

Simposio

MANEJO DE LABIO PALADAR FISURADO: UNA VISIÓN INTEGRAL

Labio paladar fisurado: Una perspectiva global

Julio Gonzales Mendoza¹, Jeanette Campos Campos²

Una de las patologías maxilofaciales que mayores alteraciones ha causado en niños es la afección descrita como Labio Paladar Fisurado (LPF)^(1,9); denominaciones como “paladar hendido”, “labio leporino” han sido frecuentes para describir las alteraciones que se originan de la falta parcial o total del cierre de los procesos labial y palatino durante la etapa embrionaria. Las secuelas causadas sobre todo si el paciente no recibe un adecuado tratamiento son estéticamente inadecuadas y funcionalmente severas aún en pacientes quirúrgicamente intervenidos.

La Sociedad Peruana de Odontopediatría, dentro de su misión para promover la salud oral en el Perú, convocó a diversos especialistas e instituciones con la finalidad de discutir la necesidad de analizar la patología dentro de un abordaje interdisciplinario y como parte de un protocolo de trabajo que involucre a las diversas especialidades que puedan proveer alternativas de tratamiento para superar y corregir las secuelas que esta deja sobre todo cuando se realiza un abordaje único sin un seguimiento adecuado y terapias complementarias futuras.

El énfasis del manejo del LPF como una visión integral nos llevó a pensar que era importante seguir tratando el tema desde una discusión académica actualizada, y ampliando la información sobre las alternativas terapéuticas más diversas que a nivel mundial se emplean. Así mismo, no somos ajenos del progreso e implementación de equipos de trabajo multidisciplinarios exitosos en países hermanos como Chile, Brasil, Colombia y otros de la región.

Es por ello que se convocó a prestigiosos profesionales para abrir un espacio de debate e intercambiar experiencias que permitan ir creando conciencia de la importancia del abordaje a través de una visión integral interdisciplinaria. Participaron en el mismo dentro del marco de la XIII Jornada Nacional de la Sociedad Peruana de Odontopediatría en agosto del 2017, los Doctores Martha Jaimes (Especialista en Pediatría - Sociedad Peruana de Pediatría), Gino Boero (Especialista en Otorrinolaringología), Percy Rossell (Especialista Cirugía Plástica - Hospital Edgardo Rebagliati - EsSalud), Italo Funes (Especialista en Cirugía Dentomaxilofacial - Presidente ASPECIBUM), Ana María Cerón (Especialista en Odontopediatría y Ortodoncia preventiva - Universidad CES), Fátima Dantas (Licenciada en Fonoaudiología - Quorito), Luis Loayza (Especialista en Odontopediatría - Departamento de Estomatología Hospital Naval) y José Manuel Hinostroza (Especialista en Ortodoncia - Operación Sonrisa). Estos distinguidos profesionales de la salud aportaron sus puntos de

vista y una descripción del estado de los protocolos terapéuticos desde su área de especialización para el abordaje del LPF.

Dentro de los aspectos importantes a resaltar de la discusión, queremos destacar que existen diferentes presentaciones anatómicas del LPF, las que pueden ser bilaterales o unilaterales, completas o incompletas, las que afectan tanto al labio y paladar (duro, blando o ambas) dejando secuelas leves o severas según su presentación⁽²⁾, las repercusiones se dan a nivel respiratorio, fonatorio, deglutorio, auditivo, dentario y quizás dentro de las secuelas más notorias, las alteraciones del desarrollo y crecimiento craneofacial y palatino, causado por la falta de proceso sutural óseo. Estas secuelas afectan severamente la función estomatognática y la estética del paciente, con la presencia de problemas psicológicos ya conocidos.

La cirugía de labio es en la mayoría de los casos abordada a las 10 semanas de nacido, siendo tratado el paladar en muchos casos entre los 6 a 12 meses de nacido⁽³⁾. Dentro de la intervención temprana necesaria para la corrección labial o palatina; intervienen pediatras y cirujanos, pero se requiere de un equipo multidisciplinario completo para abordar las secuelas y complicaciones a mediano y largo plazo, y evitar limitaciones severas en la funcionalidad⁽³⁾. Las principales alteraciones a nivel respiratorio observadas son desviación septal, laterorrinia y falta de proyección de la punta nasal, las cuales conllevan a respiración oral y posibles cuadros de apnea leves a moderadas. Además se observan alteraciones fonatorias importantes como rinolalia abierta o hipernasalidad, incompetencia velopalatina inclusive en pacientes que ya han recibido cirugía reparativa temprana⁽⁴⁾. En los pacientes con LPF se presentan problemas de articulación, resonancia y voz, este último asociado a compensación por alteraciones en las dos primeras. El tracto vocal tiene un sistema de válvulas, la primera en la laringe, la segunda en el esfínter velofaríngeo y la

¹Especialista en Odontología Pediátrica Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Past-Presidente de la Sociedad Peruana de Odontopediatría, Docente Universidad Científica del Sur. ² Mag. en Estomatología y Especialista en Odontología Pediátrica UPCH, Docente Universidad Científica del Sur.

tercera en los labios. Cuando hay un problema a nivel velofaríngeo el paciente va a tratar de compensar esta falla empleando el esfínter labial y la glotis adaptando la lengua para lograr el cierre velofaríngeo. La alteración velofaríngea es un problema anatómico estructural que correspondería a corrección quirúrgica o protésica, sin embargo la incompetencia velofaríngea siendo un problema fisiológico del movimiento podría ser abordado con terapia motricial; en este caso se debería contemplar la terapia del habla en primer lugar antes de la corrección quirúrgica o protésica⁽⁵⁾.

A nivel de Ortorrinolaringología los expertos opinaron que era importante realizar una fibroscopia o endoscopia nasal y faríngea con el paciente despierto para ver el nivel de alteración y poder sugerir terapias correctivas. Se ha reportado además, a pesar que la cirugía haya sido la adecuada, disfunción crónica de la trompa de Eustaquio. La mayoría de pacientes fisurados presentan otitis media serosa al año de edad, 77% de estos presentan alteraciones en la otoscopia, 25% hipoacusia conductiva, y como secuela mayor (en un 5.9%) presencia de colesteatoma, que es una otitis media crónica muy agresiva. Estos pacientes, por las dificultades en el amamantamiento, sufren de bajo peso al nacer, esto no solo complica el inicio de la terapia quirúrgica palatina, sino además conlleva a factores de riesgo para la otitis media⁽⁴⁾.

Dentro de las alternativas protésicas temporales para el apoyo en la lactancia del recién nacido con LPF, se ha usado por varios años un obturador palatino que era confeccionado por el Odontopediatra con la finalidad de permitir mejorar la experiencia de lactancia y el incremento de la nutrición del paciente antes de la cirugía palatina⁽⁶⁾; se ha observado que se debe cuidar con mucho detalle el tipo de material de impresión que se emplea siendo que debe evitar accidentes de aspiración involuntarios. Dentro de las últimas revisiones, las opiniones son aún controversiales sobre la necesidad de estos aditamentos previos a la cirugía palatina temprana adecuada^(7,8).

Los objetivos de la cirugía temprana no solo son las de poder cerrar el labio de manera adecuada, sino además el proveer el cierre palatino en primera intención, evitar el acortamiento palatino, preservar la función normal del velo, la competencia velofaríngea adecuada, intentar proveer de un habla lo más natural posible, promover que la trompa de eustaquio tenga una fisiología normal y que el aparato masticatorio no sufra secuelas crónicas inadecuadas que sean factores promotores de maloclusiones severas y discrepancias entre los maxilares⁽⁶⁾. Siendo que el paladar y la sutura palatina son considerados como promotores del crecimiento maxilar, la ausencia de estos promueve una falta de crecimiento tanto transversal como antero posterior, pudiendo favorecer aún la cirugía temprana, la presencia de una cicatriz poco flexible para el crecimiento transversal del maxilar. Siendo que los procesos maxilares palatinos no son estimulados correctamente y dependiendo del nivel de alteración congénita, se observarán comúnmente presencias de mordidas cruzadas transversales no solo dentoalveolares, sino esqueléticas, presencia de atresia del maxilar superior, tendencia a protrusión mandibular, mordida

cruzada anterior, formación incompleta del arco dentario superior sobre todo en la porción afectada, agenesia de piezas, erupción ectópica de las mismas entre otras alteraciones frecuentes. La falta de crecimiento maxilar puede en los casos más severos puede afectar el sentido antero posterior produciendo perfil cóncavo y la presencia de maloclusión clase III con atresia maxilar⁽⁹⁾.

Dentro de las estrategias para apoyar en la corrección de las secuelas tempranas, así como para disminuir la complejidad en el abordaje quirúrgico temprano se han introducido planteamientos de abordaje ortopédico pre quirúrgico, los cuales intentan apoyar en la remodelación del proceso alveolar de tal manera que se permita al cirujano resultados más adecuados y una disminución de secuelas posteriores. Es importante comentar que a este nivel existe discrepancias entre especialistas sobre la necesidad o relevancia del uso de terapia ortopédica pre quirúrgica temprana para todos los casos, siendo observadas secuelas en la piel de los niños, así como complicaciones por el uso de aparatología en recién nacidos⁽⁷⁾; asimismo es importante mencionar que existen casos severos donde el remodelado alveolar temprano a la opinión de los cirujanos podría ser beneficiosos sobre todo en casos de alteraciones bilaterales con separación considerable de las porciones alveolares^(2,9,10). Existen protocolos en otros países como Chile, Brasil y Colombia, donde se ha incorporado estas técnicas dentro del abordaje interdisciplinario, así como también existe la posición que una adecuada cirugía, en manos de un equipo de expertos calificados, puede reducir significativamente la necesidad del incremento de terapias previas y disminuir las secuelas posteriores en el niño^(7,9,11,12). Estos aspectos deberían ser evaluados a futuro basados en la literatura y sobre todo dentro del marco de las decisiones y recomendaciones del grupo de trabajo interdisciplinario que atiende al paciente. No pretenderemos dar aquí solución a dicha discrepancia de opiniones, solo proveer un foro de discusión que en un futuro pueda aclarar más el panorama.

La labor del odontopediatra es muy importante, no solo implementando medidas preventivas de salud oral, sino convocando al equipo multidisciplinario estomatológico para el abordaje de las secuelas; a ello se debe sumar el ortodoncista, el cirujano dentomaxilo facial, en caso requerido el rehabilitador oral todas las especialidades anexas que deban intervenir para brindar una terapia de alto nivel. Una de las observaciones importantes de los panelistas es que existe en nuestro país pocos centros capacitados para el manejo adecuado y abordaje multidisciplinario, generalmente se realizan procedimientos correctivos aislados y dadas las limitaciones de los servicios de salud no es fácil para el paciente recibir un protocolo integral de tratamiento que le permita un seguimiento y abordaje completo para una recuperación total. En la mayoría de casos estos esfuerzos son costosos y los pacientes deben visitar múltiples centros de salud que no están integrados o conformarse con vivir con las secuelas presentes. Generalmente se ofrecen procedimientos quirúrgicos luego de los cuales los pacientes no pueden ser derivados para completar las terapias requeridas para su total recuperación. Ya sea por la

falta de equipamiento, que los servicios de salud no siempre incluyen a todos los especialistas necesarios o por temas presupuestales, es difícil en nuestro medio tener un abordaje adecuado como si está sucediendo en países más desarrollados. Dentro de las recomendaciones está la preocupación que se formen grupos interdisciplinarios de trabajo especializado en los centros médicos y hospitales que permitan ofrecer al paciente un abordaje y protocolo integral, así como la pertinencia que se discuta la mejor terapéutica dentro de un calificado grupo de especialistas que trabajan en equipo multidisciplinario y no como decisiones aisladas en el tiempo⁽⁹⁾.

Es importante asimismo comentar que existe un abordaje ortopédico y ortodóncico postquirúrgico importante que muchas veces no es conocido por los profesionales de la salud y que permite apoyar al paciente en la recuperación de las secuelas del déficit de crecimiento craneofacial así como en la corrección de la maloclusión subsecuente. Los expertos mencionan que en este punto es importante recordar que como parte de la terapia ortopédica intraoral, siendo que los procesos maxilares no son estables y que las secuelas de las cirugías no permiten siempre la elasticidad de los tejidos, los protocolos de activación de la aparatología debe ser revisada y disminuida así como contemplar que en muchos casos el abordaje dentoalveolar será más adecuado siendo que no se cuenta con presencia de la sutura palatina⁽¹³⁾.

Otro aspecto que complica el tratamiento ortodóncico es la inestabilidad de los procesos corticales alveolares cerca a la porción afectada por la secuela; siendo que en esta porción hay ausencia de hueso o presencia de piezas con pobre inserción y que es importante dentro del abordaje ortodóncico la presencia de una adecuada estabilidad ósea, será de suma importancia un diagnóstico adecuado, la conservación al máximo de las piezas presentes, inclusive si estuvieran en una posición ectópica, con la finalidad que los especialistas puedan garantizar suficiente tejido alveolar para la corrección ortodóncica.

Como parte de la planificación del tratamiento integral multidisciplinario es vital considerar si el caso será resuelto solo por terapia ortodóncica o si será necesario el abordaje protésico o combinado con cirugía dentoalveolar con la finalidad de, a través de injertos o rellenos, dar estabilidad ósea alveolar para mejorar los resultados correctivos o corregir fistula oronasal⁽³⁾.

Existirán algunos casos donde la falta de piezas dentarias requerirá un abordaje protésico posterior, motivo por el cual será importante que se identifique las necesidades del paciente y se planifique en conjunto entre las especialidades odontológicas los aspectos finales de la recuperación del paciente^(17,14) (Tabla 1).

Tabla 1

Edad del paciente	Medidas terapéuticas
Dentro de los primeros 4 meses	Presentación del niño. Historia clínica integral.
4 meses de edad	Tratamiento ortopédico maxilofacial temprano, si fuese necesario.
4 a 6 meses	Cierre quirúrgico de la fisura facial y alveolar, eventualmente con osteoplastia (paladar). Control ORL si fuese necesario. Control de los padres por psicólogo.
2 años	En fisuras dobles, intervención en la 2da fisura maxilar y labial restante.
15 a 20 meses	Estafilorrafia o solo una veloplastia. Control ORL. Intervención si fuese necesario. Control de los padres por psicólogo.
A partir de los 2 años	Control de la erupción dental. Si es necesario, primeras medidas de ortopedia funcional. Control de caries de dentadura decidua. Control ORL. Intervención si fuese necesario. Control de los padres por psicólogo.
A partir de los 3 años	Comienza terapia del lenguaje. Indicaciones de los padres al respecto.
Entre 5 a 6 años (comienzo de la escolaridad)	Cierre quirúrgico de fisuras residuales y otras correcciones secundarias (si éstas persisten). Intervención foniatría intensa. Control del niño por el psicólogo.
8 a 12 años	Correcciones quirúrgicas para mejorar el lenguaje (velofar ingoplastia). Comienzo del tratamiento de ortopedia funcional o de ortodoncia de ser necesario.
Hacia los 14 años o más	Continúa tratamiento de ortopedia funcional o de ortodoncia. Ayuda foniatría de ser necesario.
Después de los 12 años hasta la adultez	Correcciones secundarias en labios.
Después de los 15 años	Correcciones de la nariz. Correcciones de hipoplasias maxilares. Medidas protésicas y ortodoncia.

Es importante asimismo la intervención de especialistas en fonoaudiología y terapia motricial que permitan dar apoyo funcional a los pacientes, sobre todo por las secuelas de los tratamientos; se debe coordinar en que aspectos esta terapia deberá ser apoyada con la cirugía complementaria, es por ello que la comunicación entre el equipo de trabajo médico es importante. Por otro lado se debe considerar incluir dentro del equipo, profesionales que permitan complementar las afecciones psicológicas del paciente considerando que pasar por las diferentes terapias así como las secuelas de las mismas puede ser agobiante para cualquier niño; considerar un apoyo integral psicológico para el paciente y los padres puede ser muy útil para sobrellevar su terapia a lo largo de los años. Es pues indispensable que estos casos sean abordados por un equipo multidisciplinario conformado por pediatras, cirujanos plásticos, cirujanos dentomaxilofaciales, odontopediatras, ortodoncistas, fonoaudiólogos y terapistas, psicólogos y otros profesionales de la salud que sean requeridos para el bienestar del paciente⁽⁹⁾.

Conclusiones y recomendaciones

Dentro de las conclusiones y recomendaciones que los especialistas han aportado podemos sugerir que:

1. Es importante que las decisiones terapéuticas surjan como parte de un equipo multidisciplinario dentro del marco de una atención integral y no como decisiones aisladas o desarticuladas de un plan de tratamiento a largo plazo.

2. Se debe evaluar cada caso en particular y orientar al paciente sobre las diversas alternativas de tratamiento que existen; es importante el dialogo en el equipo interdisciplinario para evaluar cual será el abordaje más adecuado según la necesidad de cada paciente, individualizando el mismo y evitando considerar un protocolo único para todos los pacientes.

3. Como parte del trabajo interdisciplinario será importante considerar la opinión de los diversos especialistas del equipo odontológico, siendo que se deberá abordar las secuelas de los tratamientos tempranos para poder implementar luego terapias alternativas y correctivas que permitan llevar a la recuperación anatómica y funcional del sistema estomatognático adecuado. Involucrar a todas las especialidades será vital dentro del marco de un trabajo secuencial planificado, la posibilidad de ofrecer un control periódico y no un tratamiento meramente transitorio.

4. Los especialistas llamaron la atención de la poca oferta especializada con la que nuestro sistema de salud cuenta dentro de un abordaje interdisciplinario, siendo necesario implementar dentro de los centros médicos y hospitalarios equipos de trabajo para un abordaje conjunto.

5. Se sugiere que los pacientes que padecen LPF puedan ser referidos a profesionales y equipos multidisciplinarios que cuenten con el entrenamiento y experiencia para un abordaje integral y secuencial que permita el control periódico y la culminación de las necesidades de rehabilitación funcional de los mismos.

Referencias bibliográficas

- Dodamani S, Patil RA, Nerli S.** Multidisciplinary approach for improving esthetics in cleft palate and alveolus patient: A clinical report. *Indian Prosthodont Soc* 2005;5:39-42.
- Cerón Zapata AM.** Terapia ortopédica pre quirúrgica en labio paladar fisurado. En: Simposio Labio Paladar Fisurado, una Visión Integral; XIII Jornada Nacional SPO; Sociedad Peruana de Odontopediatría; Lima; 2017.
- Karron A.** Cleft palate repair and variations. *Indian Jplast Surg.* 2009;42:102-109.
- Boero Zunino G.** Alteraciones otorrinolaringológicas en paladar hendido. En: Simposio Labio Paladar Fisurado, una Visión Integral; XIII Jornada Nacional SPO; Sociedad Peruana de Odontopediatría; Lima; 2017.
- Dantas F.** Terapia de apoyo motricial y miofuncional en LPF. En: Simposio Labio Paladar Fisurado, una Visión Integral; XIII Jornada Nacional SPO; Sociedad Peruana de Odontopediatría; Lima; 2017.
- Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M y col.** The effects of lactation education and prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal.* 2001;38(5):519-524.
- Valencia RC, Mendez GO, López PA y col.** Estudio retrospectivo de hallazgos clínicos en niños con paladar fisurado luego de utilizar un obturador palatino como tratamiento temprano. *Rev. Fac. Odont. Univ. Ant.* 1997;8(2):52-61.
- Masarei AG, Wade A, Mars M y col.** A randomized control trial investigating the effect of presurgical orthopedics on feeding in infants with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(2):82-93.
- Bedon RM, Villota GL.** Labio y paladar hendido: Tendencias actuales en el manejo exitoso. *Archivos de Medicina.* 2012; 12(1):107-119.
- Vesna K.** Changes produced by presurgical orthopedic treatment before cheiloplasty in cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999;36(6):515-521.
- Uzel A, Alparslan ZN.** Long-term effects of presurgical infant orthopedics in patients with cleft lip and palate: a systematic review. *Cleft Palate Craniofac J.* 2011;48(5):587-595.
- Aminpour S, Tollefson TT.** Recent advances in presurgical molding in cleft lip and palate. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;16(4):339-346.
- Rolf S, Per R, Olav E y col.** Orthopedic protraction of the upper jaw in cleft lip and palate patients during the deciduous and mixed dentition periods in comparison with normal growth and development. *Cleft Palate Craniofac J.* 1993;30(2):182-194.
- Sander O.** Tratado de cirugía oral y maxilofacial: Introducción básica a la enseñanza. *Displasias craneofaciales.* Caracas Ed. Amolca; 2007.