

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**“PREVALENCIA DE FISURAS LABIALES Y PALATINAS EN
PACIENTES QUE ASISTAN AL HOSPITAL ROBERTO GILBERT DESDE
OCTUBRE 2011 A MARZO 2012”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN
Previa a la obtención del título de:
ODONTOLOGA**

AUTOR: ANDREA ACAITURRI

DIRECTOR ACADEMICO: DR. GIAFFAR BARQUETT

DIRECTOR HOSPITALARIO: SONIA FELIZ DE ROMERO

Guayaquil- Ecuador

2011-2012

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Agradecimiento

A la Dra. Sonia Félix de Romero por su asesoría en la realización de este trabajo, dándole el respectivo peso científico y permitiéndome ser ayudante de las cirugías realizadas en el Hospital.

Al Dr. Giaffar Barquett por su tiempo dedicado a mi Tesis por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

Al Dr. Jorge Barona por sus enseñanzas, mostrándome siempre su pasión hacia la Cirugía Maxilofacial y por siempre estar dispuesto a ayudarme en cualquier momento.

A la Dra. Karyna Vargas por su consejos para la realización de mi Tesis y compartir sus conocimientos siempre conmigo.

Al Hospital del Niño òRoberto Gilbertö por brindarme el campo clínico para la ejecución de este trabajo.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

La presente Tesis se la dedico a mi familia que gracias a sus consejos y apoyo crecí como persona y me ayudaron en mi camino para ser una profesional. A mi padre por darme los recursos necesarios y estando a mi lado dándome aliento y aconsejándome en todo momento. A mi madre por hacer de mí una persona que siempre busque el bien, con sus enseñanzas, consejos y amor.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en cuyas aulas logre mi formación profesional y humana.

A la Facultad de Odontología y a su personal docente por su calidad Educativa y profesional que guiaron mi aprendizaje.

A mis compañeros y amigos de la carrera quienes siempre fueron un apoyo para mí en todo momento.

Gracias

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

Índice General

| | |
|---|----|
| Agradecimiento | 2 |
| RESUMEN | 7 |
| Introducción | 8 |
| Justificación | 10 |
| Planteamiento del problema | 12 |
| Objetivos | 13 |
| Objetivo General del Estudio..... | 13 |
| Objetivos Específicos del Estudio:..... | 13 |
| Marco Teórico | |
| 1. Anatomía básica..... | 15 |
| 1.1 Nariz..... | 15 |
| 1.2 Labios..... | 15 |
| 1.3 Paladar..... | 18 |
| 2. Embriología..... | 21 |

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

| | |
|--|----|
| 3. Etiopatogenia | 27 |
| 3.1 Factor Genético | 28 |
| 3.2 Factor Ambiental..... | 29 |
| 3.2.1 Agentes Físicos:..... | 29 |
| 3.2.2 Agentes Químicos: | 30 |
| 3.3.3 Agentes Biológicos: | 30 |
| 4. Tipos de Fisuras según su Extensión..... | 31 |
| 4.1 <i>Unilateral</i> | 31 |
| 4.2 <i>Bilateral</i> | 33 |
| 5. Clasificación Clínica de Fisura labial y Fisura Palatina..... | 35 |
| 5.1 Fisuras Labiales..... | 36 |
| 5.1.1 Fisura Labial Cicatrizal..... | 36 |
| 5.1.2 Fisura Labial Central..... | 38 |
| 5.1.3 Fisura labial Simple o Incompleta..... | 39 |
| 5.1.4 Fisura labial Total o Completa | 41 |
| 6. Fisuras Palatinas | 43 |

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

| | |
|---|----|
| 6.1 Fisura Palatina Simple o Incompleta | 43 |
| 6.2 Fisura Palatina Total o Completa | 44 |
| 6.2.1 Fisura Palatina Completa Unilateral | 45 |
| 6.2.2 Fisura Palatina Completa Bilateral | 45 |
| 6.3 Fisura Palatina Central..... | 46 |
| Materiales y Métodos..... | 47 |
| Materiales..... | 48 |
| Resultados..... | 51 |
| Conclusiones..... | 66 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 72 |

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

RESUMEN

Las fisuras labio-palatinas son malformaciones congénitas más frecuentes en los seres humanos. Se caracteriza por una fisura del labio superior, que puede o no comprometer paladar secundario, pudiendo ser la fisura labial tanto unilateral como bilateral y la palatina, medial. En la formación de la cara participa principalmente el quinto arco faríngeo, que mediante la formación de distintas prolongaciones es lo que da lugar a la formación de la cara, lo cual ocurre principalmente entre la cuarta y octava semanas de gestación. La falla en la fusión entre estas prolongaciones es lo que da lugar a estas fisuras. La migración de mesodermo a esta zona de fusión es un evento indispensable y la falla de ésta es la determinante en el origen de la fisura. La etiopatogenia de este defecto aún no está bien precisada permaneciendo en constante estudio y progresivo avance. Siendo las principales causas estudiadas el factor genético y el factor ambiental. De acuerdo al total de pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Roberto Gilbert (desde Octubre del 2011 hasta Marzo del 2012) que fue de un promedio de 700 niños, se presentaron 64 casos con algún tipo de fisura labiopalatina. Treinta y dos afectaron al sexo masculino y treinta y dos al sexo femenino. El labio y paladar fisurado en cualquiera de sus variantes se presentó con mayor frecuencia. Predominó la fisura unilateral izquierda completa o incompleta, tanto en el sexo femenino como en el masculino.

Palabras Clave: *incidencia, fisuras labio-palatinas, etiopatogenia, labio fisurado, paladar fisurado, fisura unilateral izquierda.*

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Introducción

Las fisuras labio-palatinas son las malformaciones congénitas más frecuentes, y se produce por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen a la formación del labio superior y paladar durante el desarrollo embrionario (cuarta a sexta semana del desarrollo embrionario). La etiología es multicausal, poligénica y reconoce factores de riesgo tales como alcoholismo y drogadicción de los padres, factores ambientales diversos y la transmisión genética.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo, comprende el trabajo en equipo de una gran variedad de especialistas, y donde además no hay esquemas rígidos de tratamiento. El resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, del patrón crecimiento craneo facial de cada individuo y

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

muy especialmente de la severidad de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño.

Es un estudio de tipo descriptivo transversal donde el objetivo fue conocer la prevalencia de las fisuras de labio o paladar en pacientes que se atienden en el Hospital Roberto Gilbert para poder tener un registro y un número aproximado de cuantos recién nacidos padecen de esta patología. Los datos se obtienen realizando historias clínicas a los pacientes que van a la consulta externa del Hospital Roberto Gilbert los días miércoles y viernes durante un periodo de estudio de 6 meses. Realizando a su vez una descripción clínico-epidemiológica de los distintos tipos de fisuras labiales y palatinas.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Justificación

Entre las fisuras craneofaciales, las fisuras labiales y palatinas son las que se presentan con más frecuencia, sin tener establecida una etiopatogenia específica, por lo tanto no se puede obtener medidas preventivas eficaces. En la literatura extranjera se refiere que la frecuencia de niños que nacen con este tipo de malformación es de aproximadamente de 1 por cada 700 recién nacidos. Actualmente no existen trabajos realizados sobre este tema en el Ecuador.

La fisura labial aislada no presenta ningún problema de incapacidad, pero sí problemas estéticos importantes. Por otro lado la fisura palatina presenta una serie de problemas en el paciente que padece esta patología. Dificultades en la alimentación, infecciones frecuentes de la vía aérea superior, otitis media, alteraciones en la fonación,

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

alteraciones en el crecimiento y desarrollo maxilofacial, entre otros. Todo ello conlleva a un problema que no puede ser tratado de forma aislada, sino con un equipo multidisciplinario el cual debe resolver los diversos problemas mencionados.

Por todo lo mencionado es muy importante determinar las características epidemiológicas y clínicas, así como los factores etiológicos y las complicaciones que pueden manifestarse al presentarse esta patología. Así podremos obtener datos aproximados de cuantos niños se presentan en Guayaquil con este tipo de patología. Aunque el lugar de la muestra es el Hospital Roberto Gilbert, con estos datos obtenidos se puede obtener un número aproximando en la ciudad de Guayaquil.

Los datos obtenidos sentarán las bases para futuras investigaciones que puedan realizarse sobre el tema, ampliar el tamaño y lugar de la muestra, con el objetivo de brindar una mejor atención al paciente y a su familia.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Planteamiento del problema

Desconocimiento de la Frecuencia de las Fisuras labiales y palatinas en la población de la ciudad de Guayaquil.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Objetivos

Objetivo General del Estudio

Establecer la prevalencia de los tipos de fisuras labio-palatinas en los pacientes que asisten a la consulta del Hospital del niño Robert Gilbert.

Objetivos Específicos del Estudio:

- Mencionar en que sexo predominan las fisuras labio-palatinas

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

- Identificar qué tipo de fisura labio-palatina es más frecuente.
- Mencionar los factores causales predominantes en la muestra tomada.
- Establecer cuantos pacientes presentan como factor etiológico, el factor genético.
- Establecer cuantas fisuras labiales aisladas se presentan
- Establecer cuantas fisuras palatinas aisladas se presentan

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

1. Anatomía básica

1.1 Nariz

La nariz normal posee una columela (porción blanda, central y anterior) recta apoyada en un tabique central y recto. Los orificios nasales están formados por los cartílagos alares que nacen como un arco desde la columela y se apoyan en la base o ala nasal. Ellos son los responsables de la armonía de la punta nasal.

1.2 Labios

Inmediatamente caudal se inicia el labio. Los labios son unos pliegues carnosos que rodean la abertura de la boca (12). Macroscópicamente se distinguen 3 áreas

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

diferentes. El labio blanco correspondiente al área cutánea queratinizada. En la parte media del labio blanco superior hay una depresión, mas o menos, acentuada que se denomina arco de Cupido (1) (12).

En el labio rojo se distingue una porción interna o labio húmedo en continuidad con la mucosa bucal y una porción externa llamada bermellón o labio seco (12). El labio seco forma la parte mas anterior del labio rojo, es por tanto visible desde el exterior (1). El labio húmedo se encuentra en contacto con la dentición y en su parte media se evidencian los frenillos labiales que constituyen una división anatómica simétrica sagital del labio, siendo más acentuada en el superior (12).

La porción mucosa se encuentra limitada, en el labio superior y el labio inferior, por el fondo de los vestíbulos. Lateralmente limitada en los primeros premolares por delante del nervio mentoniano. Las comisuras labiales son una zona de transición entre el labio superior y el inferior, y constituye una reserva de tejido cutáneo y mucoso que les permite distenderse (12) (Fig.No.1)

El labio es un elemento esencialmente elástico, blando y móvil (1). Esta libertad de movimientos se logra mediante la presencia de la musculatura labial. El principal musculo peri oral es el orbicular de los labios, su principal función es la de producir el cierre de los labios. El musculo orbicular de los labios es constrictor y también ayuda al cierre de la boca. El resto de los músculos labiales se encuentran en un plano más superficial e intervienen en la expresión bucal (1) (12) (13). Entre los músculos elevadores del labio superior encontramos el elevador del labio superior, cigomático mayor y elevador del ángulo bucal. En el caso del labio inferior la elevación y protrusión

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

de la parte central es producida por los músculos mentonianos y la depresión la realizan los músculos cuadrados del mentón (12) (13).

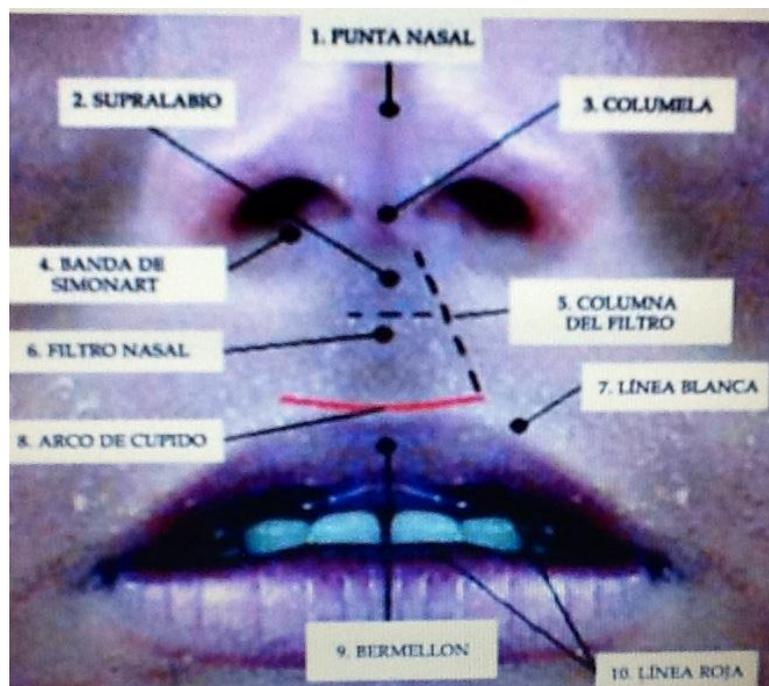


Fig. No. 1: Anatomía de superficie de un labio normal.

Fuente: Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de la UNMSM, 2009; pag.21

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

1.3 Paladar

El paladar, está formado por hueso en su porción anterior, (paladar óseo), y por tejidos blandos en su parte posterior, (paladar blando o velo del paladar). El hueso que rodea el paladar óseo, donde están situados los dientes, es el reborde alveolar (1) (13). La parte anterior y central del paladar óseo, que contiene a los incisivos, es llamada premaxila y se extiende posteriormente hasta el forámen incisivo. La mayor parte del paladar óseo se sitúa posterior al forámen incisivo y está dado por el hueso maxilar y más posterior, por los huesos palatinos (12).

El paladar duro es aquella zona del paladar en relación con el paladar óseo, de ahí su nombre. Aquí la mucosa oral está fuertemente adherida al periostio lo cual la hace poco móvil. A su vez, la cara nasal del paladar duro está cubierta por una mucosa que guarda similitud con la mucosa nasal ya que conforman el piso de las fosas nasales. Por dentro de esta unión muco gingival se encuentra el arco vasculo nervioso palatino, a nivel del plano submucoso, éste se encuentra conformado por la unión del pedículo palatino anterior y posterior y forma un arco extendido desde el foramen palatino anterior al posterior (13)(15).(Fig.No.2)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

El paladar blando, es muscular y móvil, está implicado en la fonación y separa la cavidad oral de la nasal. El músculo elevador del paladar y el tensor del paladar forman una cinta que va de lado a lado y son los encargados de mover el paladar (12). La mucosa oral en este segmento no tiene las adherencias observadas a nivel del paladar duro lo cual facilita su disección y separación durante la cirugía del paladar. La úvula, elemento característico de esta región se encuentra conformada por el músculo palatoestafilino con su correspondiente cobertura mucosa.

Otro elemento a considerar en esta región es el hamulus o gancho de la apófisis pterigoidea interna perteneciente al hueso esfenoides el cual puede ser palpado durante la cirugía de paladar en las porciones laterales de esta región. Esta apófisis ósea sirve de inserción a los músculos tensor y elevador del paladar (1)(15).

*Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012*

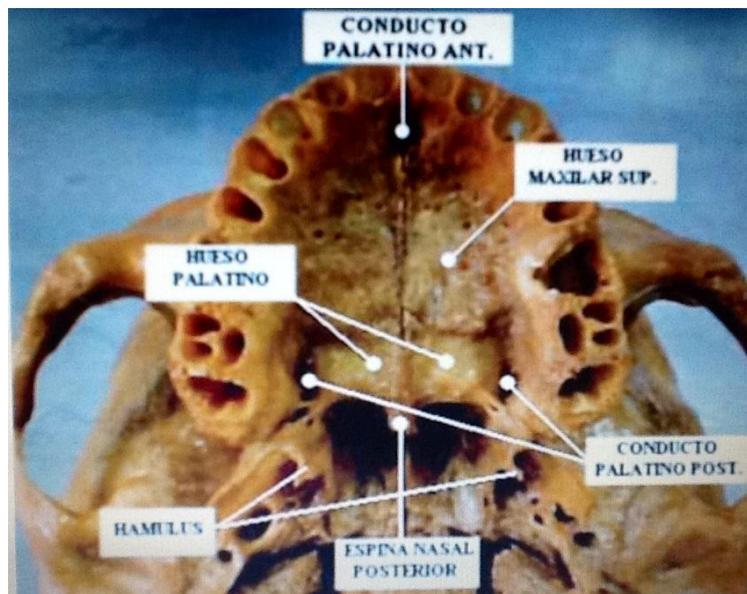


Fig. No.2: Osteología del paladar duro.

Fuente: : Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de la UNMSM, 2009; pag.36

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

2. Embriología

La formación de la cara ocurre principalmente entre la cuarta y octava semanas del desarrollo embrionario. Las estructuras que formarán la cara en el ser humano están compuestas por 5 mamelones o procesos faciales los que aparecen alrededor del estomodeo (boca) embrionario tempranamente en la cuarta semana de desarrollo. Estos 5 procesos son: la prominencia frontonasal, 2 procesos maxilares y 2 procesos mandibulares. Los procesos maxilares y mandibulares son derivados del primer arco branquial.(5)(Fig. No. 3)

**Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012**

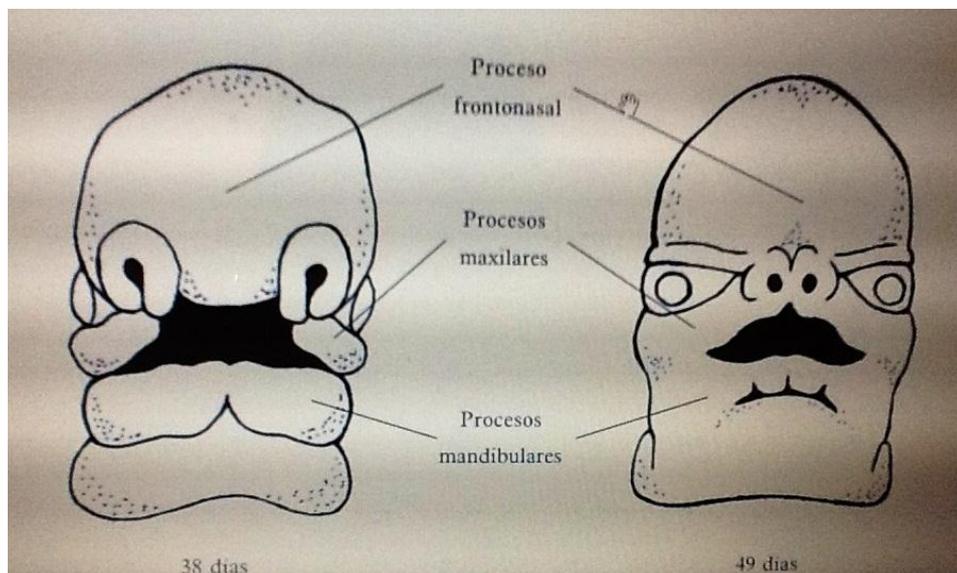


Fig. No. 3: Embriología de la cara.

Fuente: Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de la UNMSM, 2009; pag.19

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

A cada lado de la prominencia frontonasal se observa un engrosamiento local del ectodermo superficial, las placodas nasales u olfatorias. Durante la quinta semana las placodas nasales se invaginan para formar las fositas nasales. En la sexta semana aparecen rebordes de tejido que rodean a cada fosita formando, en el borde externo, los mamelones nasales externos y, del lado interno, los mamelones nasales internos. En el curso de las dos semanas siguientes los procesos maxilares crecen simultáneamente en dirección medial, comprimiendo los procesos nasales hacia la línea media. En una etapa ulterior queda cubierta la hendidura que se encuentra entre el proceso nasal interno y el maxilar, y ambos procesos se fusionan. En consecuencia, el labio superior es formado por los dos procesos nasales internos y los dos procesos maxilares. El labio inferior y la mandíbula se forman a partir de los procesos mandibulares, que se fusionan en la línea media.(1) (6)

La falla en la fusión entre el proceso frontonasal y los procesos maxilares, es lo que origina la fisura labial. La migración de mesodermo a esta zona de fusión es un evento indispensable y la falla de ésta es la determinante en el origen de la fisura. Posteriormente, la teoría propuesta por Veau (1938) y Stark (1954) de penetración Mesodérmica, plantea que la fisura ocurre a nivel de las líneas de fusión como resultado de una falla en la migración del mesodermo; es la más aceptada actualmente como etiología de las fisuras del labio y paladar primario. (1) (4)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

El paladar se desarrolla de dos partes: paladar primario y el secundario. Aunque el desarrollo del paladar comienza a partir de la quinta semana, la fusión de sus partes no se completa hasta las doce semanas (26). El paladar primario o proceso palatino medio se desarrolla al final de la quinta semana. El paladar primario y la porción anterior de los procesos palatinos forman el paladar duro, mientras que la porción posterior de los procesos palatinos sin osificarse se extiende más allá del septum nasal, formando el paladar blando y la úvula (23) (24).

La formación del paladar secundario (paladar duro posterior al foramen incisivo y paladar blando) toma lugar entre la octava a décimo segunda semana de gestación, a partir de los procesos palatinos. Los procesos palatinos derivados de los respectivos procesos maxilares inicialmente se encuentran orientados verticalmente hacia abajo a cada lado de la cavidad oral primitiva (Fig. No. 4) Para la adecuada formación del paladar estos procesos palatinos deben migrar hacia una posición horizontal para finalmente fusionarse en la línea media con el septum nasal, la cual se lleva a cabo desde la parte anterior (foramen incisivo) a la posterior (úvula). La fusión y formación de hueso a este nivel se realiza en las áreas en contacto con el septum nasal. (1) (4) (6) (7)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Entre estos procesos se encuentra la lengua, la cual juega un rol importante en este proceso de horizontalización de los procesos palatinos. Ésta se encuentra en relación con la mandíbula, la cual al crecer hacia delante moviliza la lengua dejando el espacio necesario para el descenso y fusión de los procesos palatinos. Una patología común que afecta este proceso de desarrollo embrionario del paladar es la secuencia de Pierre Robin. Aquí la falta de desarrollo mandibular (micrognatia) es el evento inicial, lo cual limita el desplazamiento de la lengua con el consecuente impedimento para la movilización y fusión de los procesos palatinos generando la característica fisura palatina encontrada en estos pacientes.(6)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



Fig. No. 4: EMBRIOLOGIA DEL PALADAR

Fuente: Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

3. Etiopatogenia

Las fisuras labiopalatinas son las malformaciones congénitas más frecuentes (8). En los últimos estudios realizados sobre la incidencia de fisuras labiopalatinas se ha establecido que la frecuencia de esta malformación, oscila entre el 0,8 y el 1,6 por cada 1.000 nacimientos. (1)(2)

Las causas de las malformaciones congénitas son muy diversas y variadas, sin embargo podemos reunir las en 2 grandes grupos: genéticas y ambientales (8).

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

3.1 Factor Genético

Las genéticas se producen por una desviación de determinados productos metabólicos a consecuencia de cambios existentes a nivel de los genes encargados de la inducción, modelación y del crecimiento de los tejidos encargados de la formación del cráneo y cara (4). Dentro de las causas de índole genético (1-3) se consideran tres categorías etiológicas:

- Herencia monogénica. Aquella que es producida por el cambio o mutación en un gen dominante o ambos haelos recesivos y que sigue los patrones básicos de las leyes mendelianas, dichos genes pueden estar situados en cualquiera de las autónomas o en los cromosomas sexuales.
- Herencia poligénica o multifactorial. Esta representa el resultado de interacciones complejas entre un número variable de genes menores (predisposición genética) que actúan por acción aditiva con factores ambientales usualmente desconocidos.
- Aberración cromosomita. La aberración numérica o estructural de los cromosomas que afecta de forma global el crecimiento prenatal tanto corporal como cerebral pero además el defecto desigual en el crecimiento causa malformaciones en diversos órganos y sistemas.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

3.2 Factor Ambiental

En el factor ambiental se incluye todos aquellos daños que recaen sobre el embrión a través de la madre durante el embarazo. Las causas de índole ambiental pueden ser agrupadas también en 3 grandes categorías: físicas, químicas y biológicas; y a estos factores ambientales, por alterar el desarrollo embriológico produciendo malformaciones, se les ha llamado teratógenos (1) (8). Se consideran factores teratogenos ambientales a los siguientes:

3.2.1 Agentes Físicos:

- **Mecánicos:** Los traumatismos abdominales directos capaces de romper o desgarrar la bolsa amniótica. Al cicatrizar se forman bridas den tejido conectivo que pueden quedar atrapadas en la región oral, causando un incremento localizado de presión y una necrosis secundaria. En este caso la fisura se considera como una disrupción y no como una malformación. Clínicamente es indistinguible de la forma malformativa clásica cuando se presenta en forma aislada, sin embargo, mayoritariamente se asocia a un complejo disruptivo en el que se observan anillos de constricción a otros niveles, lo que facilita su reconocimiento (9).

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

- Radiación: administración de grandes dosis de rayos x en personas embarazadas puede dar origen a varias displasias craneofaciales, entre ellas, las fisuras palatinas (1).

3.2.2 Agentes Químicos:

- Tóxicos: de uso industrial como el alcohol etílico, algunos disolventes orgánicos, etc (1)
- Farmacológicos: Se han descrito varios grupos de medicamentos como el ácido retinoico, los corticoides, Quimioterápicos, barbitúricos, clorambucil, talidomida, etc. que pueden interferir con los mecanismos normales de la palatogénesis (1) (8) (10).

3.3.3 Agentes Biológicos:

- Infecciones virales: Rubéola, sarampión y parasitarias como Toxoplasmosis (1)(10)
- Deficiencias metabólicas: Carencias de algunas vitaminas, falta de ácido fólico.(1)(10)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

4. Tipos de Fisuras según su Extensión

4.1 Unilateral

Esta fisura esta por fuera de la cresta filtral. Todos los elementos de la parte media del labio forman parte del borde interno de la fisura. La cresta filtral de la fisura labial es algo más corta y mas oblicua que la de la mitad opuesta del labio, también sobresale menos. La premaxila se rota hacia arriba y se proyecta (1)(4). 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

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

la fisura y a lo largo de ella. La columela se encuentra acortada y acompaña a la desviación septal (1)(2)(4). 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 (1)(4)(5) (Fig. No. 11)

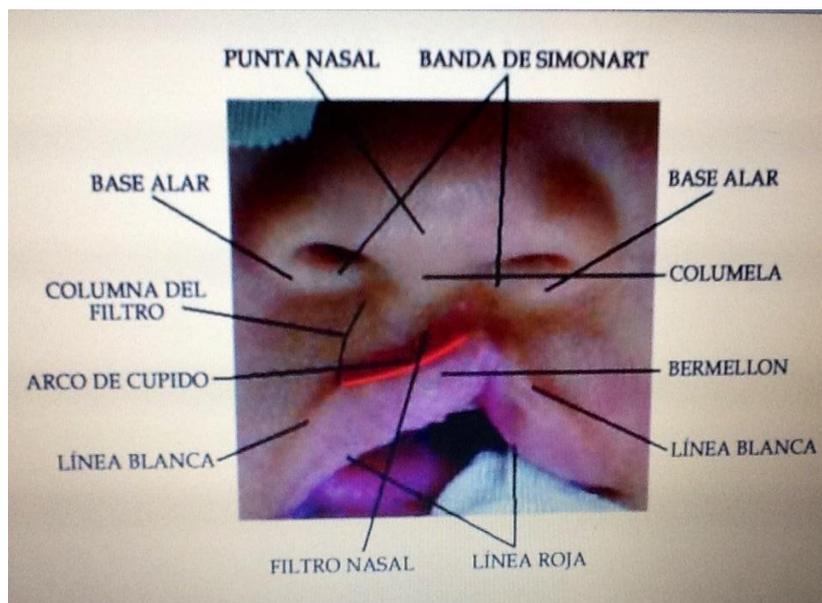


Fig. No. 11: Anatomía de fisura labial incompleta unilateral

Fuente: Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de la UNMSM, 2009;

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

4.2 Bilateral

En esencia se encuentran alteraciones similares a la de la fisura labial unilateral. El centro del labio, el prelabio, está separado, a veces completamente, de las dos partes laterales. El arco de Cupido no es reconocible en este tipo de fisura (1). La premaxila 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 (2)(8). El labio en su porción central se llama prolabio. 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 (1) (2) (Fig. No. 12).

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

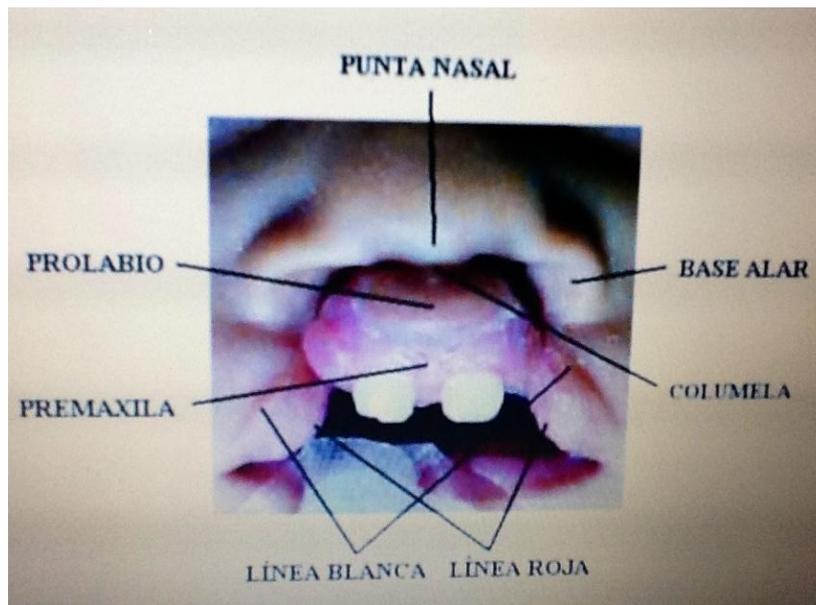


Fig. No.12: Anatomía del labio fisurado bilateral

Fuente: Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de la UNMSM, 2009; pag.23

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

5. Clasificación Clínica de Fisura labial y Fisura Palatina

Dada la enorme variedad que pueden presentar las fisuras labio palatinas, muchos autores, a través del tiempo, han propuesto diferentes sistemas de clasificación basándose en criterios diversos como embriológicos, anatómicos, odontológicos, quirúrgicos (11). Las más utilizadas son:

- Kernahan, en 1971 propone una clasificación que considera una representación gráfica de la fisura en forma de δ Y δ .
- Millard en 1977 enriquece la propuesta al considerar en la representación gráfica de las fisuras tanto la nariz como el suelo nasal bajo la forma de dos triángulos enfrentados en ambos extremos de los brazos de la δ Y δ

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

- Kriens en 1989 propone una clasificación que utiliza letras para designar las estructuras afectadas por la fisura (L: lip, A: Alveolar, H: Hard Palate, S: Soft Palate) Por ello se le conoce como el sistema LAHSHAL, que permite localizar y combinar los distintos tipos de fisura facilitando su registro.

En este estudio seguiremos la clasificación embriológica dada por Victor Veau, por considerarla al mismo tiempo completa y de fácil comprensión y retención (1).

5.1 Fisuras Labiales

5.1.1 Fisura Labial Cicatrizal

Se lo puede considerar como la variedad más benigna de las fisuras labiales. Es una ligera depresión del borde mucoso asociada a un surco vertical en el labio cutáneo (2) (28) (Fig.No.5).

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



**Fig.No.5: Fotografía de paciente
con presencia de fisura labial
cicatrizal**

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-
Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

5.1.2 Fisura Labial Central

Es una hendidura que abarca la totalidad del labio, tanto en el lado derecho como en el izquierdo, con agenesia total del prelabio y premaxila (1) (27) (Fig.No.6).

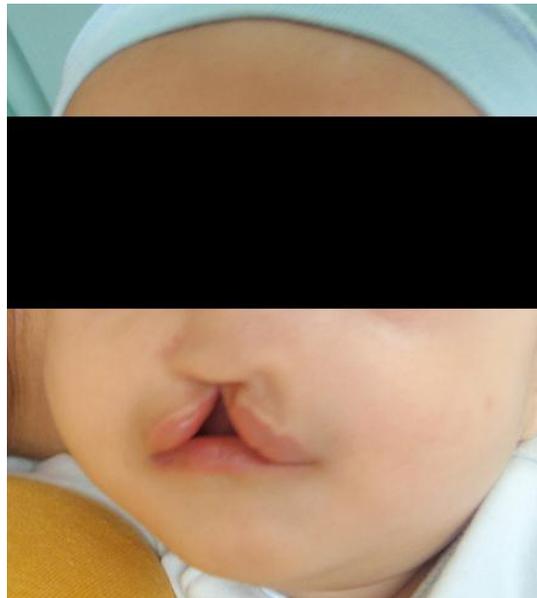


Fig.No.6: Fotografía de paciente con fisura labial central

Fuente: Andrea Acaiturri,
Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

5.1.3 Fisura labial Simple o Incompleta

Es aquella fisura labial que posee una ligera muesca o depresión en el labio de profundidad variable, según su grado de afectación, abarcando todo el bermellón y se extiende hacia el labio cutáneo. La muesca o fisura puede comprender todo el labio cutáneo o solo parte de él (1) (2) (26). La arcada alveolar tiene continuidad y el piso de la nariz esta conservado, aunque casi siempre algo ensanchado. La fisura labial incompleta puede ser unilateral o bilateral (26) (27) (Fig. No. 7 y 8)



Fig. No. 7: Fotografía de paciente con fisura unilateral incompleta

Fuente: Andrea Acaiturri,
Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

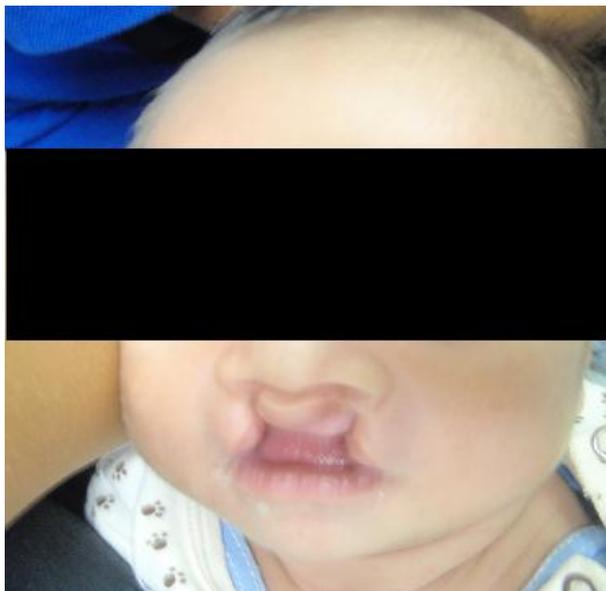


Fig. No. 8: Fotografía de paciente con fisura bilateral labial incompleta.

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

5.1.4 Fisura labial Total o Completa

Este tipo de fisura afecta la totalidad del labio y el paladar primario, limitado por detrás por el agujero palatino anterior. La arcada alveolar está dividida. La nariz esta ensanchada por alargamiento e hipertrofia de la aleta nasal. Este tipo de fisura también puede ser unilateral o bilateral (1) (26) (Fig. No. 9 y 10).



Fig.No.9: Fotografía de Paciente con fisura unilateral completa

Fuente: Andrea Acaiturri,
Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



Fig. No. 10: Fotografía de paciente con fisura bilateral completa y protrusión de la premaxila

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

6. Fisuras Palatinas

6.1 Fisura Palatina Simple o Incompleta

En este tipo de fisura palatina, el reborde alveolar está intacto. Puede limitarse al paladar blando, o estar afectado el paladar óseo hasta el agujero palatino anterior (1). La forma más leve es la fisura submucosa en la que estando conservada la mucosa, la fisura se limita a la zona muscular del paladar blando. Esta siempre asociada a úvula bífida (1) (5) (Fig. No. 13).

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



Fig. No. 13: Fotografía de paciente con Fisura palatina simple o incompleta.

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador.

6.2 Fisura Palatina Total o Completa

Este tipo de fisura palatina podemos dividirla en dos: fisura palatina unilateral o fisura palatina bilateral.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

6.2.1 Fisura Palatina Completa Unilateral

La fisura pasa entre el hueso incisivo y el maxilar superior del lado correspondiente, extendiéndose hacia atrás entre las apófisis palatinas de los maxilares y las laminas horizontales del palatino. El tabique nasal está inserto en la apófisis palatina del lado opuesto.

6.2.2 Fisura Palatina Completa Bilateral

El hueso intermaxilar está completamente separado del reborde alveolar de ambos lados. Esta desplazado hacia delante y arriba(2) (27) (Fig. No. 14).

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



Fig. No. 14: Paciente con Fisura labial bilateral y fisura palatina completa bilateral.

Fuente: Andrea Acaiturri. Guayaquil-Ecuador

6.3 Fisura Palatina Central

Va asociada siempre a una fisura labial central. Presenta una agenesia total de las apófisis palatinas de los maxilares superiores, de las láminas horizontales del palatino y del paladar blando.

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

Materiales y Métodos

Es un estudio de tipo descriptivo transversal, no experimental. En el cual el objetivo es obtener la prevalencia de fisuras labiales y palatinas en pacientes que asisten al Hospital Roberto Gilbert. Se consideraron para este estudio todos los niños que asistieron, a la consulta externa del Hospital del Niño Roberto Gilbert, en un periodo de estudio de seis meses que comprendió desde Octubre del 2011 hasta Marzo del 2012.

La recolección de datos se realizaba los días miércoles y viernes de ocho de la mañana hasta las doce del mediodía, el cual es el periodo de asistencia de consulta para los pacientes. Se realizaba historias clínicas (Fig.No.19) a todos los pacientes que presentaban fisuras labio-palatinas en donde se obtenían los siguientes datos: fecha de atención, numero de ficha clínica, sexo del paciente, edad del paciente, edad materna, edad paterna, antecedentes médicos familiares, historial médico materno, para establecer una posible causa de la malformación y el correspondiente diagnóstico.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Se informó a los padres del estudio a realizar, presentándoles las metas y objetivos del mismo, solicitándoles su consentimiento para considerarlos en este estudio, con el fin de obtener datos y fotografías para la presentación de los casos clínicos. Al terminar la recolección de datos se procedió a la clasificación de estos y se elaboraron tablas y gráficos para el respectivo análisis e interpretación, y con esto la obtención de resultados que determinaron la incidencia de fisuras labio-palatinas presentadas en este estudio, así como su clasificación.

Materiales



Fig. No. 15: Campo estéril quirúrgico color verde.

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador



Fig. No. 16: Guantes de Látex

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



Fig. No. 17: Mascarilla

Fuente: Andrea Acaiturri,
Guayaquil- Ecuador



**Fig. No. 18: Cámara Olympus Stylus
790 SW**

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-
Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

HISTORIA CLINICA

FECHA: _____ No. Ficha clinica: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

NOMBRE MATERNO: _____ EDAD: _____

NOMBRE PATERNO: _____ EDAD: _____

ANTECEDENTES MEDICOS MATERNOS DURATE EMBARAZO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

DIAGNOSTICO:

Fig. No.19: Modelo Historia Clinica

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Resultados

De acuerdo al total de pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital del niño Roberto Gilbert, en el periodo comprendido desde Octubre del 2011 hasta Marzo del 2012 que fue de un promedio de 750 niños, se presentaron 64 casos con algún tipo de fisura labio-palatina. De los cuales, el 50% fueron del sexo masculino y el otro 50% del sexo femenino. (Grafico No.1)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

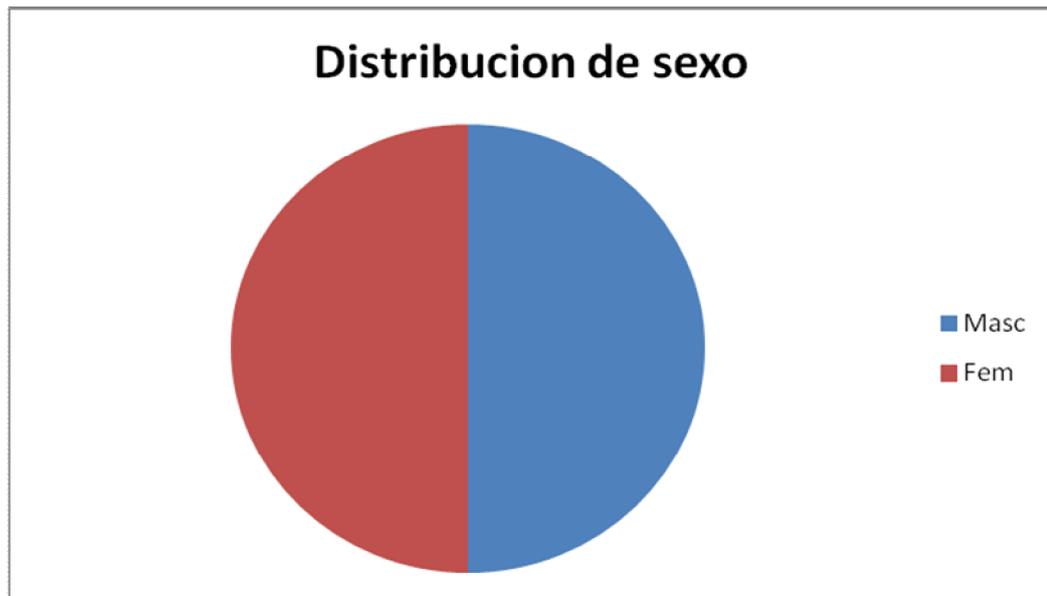


Grafico. No. 1: Distribución por sexo (64 casos en total)

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012 pacientes que asistan a la consulta del Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011 a Marzo 2012

De acuerdo a la edad de los pacientes se dividió en 3 grupos: de 0-6 meses, de 7-12 meses y mayores de 1 año. Se presentaron 24 casos de sexo femenino entre 0-6 meses y 24 casos del sexo masculino entre la misma edad. Entre los 7 y 12 meses de edad se presentaron 4 casos del sexo masculino y 2 del sexo femenino. Y en el grupo correspondiente a los mayores de un año se presentaron 6 del sexo femenino y 4 del sexo masculino. (Grafico. No. 2)

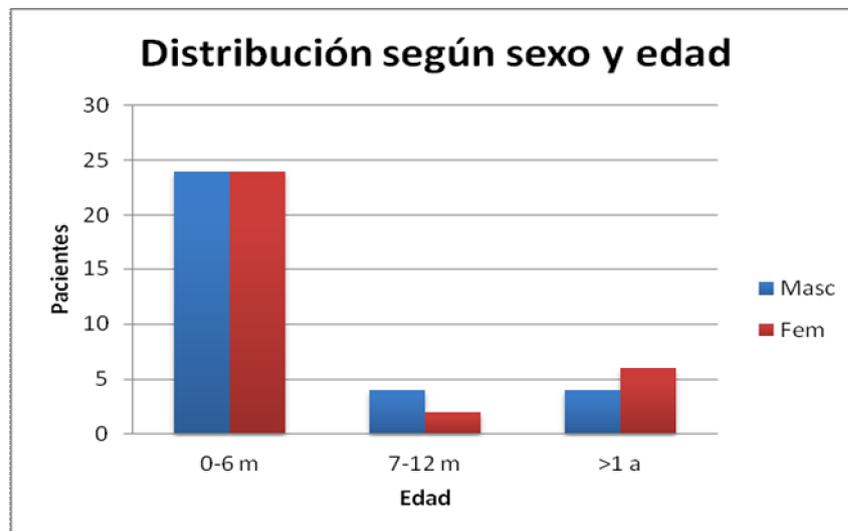


Grafico. No. 2: Distribución según sexo y edad

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Respecto a los tipos de fisuras labio-palatina presente en un porcentaje mayor se presento la fisura unilateral con un total de 19 casos del sexo masculino y 18 en el sexo femenino. Las fisuras unilaterales pueden ser completas o incompletas y derechas o izquierdas. En el caso de las unilaterales completas se encontraron 12 casos (66,67%) en el sexo femenino y 10 casos (52,63%) en el sexo masculino. En las incompletas se presentaron 9 casos (47,37) en el sexo masculino y 6 casos (33,33) en el sexo femenino (Grafico.No.4). Y entre las derechas e izquierdas, la más común fue la unilateral izquierda con un total de 11 casos en el sexo femenino y 10 en el sexo masculino. Mientras que la fisural unilateral derecha se presento en 9 casos del sexo masculino y solo en 7 del sexo femenino. Las fisuras bilaterales se presentaron en mayor porcentaje en pacientes de sexo masculino con un total de 8 casos, mientras que en el sexo femenino se presentaron solo 4 casos. En el caso de las fisuras centrales, las cuales se presentaron en un minimo porcentaje, se registraron 2 casos en el sexo femenino y tan solo 1 caso en el sexo masculino. Y las fisuras cicatrízales solo se registro 1 caso el cual fue de sexo masculino. (Grafico. No.3)

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

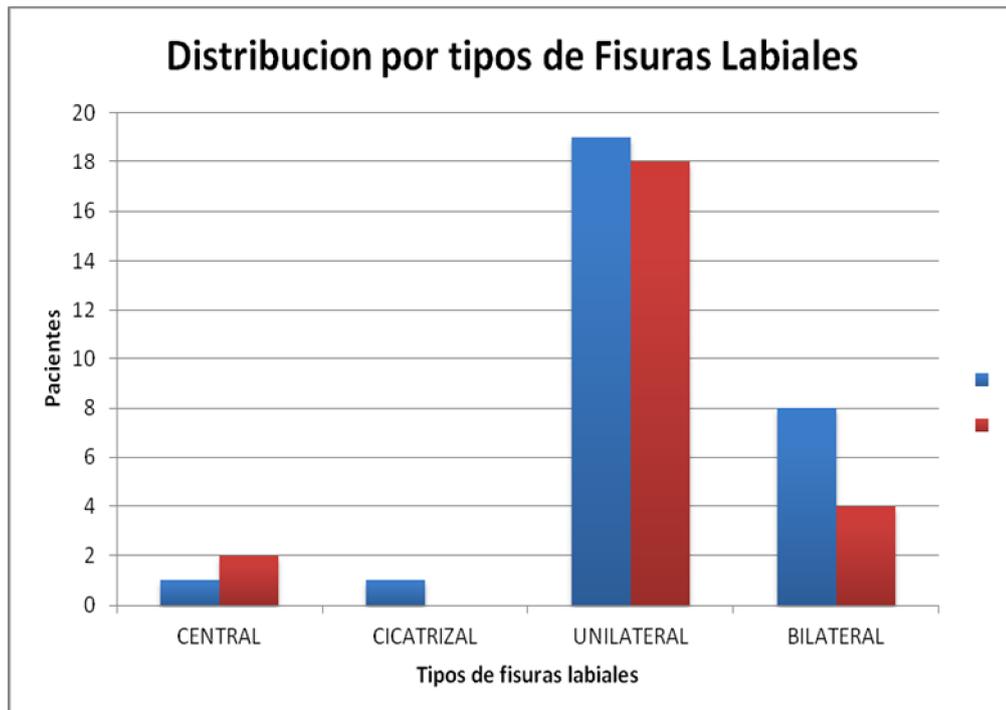
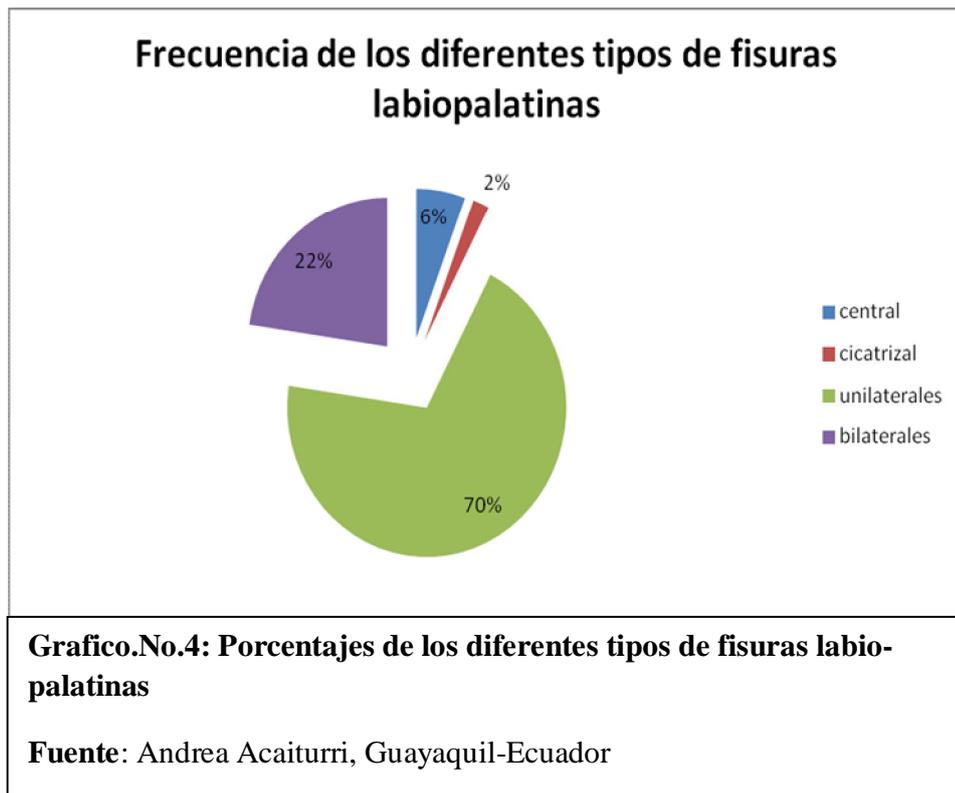


Grafico. No. 3: Tipos de Fisuras labiales

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



2012

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

De las fisuras unilaterales, las cuales correspondieron a 37 pacientes (de los 64 en total), queríamos determinar cuántas eran completas y cuantas correspondían a incompletas según el sexo. El sexo masculino se presentó en un 52,63% las fisuras unilaterales completas y en un 47,37 correspondiente a las incompletas. En el sexo femenino la diferencia porcentual fue mayor. Se presentaron en un 66,67% de las fisuras unilateral completas, y solo en un 33,33% correspondiente a las incompletas (Tabla I) (Grafico. No. 5).

| Fisuras unilaterales | | | | | |
|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| | M | % | F | % | Total |
| Completa | 10 | 52,63 | 12 | 66,67 | 22 |
| Incompleta | 9 | 47,37 | 6 | 33,33 | 15 |
| Total | 19 | | 18 | | 37 |

Tabla I: Fisuras unilaterales (completas e incompletas) según sexo

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

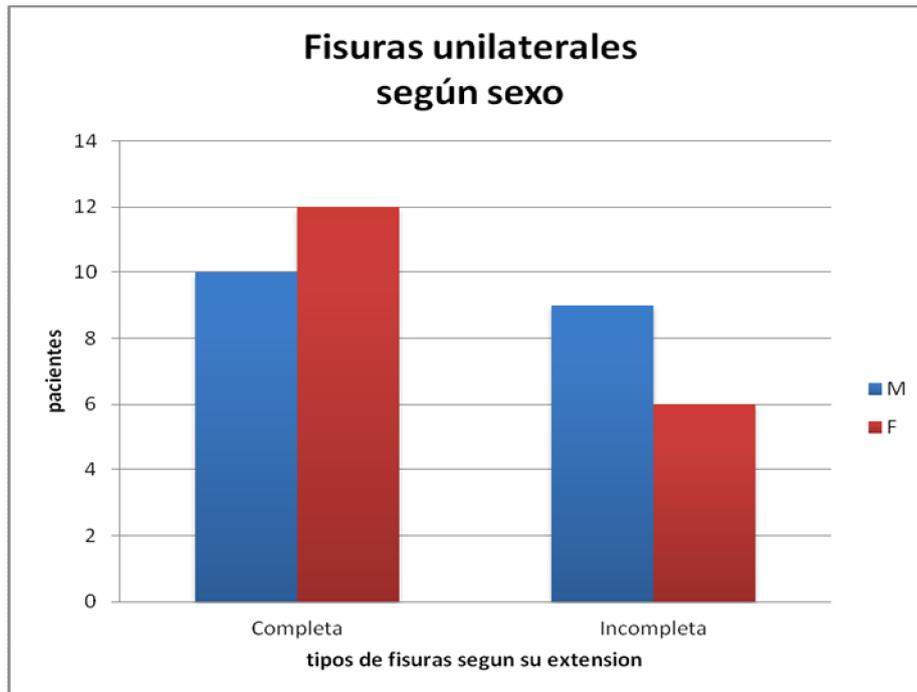


Grafico. No. 5: Fisuras unilaterales según su extensión y distribución por sexo

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

2012

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Según la localización las fisuras unilaterales pueden ser izquierdas o derechas. En este estudio en el sexo masculino se presentaron 10 casos en el lado derecho y 9 casos en lado izquierdo. En el sexo femenino podemos observar que la mayoría de casos fueron en el lado izquierdo (11 casos) y en el lado derecho fueron 7 casos. Se puede decir que hay una predisposición de las fisuras unilaterales en el lado izquierdo en este estudio (Tabla II) (Grafico.No.6)

| | | Según su localización | | |
|-------------|------------------|------------------------------|------------------|----|
| | | Derecha | Izquierda | |
| Sexo | Masculino | 9 | 10 | 19 |
| | Femenino | 7 | 11 | 18 |
| | | 16 | 21 | 37 |

Tabla II: Distribución de fisuras unilaterales según su localización por sexo

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil- Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

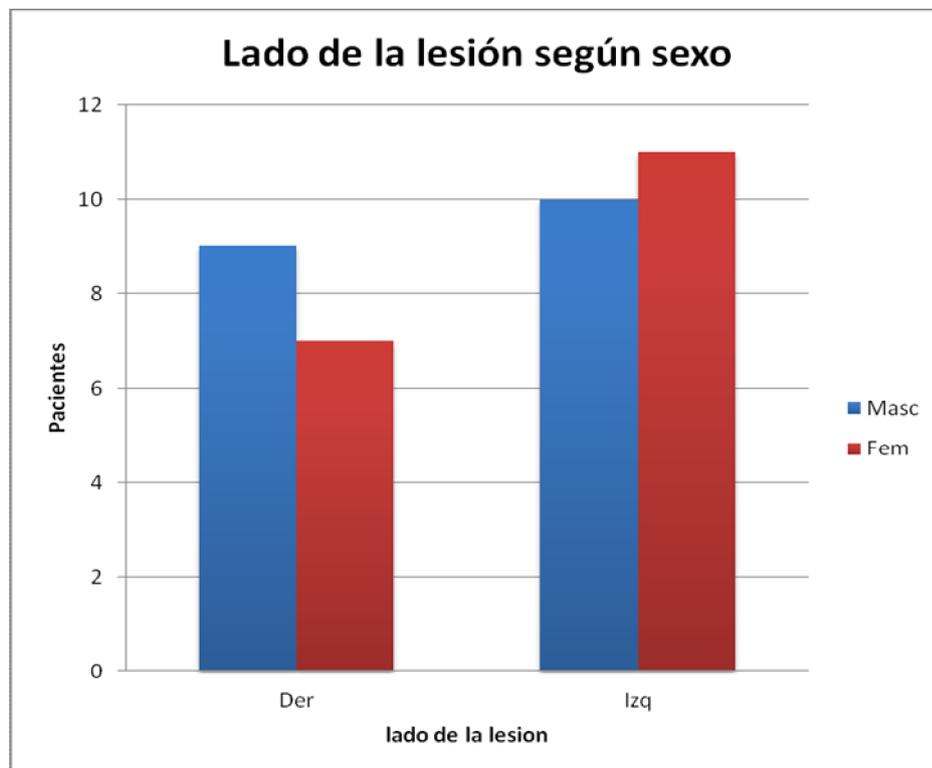


Grafico.No.6: Fisuras unilaterales según su localización por sexo

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

2012

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

En el caso de las fisuras labiales bilaterales se presentaron en total 12 casos. De los cuales 9 (75%) fueron fisuras bilaterales completas, y solo 3 (25%) fueron fisuras bilaterales incompletas (Tabla III).

| FISURAS BILATERALES | | | |
|---------------------|-------------|-----------|------|
| | INCOMPLETAS | COMPLETAS | |
| casos | 3 | 9 | 12 |
| % | 25 | 75 | 100% |

Tabla III: Fisuras Bilaterales según su extensión

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

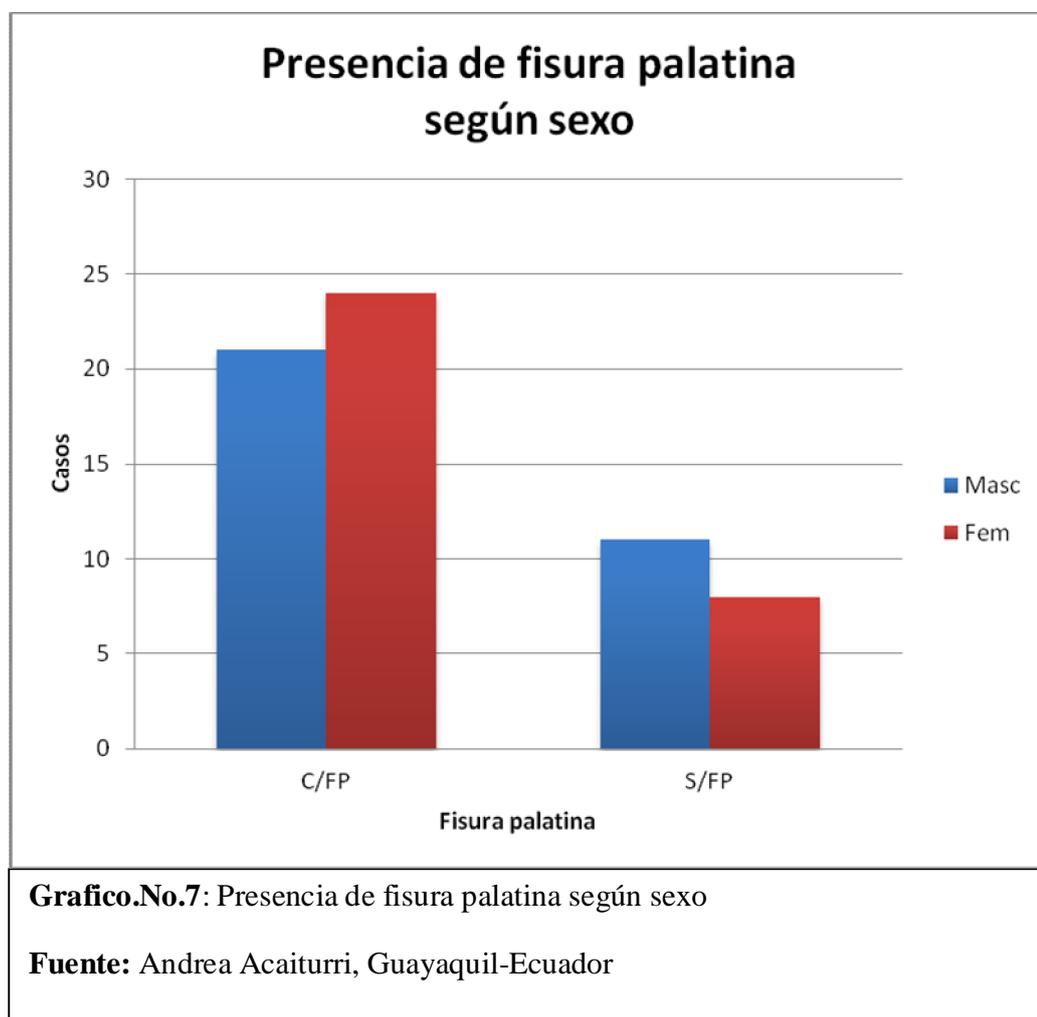
En lo que corresponde a presencia o ausencia de fisuras palatinas, 45 pacientes (de 64 en total) presentaron fisura palatina. Según el sexo, el sexo masculino 21 casos presentaron fisura palatina y 11 casos la fisura palatina estaba ausente. En el sexo femenino se encontraron 24 casos con presencia de fisura palatina y 8 casos sin fisura palatina (Tabla IV) (Grafico.No.7).

| PRESENCIA O AUSENCIA DE FISURAS PALATINAS | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|
| SEXO | C/FP | S/FP | total |
| Masc | 21 | 11 | 32 |
| Fem | 24 | 8 | 32 |
| total | 45 | 19 | 64 |

Tabla IV: Presencia de Fisuras Palatinas

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***



***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Con respecto a los factores causales de la enfermedad pueden ser varios. Entre ellos el factor genético es el más común. En cuanto a la distribución de pacientes con predisposición genético encontramos 17 pacientes con antecedentes familiares de la misma patología (Grafico.No.8).Las otras causas son en menor porcentaje (Grafico.No.9).

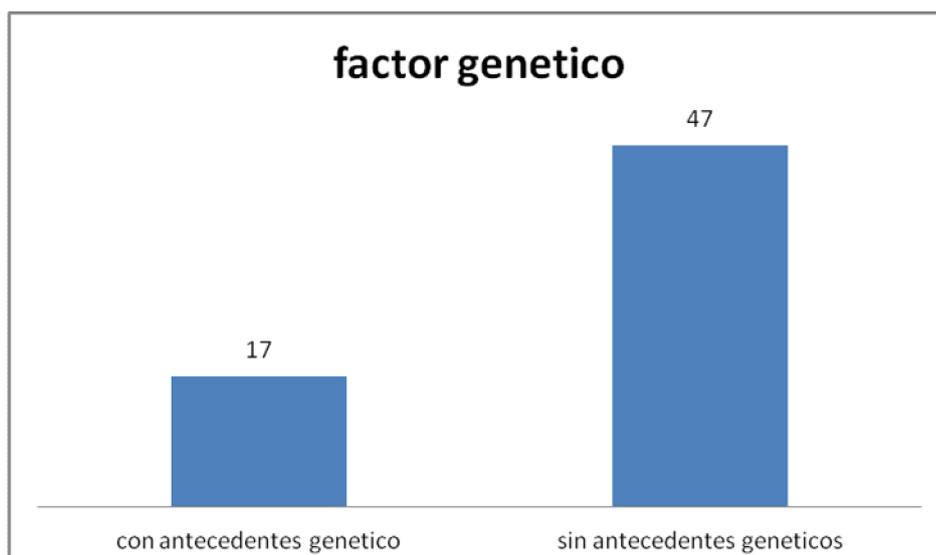


Grafico.No.8: distribución de pacientes con antecedentes genéticos predisponentes para la patología

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

**factores causales de fisuras labio
palatinas**

- patologia durante el embarazo
- uso de antibioticos durante embarazo
- ingesta de alcohol durante embarazo
- otros

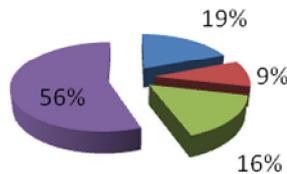


Grafico.No.9: Factorres causales de fisuras labio palatinas.

Fuente: Andrea Acaiturri, Guayaquil-Ecuador

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

Conclusiones

1. En este estudio se encontró una mayor prevalencia de pacientes con fisuras palatinas por problemas genéticos.
2. En este estudio con un tamaño de muestra de 6 meses, en pacientes que asisten a la consulta externa del Hospital del Niño Roberto Gilbert, asistieron un promedio de 750 niños, de los cuales 64 presentaron fisuras labiopalatinas. Es decir un 8, 53% de cada 1000 nacidos poseen fisuras labiopalatinas.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

3. En el estudio realizado con respecto al sexo, no se encontró ninguna predisposición por el sexo, el 50% de los pacientes fueron femeninos y el otro 50% fueron masculinos.
4. De los diferentes tipos de fisuras labiopalatinas, la que se encontró con mayor frecuencia (70%) fueron las fisuras unilaterales. En segundo lugar de frecuencia fueron las fisuras bilaterales (22%). Mientras que las centrales (6%) y las cicatrizales (2%) fueron en menor proporción.
5. Según su extensión de las fisuras unilaterales no se encontró ninguna relación según el sexo.
6. Según este estudio, la localización de las fisuras unilaterales se encuentra una mayor predisposición de encontrar fisuras unilaterales izquierdas(izquierdas:21 y derechas: 16).
7. En las fisuras unilaterales, según su localización, ya sea derecha o izquierda, no se encontró predisposición por algún sexo. Aunque mayormente se encontró en el sexo femenino fisuras unilaterales izquierdas(izquierdas:11 y derechas:7)
8. En cuanto a las fisuras bilaterales, según su extensión, se encontró en un mayor porcentajes fisuras bilaterales completas(75%) y tan solo en un 25% se encontró las fisuras bilaterales incompletas
9. Se encontró relación entre el tipo de fisura labial con el tipo de fisura palatina. Dependiendo del tipo de fisura labial, será el tipo de fisura palatina. Es decir, si

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asistan a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

un paciente posee una fisura bilateral completa tiene mayor probabilidad que posea fisura palatina bilateral completa.

10. Se encontró una mayor predisposición de encontrar fisuras labiales acompañadas de fisuras palatinas. de los 64 casos, 45 pacientes presentaron fisura labial y palatina.
11. En el Hospital del niño Roberto Gilbert se presentaron 8:100 pacientes que asisten a la consultan externa, poseen fisuras labiopalatinas.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

ANEXOS

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

| No. Ficha | Edad | Sexo | Antecedentes familiares | Historial Medico Materno | TIPOS DE FISURAS LABIALES | | | | | | | Fisura palatina |
|-----------|------|------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|------------|-----------|------------|----------|---------|-----------------|
| | | | | | CENTRAL | CICATRIZAL | UNILATERAL | BILATERAL | INCOMPLETA | COMPLETA | DERECHA | |
| 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 5 | 1 | 1 | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 3 | 1 | 0 | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 24 | 1 | 0 | 0 | | 1 | | | | | | 0 |
| 7 | 4 | 1 | 1 | 0 | | | 1 | | 1 | | | 1 |
| 8 | 3 | 2 | 0 | 2 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 10 | 3 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| 11 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 12 | 2 | 1 | 0 | 3 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 13 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 11 | 1 | 0 | 3 | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| 15 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 1 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 17 | 2 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 18 | 24 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | 1 | 1 |
| 19 | 3 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 0 |
| 20 | 1 | 1 | 0 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 21 | 24 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | 1 |
| 22 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 3 | 1 | 0 | 0 | | | | | 1 | | | 1 |
| 24 | 1 | 1 | 0 | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 |
| 25 | 36 | 1 | 0 | 3 | | | | | | | | 1 |
| 26 | 24 | 2 | 0 | 3 | | | | 1 | | | | 0 |
| 27 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | | | | | | | 0 |
| 28 | 4 | 1 | 0 | 3 | 1 | | | | | | | 0 |
| 29 | 3 | 2 | 0 | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 30 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 31 | 2 | 1 | 1 | 2 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

| No. Ficha | Edad | Sexo | Antecedentes familiares | Historial Medico Materno | TIPOS DE FISURAS LABIALES | | | | | | Fisura palatina | PRESENTE(1) O AUSENTE(0) |
|-----------|------|------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|------------|-----------|------------|----------|-----------------|--------------------------|
| | | | | | CENTRAL | CICATRIZAL | UNILATERAL | BILATERAL | INCOMPLETA | COMPLETA | | |
| 34 | 2 | 1 | 1 | 3 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 35 | 1 | 1 | 1 | 0 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 36 | 2 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 0 |
| 37 | 2 | 1 | 0 | 2 | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| 38 | 3 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 39 | 6 | 2 | 1 | 2 | | | 1 | | | 1 | | 1 |
| 40 | 10 | 1 | 0 | 0 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 41 | 12 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | | 1 |
| 42 | 2 | 2 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| 43 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 44 | 2 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 45 | 6 | 1 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 46 | 5 | 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 | | 1 |
| 47 | 4 | 1 | 1 | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 48 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 |
| 49 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 50 | 6 | 2 | 0 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 0 |
| 51 | 4 | 2 | 1 | 0 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 52 | 4 | 1 | 1 | 2 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 53 | 7 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | 1 |
| 54 | 22 | 2 | 0 | 3 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 55 | 8 | 1 | 1 | 0 | | | | 1 | | 1 | | 1 |
| 56 | 36 | 1 | 0 | 1 | | | | | | | | 1 |
| 57 | 24 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | 1 |
| 58 | 1 | 1 | 0 | 3 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 59 | 9 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | 1 |
| 60 | 5 | 1 | 1 | 0 | | | 1 | | 1 | | 1 | 0 |
| 61 | 18 | 1 | 0 | 0 | | | | 1 | 1 | | | 0 |
| 62 | 24 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | 1 |
| 63 | 3 | 2 | 0 | 1 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 |
| 64 | 3 | 2 | 0 | 2 | | | | | | | | 1 |

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

BIBLIOGRAFIA

1. Tresserra Llaurado, Luis. Tratamiento del labio leporino y fisura palatina. Barcelona: Editorial JIMS, 1977
2. Briceño-Iragorry Leopoldo y Calcaño Loynaz Gaston. Cirugia Pediatrica. Vol 1. Universidad Central de Venezuela, 2003.
3. Salyer y Bardach. Atlas de Cirugia Craneofacial y de Hendiduras. 2 Vols. Philadelphia: AMOLCA, 2004
4. Sapp Philip, Eversole Lewis y Wysocki George. Patologia Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2da, ed. España: Elsevier Mosby, 2008.

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

5. Sandner Montilla, Olaf. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Colombia: AMOLCA, 2007
6. Cecotti L. Eduardo, Sforza Ricardo, et. al. El Diagnostico en Clinica Estomatologica. 1ra ed. Buenos Aires: Medica Panamericana, 2007: 680 pags.
7. Rubin Emanuel, Gorstein Fred, et.al. PATOLOGIA ESTRUCTURAL fundamentos clinicopatologicos en medicina. 4ta ed. España: McGraw-Hill interamericana, 2006; 245-248.
8. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8va ed. España: Elsevier Saunders, 2010; 447-453-
9. Porth Mattson Carol. FISIOPATOLOGIA salud-enfermedad: un enfoque conceptual. 7ma ed. España: Editorial médica panamericana, 2009; 23-33.
10. McCance L. Kathryn, Huetter E. Sue, Brashers Valentina, Neal S. Rote. PATHOPHYSIOLOGY: the biologic basis for disease in adults and children. Sixth edition. Philadelphia USA: Molby Elsevier, 2010; 170- 174.
11. Gbbe Steven, Niebyl Jennifer, Simpson L. Joe. OBSTETRICIA. España: Marban Libros, 2007; 187-191.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

12. Sacsquispe S. Ortiz L. Prevalencia del labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Rev Estomatol Herediana 2004. 14(1-2): 54-58
13. Sorolla Juan Pablo. Anomalías Craneofaciales. Rev. Medica Clínica. Condes 2010; 21(1): 5-15
14. Ford Allison, Tastets Maria Eugenia, Caceres Alfonso. Tratamiento de la Fisura Labio Palatina. Rev. Med. Condes 2010; 21(1): 16-25
15. Corbo Rodriguez M. Teres, Marimon Torres Maria E. LABIO Y PALADAR FISURADOS. ASPECTOS GENERALES QUE SE DEBEN CONOCER EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(4): 379-85
16. Wong FK, Hagg U. An update on the aetiology of orofacial clefts. Hong Kong Med J 2004;10:331-6.
17. Gonzales Landa Gonzalo, Prado Fernandez M. Fernanda. Guia de las fisuras labiopalatinas. España: ASPANIF, noviembre 2011.
18. Gonzales Martin Maribel, Torres Lagares Daniel, Infante Cossio Pedro. Fisuras Labio-Palatinas. Revista Secib On Line 2004; 4:1-15
19. Magallanes N, Flores R, Torres D, Hita P. Patología del Labio. Revista Secib On Line 2006; 1:34-66

Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012

20. Figun Mario E. y Garino Ricardo R. Anatomía Odontológica- Funcional y Aplicada. Editorial: El Ateneo 1997; 1:18-21; 3: 50-54
21. Giraldo Fernández MP, Mesa Montoya AM. Investigación sobre patologías de labio y/o paladar hendidos en pacientes de la clínica Noel de Medellín. Estudio Piloto (reporte de investigación.) Rev Fac Odontol. Univ Antioquia. 1996;8(1):59-65.
22. Nazer J, Hubner ME, Catalan J, Cifuentes L. Incidence of cleft lip and palate in the University of Chile Maternity Hospital and in Chilean maternities participating in the Latin American Collaborative study of congenital malformations (ECLAMC). Rev Med Chil. 2001 Mar;129(3):285-93.
23. Rossel Perry Percy. TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIO PALATINA, Programa Outreach Surgical Center. Lima, Peru: Fondo editorial de la UNMSM, 2009.
24. H. Luz López Daniel, Rentería Maximiliano, Villalobos Domínguez Ernesto Ignacio, Villafuerte García Arturo, Andrade Flores Francisco. Incidencia de fisuras labiopalatinas en recién nacidos en el Hospital Central Militar y su manejo inicial por el Servicio de Odontopediatría. Informe de 11 casos Med Oral 1999; 1(4): 113-117.
25. Richar M. Goodman, Robert J. Gorlin. Malformaciones en el Lactante y en el Niño, Guía Ilustrada. Editorial Salvat: Barcelona, 1986; 56.
26. Francisco Beltrán Brown. Cirugía Peditrica. Mexico, 1969.

***Prevalencia de fisuras labiales y palatinas en 2012
pacientes que asisten a la consulta del
Hospital Roberto Gilbert desde Octubre 2011
a Marzo 2012***

27. S.Y.Doletski y Y.F.Isakov. Cirugia Infantil. Editorial JIMS: España, 1974.
28. Velayos Santana. ANATOMIA DE LA CABEZA, PARA ODONTOLOGOS. 4 Edición.
Panamericana. 2007.159 – 180
29. L. Testut , A. Latarjet. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA. Tomo 1. Salvat. 1984. 784 –
806
30. Orban BJ.Oral Hiastology and Embriology.4th edition.Mosby editorial: St. Louis USA,
1984.