya establecida se le llama lactogénesis. El reflejo de succión también estimula la producción y secreción de leche de los alveolos de los pechos; el mejor estímulo para la secreción láctea es el vaciado frecuente de los pechos.

La alimentación por leche materna funciona a través de reflejos por parte de la madre como son:

- a) Reflejo de la prolactina (producción de leche)
- b) Reflejo de erección del pezón
- c) Reflejo de la oxitocina (secreción láctea). (3,8)

Por parte del recién nacido:

- a) Reflejo de búsqueda
- b) Reflejo de succión
- c) Reflejo de deglución

La alimentación al seno materno se recomienda en los neonatos de 35 a 36 semanas de gestación o más, debido a que en condiciones normales ya podrán succionar o deglutir coordinadamente y sin problemas; se recomienda que al iniciar la alimentación no se coloque el pezón directamente por enfrente de la boca del bebé, pues más prudente estimular antes el reflejo de búsqueda del bebé, haciendo que con el mismo pezón o con el dedo, toque o roce el carrillo que está más próximo al pecho. El recién nacido por lo general tratará de voltear hacia el pezón e intentará encontrarlo con la boca, probablemente tomará el pezón entre sus labios aunque no succione de inmediato. Tanto el pezón como la areola deben estar dentro de su boca lo suficiente para estimular el reflejo de succión y se mantendrá con ligera firmeza asegurando que pueda conservar esa posición. (3)

La primera alimentación de leche materna consiste en calostro, que es un líquido claro amarillento producido por los pechos en el último trimestre de la gestación. Tiene valor nutritivo con proteínas y minerales, es más fácilmente digerible y absoorbido, contiene menos azúcar y grasas que la leche verdadera. Tiene un efecto laxante y puede ayudar a la emisión del meconio, no está contaminado, tiene alta cantidad de IgM e IgE, es isotónico con respecto al suero y por su pH de 7 a 7.1 favorece el crecimiento del *Lactobacillus bifidus*, el cual suprime a numerosos microorganismos que podrían ser patógenos. (3)

La técnica de alimentación al seno debe ser cuando el recién nacido lo pida. Debe mamar cada tres o cuatro horas al día y noche hasta que el aporte lácteo esté bien establecido. Las alimentaciones se limitan inicialmente a 5 minutos de cada pecho y se van incrementando gradualmente hasta 10 o 15 minutos en cada pecho. Después de cada tetada se debe colocar al bebé en posición vertical y golpear suavemente la espalda para la expulsión del aire de la cámara gástrica.

La madre debe estar descansada y relajada en su posición; la posición debe permitir que el pecho caiga hacia el bebé, la madre debe tomarlo todo el tiempo de su barba, para que ésta toque el pecho. El pezón y la areola deben permanecer en la boca todo el tiempo sin el menor esfuerzo, procurando que no se obstruya la respiración nasal del bebé (3)

En el recién nacido que presenta labio y paladar hendido los tiempos en que se produce la alimentación se verán alterados, porque la succión no es la ideal y el alimento puede filtrarse a senos nasales a través de la hendidura palatal, por lo que se debe tener especial cuidado en que el neonato trate de ingerir lo mejor posible su alimento y que su posición sea la adecuada y cómoda de esta manera se le alimentará el suficiente tiempo y obtendrá todos los beneficios de la leche materna. (3,14)

4.5 ALIMENTACION CON BIBERON

Se recurre a este tipo de alimentación con biberón cuando los neonatos no pueden ser alimentados con leche materna. Existen diferentes tipos de leche para preparar, las de polvo, las evaporadas, las que provienen directamente de la vaca y las de soya, maternizadas y enteras; esto nos da la opción de elegir la que mejor acepte el bebé y la que más le convenga. (3)

Para llevar a cabo esta técnica se requiere de la utilización de biberones de plástico o vidrio, los cuales deberán de ser de preferencia ortodónticas para favorecer el adecuado desarrollo de los maxilares. Las mamilas deberán tener orificios de tamaño adecuado, dado que el neonato realmente succione y sus músculos trabajen.

La leche deberá ser preparada en proporciones exactas, es decir una medida de leche (onza) por cada medida de agua; o una medida de leche evaporada por dos de agua, es muy importante cuidar estas proporciones pues de lo contrario se ocasionarán problemas digestivos.

La posición del recién nacido será cómoda y segura, ya sea reclinado en brazos de su madre o sentado verticalmente, la botella sostendrá de manera que la leche cubra el orificio interno del chupón para que no succione aire, se debe hacer que el bebé erupite y después se recuesta para que duerma. (3)

3.6 ALIMENTACION CON ALIMENTADOR

Los recién nacidos de 34 a 36 semanas de gestación en general, degluten pero aún no succionan bien y se cansan fácilmente, por lo que deberán utilizar el alimentador. El material para la aplicación de esta técnica es el siguiente:

- * Jeringa de vidrio de 20 ml con pivote metálico.
- * Un bulbo o mamila de látex suave, instalado en el pivote de la jeringa, con orificio pequeño que facilite la salida de la leche.
- * Una flanera y gasas.

La cantidad de leche que el neonato va a requerir se colocará en la flanera, posteriormente de la flanera se vertirá en la jeringa un volumen que varía entre 5 y 10 ml, se instala el émbolo y se le da al recién nacido en posición semifowler, se introduce la mamila en la boca y posteriormente aplicando ligera presión hacia abajo sobre el émbolo, aunado a movimientos giratorios sobre el mismo con los dedos índice y pulgar, se facilita la salida de leche aún con la mínima succión que pueda presentar el neonato, pero vigilando atentamente su deglución y haciendo pausas en caso necesario; es muy importante estimular al bebé para que succione bien el chupón cuando esté lleno de leche y la extraiga por sí sólo, ya que éste será un principio para facilitarle la coordinación succión-deglución. Esta técnica de alimentación tiene un desvío standar de más menos dos semanas.

Esta técnica puede ser muy útil en niños que presentan labio hendido porque al tener la hendidura labial su succión es deficiente, y esta es una buena alternativa. (3)

4.7 ALIMENTACION CON GOTERO

Se recomienda el uso de la técnica por gotero en recién nacidos de 32-34 semanas de gestación, se usarán goteros porque degluten bien pero no succionan, también tiene un desvío standar de más menos dos semanas por lo que el límite normal puede considerarse hasta las 30 semanas gestacionales. Se debe hacer notar que al iniciar cada técnica sería imposible que la totalidad de la leche fuese

aceptada por el neonato con la nueva técnica, por que deberá alternarse con la técnica inmediata inferior hasta que acepte la fórmula con una sola técnica en forma aceptable y de acuerdo a la edad gestacional corregida se cambiará (edad corregida gestacional es la edad gestacional sumando los días de vida extrauterina). El material de esta técnica es el siguiente: (3)

- *Un gotero de vidrio claro. En ocasiones es recomendable adaptarle un ciclindro de caucho de aproximadamente 10 a 15 mm de largo, en el extremo distal del gotero.
- * Una flanera
- *Gasas.

La cantidad de leche que se dará al bebé se coloca en la flanera y con el gotero se toman pequeñas cantidades que varían entre 0.5 y 10 ml., se introduce éste en la boca del neonato y se depositan pequeñas cantidades de leche ligeramente atrás de la mitad del dorso de la lengua, a la vez que presionando ligeramente la lengua, para estimular al reflejo de deglución en su etapa faríngea y esofágica. Durante la alimentación por gotero, se mantendrá al bebé en posición de semifowler. Con esta técnica se podrá evaluar el grado de respuestas -positiva o negativa- a la posible iniciación y coordinación del repetido reflejo de deglución, normalmente esta técnica deberá seguirse por algunos días, después de los cuales se sabrá si se pasa a la técnica del alimentador o por el contrario se regresa a la sonda. (3,14)

4.8 ALIMENTACION POR SONDA

La alimentación por sonda varía de ser un tratamiento de apoyo, hasta ser el principal tratamiento terapéutico de un cierto estado patológico.

La alimentación temprana favorece la vida del niño, especialmente del neonato pretermino así como su desarrollo cerebral, disminuye la frecuencia de problemas relacionados con el ayuno, como son; la hipoglucemia, hiperbilirrubinemia o los trastornos metabólicos entre otros.

En niños de bajo peso al nacer o muy enfermos sigue siendo difícil comenzar tempranamente con buen éxito la alimentación oral, debido a problemas con la succión y deglución, vaciamiento gástrico lento, distensión abdominal por volumen y aumento del trabajo respiratorio y la posibilidad de vómito con aspiración de la fórmula sobre las vías aéreas.

En los neonatos en los que el reflejo de succión y deglución no han aparecido, la alternativa de alimentación será forzada, es decir, con sonda orogástrica o con sonda traspilórica. Sólo se explicará la alimentación con sonda orogástrica, pues en el tratamiento del bebé con labio y paladar hendido es la técnica que se podría utilizar. La alimentación con sonda orogástrica se aconseja en aquellos recién nacidos que presentan muy buena reactividad general, están activos, inquietos y con reflejos de búsqueda.

Los requerimientos para esta técnica son:

- * Sonda de alimentación K-31 o K-32
- * Una jeringa de vidrio de 20 ml.
- * Una flanera
- * Gasas
- * Solución de benjuí (para adherir el micropore a la piel).
- * Micropore (para fijación de la sonda).

La introducción de la sonda se efectuará de la siguiente manera: Se mide la distancia que existe entre la nariz y el lóbulo del pabellón auricular, agregándole la distancia entre el lóbulo y el apéndice xifoides del esternón, se coloca una marca a una distancia que es hasta donde se introducirá la sonda por la boca. Se fijará la sonda posteriormente sobre el mentón con solución de benjuí y el micropore. Se instalará la jeringa con una cantidad de leche que puede variar entre 5 y 10 ml y con pequeñas presiones y rotaciones del émbolo, se forzará la salida de la leche en pequeñas cantidades. El bebé deberá ser colocado en posición semifowler y facilitar asimismo la salida del aire de la cámara gástrica por los métodos convencionales. (3)

4.9 PROBLEMAS DE ALIMENTACION EN EL NEONATO CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

El lactante con incapacidad del mecanismo del reflejo de succión no constituye una urgencia. En cambio la incapacidad e incoordinación de los reflejos de succión, deglución y respiración sí constituyen una grave amenaza de aspiración de alimentos y secreciones. La importancia de considerar a estos lactantes con problemas potenciales de tratamiento de alto riesgo ha sido confirmado por informes de casos mortales. Los problemas alimentarios resultantes de disfagia bucofaríngea pueden deberse a normalidades neurológicas o a las anomalías estructurales de la región bucofaríngea. (10,8,3)

La estomatología neonatal en recién nacidos con labio y/o paladar hendido completo, al problema funcional de alimentación por la amplia comunicación abierta entre las cavidades nasal y oral, impidiendo succionar y deglutir adecuadamente, además de presentar la función desorganizada de los músculos palatales tensores y elevadores que facilitan la regurgitación del líquido

alimenticio a cavidades nasofaríngeas, con facilidad a broncoaspirar y predisponerlo a adquirir infecciones respiratorias, auditivas y a interferencias en el drenado a través del tubo de eustaquio. (10,8,3)

Para tratar de colaborar con el médico neonatólogo o pediatra en el problema de alimentación se pensó y actualmente se usa en el Instituto Nacional de Perinatología, acatando las indicaciones precisas de su uso, la prótesis palatina obturadora que permitirá al neonato facilitar a través de ésta misma, la realización de sus reflejos de succión y principalmente de deglución.

El éxito o fracaso de las prótesis dependerá del grado de severidad del caso, de las condiciones generales en que se encuentre y sobre todo de la completa o nula colaboración de parte de sus familiares durante sus primeros meses de vida, ya que posteriormente recibirá la ayuda y apoyo del equipo profesional de la Clínica de Labio y/o Paladar Hendido para su rehabilitación total. (10,8,3,16)

4.10 PROTESIS PALATINA OBTURADORA PARA RECIEN NACIDOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO

El tratamiento del paciente con hendiduras en el labio o el paladar se inicia con la atención inmediata a las necesidades del recién nacido. En estos niños se observan trastornos en la alimentación, que dificultan una alimentación adecuada, como la de la succión insuficiente para extraer la leche del pezón, la ingestión de cantidades excesivas de aire, (que requiere que el paciente erupte con frecuencia para eliminarlo), los cuadros de ahogo provocados debido a que el líquido alimenticio pasa fácilmente a fosas nasales y en ocasiones puede llegar a la laringe con la posibilidad de bronco-aspirar; todo esto aumenta el tiempo de la alimentación, es por esto que se aconseja la alimentación con sonda al principio para evitar accidentes. (8,3,10)

En los neonatos que presenten menor grado de severidad de este tipo de defectos se puede pensar en la alimentación con mamila aunque con cierta dificultad.

Antes de recurrir al empleo de la prótesis obturadora se aconseja investigar previamente el grado de respuesta que se obtenga del neonato con la estimulación provocada inicialmente con el gotero y el alimentador sucesivamente en cuanto a facilidad del paso del líquido alimenticio de la faringe al esófago, así como de su coordinación, y observar cuidadosamente hacia donde fluye el líquido, si regurgita y se despalaza o no por fosas nasales. Entonces se decide si es necesaria e indispensable la aplicación de la prótesis obturadora. (3,8,10)

VENTAJAS

- a) Proporciona un paladar falso que le permite al lactante succionar, disminuye la presencia de dificultades en la alimentación y facilita una nutrición adecuada.
- b) Proporciona estabilidad transversal a la arcada superior e impide un colapso después de la queiloplastia definitiva.
- c) Permite el moldeamiento ortopédico maxilar de los segmentos de la hendidura para su aproximación antes del injerto temporal de hueso alveolar en la hendidura.

TECNICA DE IMPRESION

Se requiere de un porta impresión que se ajuste a la configuración del recién nacido, o se elaborará uno especial con cera rosa ligeramente reblandecida en agua

caliente, conformándolo directamente en el interior de la boca del neonato con mucho cuidado, adosando y adaptando lo mejor posible toda el área del arco maxilar, sin presionar demasiado en el lugar de la hendidura. La porción de cera ya impresa se retira, se enfría con agua y se corre de inmediato con yeso; de este molde se fabrica el porta impresión individual con acrílico autopolimerizable procurando que quede ligeramente holgado. (3.8,16)

PROCEDIMIENTO

Antes de la impresión la boca del bebé deberá estar completamente limpia, se comprueba que no exista obstrucción importante de las vías aéreas altas. La enfermera envolverá al recién nacido con una pequeña sábana y lo mantendrá en posición horizontal, boca abajo.

Se prepara el material en consistencia semicremosa y se coloca en el portaimpresión, el cual se introduce en la boca del neonato cuidadosamente, se mantiene en boca hasta que endurezca, el asistente se encarga de absorber la saliva acumulada en la boca, y el médico mientras tanto vigila la respiración; al retirar la impresión de la boca se revisa cuidadosamente que no halla quedado ningún resto de material. La impresión debe correrse rápidamente.

Una vez que se obtuvo el modelo en yeso-piedra exacto de la boca del neonato, se cubre la hendidura palatina en el modelo con cera dura, para evitar que el acrílico que se va a colocar penetre en esta área. Se puede utilizar acrílico autopolimerizable o termopolimerizable; una vez obtenida la placa se limpia, pule y adelgaza lo más posible.

Antes de colocar la prótesis se comprueba que no existan superficies ásperas o rugosas que pudieran lesionar la delicada piel del bebé, se separan ligeramente los carrillos para facilitar su introducción en la boca; ya colocada en su sitio se observa que no existan porciones vestibulares o palatinas sobre extendidas en la placa que pudieran impedir su correcta adaptación. Se inicia la alimentación comenzando nuevamente con el gotero, alimentador y botella sucesivamente; esto es para estimular más y tratar de conseguir cierta coordinación inicial tanto de succión como de la deglución. Y retirar el empleo de la sonda orogástrica para su alimentación. Es verdaderamente importante que la madre domine el uso del obsturador y conozca los cuidados que debe tenerle, para que se cumpla la función que es la de alimentar al bebé.

En la mayoría de los casos, el aparato se utiliza hasta el inicio del cierre del labio, alrededor de los tres meses de edad. (3,8,10)

5.- QUEILOPASTIA

La queiloplastia es el cierre quirúrgico del labio hendido y se realiza al poco tiempo del nacimiento; esta intervención es llevada a cabo por el cirujano plástico. La cirugía plástica sobre el labio mejora de manera importante el aspecto del lactante, mitiga los temores de los padres y facilita la aceptación del recién nacido, eliminando la ansiedad o depresión, así como los sentimientos de culpa o rechazo.

La mayor parte de los cirujanos aplazan la intervención hasta que el paciente es atendido por el médico de asistencia primaria, que valora el crecimiento y desarrollo iniciales del niño y descarta la presencia de alguna otra malformación congénita. Se utiliza con frecuencia la "regla de los 10" (10 semanas, 4.54 kg de peso, 10 g de hemoglobina) para determinar el momento óptimo de realización del cierre quirúrgico del labio. Durante la intervención y mientras que el niño permanece bajo los efectos de la anestesia general, debe efectuarse una impresión de la arcada superior para construir un nuevo sellador. El objetivo de este nuevo aparato es acoplarse al crecimiento craneofacial de los primeros meses de vida.

CONCLUSIONES

Se puede considerar que el labio y paladar hendidos constituyen la más común de las deformidades craneofaciales, como lo demuestran las cifras estadísticas, frecuencia que causa problemas en el manejo de estos pacientes, desde su nacimiento hasta completar el tratamiento en la edad adolescente; por un lado se necesitan diferentes procedimientos quirúrgicos y por otro, se precisa de la competencia de especialistas.

Se debe establecer el primer contacto con estos pacientes pues será básica la información que se plantee a los padres de familia, que se iniciará desde la técnica de alimentación hasta el control del crecimiento y desarrollo del infante. Será necesario el trabajo conjunto de un equipo integrado por el pediatra, cirujano plástico o pediátrico, odontopediatra, cirujano maxilofacial, ortodoncista, otorrinolaringólogo, poniatra, audiólogo, psicólogo, genetista y trabajadora social.

La información a los padres deberá darse tempranamente con objeto de tranquilizarlos, explicando la importancia de un buen tratamiento por un cirujano calificado y de que no se trata de una urgencia. Puede ser conveniente su plastia labial a las 24-72 horas de nacido por la cicatriz resultante a largo plazo. La explicación por cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario en cuanto al plan de tratamiento, tiempo adecuado para llevarlo a cabo y duración del mismo, es de importancia.

Cuando la alimentación al seno materno, se dificulta, por la amplitud de la fisura, la conveniencia es utilizar un tiraleche y biberón blando con mamila blanda y orificio abocardado, agregándose la posición de semisentado lo cual ayudará al propósito; usualmente la alimentación por sonda nasogástrica no es necesaria

e incluso se debe de evitar en lo posible. La deglución desarrolla la habilidad motora y previene otros problemas, ayuda a la ingesta y al aumento de peso, reduciendo la intranquilidad de los padres, por tal motivo.

La utilización de placas de obturación para la ayuda en la alimentación puede ser otro enfoque. La madre deberá aprender a manejar dichas placas para su limpieza y uso; el material de fabricación debe ser blando o semirígido con objeto de tener oclusión del defecto y sea más fácil y maneobrable su colocación.

Los enfoques quirúrgicos para el cierre o plastía del labio, así como para el paladar, pueden variar de un centro hospitalario a otro, de acuerdo con lo observado en una revisión efectuada en los años 1994-1995. (14)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **Dechaume**, Estomatología Capítulo IV, Pag. 703-715, Editorial Gráficas Tri color.
- 2.- **Dr. José Ramón Escajadillo**, Oído Nariz, Garganta y Cirujía de Cabeza y Cuello, Pags. 253-257, Editorial Manual Moderno.
- 3.- **José Antonio Fragoso Ramírez**, Cuidados del Recién Nacido, Pags. 55-153, Editorial Instituto Nacional de Perinatología.
- 4.- **Kenneth Lyons Jones M.D.** Atlas de Malformaciones congénitas Pags. 218-220 y otras, Editorial Interamericana.
- 5.- **Mcdonald**, Odontología Pediátrica y del Adocecente, Capítulo VI y XXVIII Editorial Mosby/Doyma libros.
- 6.- **Moore** Embriología Clínica, Capítulo X, Pags. 214-226, Editorial Interamericana.
- 7.- **Tressera**, Tratamiento del Labio Hendido y Fisura Palatina, Pags. 3-40, Editorial Jims.
- 8.- **José Antonio Fragoso Ramírez**, Prótesis obturadora en Recien Nacidos con Labio y Paladar Hendido, Perinatología y Reproducción Humana, Insituto Nacional de Perinatología, Mex. Vol.3 No. 1 Ene-Mar. 1989.
- 9.- **Dykema-s**, Clefts and Dental Higiene Care, J. Indiana-Dent-Assoc. 1986 March-April: Vol. 55 Tomo 2 Pag. 24-26
- 10.- **Balluff-MA**, Nutrititonal Needs of and Infant or Child with a Cleft Lip or Palate, Ear - Nose - Throad - J. 1986 Vol. 65. No. 7 Pag. 311 - 315.
- 11.- **Hwang.SJ; Beaty - TH; Panny - SR**, Association Study of Transforming Growth Factor Alpha (GTF) Alpha, Am.J Epidemiol. 1995 April 1:141 (7): 629-636.
- 12.- **Thomas-DB**, Clefth Palate - Mortality and Morbidity in Infants of Substance Abussing Mothers, J.Pediatric - Child-Healdth. 1995 Oct. Vol. 31 No. 5 Pag. 457-460.

- 13.- **MERCER-N**, Cleft Lip and Palate Deformities and Children, BR-J Oral-Maxillofac. Surg. 1994 Feb. Vol. 32. No. 1 Pag 1-2.
- 14.- **Enrique Vinagueras Guarneros**, Lo que Debe Saber del Tratamiento del Niño con Labio y Paladar Hendidos, Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría. Vol. 4 No. 20, Nov. Dic. 96
- 15.- **Carre.A; Gibbin-KP; Henleyh-M; Nashed-NR**. Managing Cleft and Palate. Especialised Multidisciplinary Team Can Solve Problems of Distance, BMJ. 1995 Nov. Tomo 311 No. 7,017 Pags. 1431 - 1433.
- 16.- **Ball-JV; Diviase-DD. Summerland-BC**, Transverse Maxillary Arch Changes with the Use of Preoperative Orthopedics in Unilateral Cleft Palate Infants, Cleft-Palate -Craniofac-J. 1995 Nov. Vol. 32 No. 6 Pags. 483-488.
- 17.- **PETER J. Anderson. Anthony L. H. Moss**, Dental Findings in Parents of Children with Cleft and Palate. Cleft Palate - Craniofac. J. Sep. 1996 Vol. 33 No. 5 Pag. 436-438.

FE DE ERRATAS

PAG	DICE	DEBE DECIR
INTRODUCCION	TERATOGENEOS	TERATÓGENOS
5	POSTEIOR	POSTERIOR
5	ANTIERIORES	ANTERIORES
10	ADAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
10	LOSCASOS	LOS CASOS
10	B)	C)
13	HENDIDORAL	HENDIDURA
13	FISURAL	FISURA
18	DEBER	DEBE
19	SESEPARA	SE SEPARA
20	DEGLUDIDO	DEGLUIDO
20	DESARRLLO	DESARROLLO
20	SER	SERA
21	DEBER	DEBE
22	MÚCULOS	MÚSCULOS
25	PRO	PRO
25	VOCA	BOCA
25	ABASORBIDO	ABSORBIDO
29	CANTNIDADES	CANTIDADES
29	TÉNCIA	TÉCNICA
35	OBSTURADOR	ORTURADOR
36	QUEILOPASTIA	QUEILOPLASTIA
37	OTORRINOLARINGÓLO	OTORRINOLARINGÓLOGO
37	PONIATRA	FONIATRA