

IMPORTANCIA DE ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN EL TRATAMIENTO DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO

Importance of multidisciplinary approach in the treatment of cleft lip and palate

*Ventiades F. J.; **Tattum B. K.

*Médico – Odontopediatra; **Médico Cirujano

RESUMEN

El trabajo en equipo es imprescindible al momento de abordar patologías graves, por lo que la participación de profesionales de varias especialidades es necesaria más aún si la presentación clínica de estas patologías es muy variada y no es fácil establecer un plan terapéutico general.

Se realiza un análisis detallado acerca de los profesionales que participan en la terapia del labio y paladar hendido, las especialidades médicas indudablemente aportan las bases terapéuticas en estas alteraciones, a partir del cirujano plástico, el pediatra y otras profesiones, así también las especialidades odontológicas de igual forma coadyuvan y aportan mediante procedimientos de ortopedia maxilar, ortopedia pre quirúrgica, etc., desde el recién nacido con labio y paladar hendido hasta las últimas etapas del crecimiento, estos procedimientos no solo previenen las malformaciones dentales sino también de los maxilares y la cara en su conjunto, además de mejorar la calidad de vida y desarrollo del paciente y su entorno durante la fase terapéutica.

PALABRAS CLAVES:

Labio y paladar hendido

SUMMARY

Teamwork is essential when addressing serious diseases, so that the participation of professionals from various specialties is necessary even if the clinical presentation of these diseases is very varied and it is not easy to establish a comprehensive treatment plan.

A detailed about professional analysis involved in the therapy of cleft lip and palate is performed, the medical specialties undoubtedly provide therapeutic bases in these alterations, from plastic surgeon, pediatrician and other professions, so dental specialties Similarly contribute and contribute by orthodontic procedures, presurgical orthopedics, etc., from the newborn with cleft lip and palate until the later stages of growth, these procedures not only prevent dental malformations but also of the jaw and face as a whole, as well as improving the quality of life and development of the patient and their environment during the therapeutic phase.

KEYWORDS:

Cleft lip and palate

Recibido: 14 Julio de 2014

Aceptado: 2 de Septiembre de 2014

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones craneofaciales como el labio y paladar hendido, son alteraciones congénitas graves que si no son enfocadas por un equipo de profesionales de manera coordinada repercuten seriamente en el futuro del paciente. El labio hendido se debe a una hipoplasia de la capa mesenquimatosa que causa un fallo de fusión de la apófisis nasal y maxilar mediales y el paladar hendido consiste en un fallo de la aproximación o fusión de los tabiques palatinos.

El labio y paladar hendido se observa uno de cada 800 recién nacidos vivos en la raza blanca. El paladar hendido aislado afecta a uno de cada 2500 nacidos. La asociación de ambas alteraciones constituye alrededor del 50% de todos los casos, mientras que el labio y paladar hendido de forma separada se observan en cada uno de ellos en el 25% de los casos.

⁽¹⁾ La etiología en casos aislados y no sindrómicos de labio y/o paladar hendido es incierta, parece ser una combinación multifactorial de elementos genéticos y ambientales.

Actualmente se ha descartado el factor de edad de los padres, al que tanta importancia se le había otorgado antes.⁽²⁾

El labio y paladar no es una malformación de carácter homogéneo, la presentación clínica es muy variada por lo que no es fácil establecer un plan terapéutico general, por ello se requiere la participación de varios profesionales a la vez para cada caso en particular (fig. 1)



Fig. 1 labio y paladar hendido unilateral

TRABAJO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El concepto del equipo multidisciplinario evoluciona según la necesidad de cada paciente, sean estos: el desarrollo general del paciente, su dentición, la estética facial, el equilibrio psicológico, la audición y el

desarrollo del habla. Los miembros de este equipo deberían comunicarse entre sí, al igual que con los padres del paciente, quienes deben respetar las opiniones de los demás y ser flexibles en cuanto a la planificación terapéutica. Las evaluaciones son necesarias para comprobar los efectos del tratamiento y determinar la necesidad de otras alternativas. Sería prudente que el equipo se reúna después de la exploración física del paciente para comentar los problemas y establecer las pautas del tratamiento. Ya que la experiencia y la práctica muestran que los padres están tan preocupados por los aspectos del labio y el paladar hendido que consideran la asistencia dental como de baja prioridad, es así que la asistencia dental preventiva debe iniciarse el primer año de vida, y el cirujano debería remitir periódicamente al odontólogo durante toda la etapa de tratamiento.

RESPONSABILIDAD DE LAS ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

El Odontopediatra es responsable del cuidado de todos los aspectos dentales del paciente a lo largo de su desarrollo. El labio y paladar hendido se acompañan de numerosas anomalías dentales y cuadros de maloclusión que son el resultado de la malformación congénita o puede ser secundaria a la corrección quirúrgica de los defectos primarios, además de otros problemas como son las alteraciones en la estructura y morfología dental como hipoplasia del esmalte, microdentía o macrodentía, fusión de los dientes y alteración en la forma de la corona. Los dientes que se afectan son los incisivos superiores temporales y permanentes además de erupcionar en posición rota con desviación del eje de la raíz.

Es más, este especialista es uno de los primeros en interactuar con el paciente ya que debe realizar el sellador o placa palatina del recién nacido para que pueda succionar (Fig. 2). También presentan con frecuencia dientes natales, habitualmente incisivos centrales superiores, o se observan dientes supernumerarios sobre todo en las hendiduras completas unilaterales o bilaterales, los más frecuentes son los incisivos laterales temporales.⁽³⁾

La incidencia de anodoncia congénita es elevada y afecta a los incisivos laterales permanentes o temporales adyacentes a la cresta alveolar hendida, además de ausencia congénita de los premolares.

Son frecuentes los incisivos laterales deciduos ectópicos en localización palatal adyacente a la hendidura o en su interior. En los dientes permanentes la erupción de los caninos del mismo lado de la hendidura alveo-

lar completa se desvía en dirección palatal, hacia la hendidura. Los dientes permanentes de la zona adyacente a la hendidura de la cresta alveolar presentan deficiencias en el hueso alveolar que le rodea y se agrava con la enfermedad periodontal o con el uso de aparatos de ortodoncia sin el control adecuado.

El perfil facial lateral de estos pacientes se tiene un aspecto cóncavo, mas perceptible a medida que crece el niño, este aspecto se debe a un prognatismo mandibular o pseudo mandibular, en este caso la relación entre el maxilar y la mandíbula es poco armónico a causa de un retrognatismo maxilar o el escaso crecimiento antero posterior y vertical del maxilar.⁽⁴⁾

El ortodontista desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de las secuelas del labio y paladar hendido porque proporciona todos los datos y medidas necesarias para la planificación terapéutica entre ellas las radiografías cefalométricas, panorámicas, modelos de estudio y fotografías, el análisis de todos estos datos sirve para cuantificar las deformidades del esqueleto facial y de los tejidos blandos e identificar las áreas con problemas y limitaciones, pronostica el crecimiento y desarrollo, el cirujano plástico y maxilofacial dependen de estos análisis para realizar la planificación terapéutica.

Por otra parte **el cirujano maxilofacial** es quien tiene la capacidad para modificar quirúrgicamente las relaciones esqueléticas del complejo maxilo mandibular, ya que en muchos de los casos las maloclusiones esqueléticas graves no se pueden tratar mediante la ortodoncia convencional y requieren corrección quirúrgica, además es quien debería realizar los injerto temporales y permanentes del hueso alveolar y la hendidura palatina.

El odontólogo con formación en prótesis sustituye y rehabilita las estructuras orales ausentes o malformadas, construye diversos aparatos protésicos para rehabilitar la masticación, la estética, la deglución y el habla ya que muchos pacientes con esta patología presentan ausencia o malformación congénita de los dientes.

ESPECIALIDADES MÉDICAS

El pediatra es responsable de la salud global del paciente, valoran las características físicas completas y controla los aspectos fisiológicos de los pacientes, además evalúa el crecimiento y otros parámetros del desarrollo.

El cirujano plástico, diagnostica y trata las anomalías esqueléticas faciales, del cráneo y partes blandas, su trabajo se inicia con la elección y método ade-

cuado para el cierre del labio, la palatoplastia, injertos óseos y posteriores retoques del labio o la nariz.

El psicólogo, debe brindar apoyo necesario a los padres para para sobrellevar la patología de su hijo, mostrara que es un problema que tiene solución.

La trabajadora social, profesional que asesora y apoya a la familia, facilita la comunicación con el personal medico y hospitalario.

Inclusive la o **el fonoaudiólogo** debería participar para diagnosticar las dificultades en la audición, el retraso en el desarrollo del habla, el rendimiento escolar, etc.

NUEVOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS INICIALES QUE COADYUVAN AL PACIENTE Y AL CIRUJANO

Del el nacimiento a los 18 meses, constituye la **fase de ortopedia maxilar**, en recién nacidos con paladar hendido el tratamiento odontológico es inmediato, ya que presentan trastornos en la alimentación que dificulta una nutrición adecuada, como es la succión insuficiente para extraer la leche del pezón, ingestión de cantidades excesivas de aire, cuadros de ahogo por eliminación de leche por la nariz y aumento del tiempo requerido para la alimentación, Para lo cual se confecciona una placa protésica que funciona como sellador maxilar intraoral con lo que se consigue un paladar falso que permite al lactante succionar y disminuir la dificultad en la alimentación. El procedimiento se realiza con la técnica convencional de impresión con una cubeta adecuada prefabricada ya que en el mercado no hay para neonatos y la confección de la placa sobre el modelo con acrílico de autocurado o placas de silicona (fig. 2)



Fig. 2 Placa en modelo



Fig. 2 Placa en boca

Estas placas también sirven para prevenir el colapso de la arcada, tras la queiloplastía, ya que proporciona apoyo y estabilidad transversal a la arcada porque el labio reparado de ejerce presión sobre los segmentos anteriores del maxilar.⁽⁴⁾ Además el moldeamiento ortopédico que proporciona la placa dando un fulcro alrededor del cual rota la porción premaxilar, incluso mientras el paciente se encuentra anestesiado tras la queiloplastía debe realizarse una impresión para construir una nueva placa.

Existe suficiente evidencia para demostrar que los niños con labio y paladar hendido alimentados con placa obturadora y chupón ortodóntico a los seis meses de edad presentan incrementos de peso y longitud semejantes al peso de niños sanos.⁽⁵⁾

También se realiza el tratamiento ortopédico prequirúrgico en el recién nacido, cuando el segmento premaxilar está situado muy por delante o esta desviado lateralmente hacia un lado de la hendidura en relación a los segmentos laterales, esta situación es un reto clínico para que el cirujano antes del cierre quirúrgico del labio, por lo que no se puede trabajar en una situación anómala ya que aumenta la posibilidad de dehiscencia del labio o el paladar, entonces para colocar la premaxila en posición más adecuada para la corrección quirúrgica el odontólogo debe construir un casquete para lograr la posición correcta del segmento premaxilar, para lo cual se toma la impresión del premaxilar del lactante para construir un prótesis acrílica externa globular, esta prótesis unida con ligaduras elásticas al casquete con el propósito de centralizar el desvío lateral del segmento premaxilar para después retraerlo hasta la porción más normal en relación a los segmentos laterales, esta centralización se consigue hasta las 6 u 8 semanas.⁽⁶⁾

Posteriormente participa activamente el ortodoncista cuando realiza el tratamiento de ortopedia para el desarrollo correcto de las arcadas y la parte correctiva para los problemas ya presentes.

PARTICIPACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

Simultáneamente, **el cirujano plástico** realiza las cirugías requeridas en el lactante y niños, la queiloplastía aproximadamente a las diez semanas, previa valoración del pediatra que controla el crecimiento y desarrollo del niño y descarta otras patologías. También realiza la palatoplastía entre los 12 meses y los 2 años con el objetivo principal de facilitar el habla normal del niño. Hay escuelas que prefieren operar el paladar en dos tiempos: el velo a los seis meses y el paladar duro a los dos o tres años con el objetivo de no alterar el crecimiento del maxilar superior.^(7,8)

Finalmente se continua trabajando con otros procedimientos quirúrgicos secundarios que son los retoques del labio o la nariz a edad preescolar y la solución de los problemas de fonación que se resuelven mediante las faringoplastias antes de los seis años y en la adolescencia cuando los maxilares alcanzan un crecimiento máximo y erupcionan todos los dientes permanentes, el cirujano maxilofacial y el plástico realizan las últimas cirugías.

CONCLUSIONES

Actualmente no hay un equipo de profesionales establecido para tratar el labio y paladar hendido por lo que esta publicación constituye una propuesta.

Los procedimientos médico-quirúrgicos y los ortopédicos-odontológicos y ortodónticos deberían realizar una planificación simultáneamente para el éxito del tratamiento.

Se deben crear mecanismos para conformar un equipo de profesionales que aborden estas patologías para beneficio del paciente y una correcta praxis médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Behrman, R. Kliegman, R. L. Tratado de Pediatría de Nelson. 18va. Edición. Ed: McGraw-Hill. México. 2013; pág.1227-1228
- 2 Meno, J. Lesiones orales de mucosas y aneos. En: Pediatría de Menegehello. 6ta. Edición. Ed: panamericana. Buenos Aires. 2012; pág. 1502-1508.

- 3 Jeffrey A. McDonald, R. E. Avery, D. R. Principios de Patología estomatológica. En: Odontología para el niño y adolescente. 8va. Edición. Ed: Harcourt Brace. Buenos aires. 2013. Pág. 234-244
- 4 Pinkhan, J. R. lesiones orales en niños. En: Odontología Pediátrica. 3ra. Edición. Ed: McGraw-Hill. México. 2004. Pag. 128 – 132.
- 5 Gallardo M, Estudio Comparativo de chupones ortodónticos vs. placa obturadora para pacientes con labio y paladar hendido en el manejo odontopediátrico. Med Oral.2002; 4(3):78-83.
- 6 American Academy of Pediatric Dentistry, Policyon Managent of Patienswithcleft LipPalate and other Craniofacial Anomalies, 2013; 31.
- 7 Mulliken JB, Wu JK, Padwa: Repair of bilateral cleft lip: review, revisions and reflections. J Craniofac Surg 2003; 14: 609-620.
- 8 González A, González A, Ramírez C, Urzúa MY. Incidencia de labio y paladar hendido en las clínicas periféricas odontológicas de la FES Iztacala, UNAM, en el año 2011. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVII/contenido/cartel/cartel_7w.htm. Consultado en julio de 2014.