

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

“Tratamiento quirúrgico en pacientes con labio leporino y paladar hendido atendidos en el hospital verdi cevallos balda de la ciudad de Portoviejo”.

Facultad de Odontología

Autor:

Cristhian John Mero Montalván.

Tutor:

Dra. Carolina Rivadeneira, Mg.

Manta – Manabí – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por Cristhian John Mero Montalván, es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la Facultad de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Dra. Carolina Rivadeneira, Mg.

TUTOR

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alaro de Manabí

Facultad de Odontología

Tribunal examinador

Los honorables miembros del tribunal examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueban el informe de investigación sobre el tema **“Tratamiento quirúrgico en pacientes con labio leporino y paladar hendido atendido en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo ”**

Presidente del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Manta, _____ de 2017

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación está dedicado en primer lugar a Dios; dándole gracias a la vez por su infinita misericordia y por permitirme llegar hasta aquí con paso firme.

Dedicado a mis padres, Dr. John Mero y O.F Migdalia Montalván, el motor fundamental en la vida de este servidor, las personas a las que amo con todas las fuerzas de mi ser; infinitas gracias por estar aquí cada segundo y minuto de mi vida brindándome su apoyo, creyendo en mí y en mis capacidades. Siempre con un: “Lo puedes hacer”.

A mis hermanos, Glen y Michael, quienes son un motivo inmensamente grande y valioso, con esto quiero demostrarles que todo en la vida se puede lograr con sacrificio y dedicación.

A mi abuelitas, Margarita y Piedad, los dos ángeles más maravillosos que llevo conmigo en el corazón.

A mi novia, Vielka Cañarte, por ser el apoyo físico y emocional durante todos estos meses, y que me hacía falta para lograr este objetivo.

A mis mejores amigos, demás familiares y cada una de las personas que han estado aquí dándome su mano durante tantos años de estudios.

Esto va por ustedes.

Cristhian Mero Montalván

AGRADECIMIENTO

La realización de esta investigación de tesis fue posible en primer lugar, gracias a la Dra. Jessica Izquierdo, Cirujana Buco-Traumo Maxilofacial del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, quien procuró facilitarme cada detalle de información y enseñándome cada día algo más.

Al Dr. Juan Oliveira del Río, docente facultad de odontología – Uleam, por su paciencia, sus ganas de ayudarme y por estar ahí siempre orientándome a realizar todo con mucho sacrificio y motivación.

A la Dra. Carolina Rivadeneira, Mg, docente facultad de odontología – Uleam, mi tutora y guía para poder llegar a la cima del éxito en esta investigación con mucha honestidad y responsabilidad.

A Docentes y personal administrativo de la Facultad de Odontología, de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

A todas las personas que estuvieron relacionadas directa e indirectamente con este proyecto de tesis y que contribuyeron a que se pudiera llevar a cabo.

RECONOCIMIENTO

La responsabilidad ideológica, de hecho, doctrinas y conclusiones descritas en esta tesis, corresponden exclusivamente al Autor, y los derechos de intelectualidad de este trabajo corresponderán a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Cristhian Mero Montalván
AUTOR

RESUMEN

La presente investigación está basada en los diferentes tipos de tratamiento quirúrgico de labio leporino y paladar hendido, su etiología, su localización y sus diferentes características clínicas, en pacientes aleatoriamente atendidos en el Hospital Verdi Cevallos del la ciudad de Portoviejo.

El objetivo principal de la siguiente investigación se basó en la caracterización de técnicas quirúrgicas aplicables para pacientes con labio leporino y paladar hendido del Hospital Verdi Cevallos Balda.

Estas malformaciones constituyen hoy por hoy un problema de gran importancia debido al número de lesionados y a la frecuencia con que aparecen. Las anomalías o malformaciones de labio leporino y paladar hendido producen dificultades en la comunicación buco nasal; afecto no sólo, la estética, sino fundamentalmente la succión, fonación y deglución, así como, el peligro de regurgitación de alimentos en los niños afectados.

La prevalencia de este tipo de defectos ha ido aumentando con los años, siendo las personas de raza negra las que mayor porcentaje de fisura labio palatina poseen con respecto a las personas de raza blanca. Como se dijo antes existe una prevalencia mayor en varones.

Palabras clave

Labio leporino, paladar hendido, lesiones.

ABSTRACT

The present investigation is based on the different types of cleft lip and palate surgical treatment, their etiology, their location and their different clinical characteristics, in randomly attended patients at the Hospital Verdi Cevallos in the city of Portoviejo.

The main objective of the following research was based on the characterization of surgical techniques applicable to patients with cleft lip and cleft palate of the Hospital Verdi Cevallos Balda.

These malformations are today a problem of great importance due to the number of injuries and the frequency with which they appear. Anomalies or malformations of cleft lip and cleft palate cause difficulties in nasal communication; Affection not only, aesthetics, but mainly suction, phonation and swallowing, as well as the danger of regurgitation of food in affected children.

The prevalence of this type of defect has been increasing over the years, with black people having the highest percentage of cleft palate palms with respect to white people. As previously mentioned, there is a higher prevalence in men.

Keywords

Harelip, cleft palate, injuries.

ÍNDICE

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí	
Certificación.....	i
Aprobación del tribunal de grado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Reconocimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vi
1. INTRODUCCIÓN	2
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4 Justificación del problema.....	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Desarrollo embrionario de la cara.....	6
2.2 Anatomía de los labios	7
2.2.1 Topografía labial.....	7
2.3 Génesis del labio leporino y paladar hendido.....	7
2.4 Etiología.....	8
2.5 Anatomía del labio leporino.....	10
2.5.1 Fisura unilateral completa	10
2.5.2 Fisura bilateral completa.....	11
2.6 Clasificación de labio leporino y paladar hendido (LPH).....	12
2.7 Tratamiento de labio leporino y paladar hendido (LPH).....	15
2.8 Momento quirúrgico de labio leporino y paladar hendido (LPH)	15
2.9 Tratamiento quirúrgico de labio leporino y paladar hendido (LPH)	16
3. DIAGNÓSTICO.....	20
4. Resultados	21
5. Recomendaciones y conclusiones	25
5.1 Conclusiones.....	25
6. Bibliografía	26
ANEXOS.....	28
Anexo C	31

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El Problema

Al Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo llegan al área de odontología numerosos casos de neonatos, niños y adolescentes que presentan deformaciones, cuyo posible origen son los trastornos en el desarrollo embrionario, estas malformaciones pueden manifestarse en el momento del nacimiento, hacerse evidentes tiempo después y con llevar un mayor riesgo.

Estas malformaciones constituyen hoy por hoy un problema de gran importancia debido al número de lesionados y a la frecuencia con que aparecen. Las anomalías o malformaciones de fisura de labio alveolo palatina producen dificultades en la comunicación buco nasal; afecta no sólo, la estética, sino fundamentalmente la succión, fonación y deglución, así como, el peligro de regurgitación de alimentos en los niños afectados.

Durante el desarrollo embriológico de un individuo, ocurren una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados cuya interrupción o modificación puede dar origen a malformaciones congénitas.

El labio fisurado y el paladar hendido son consideradas dos de las más frecuentes anomalías del desarrollo, muchos autores concluyen que son las anomalías congénitas de mayor prevalencia. Aunque etiológicamente hablando es totalmente distinta que desde un punto de vista embriológico, su estudio debe hacerse en conjunto, pues se asocia en más del 40% de casos.

El problema de LPH, se produce entre la 6ta. Y 9na. Semanas de vida embriofetal. Una combinación de falla en la unión normal y desarrollo inadecuado, puede afectar los tejidos blandos y los componentes óseos del labio superior, el reborde alveolar, así como los paladares duro y blando.

El labio fisurado se caracteriza por la abertura en el labio superior de uno o ambos lados, esto ocurre cuando el tejido que forma el paladar y el labio superior no se unen antes del nacimiento, puede variar desde una simple fisura labial hasta comprometer los tejidos blandos y óseos.

Por su parte, el paladar hendido consiste en la fisura medial longitudinal de la bóveda palatina, que comunica la cavidad bucal con la nasal; puede estar asociado con el labio fisurado o puede aparecer como una malformación completamente diferente. Según la teoría el factor etiológico principal de estas malformaciones es de carácter genético. Se afirma que la fisura labio alveolo palatina es un proceso de origen multifactorial (de origen genético o exógenos)

La prevalencia de este tipo de defectos ha ido aumentando con los años, siendo las personas de raza negra las que mayor porcentaje de fisura labio palatina poseen con respecto a las personas de raza blanca. Como se dijo antes existe una prevalencia mayor en varones.

Debido a la complejidad de la deformidad que tienen los pacientes con hendiduras maxilofaciales se requiere un enfoque de rehabilitación quirúrgica multidisciplinaria. En la mayoría de los casos el tratamiento se prolonga unos 18 años, desde el nacimiento hasta la operación estética final, en otros dura para toda la vida.

Bajo estas consideraciones, la presente investigación se la desarrolló con el propósito de estudiar las rehabilitaciones quirúrgicas que se realizan en pacientes con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido (LPH) en el Hospital Verdi Cevallos Balda en la ciudad de Portoviejo durante el periodo enero a agosto del 2017.

1.2 Antecedentes

La presencia de pacientes neonatos, niños y adolescentes con fisura de labio y paladar hendido en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, es un tema con el cual su lucha es diaria. Algunos pacientes presentan estas malformaciones acompañadas de otro diagnóstico y que puede o no ser altamente perjudicial para la vida del neonato.

Como antecedentes encontramos que el sexo masculino se encuentra más afectado, en una relación de 7:3, con un predominio del LPH unilateral sobre el

bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo que el derecho; siendo la malformación más frecuente el labio leporino asociado al paladar

El paladar hendido, con o sin labio fisurado, es una de las malformaciones congénitas más frecuentes en los seres humanos, desde el punto de vista preventivo, sigue sin encontrarse la etiología. La incidencia pública oscila entre 1:600 y 1:800 nacidos vivos. Existe la tendencia a aumentar la incidencia de estos trastornos, atribuyendo a la utilización de determinados fármacos durante la gestación.

La cirugía de labio leporino y paladar hendido es uno de los mayores retos en la cirugía plástica; combina una técnica depurada con la elección de la técnica según la experiencia del cirujano, pero en general debe evitarse las técnicas que introducen tejidos laterales en la línea media, puesto que invariablemente producirán labios largos y tensos a largo plazo, con cicatrices muy evidentes.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General.

Caracterizar las técnicas quirúrgicas aplicadas en la rehabilitación para pacientes con diagnóstico de labio y paladar hendido atendidos en el hospital Verdi Cevallos Balda, durante el periodo Enero - Agosto 2017.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Clasificar los pacientes según edad – género y establecer técnica quirúrgica para rehabilitación de paciente LPH atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.
- Clasificar los pacientes con labio leporino y paladar hendido según su localización
- Determinar los tratamientos quirúrgicos realizados en los pacientes con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido en el Hospital Verdi Cevallos Balda - Portoviejo.

1.4 Justificación del problema

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

- ✚ Existen diversas técnicas quirúrgicas, que ayudan a resolver los problemas que se ocasionan por la presencia de fisura de labio alveolo palatina, sin embargo, por la complejidad de esta patología lo ideal es buscar soluciones efectivas, de abordaje simple y con las menos secuelas posibles para el paciente, logrando devolver no solo las condiciones anatómicas ideales; sino también, lograr mejorar el autoestima, las relaciones interpersonales y la estética en el paciente.

- ✚ Debido a la complejidad de la patología y el abordaje multidisciplinario y complejo de esta patología, se debe definir aquellas que solucionen efectivamente estos problemas. El odontólogo general y especializado debe estar en capacidad de educar y fomentar en los pacientes la prevención y cuando éstos presenten ya esta patología. Esta investigación aportará información actualizada de los procedimientos que se están realizando en los centros de salud de la provincia, dando así información precisa a las personas y familias afectadas por esta condición.

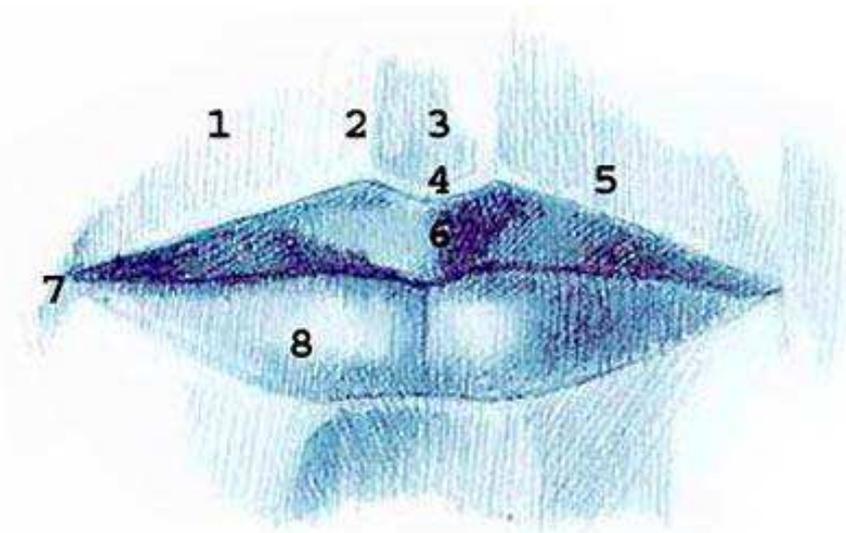
- ✚ La información que se recopile, será un pilar fundamental en la formación del profesional de la odontología, la cual no solo aportara el comportamiento clínico de esta patología, sino también, las diversas resoluciones que se aplican en los centros de salud, las consecuencias que esta puede ocasionar, y sobre todo de la manera de que el profesional de la odontología puede aportar su labor diaria en la educación, prevención y ayuda a los pacientes, son o sin diagnóstico de esta patología.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Desarrollo embrionario de la cara

Como parte de la formación fetal, alrededor de la cuarta semana de gestación, comienza el proceso de formación de la cara, consistiendo en la aparición de los procesos faciales, consistentes en su mayor parte de mesénquima derivado de la cresta neural formados principalmente por el primer par de arcos faríngeos. Estos procesos corresponden los procesos mandibulares, los procesos maxilares y los procesos nasales. Los procesos maxilares se ubican lateralmente al estomodeo. Durante la quinta semana de gestación la placodas nasales se invaginan para formar las fositas nasales, con la cual aparecen rebordes de tejido que rodean a cada fosita y forman los procesos nasales laterales y medialmente los procesos nasales mediales. En una etapa ulterior queda cubierta la hendidura que se encuentra entre el proceso nasal medial y el proceso maxilar y ambos procesos se fusionan formando así el labio superior. El Labio inferior y la mandíbula se forman a partir de los procesos mandibulares que se fusionan en la línea media. Como resultado del crecimiento medial de los maxilares, los dos procesos nasales mediales se fusionan tanto en la superficie así como en lo más profundo, formando una estructura llamada segmento intermaxilar, comprendiendo lo siguiente; un componente labial, que forma el surco sub nasal en la línea media del labio superior, un componente maxilar superior y un componente palatino que forma el paladar primario. Alrededor de la sexta semana de gestación aparecen dos invaginaciones de los procesos maxilares (crestas palatinas) las que se fusionan y forman el paladar secundario definitivo. Hacia adelante las crestas se fusionan con el paladar primario y el agujero incisivo se puede considerar la división entre los paladares primarios y secundarios.

2.2 Anatomía de los labios



2.2.1 Topografía labial

1. Labio superior: porción cutánea
2. Columna del filtrum
3. Surco del filtrum
4. Arco de Cupido
5. Línea blanca del labio superior
6. Tubérculo central de la porción mucosa del labio superior
7. Comisura labial derecha
8. Labio inferior: porción mucosa o bermellón

El labio superior comprende el bermellón, o labio propiamente dicho, y la zona que se encuentra entre este, la base de la nariz y los surcos nasogenianos. El inferior está formado igualmente por el bermellón y la zona de piel limitada por la continuación de los surcos nasogenianos e, inferiormente, por el comienzo del mentón, en el surco mento - labial.

2.3 Génesis del labio leporino y paladar hendido

El labio leporino y la fisura de paladar son defectos comunes que pueden presentarse ya sea como entidades únicas o combinadas, que producen un aspecto facial anormal y dificultades de la fonación. El agujero incisivo se

considera la línea divisora entre las deformidades anteriores y posteriores. Suelen apoyarse dos teorías sobre la embriogénesis del labio hendido.

- ✚ La primera, considerada como clásica: Propone la existencia de un error en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara y sugiere como mecanismos patogénicos un retardo o restricción de sus movimientos que evitan que estos procesos se pongan en contacto. Waarbrick sugirió que las células epiteliales deben desaparecer y, si esto no ocurre, aunque los extremos de dos procesos se unan, el mesodermo subyacente no puede fusionarse, causando una hendidura; interrupciones parciales originarían fisuras incompletas. Este mecanismo ha sido aceptado como causante del paladar hendido.
- ✚ La segunda teoría o de la penetración mesodérmica: Fue propuesta inicialmente por Stark, quien sugiere que no existen los extremos libres de los procesos faciales, sino que el centro de la cara está formado por una capa bilamelar de ectodermo, por el interior de la cual migra el mesodermo, y si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura. Si la migración de estas células no se lleva a cabo, la penetración mesodérmica no ocurre y se produce una hendidura facial, cuya extensión es inversamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. Así, cualquier factor que altere la proliferación o diferenciación tanto del mesénquima como de las células neuroectodérmicas de la cresta neural será capaz de causar una hendidura facial.

2.4 Etiología

En innumerables estudios clínicos, los factores etiológicos en el labio leporino, con paladar hendido o sin él, no se pueden determinar con exactitud, por lo que nos limitamos a clasificarlos como de tipo "hereditario multifactorial" dependiente de múltiples genes menores con tendencia familiar establecida, sin seguir ningún patrón mendeliano en el 90% de los casos. Estos representan el resultado de

interacciones complejas entre un número variable de genes menores y factores ambientales, por lo general desconocidos. Dichos genes predisponentes, cuya acción y número son difícilmente identificables, actúan según la teoría de la predisposición genética (poligenia). Los criterios para interpretar este tipo de herencia son:

- ✚ La frecuencia de la malformación genética varía en las diferentes poblaciones.
- ✚ La malformación es más frecuente en los parientes de los sujetos afectados, cuanta más rara es en la población general.
- ✚ Existe una gran gama clínica de variedad de estas malformaciones.
- ✚ El riesgo de presentar una malformación un familiar es mayor cuanto más grave es la malformación y aumenta a medida que lo hace el número de sujetos afectados de la familia. Las madres que hayan tenido un hijo afecto tienen 2 ó 3 veces mayor riesgo de tener otro hijo malformado.
- ✚ El coeficiente de consanguinidad media de la familia de los individuos afectados es superior al de la población general.
- ✚ Existe predisposición en cuanto al sexo; es más frecuente hallarse afectados los varones en el labio y paladar hendido, mientras corresponde a la mujer el presentar con más frecuencia el paladar hendido.
- ✚ Determinadas malformaciones tienen una predisposición estacional.

En el restante 10% de los casos, el factor puede ser determinado con relativa seguridad. En estas categorías entran algunos síndromes con aberraciones cromosómicas que se asocian al labio hendido. Estos son:

- Dentro de los factores ambientales se incluyen la hipoxia (tabaco, altitud), alcohol, talidomida, etc.
- Dentro de los sindrómicos (sólo un 3% de las fisuras palatinas forman parte de un síndromes):
- Se incluyen las trisomías del 13 y 21.
- Síndrome de Waardenburg (sordera, hipoplasia del ala nasal, piebaldismo, heterocromía del iris, telecanto) de carácter autosómico dominante.

- Síndrome de Van Der Woude (síndrome causado por la presencia de labio hendido bilateral con paladar hendido y quistes o trayectos fistulosos en el labio inferior) con carácter autosómico dominante.

2.5 Anatomía del labio leporino

Las descripciones de los elementos anatómicos fueron realizadas correctamente por *Millard*:

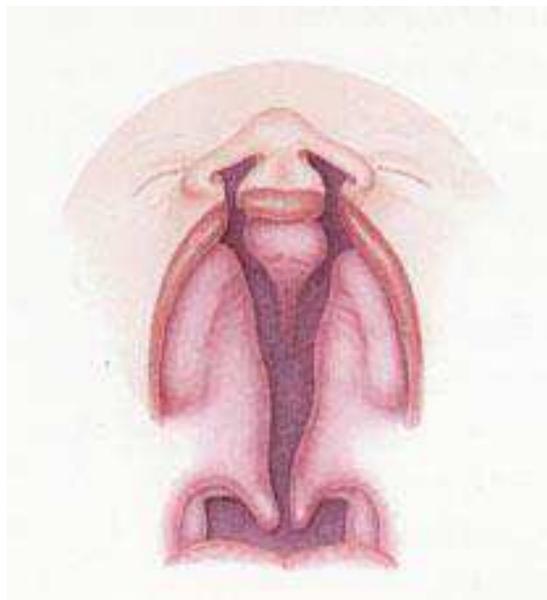
2.5.1 Fisura unilateral completa

La pre maxila se rota hacia arriba y se proyecta. El septum nasal se desvía hacia el lado no fisurado, quedando la narina del lado fisurado ensanchada y la otra comprimida. El labio contiene en el lado no fisurado musculatura normal que tracciona y contribuye a la distorsión labial; en el lado fisurado se inserta en el borde de la fisura y a lo largo de ella. La columela se encuentra acortada y acompaña a la desviación septal. El filtrum está acortado. El ala nasal del lado fisurado está aplanada e hipertrofiada y su porción externa está implantada más baja, debido a la distorsión de la musculatura. Las dos narinas están obstruidas: la del lado no fisurado en su porción anterior y la del lado fisurado en la porción posterior. La punta nasal es ancha y presenta en su centro una muesca por separación de los cartílagos alares. El suelo nasal está ensanchado.



2.5.2 Fisura bilateral completa

En esencia se encuentran alteraciones similares. La pre maxila se encuentra protruida destruyendo el área de la columela, de forma que el labio arranca directamente de la punta nasal. El hueso alveolar contiene los incisivos y se articula con el septum nasal y el vómer. El labio en su porción central se llama pro labio. Se encuentra evertido y muestra una gran hipoplasia regional. La porción central no contiene músculo, salvo pequeños haces. La columela está muy acortada pareciendo clínicamente ausente; pero no anatómicamente.



2.6 Clasificación de labio leporino y paladar hendido (LPH)

Son conocidas varias clasificaciones del labio leporino con paladar fisurado o sin él. Generalmente, un labio fisurado puede ser unilateral, bilateral o mediano (raro) y presentarse como una fisura completa o incompleta en distintos grados. Pueden ocurrir también fisuras del proceso alveolar y del paladar primario y/o secundario. No se hace la reparación simultánea de un labio fisurado y de un paladar fisurado, por una cantidad de razones; los momentos óptimos son diferentes y la morbilidad y mortalidad aumentan a causa de la posible obstrucción de las vías aéreas y de la pérdida de sangre.

Cada labio fisurado es distinto, pero en términos generales, esta malformación puede dividirse en:

2.6.1 Labio leporino cicatricial o forma larvada.

2.6.2 Labio leporino unilateral.

Proviene de la falta de fusión de la prominencia maxilar en el lado afectado con las prominencias nasales mediales. Esto es consecuencia de la falta de unión de las masas mesenquimatosas y del mesénquima para proliferar y alisar el epitelio supra yacente. Se forma así un surco labial persistente. Asimismo, el epitelio del surco labial se estira y los tejidos del suelo del surco persistente se rompen, lo que hace que el labio se divida en partes medial y lateral.

2.6.3 Labio leporino bilateral.

Procede de un fallo del acercamiento y unión de las masas mesenquimatosas de las prominencias maxilares con las prominencias nasales mediales fusionadas. El epitelio de ambos surcos labiales se estira y se rompe. En los casos bilaterales, los defectos pueden ser diferentes, con grados variables de malformación en cada lado. Cuando hay una hendidura bilateral completa del labio y parte alveolar del maxilar superior, el segmento intermaxilar cuelga libremente y se proyecta hacia

delante. Estos defectos son especialmente deformantes, ya que comportan una pérdida de la continuidad del músculo orbicular labial que cierra la boca y frunce los labios, como sucede al silbar

2.6.4 Labio leporino central.

La hendidura media del labio superior constituye un defecto muy raro, debido a una diferencia mesenquimatosas, que origina un fallo parcial o completo de la fusión de las prominencias nasales mediales para formar el segmento intermaxilar. Este tipo de hendidura es una característica clásica del *síndrome de Mohr*, transmitido como un rasgo autosómico recesivo. La hendidura media del labio inferior es también rara y se debe a la falta de fusión completa de las masas mesenquimatosas en las prominencias mandibulares y de aislamiento de la hendidura embrionaria situada en ellas.

2.6.5 Las formas unilateral o bilateral pueden ser

2.6.5.1 Incompleto.

2.6.5.2 Completo. Es el grado máximo de hendidura de cualquier tipo; por ejemplo, una *hendidura completa del paladar posterior* es una anomalía en la cual la hendidura se extiende a través del paladar blando y en sentido anterior hasta la fosa incisiva. La característica clave para distinguir entre hendiduras anteriores y posteriores radica en la fosa incisiva. Ambos tipos de anomalías son distintos desde el punto de vista embriológico.

Por lo tanto el labio leporino bilateral podrá ser la combinación de uno incompleto y otro completo, los dos incompletos o los dos completos. Asociados o no a deformidad nasal y/o fisura palatina (generalmente la fisura palatina suele

asociarse con más frecuencia al labio leporino bilateral, ya que el paladar fisurado suele ser secundario a la alteración del desarrollo del labio).

2.6.7 Existen dos grupos principales de labio paladar hendido

2.6.7.1 Hendiduras que afectan el labio superior y la parte anterior del maxilar superior, con o sin afectación de parte del resto del paladar duro o blando.

2.6.7.2 Hendiduras que afectan al paladar duro y blando.

Las hendiduras anteriores incluyen el labio leporino, con o sin hendidura de la parte alveolar del maxilar superior. Una hendidura anterior completa es aquella en la cual la hendidura se extiende a través del labio y la parte alveolar del maxilar superior, separando las partes anterior y posterior del paladar. Las hendiduras son un defecto del mesénquima en las prominencias maxilares y segmento intermaxilar.

Las hendiduras posteriores incluyen hendiduras del paladar secundario o posterior que se extienden a través del paladar blando y duro hasta la fosa incisiva, separando las partes anterior y posterior. Este grupo de anomalías se debe al desarrollo defectuoso del paladar secundario y proceden de alteraciones del crecimiento de las prolongaciones palatinas laterales que obstaculizan su migración y fusión medial.

Las hendiduras que afectan el labio superior, con o sin paladar hendido, aparecen aproximadamente en uno de cada 1000 nacimientos; sin embargo, su frecuencia en gran medida en diferentes grupos étnicos; entre el 60% y 80% de los niños afectados son varones. Las hendiduras abarcan desde pequeñas escotaduras del borde bermellón del labio hasta malformaciones grandes que se

extienden hacia el suelo de las narinas y a través de la parte alveolar del maxilar superior.

2.7 Tratamiento de labio leporino y paladar hendido (LPH)

2.7.1 Tratamiento Primario.

Consiste en la reconstrucción del labio y el paladar en dos o más intervenciones quirúrgicas separadas.

2.7.2 Tratamiento Secundario.

Es definido como, las medidas terapéuticas, quirúrgicas y no quirúrgicas, que se efectúan después de haber practicado cierre labial y palatino.

2.8 Momento quirúrgico de labio leporino y paladar hendido (LPH)

Las intervenciones quirúrgicas para la corrección del paladar hendido son procedimientos electivos y el paciente debe estar en buen estado de salud, libre de cualquier infección. La palatorrafia del paladar fisurado tiene como objetivo darle una anatomía correcta para que se puedan llevar a cabo las funciones de fonación, masticación y deglución en forma correcta lo más pronto posible. La ortopedia precoz del maxilar fue iniciada en Londres por Mc Neil en el año 1954 cuando diseñó una placa ortopédica de dos aletas articulares que presionan los hemipaladares para corregir los segmentos maxilares. Mostró la alineación pre quirúrgica temprana del arco superior en lactantes y también influyó en el crecimiento a nivel de las apófisis palatinas disminuyendo el ancho de la hendidura del paladar duro, gracias al contacto de la placa que guía y estimula el crecimiento.

En la actualidad la mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en niños cuyas edades están entre 18 meses a 3 años, con un promedio de 2 años, para evitar que adquieran hábitos no deseados de lenguaje y evitar la otitis media.

Es muy importante tener en cuenta que estos pacientes deben tener un seguimiento y control para darles un tratamiento ortopédico y ortodóncico post-quirúrgico, porque necesitan expansores palatinos para poder estimular y guiar el desarrollo correcto del maxilar superior.

2.9 Tratamiento quirúrgico de labio leporino y paladar hendido (LPH)

Hace aproximadamente doscientos años comenzó el tratamiento quirúrgico del paladar fisurado, el cual ha venido mejorando hasta nuestros días.

En 1861 *Von Langenbeck* utilizó también el periostio en el colgajo para obtener mejor irrigación, consiguiendo mejores resultados. El principal objetivo del cierre de la fisura palatina es la movilización de los tejidos palatales hasta la aproximación tisular sin o con mínima tensión. La palatoplastia se centra sobre todo en 3 técnicas básicas, de las que han aparecido combinaciones y modificaciones, pero que siguen siendo la base de la cirugía del cierre del paladar. *Bernard Von Langenbeck* describió en 1861 el cierre de la fisura palatina levantando dos colgajos de mucoperiostio del paladar duro. Se trata de una aproximación de lado a lado de los márgenes de la hendidura del paladar duro y del blando, con separación de las fibras del músculo elevador de su inserción ósea y con incisiones laterales de descarga. Se puede añadir también un colgajo de vómer para proporcionar una doble capa al cierre del paladar duro.

La tercera técnica principal es la de la “doble Zplastia inversa” de Furlow (Furlow 1980, 1986; Randall et al. 1986), que no incluye incisiones laterales de descarga. Se trata de una intervención de tejidos blandos primariamente y consiste en dos Z-plastias, una en la mucosa oral y otra orientada en el lado contrario de la mucosa nasal del paladar blando; el músculo elevador queda incluido en el colgajo de pedículo posterior de la Z-plastia, de forma que el elevador de un lado

permanece en el colgajo de mucosa oral mientras que el contralateral queda en el de mucosa nasal.

El paladar duro se cierra con un colgajo de vómer en una o dos capas, si es posible avanzar el mucoperiostio de los bordes de la fisura. Son ventajas de esta técnica el alargamiento a base del paladar blando sin necesidad de avanzar el mucoperiostio del paladar duro evitando así el posible retraso del crecimiento facial; el que reorienta los músculos elevadores aproximándolos de forma superpuesta y el que evita una cicatriz en la línea media del paladar blando que podría originar retracción.

La técnica se puede hacer en dos tiempos; primero, desprendiendo los colgajos mucoperiostícos y se movilizan hacia la línea media para hacer el cierre, practicándose incisiones laterales de relajación que cicatrizan rápidamente por segunda intención. En el segundo tiempo se hace el cierre del paladar blando, se practican incisiones para separar la mucosa nasal y exponer la capa muscular.

A continuación, se hacen las incisiones laterales de relajación, se cierra la mucosa nasal y se fractura el gancho de la apófisis pterigoides para movilizar el tendón del periostafilino externo. Luego se procede a hacer el cierre de la mucosa nasal, capa muscular y mucosa bucal. La finalidad de practicar la técnica en dos tiempos con un intervalo de tres meses, radica en tratar de minimizar la cicatriz contráctil que tiende a desplazar el paladar blando hacia delante.

En la actualidad los cirujanos prefieren operar en un solo tiempo y contrarrestar la retracción de la cicatriz con ortopedia funcional de los maxilares.

Passavant, en 1862 estudió el funcionamiento velo faríngeo y trató la falta de longitud del paladar blando, diseñando varias técnicas; llamó la atención y descubrió el abultamiento que se forma en la pared posterior de la faringe a nivel del Atlas, durante la fonación y deglución. Con el transcurrir de los años, se ha denominado "Rodete o protuberancia de Passavant".

En 1922 *Víctor Veau* dio una contribución muy importante en la cirugía del paladar al descubrir el efecto negativo de la cicatriz contráctil en la superficie nasal de los colgajos no tapizados con mucosa. Para corregir esto tomó colgajos

de mucosa nasal adyacente y del vómer, para cubrir las superficies cruentas y de esta manera reducir el acortamiento que se produce durante la cicatrización.

Dorrance observó que las reconstrucciones quedaban aún cortas y en 1925 describió su técnica para alargar y relajar el paladar blando. La hacía en dos tiempos, primero colocaba un injerto de piel en la superficie cruenta del colgajo mucoperióstico y varias semanas después levantaba el colgajo de nuevo y terminaba la operación. Brown, varios años después obtuvo el alargamiento sin seccionar las arterias palatinas.

En 1928 *Wardill* describió una técnica para el cierre mediante colgajos mucoperiósticos en forma "v - y" que producen un alargamiento suficiente. Para obtener un mejor cierre velofaríngeo, realizó una incisión horizontal en la pared posterior de la faringe, la cual cerrada verticalmente produce un aumento de la protuberancia de Passavant, disminuyendo la luz de la faringe.

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

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

Existe otra técnica utilizada en estos casos, cuya denominación es el método "San Venero Roselli", que consiste en evaluar el caso y concluir en que la técnica de *Wardill* no será suficiente para alargar el paladar, entonces se prolongan las incisiones posteriores más allá de la úvula, siguiendo el pilar posterior de la amígdala.

Se introduce una gasa montada en una pinza hemostática por el túnel y se realiza la disección para movilizar todo el músculo constrictor de la faringe, para elevar la pared posterior de la misma. Esta maniobra se repite en el lado opuesto y las disecciones se comunican entre sí.

Leonard Furlow, en el año 1985, durante el encuentro anual de la Asociación Americana de Cirujanos Plásticos celebrado en Colorado (E.U.A.), presentó una técnica que llamó mucho la atención, la cual consiste en utilizar una doble "z" plastia opuesta, facilitando estas la disección y reposición de los músculos del paladar.

Se construye una hamaca para alargar el paladar blando sin tomar tejidos del paladar duro. Esta técnica es recomendable en el cierre de hendiduras del paladar blando.

TECNICA DE SKOOG

Se operan los paladares en posición de *ROSIER*, con el separador de dingman, se usa tubo espiralado, que es el tubo de anestesia que tiene un rollo metálico y sirve para mantener siempre las vías aéreas abiertas mientras se opera



3. DIAGNÓSTICO

3.1 Marco metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación se enmarca en la investigación cualitativa, descriptiva y explicativa en el sentido de que la investigación adquiere su orientación en función de sus definiciones y explicaciones a cerca de las diferentes técnicas.

Tenemos fuentes primarias como secundarias, tales como: la observación directa, Entrevistas a personas vinculadas con el tema, indagación de fichas clínicas y registros de pacientes, fuentes bibliográficas especializadas, mediante los libros, revistas y demás documentos relativos al caso de estudio, además sitios web.

Es una investigación de campo o de terreno.

3.1.2 Diseño de la investigación

El análisis del trabajo investigativo se realiza desde una perspectiva teórica, científica- documental, efectuada desde lo general a lo particular, estableciendo las fuentes de donde se obtuvo la información especialmente la teórica a fin de conservar la propiedad intelectual de cada investigador. Así mismo se indagó entre los actores de la investigación con el propósito de establecer de forma directa las diferentes técnicas quirúrgicas de labio leporino y paladar hendido

Desde la perspectiva anterior el presente documento expone algunos procedimientos y datos generales más relevantes en cuanto a registros y fichas nos referimos.

3.1.3 Población y muestra

La población está constituida por neonatos del área de neonatología del Hospital Verdi Cevallos Balda y pacientes del área de odontología del mismo hospital.

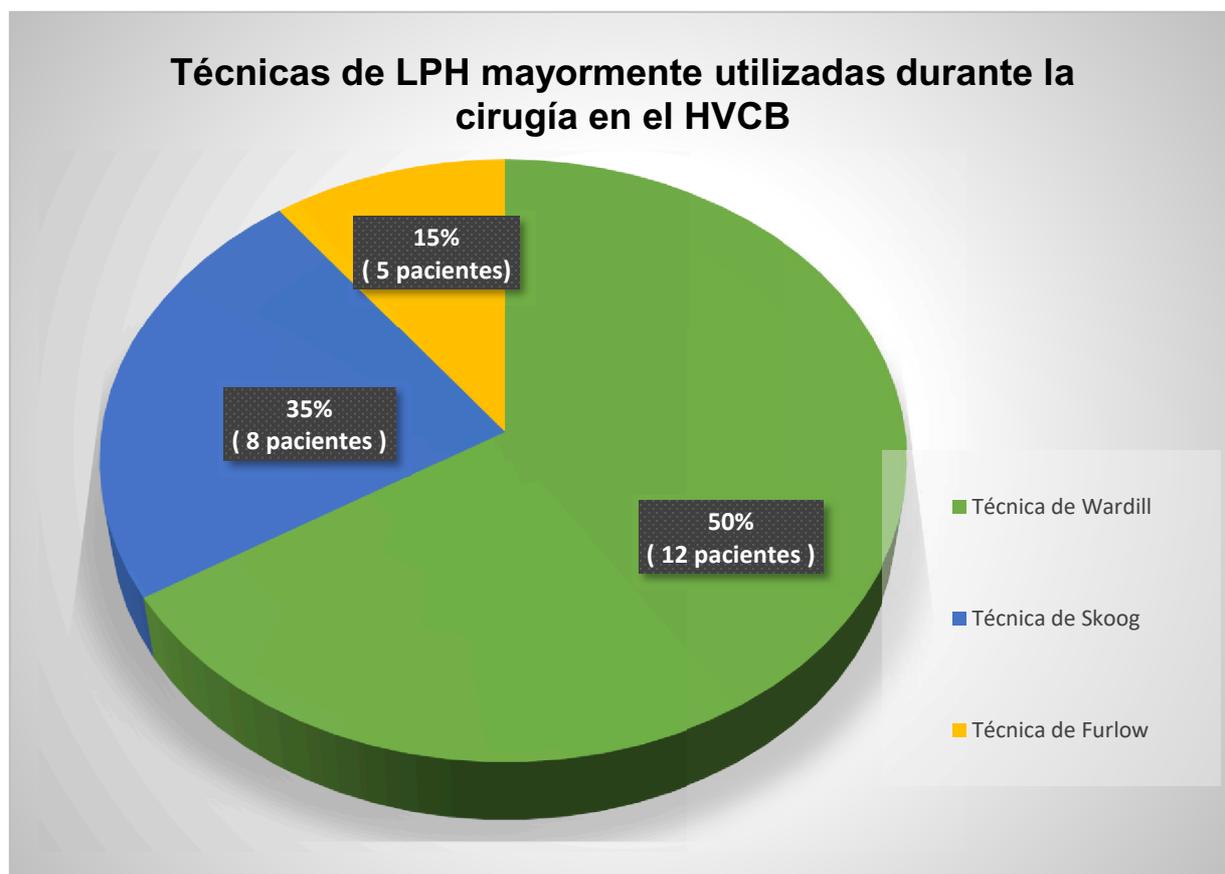
- Sexo: Varones y Mujeres
- Según la muestra seleccionada ,16 corresponden a hombres y 9 corresponden a mujeres
- Edad: El paciente menor tenía 7 días de nacido y el mayor tenía 16 años

Nuestro muestreo se ha realizado aleatoriamente y se han seleccionado veinticinco pacientes neonatos y adolescentes. Nuestra muestra la hemos extraído de los neonatos nacidos entre Enero y Agosto del presente año.

4. Resultados

El trabajo de investigación expone las diferentes técnicas utilizadas en los procedimientos quirúrgicos realizados a los pacientes con labio leporino y paladar hendido del Hospital Verdi Cevallos Balda, algunos datos generales y resultados relevantes. En la primera sección del informe se hace alusión al problema expuesto y su problemática en los pacientes; en la segunda, se presenta un análisis y estudios de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas. En la tercera sección se efectúa un análisis de los resultados con relación a los procedimientos y finalmente, se realiza la discusión, en base a los objetivos. Se presenta gráficos de cada uno de los resultados y hallazgos identificados.

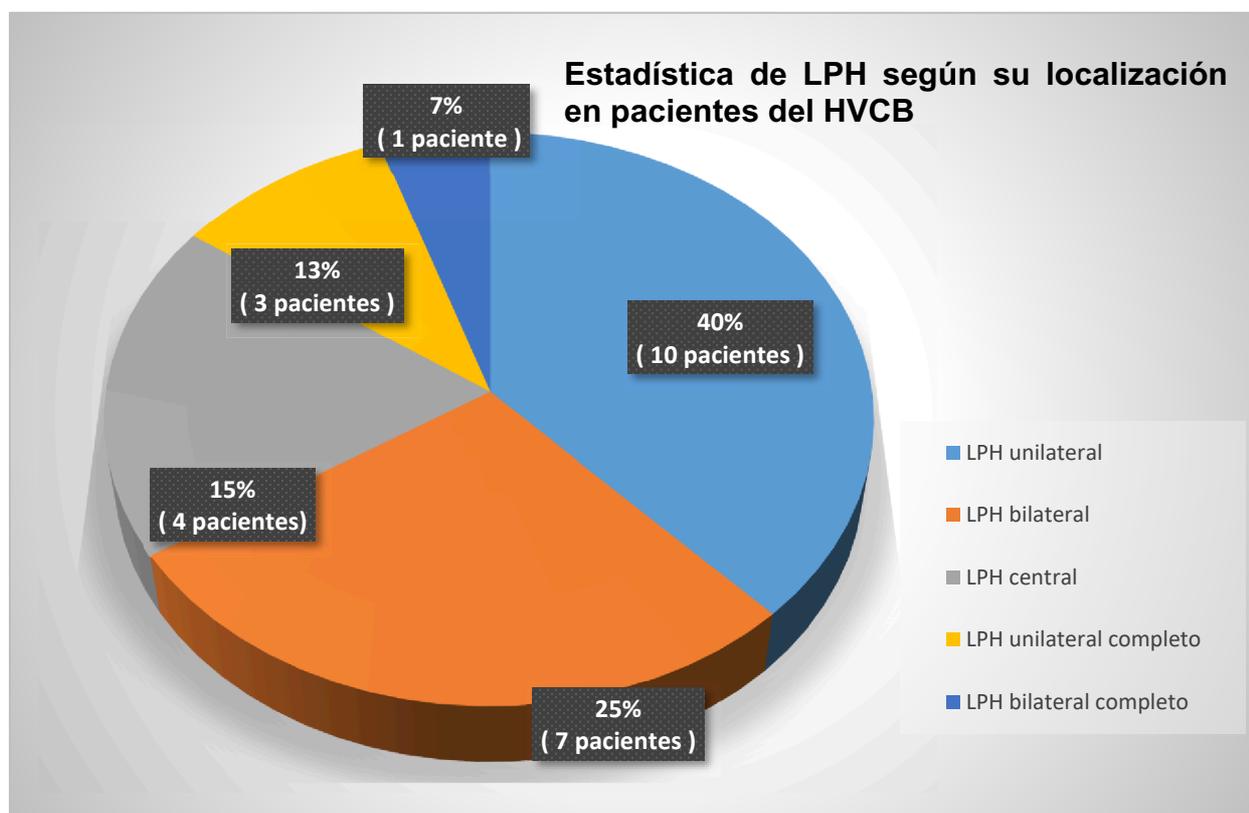
4.1 Gráfico 1



Fuente: Registro de pacientes del área de neonatología del HVCB.

Elaboración: Mero Cristhian. (2017) Autor de la investigación.

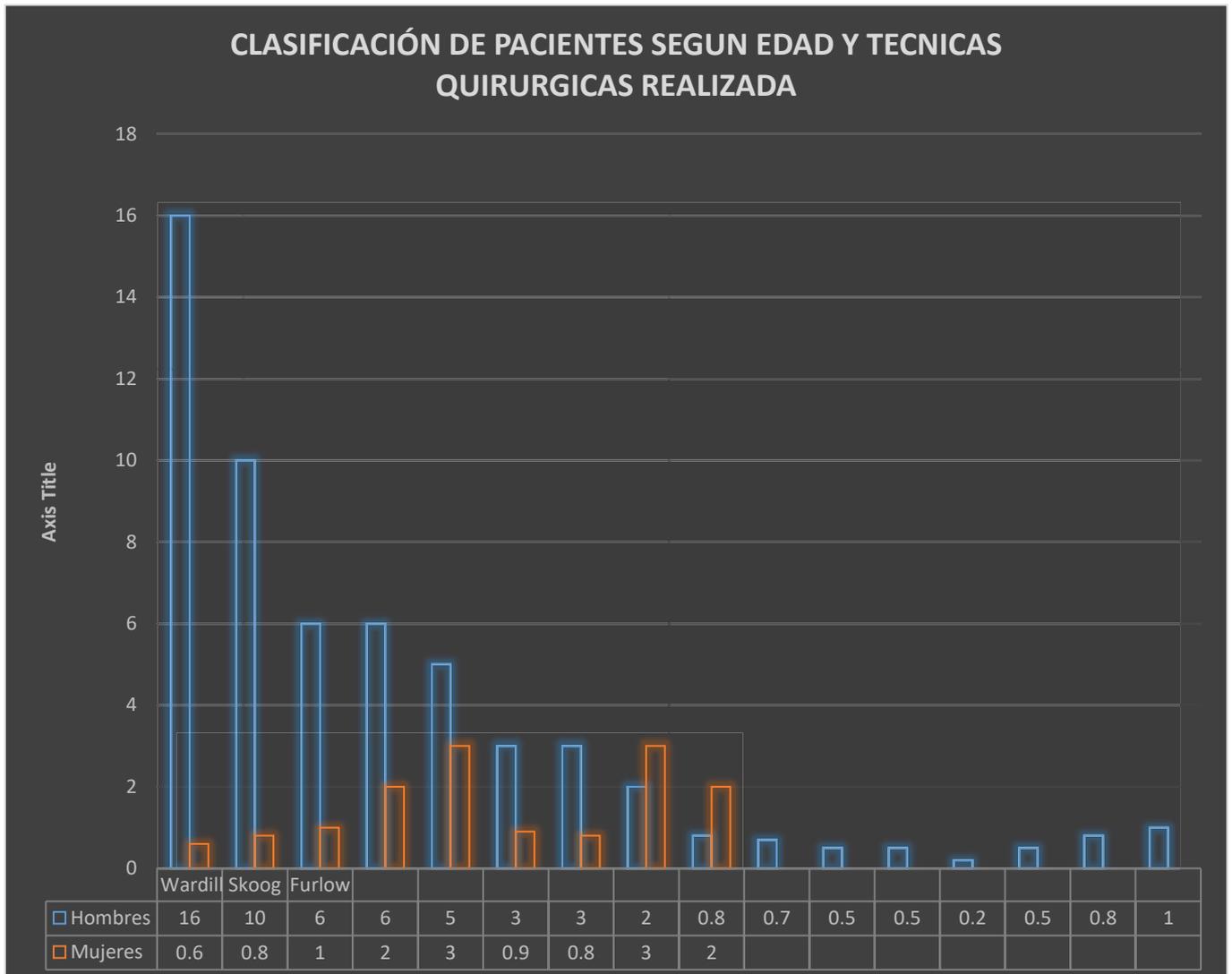
4.2 Gráfico 2



Fuente: Registro de pacientes del área de neonatología del HVCB.

Elaboración: Mero Cristhian. (2017) Autor de la investigación.

4.3 Gráfico 3



Fuente: Registro de pacientes del área de neonatología del HVCB.

Elaboración: Mero Cristhian. (2017) Autor de la investigación.

5. Recomendaciones y conclusiones

5.1 Conclusiones

El labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente o se desarrolla parcialmente durante el desarrollo fetal. Concluyendo que

Las hendiduras de labio superior y de paladar son frecuentes; siendo aproximadamente el 40% de todas las malformaciones; con una frecuencia, asociado o no a paladar hendido, entre 20 de 100 casos expuestos. Cabe recalcar que el sexo masculino se encuentra más afectado que el sexo femenino.

Es más frecuente el labio hendido unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo es el afectado.

Las intervenciones quirúrgicas para la corrección del paladar hendido son procedimientos electivos y el paciente debe estar en buen estado de salud. Para lo cual es necesario los exámenes correspondientes y el examen clínico por parte del cirujano

5.2 Recomendaciones

Se prohíbe el consumo de alcohol y tabaco. Ya que el monóxido de carbono y la nicotina pueden interferir directamente en el desarrollo del feto durante el primer trimestre de vida intrauterina.

Evitar el consumo excesivo de ácido fólico. En el 2000, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias, en los Estados Unidos, estableció las dosis de suplementación con ácido fólico de 0,4 g/día para mujeres en edad fértil y no embarazadas, e implementando con dosis de 0,6 g/día para mujeres embarazadas. Estudios posteriores han descrito cambios que pueden llegar a reducir entre un 50% hasta un 70% la manifestación de estos defectos

congénitos y evidenciando la importancia de dicha medida en la prevención de los DTN. Así mismo, los estudios han demostrado que la deficiencia de folato causa fisuras oro faciales en animales, y el uso de antagonistas del folato han sido asociados a un incremento en el riesgo de hendiduras oro faciales en los humanos.

Se prohíbe la ingesta de anticonvulsivos. Las mujeres embarazadas con epilepsia necesitan medicamentos anticonvulsivos. Estos también aumentan el riesgo de fisuras labios y paladares. Combinar dos o más anticonvulsivos aumenta el riesgo aún más de esta patología.

Realizar los debidos controles previos a la concepción, pre natales y post natales para identificar anomalías a tiempo y a su vez algún virus que afecte directamente al feto.

6. Bibliografía

Guía para entender sobre el labio y paladar hendido

http://www.ccakids.com/assets/syndromebk_clp_esp.pdf

Fisura de labio alveolo palatina

https://www.actaodontologica.com/ediciones/2000/3/labio_paladar_hendidos.asp

Tratamientos quirúrgicos en fisuras labiales

<http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n1/original4.pdf>

Oral Maxillofacial Traum – FONSECA

Cirugía Oral y Maxilo facial – Sociedad española de Cirugía 3ra Edición

Bassuk, A. y Z. Kibar. (2009). Genetics Basis of Neural Tube Defects. Semin Pediatr Neurol, 16, 101-110.

Tunobilek, G., Alanay, Y., Uzun, H., et al.(2010, September). Intracranial and Extracranial Malformations in Patients With Craniofacial Anomalies. *Journal of Craniofacial Surgery*, 21.

Carey, R., Dufour, Kafka, M., Kurec, A., Mark Lu, C., et al. (2011). Neural Tube Defects. *Lab Vol.* 29 (2), Setiembre 2012. ISSN 1409-0015 136 *Medicina Legal de Costa Rica*. © 2012. ASOCOMEFO - Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial, Costa Rica. test online, American Association for Clinical Chemistry. Last reviewed on May 16, 2011. Online access: <http://labtestsonline.org/>.

Sadler, T.W. (2010). *Langman, Embriología Médica (11º ed) España: Lippincott Williams & Wilkins.*

Suárez, F., Ordóñez, A. e I. Zarantel. (2010). Defectos del Tubo Neural y Ácido Fólico: Patogenia, Metabolismo y Desarrollo Embriológico. Revisión de la Literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(1), 49-60.

Williams, H. (2008). A unifying hypothesis for hydrocephalus, Chiari malformation, syringomyelia, anencephaly and spina bifida. *Cerebrospinal Fluid Research*. 5, 7. 7.

ANEXOS

Anexos A

REGISTRO DE PACIENTES

Pacientes analizados, algunos presentan cuadro clínico de LPH

Enero - 2017

FECHA DE INGRESO	TIPO DE INGRESO		N° DE H.C.	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		DOMICILIO	PESO/SG. EDAD	TIPO DE PARTO		DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADIA	FECHA DE EGRESO	DESTINO FINAL
	IH	EH			F	M			P.NOR	CES				
30-01-2017	X		493363	Lashu Fiteñino		X	Poduje	3210.456		X	Fiebre	3 días	02-01-2017	Alta Médica
02-01-2017	X		493555	Ruiz Bravo Jairo		X	Rocaforte	34206.2856		X	Síndrome cerebeloso	11 días	12-01-16	Fallece
26/12/16		X	493717	Andrónico Alvarado		X	Portoviejo	3956.3507		X	Intoxicación Neonatal	7 días	02-01-16	Alta Médica
02-01-17	X		493928	Mendoza Castro Rina		X	Portoviejo	3956.2700		X	Tramponción de los grandes vasos	2 días	04-01-17	Fallece
03-01-2017	X		493939	Zharick Zamora Gualter		X	Portoviejo	3700.3690		X	RNT + SDR + ACC	3 días	05-01-17	Alta Médica
3-01-2017	X		494007	Ponce Zamora Eric		X	Portoviejo	56809.4006		X	Síndrome Anteparto	2 días	05-01-17	Alta Médica
6-01-2017	X		493971	Cruz Rodrigo Michel		X	Portoviejo	3700.3856		X	Intoxicación Neonatal	3 días	06-01-17	Alta Médica
06-01-2017	X		493735	Llan Sebastian Rodrigo		X	Portoviejo	375.3420		X	Intoxicación Neonatal Distorsión Respiratoria Neumonia	11 días	06-01-17	Alta Médica
		X	493958	Ponce Linares Ponce		X	Barría	3100.3500		X	Síndrome de dificultad respiratoria		06-01-16	Fallece
06-01-2017	X		494131	Jarama Esteban Zambrano Gedajio		X	P.	3700gr.		X				
26/12/16	X		493996	Ponce Velaz Nasly		X	Portoviejo	56809.2290		X	Síndrome Distorsión Respiratoria	13 días	01/01/2016	Fallece

Lda. Felicidad Zambrano; I/E Stibaly Moreira - I/E Victor Mera. Periodo Septiembre - Octubre 2016

FECHA DE INGRESO	TIPO DE INGRESO		N° DE H.C.	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		DOMICILIO	PESO/SG. EDAD	TIPO DE PARTO		DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADIA	FECHA DE EGRESO	DESTINO FINAL
	IH	EH			F	M			P.NOR	CES				
29-01-17	X		494059	Valentina García Alvarado	X		Palo Viejo	4050g 3050		X	Trombocitopenia viral 2000 plaquetas /mm ³	3 días	31/01/17	Deposito Unidad Neonatal
29-01-17	X		494005	Andree Hernández		X	Palo Viejo	3360g 3426		X	Incompatibilidad ABO	5 días	31/01/17	Unidad Neonatal
Febrero - 2017.														
01-02-17	X		494843	Delgado Bustamante Ashley Nicole	X		Los Hornos Viamonta	3956g 3100g		X	Asesinato neonatal APC SDR	7 días	01/02/17	Unidad Neonatal
01-02-17	X		494912	Moreira Vidal Erika Tatiana		X	Picoaga	3656g 2100g		X	RNT + Tachicardia Síndrome neonatal Baja bilirrubina	5 días	01/02/17	Unidad Neonatal
21-01-17	X		494656	Piñero Piñero David		X	Montañita	4056g 2800g		X	RNT + AEG + Pon resaca por suero amniótico	1 día	01-02-17	Atardecido
31/01/17	X		495043	Tapia Romayoga Jesús	X		Tontoungo	3456g 3000		X	Letargia neonatal P zoonosis	21 días	21/02/17	ATI
31-01-17	X		494988	Ivon Steven Luisa Ra		X	Palo Viejo	3956g 3000g			Edema neonatal	4 días	03-02-17	
23/12/20	X		493575	José Eduardo Piñero		X	San Isidro	1540g 3256g		X	RNT, PPR, SDR - Síndrome de la muerte súbita neonatal Síndrome de la muerte súbita neonatal	42 días	03-02-17	Unidad Neonatal
16/01/2017	X		494925	Brener Vidal Pier Rojas		X	Rosario Palo Viejo	3200g 38756g		X	Síndrome obstructivo Síndrome de la muerte súbita neonatal	7 días	03-02-17	Unidad Neonatal
02-02-17	X		495087	Moreira Villar Juan Arariel		X	Palo Viejo	3756g 1750		X	RNT - Transmisión Vertical Síndrome de la muerte súbita neonatal	2 días	04-02-17	ATI
08-01-17	X		494159	Mera Alava Damián		X	Calceta	3056g		X	RNT Síndrome de la muerte súbita neonatal	35 días	04-02-17	ATI

Lcda. Felicidad Zambrano; /E Stibaly Moreira - /E Victor Mera.

Periodo Septiembre - Octubre 2016

Anexo B

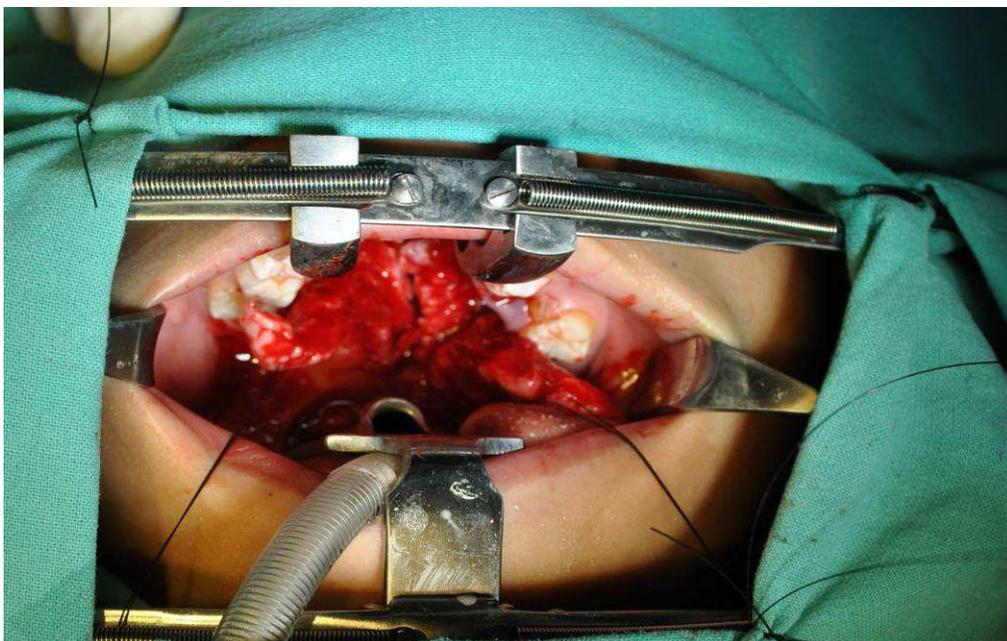
Ficha Clínica

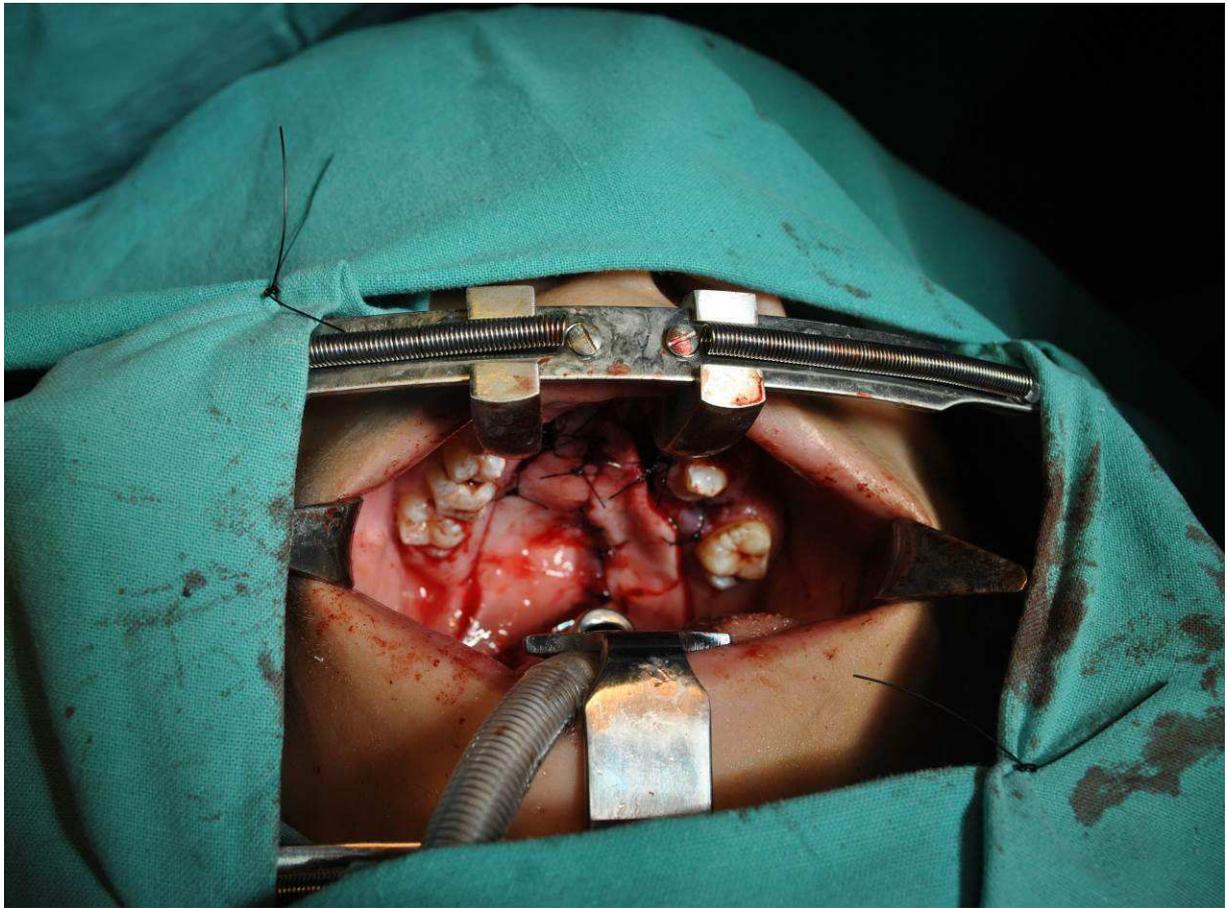
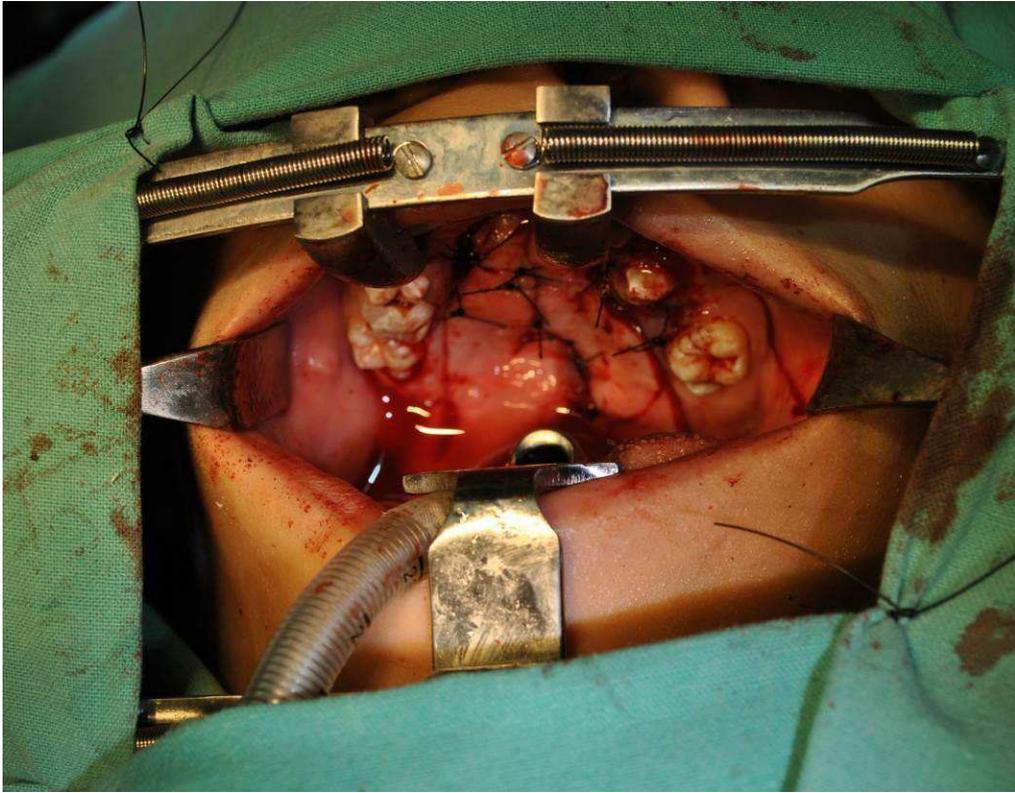
ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO M F		NUMERO DE HOGAR		HISTORIA CLINICA									
MENOR DE 1 AÑO		1-4 AÑOS		5-9 AÑOS PROGRAMADO		5-14 AÑOS NO PROGRAMADO		10-14 AÑOS PROGRAMADO		15-19 AÑOS									
										MAYOR DE 20 AÑOS									
										EMBARAZADA									
1 MOTIVO DE CONSULTA										ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL IFO ORIENTE									
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL										SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, FRECUENCIA, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.									
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES																			
1. ALERGIA ANTIBIOTICO		2. ALERGIA ANESTESIA		3. TIEMPO RINGIAS		4. ZINGIDA		5. TIEMPO QUIGOS		6. ASMA									
										7. DIABETES									
										8. HIPERTENSION									
										9. INF. CARDIACA									
										10. OTRO									
4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES										NO APLICA									
PRESION ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA		FRECUENCIA RESPIRATORIA		TEMPERATURA BOCA		TEMPERATURA AXILAR		PESO									
										TALLA									
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO										DESCRIBIR LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO									
1. LABIOS		2. MEJILLAS		3. MANDIBULAR SUPERIOR		4. MANDIBULAR INFERIOR		5. LENGUA		6. PALADAR									
9. GLANDULAS SALIVALES		10. OROFARINGE		11. A.T.M.		12. GINGIVAS													
6 ODONTOGRAMA																			
SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA Caries: (O) Restaurac.: / Retos radic.: F Corona: C Prótesis remov.: U U Prótesis total: □ Sellante: * Estracción: X Ausente: A Trat. endodon.: I Prótesis fija: 0-0 Usar color ROJO para Patología actual. AZUL para tratamientos odontológicos realizados																			
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL										CARIES									
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					PLACA		CALCULO		GINGIVITIS		ENF. PERIODONTAL		MALOCCLUSION		FLUOROSIS				
					S 1-2-3-4		S 1-2-3		1-2		LEVE		ANGE I		LEVE				
											MODERADA		ANGE II		MODERADA				
											SEVERA		ANGE III		SEVERA				
16		17		55															
11		21		51															
26		27		65															
36		37		75															
31		41		71															
46		47		85															
TOTALES																			
										D		C		P		O		TOTAL	
										d		c		p		o		TOTAL	

Anexo C

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PROPIAMENTE DICHO

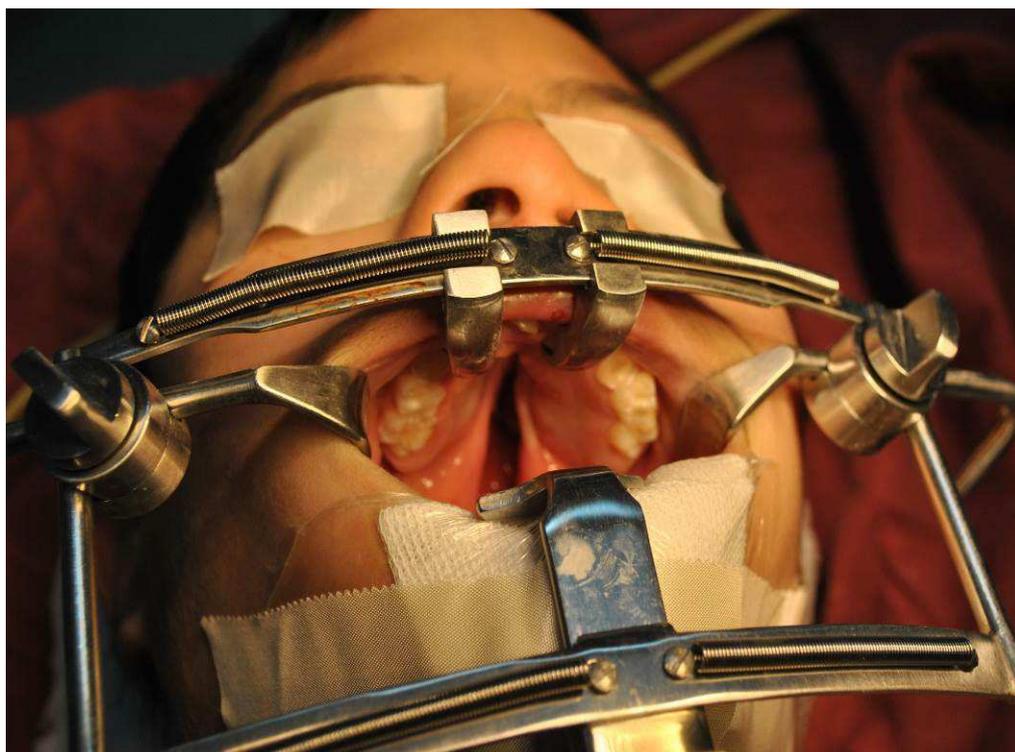
CASO CLÍNICO, PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS CON FISURA UNILATERAL COMPLETA – TÉCNICA DE WARDILL

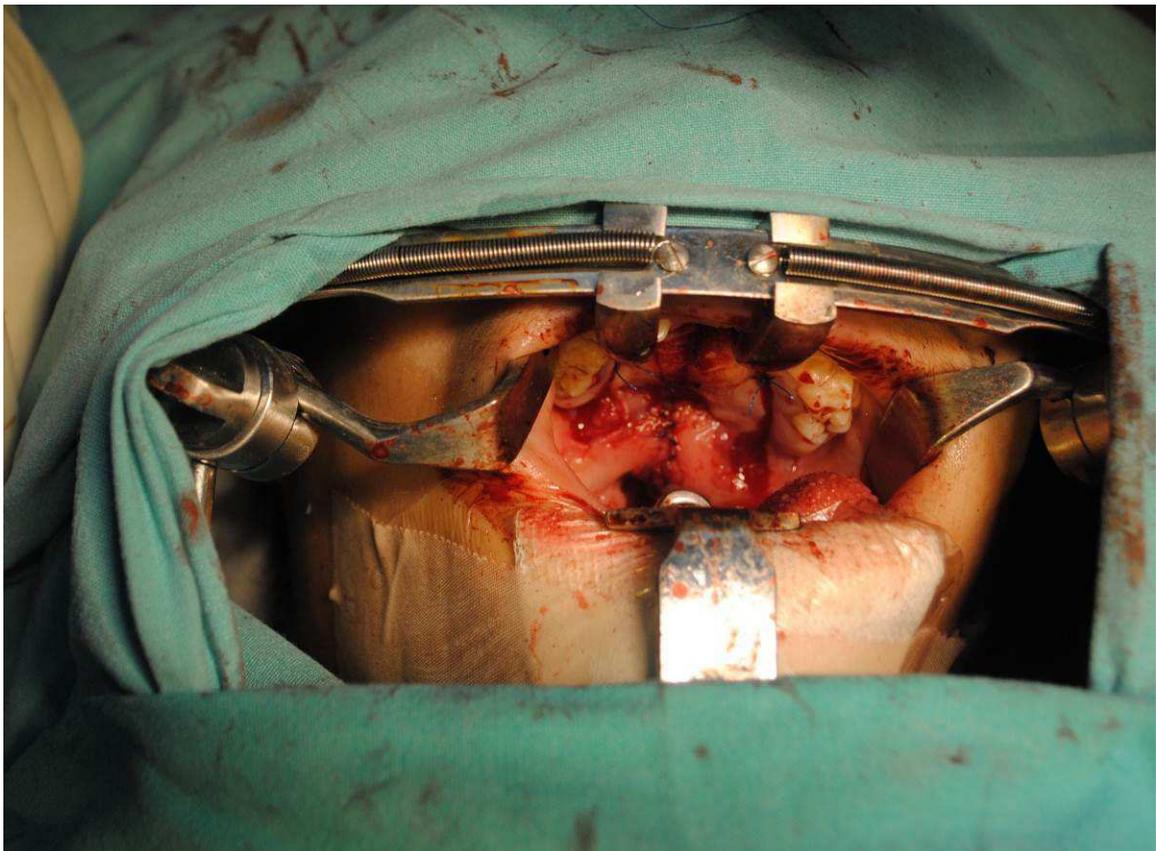
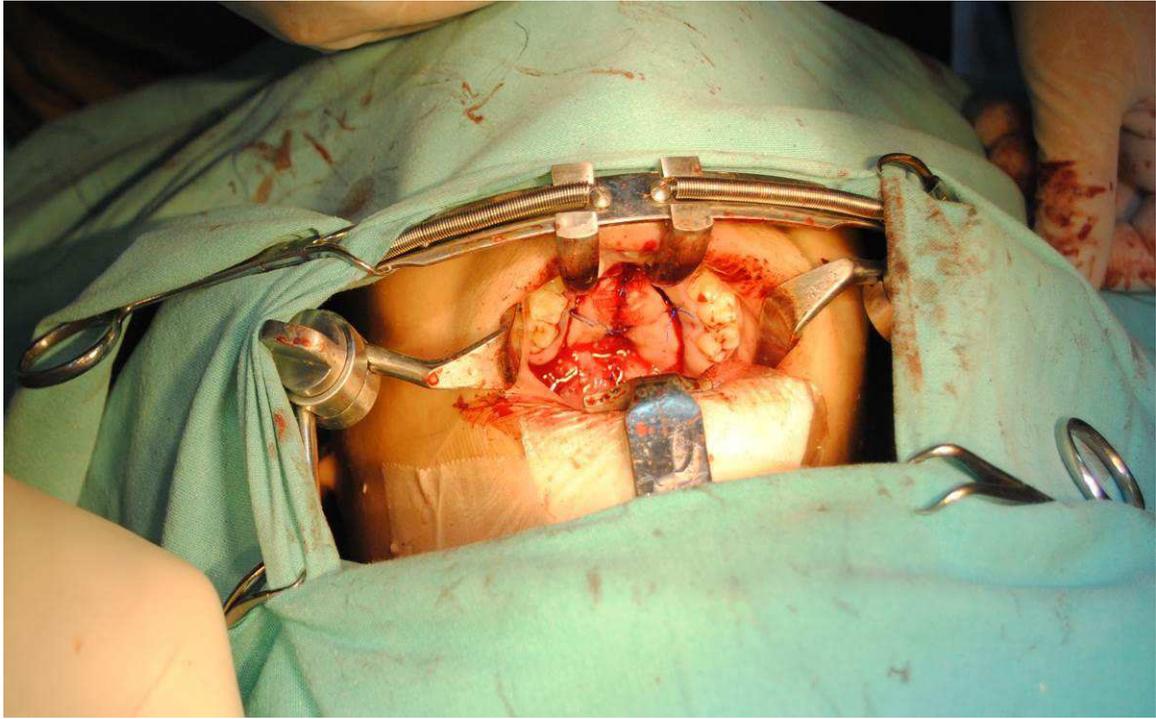




Paciente de sexo masculino, edad de 10 años, Presenta fisura de labio alveolo palatina unilateral completa

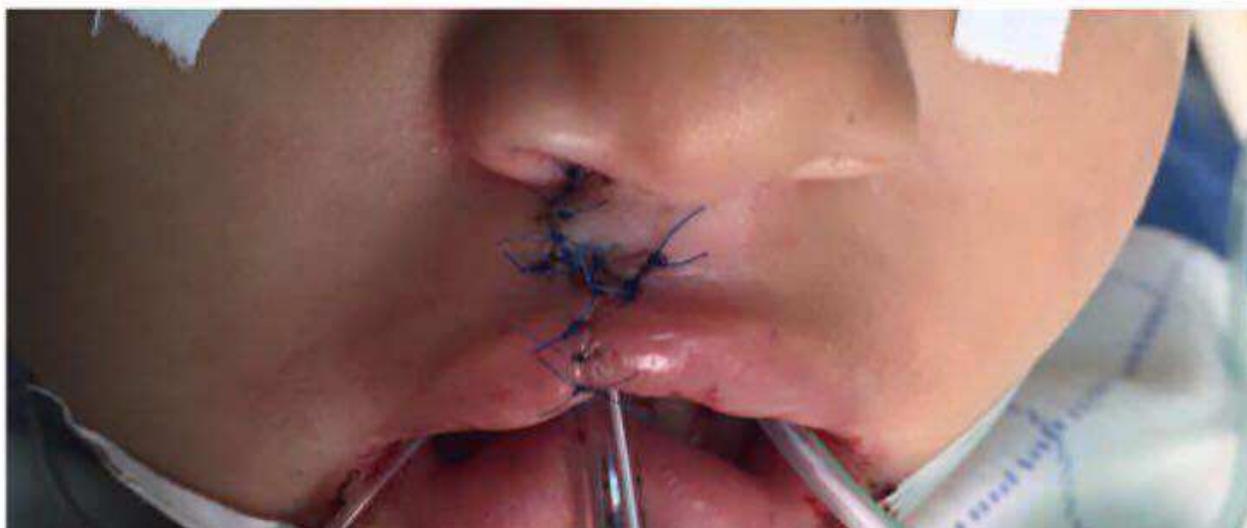
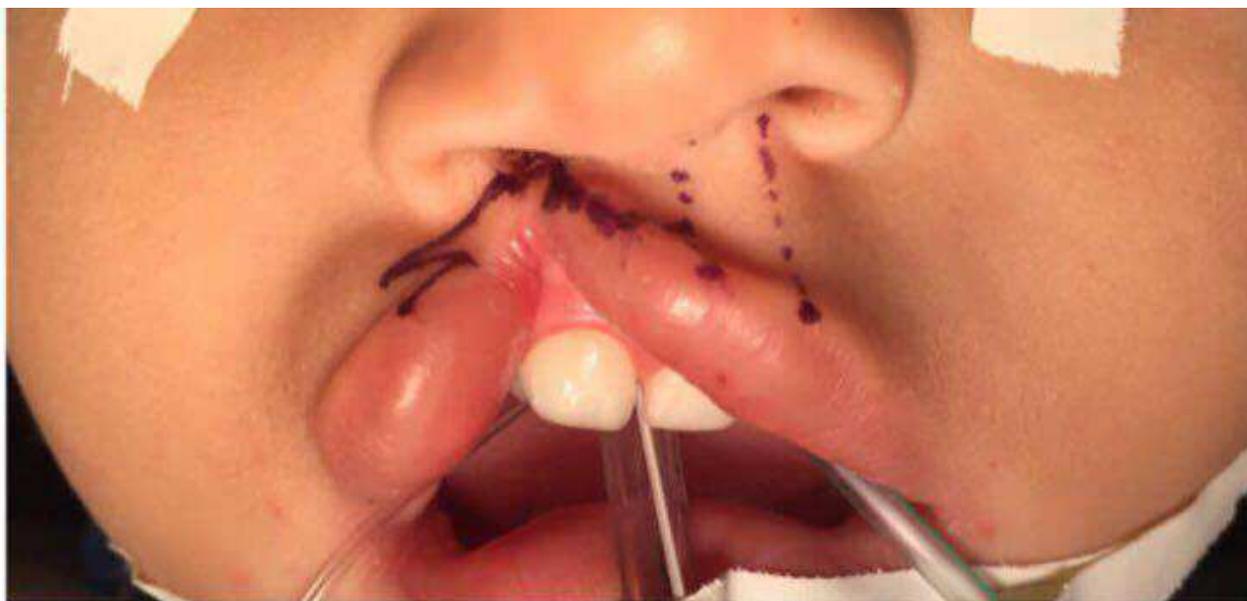
Técnica de skoog





Paciente de sexo masculino, edad de 6 años, presenta fisura de labio unilateral

Técnica de skoog



CASO EXTRA

Injerto de cresta iliaca, paciente de sexo femenino de 27 años, para reconstrucción de fisura unilateral

