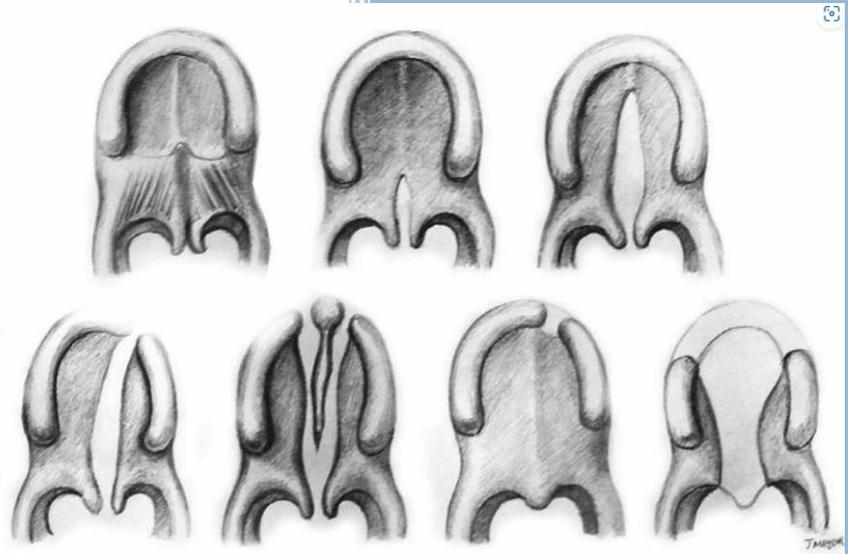


2024

PROTOCOLO FISURA ALVEOLO PALATINA



Versión 1

Contenido

Equipo Elaborador Del Protocolo	3
Metodología	4
Glosario	4
Introducción	5
Objetivo	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
Alcance	6
Descripción de la Patología	6
Etiología	6
Incidencia y prevalencia	6
Clasificación Anatómica y por Grado de Complejidad	6
Descripción de las Intervenciones y Actividades	8
Promoción y Prevención	8
Diagnóstico	8
Tratamiento, Control, Rehabilitación y Seguimiento	9
Principios generales del tratamiento de la patología	9
Plan de Manejo para tratamiento quirúrgico	10
Especificaciones terapéuticas según variantes de expresividad fenotípica de la fisura labial o palatina.....	11
FISURAS DE LABIO.....	11
Fisura labial unilateral aislada: CIE 10, Q36 (desde q36.0 hasta q 36.9)	11
Fisura labial bilateral aislada: CIE 10: Q36.0.....	12
FISURA DE PALADAR: Código CIE 10 Q35 (desde Q35.0 hasta Q35.9)	14
FISURA LABIOPALATINA UNI O BILATERAL: Código CIE 10: Q37 (desde Q37.0 hasta Q37.9)	17
Bibliografía	20
Flujogramas	22
Modificaciones	24
Firmas	24

Equipo Elaborador Del Protocolo

Arizaga, Johanna (Asist. Dental)
Campos, Mara (Asist. Dental)
Chifflet, Álvaro (Médico Cirujano Plástico)
Di Stefano, Raquel (Médico Cirujano Plástico)
Dos Reis, Paola (Asist. Dental)
Ferro, Walter (Odontólogo Cirujano Oral)
Guevara, Inés (Téc. Higienista Dental)
Hernández, Andrés (Odontólogo)
Horvat, Cecilia (Odontólogo – Rehabilitadora)
Mariño, Carolina (Médica Neonatóloga y Pediatra)
Marzadri, Adriana (Lic. Psicología)
González, Ana María (Aux. Enfermería)
Dávila, Sandra (Licenciada en Enfermería)
Morales, Verónica (Médico Cirujano Plástico)
Palacio, Inés (Médico Cirujano Plástico)
Paolillo Legaspi, Virginia (Odontóloga – Esp. En Ortodoncia y Ortopedia B.M.F.)
Ramírez, Lourdes (Asist. Dental)
Robatto, Marcelo (Odontólogo – Ortodoncista y Ortopedista)
Sawchik Pintos, Gabriela (Odontólogo – Ortodoncista y Ortopedista)

ACTUALIZACIÓN

Este protocolo fue confeccionado y publicado en el año 2024.
Las actualizaciones se realizarán cada 2 años.

Metodología

Para la confección de este protocolo se realizó una revisión exhaustiva de la literatura que se llevó a cabo siguiendo los siguientes pasos:

1. Se elaboraron preguntas específicas sobre el paciente, el problema y la población, la intervención, la comparación y los indicadores de resultados.
2. Se consultaron fuentes de datos secundarias como la Agency for Health Research & Quality (AHRQ), el National Coordination Centre for Health Technology Assessment (U.K.), el Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canadá), el National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination (U.K.), el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.), The Cochrane Collaboration (internacional), International Network of Health Technology assessment y Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University (U.K.).
3. Se establecieron criterios de búsqueda que incluyeron términos clave como Clinical Guideline, Cleft Palate, Children, Surgery y Orthopedia.
4. Se utilizó el instrumento de evaluación de guías elaborado por la AGREE II para evaluar la calidad de las guías clínicas encontradas en la búsqueda.

Glosario

AAEdK: Activador Abierto Elástico de K

B.M.F: Buco Maxilo Facial

CRENADECER: Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras

FLAP: Fisura Labio Alveolo Palatina

OPT: Ortopantomografía

ORL: Otorrinolaringólogo

Introducción

Las fisuras labio alvéolo palatinas (FLAP) son deficiencias estructurales debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios que se forman entre la 4ª y 10ª semana de desarrollo intrauterino. Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, labio- palatina y palatina aislada.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo y requiere de la intervención de un equipo interdisciplinario que utiliza un protocolo de tratamiento que se adapta a cada individuo.

El éxito de los resultados depende de la experiencia y capacitación constante del equipo tratante junto con la planificación, investigación y seguimiento metódico de cada caso en particular.

CRENADECER asiste a la mayoría de los pacientes portadores de fisuras labio palatinas del país.

Este servicio funciona desde hace más de 40 años, cuenta con infraestructura y personal capacitado, integrado por un equipo interdisciplinario (pediatras, cirujanos plásticos, ortodontistas, odontólogos, cirujanos orales, psicólogos, ORL, fonoaudiólogos, enfermería, etc.).

La asistencia comienza cuando el niño nace y se prolonga hasta la rehabilitación total de la patología.

Objetivo

Objetivo General

El objetivo de este protocolo es contar con los procedimientos aplicables y adaptados a nuestro medio para el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de personas portadoras de fisuras de labio y paladar.

Objetivos Específicos

- Estandarizar los criterios de tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la FLAP.
- Educar y apoyar a los padres y/o cuidadores en el manejo de las personas con esta patología
- Valorar los resultados en salud a largo plazo en forma estandarizada.

Alcance

Este protocolo está dirigido a todos los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de pacientes con FLAP.

Descripción de la Patología

Etiología

La etiología es compleja y multifactorial, ya que existen diversos factores genéticos, étnicos y ambientales que inciden en su aparición. En un 20 a 25% de los casos, hay algún factor genético claro. En otro 20 a 25%, se han identificado factores ambientales como infecciones durante el primer trimestre de embarazo, consumo de fármacos, drogas o factores nutricionales. En el 50% restante, no se ha identificado una causa específica demostrable.

Incidencia y prevalencia

La incidencia de esta afección a nivel mundial es de aproximadamente 1 caso por cada 1.200 nacidos vivos. Dentro del grupo de las fisuras de labio y paladar, alrededor del 65% corresponden a fisuras labio alveolo palatinas, mientras que un 23% son fisuras aisladas de paladar y un 12 % son fisuras sólo de labio o paladar primario. En cuanto a las fisuras de labio, las fisuras unilaterales son 8 veces más frecuentes que las bilaterales, ya sea de forma aislada o combinada.

La prevalencia de FLAP a nivel mundial es de 9.37 casos por cada 10.000 habitantes.

Clasificación Anatómica y por Grado de Complejidad

1. Fisura de Labio
2. Fisura Labio Alvéolo Palatina
3. Fisura de Paladar
4. Otros: Fisura Alveolar
 - Fisura Submucosa
 - Fisura Maxilar Inferior

A su vez, las fisuras pueden ser completas o incompletas.

Cada uno de estos tipos tiene sub clasificaciones:

Según su ubicación:

- Maxilar superior
- Maxilar inferior

Según su extensión:

- Fisura de labio
- Fisura de labio y alvéolo
- Fisura labio alvéolo palatina
- Fisura de paladar duro
- Fisura de paladar blando
- Fisura submucosa

Según su localización:

- Unilaterales (derecha, izquierda)
- Bilaterales

Descripción de las Intervenciones y Actividades

Promoción y Prevención

Dado que no se conoce una causa específica para la FLAP, no existen medidas de prevención específicas para esta patología. Sin embargo, se pueden aplicar los principios generales de promoción de salud como modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.

Desde el punto de vista bucal, incluye la prevención primaria de caries, tratamiento precoz de los traumatismos dentales y la prevención primaria y diagnóstico precoz de la maloclusión.

Diagnóstico

Gracias al avance de la tecnología, en ocasiones se puede diagnosticar la FLAP durante el embarazo mediante ecografía. Sin embargo, por lo general, el diagnóstico se realiza clínicamente al momento del nacimiento y en casos de fisuras posteriores del paladar blando o submucosas, el diagnóstico se realiza tardíamente.

Cuando se diagnostica un niño con FLAP, se lo deriva desde la maternidad al Ortopedista B.M.F. para confirmar el diagnóstico y para que entre en contacto temprano con el equipo especializado en FLAP.

El ortopedista informa a los familiares acerca de la patología y sobre el Servicio de Malformaciones Maxilofaciales. Dependiendo del tipo de fisura que presente el paciente, se realiza la toma de impresión y posteriormente se instala la placa ortopédica de Grayson modificada. Además, brinda información sobre los cuidados que se deben tener en cuenta para estos pacientes, como la alimentación, la higiene bucal y del aparato ortopédico, cuidados al dormir y los controles periódicos en el servicio.

La educación oportuna que brinda el equipo interdisciplinario permite prevenir secuelas evitables.

Según la experiencia de nuestro equipo y la de otros equipos interdisciplinarios a nivel internacional, es importante abordar el mayor número de problemas en forma precoz y, en lo posible, de manera definitiva.

Tratamiento, Control, Rehabilitación y Seguimiento

Principios generales del tratamiento de la patología

Las recomendaciones se basan en principios fundamentales para lograr una atención óptima de la salud de los pacientes con anomalías congénitas, indistintamente del trastorno labio palatino específico:

- I. La adecuada gestión de la salud de los pacientes con anomalías congénitas depende de un equipo interdisciplinario de especialistas conformado por: Asistente dental, Cirujano Plástico, Odontólogo Cirujano Oral, Técnico Higienista Dental, Odontólogo, Odontólogo – Rehabilitadora, Médica Neonatóloga y Pediatra, Lic. Psicología, Ortodoncista, Ortopedista y Lic. en Enfermería)
- II. La atención óptima de los pacientes con anomalías craneofaciales es provista por equipos que evalúan un suficiente número de pacientes por año, con el fin de mantener la experticia clínica para el diagnóstico y tratamiento.
- III. Si bien la primera evaluación de los pacientes con anomalías congénitas debiera realizarse dentro de las primeras semanas de vida (preferentemente dentro de los primeros días), la referencia al equipo de evaluación y manejo propio de la patología es apropiada en el momento en el cual se realiza la sospecha diagnóstica.
- IV. Desde el primer contacto con el niño y su familia, es importante realizar todos los esfuerzos para ayudar a la familia a adaptarse al nacimiento de un niño con anomalías craneofaciales, afrontando las demandas el estrés que esto conlleva.
- V. Los padres y cuidadores deben ser informados acerca del tratamiento recomendado, los procedimientos, opciones, factores de riesgo, beneficios, y costos para asistirlos en:
 - a) Tomar decisiones informadas en representación del paciente menor de edad.
 - b) Preparar al paciente y a sus padres o tutores para todos los procesos recomendados.

El equipo debe solicitar su participación activa y colaboración en el plan de tratamiento. Cuando el paciente sea suficientemente maduro para hacerlo, él o ella deberán participar en las decisiones de su tratamiento.

Los planes de tratamiento deberán ser desarrollados e implementados sobre la base de las recomendaciones del equipo de especialistas.

Una vez realizado el diagnóstico, pre o postnatal, el paciente debe ser derivado al Equipo de Referencia de CRENADECER

El tratamiento integral de los pacientes con FLAP es complejo ya que el resultado final

dependerá de las alteraciones anatómicas y funcionales que presente el paciente, su patrón de crecimiento cráneo facial, así como de los procedimientos terapéuticos y el momento en que se lleven a cabo.

Dado que las fisuras presentan una gran variedad anatómica, no existen fórmulas rígidas de tratamiento, sino una guía o algoritmo que se adapta a cada caso en particular.

En los casos de fisura de labio se debe realizar concomitantemente el tratamiento de la nariz fisurada. La postergación de la cirugía del paladar por eventuales beneficios en el crecimiento óseo genera grandes secuelas funcionales de la voz. En la actualidad, el injerto óseo se realiza, si es posible alrededor de los 5 años de edad, en lugar de entre los 9 y 12 años como se hacía anteriormente.

Los pacientes con fisuras han tenido que lidiar tradicionalmente con tres estigmas socialmente invalidantes: la mala fonación, la deformidad nasal y la falta de desarrollo del maxilar superior con inversión de la mordida. Estas secuelas no sólo generan problemas psicológicos, sino que además son fuente de discriminación a nivel laboral y a nivel social. Por estos motivos, el enfoque del tratamiento actual disminuye las secuelas y evita eventuales estigmas.

El paciente es dado de alta del Servicio cuando se han cumplido todas las etapas del tratamiento para su caso específico y se ha logrado la rehabilitación completa de la malformación.

Plan de Manejo para tratamiento quirúrgico

Etapas Prequirúrgica

La fase prequirúrgica de ortopedia es llevada a cabo por el ortopedista Buco Maxilo Facial (B.M.F) capacitado para hacerla. Se coloca una placa ortopédica en los primeros días de vida. Esta placa tiene varios beneficios, entre ellos:

- Obturación del defecto del paladar, lo que ayuda a la alimentación y evita la introducción de la lengua en la fisura
- Separación de la cavidad oral y la nasal
- Soporte del labio
- Aproximación de los segmentos
- Reposicionamiento de los cartílagos alares deformados (conformador nasal)
- Alineamiento de las arcadas dentarias
- Disminución de la tensión de los tejidos blandos
- Mejora en la disposición de las estructuras faciales a largo plazo

Etapas quirúrgica

- Cirugía Primaria y/o Secundaria

Equipo Quirúrgico del paciente fisurado:

- Cirujanos plásticos
- Cirujano oral
- Anestelistas con experiencia en atención pediátrica
- Otorrinolaringólogo.

Rehabilitación

Equipo de Especialistas para la rehabilitación del paciente con fisura:

- Ortopedista B.M.F.
- Ortodoncista
- Fonoaudiólogo
- Otorrinolaringólogo
- Odontopediatra
- Enfermeras especializadas
- Psicólogo especializado
- Higienista dental

Especificaciones terapéuticas según variantes de expresividad fenotípica de la fisura labial o palatina.

FISURAS DE LABIO

Fisura labial unilateral aislada: CIE 10, Q36 (desde q36.0 hasta q 36.9)

La fisura labial unilateral aislada es un defecto congénito en el labio superior donde falla la fusión de la prominencia maxilar con la prominencia nasal medial.

Existen diferentes grados de afectación del labio, desde una fisura incompleta hasta una fisura completa dependiendo del momento en el que se produce la malformación. También existen grados variables de desviación de la columela y aplanamiento del ala nasal.

Las técnicas quirúrgicas para corregir estas anomalías congénitas son muy variadas. Todas ellas consisten en diseñar la mejor manera de reubicar los tejidos (piel, músculo y mucosa), intentando dejar las cicatrices en los lugares más adecuados para a fin de dar un aspecto armónico, simétrico, funcional y estético a la cara del niño.

Técnica quirúrgica

Una adecuada técnica quirúrgica debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) El labio debe quedar simétrico con todas sus estructuras (bermellón sin fallas, arco de cupido, filtrum labial)
- b) La musculatura debe reconstruirse de manera que quede funcional y anatómica.
- c) La técnica quirúrgica debe ser lo más sencilla posible.
- d) Las cicatrices deben quedar bien localizadas
- e) La forma del labio no debe alterarse con el crecimiento
- f) Reconstruir y simetrizar la nariz

Fisura labial bilateral aislada: CIE 10: Q36.0

Son menos frecuentes que las anteriores. Suelen afectar solamente el labio superior y en casos excepcionales el reborde alveolar. Por lo general estas fisuras se presentan en forma incompleta.

Tratamiento según edad

Nacimiento:

Dado que estos niños no suelen tener problemas de alimentación, se les enseña a los familiares diversas técnicas de amamantamiento y alimentación correcta con biberón. Idealmente el niño fisurado debe alimentarse a pecho directo desde el nacimiento.

1° mes de vida:

Ortopedia preoperatoria nasal y a veces alveolar. Se utilizan cintas kinesiológicas (taping neuromuscular) para aproximar los segmentos labiales.

4° al 5° mes de vida:

Cierre quirúrgico de la fisura de labio junto con cirugía nasal. En caso de anemia, bajo peso, enfermedades intercurrentes, etc. la operación debe posponerse hasta que el niño esté en condiciones. Esta intervención quirúrgica se realiza a esta edad porque:

- a) Permite que en los primeros meses el niño amamante.
- b) Es la mejor etapa desde el punto de vista de la calidad de cicatrices.
- c) El niño ya está lo suficientemente maduro como para poder alimentarse con cuchara o con biberón adaptado a tales efectos, ya que la succión es contraproducente para la cicatrización de las heridas. Esta alimentación especial debe mantenerse por 3 semanas.

Técnicas quirúrgicas para el cierre de las fisuras de labio

Contar con una guía clínica o algoritmo de tratamiento implica pautar intervenciones entendiendo que las mismas se pueden adaptar a cada individuo.

Existen numerosas técnicas quirúrgicas, las cuales podemos agrupar en 4 grupos:

- 1) Rotación y avance de colgajos: Técnica de Millard I (1955) y II (1962)
- 2) Colgajos triangulares: técnica de Tenisson, Técnica de Randall, Técnica de Lemos, Técnica de Spina
- 3) Colgajos cuadrangulares: Técnica de Le Mesurier, May, Veau
- 4) Escisión en líneas arqueadas: Técnica de Rose Thompson, Ladd, Braun, Veau.

El equipo de cirugía plástica del CRENADECER preconiza la técnica para queiloplastia de Millard en las fisuras labiales unilaterales y una modificación de la técnica de Mulliken en las bilaterales.

En nuestra opinión, la mejor técnica es aquella que el cirujano domina y con la cual ha obtenido buenos resultados funcionales y estéticos.

La técnica de Millard es una técnica relativamente sencilla que deja cicatrices poco evidentes y permite la rotación de la nariz afectada (lo que colabora con la reparación nasal). A su vez, el principio de rotación de colgajos permite el alargamiento del labio del lado afectado en el mismo tiempo quirúrgico.

Mulliken aborda el labio y la nariz en el mismo acto quirúrgico. No utiliza colgajos labiales para el alargamiento de la columela. Este autor explica que el acortamiento de la columela se debe a la separación de la crura medial.

Educación Sanitaria: Enseñanza de higiene bucal

A partir del nacimiento, los padres deben recibir educación sanitaria para la higiene de las estructuras bucales.

Odontopediatría

Basado en la prevención y recuperación del daño por caries y enfermedad periodontal, este tratamiento se hace en estrecha coordinación con el Ortodoncista. Se debe evaluar antes de cumplir el año y en los años 3, 4, 5, 6, 9, 12 y 15.

Cronograma para el tratamiento de la fisura labial

CRONOGRAMA ESTIMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIAL																											
Especialidad	Meses											Años															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Confir. con diagnóstico	X																										
Psicología	X																										
Confir. con nasal				X	X	X	X																				
Cirugía				X																							
Otorinolaringología																											
Fonología												X	X	X	X	X	X	X									
Odontopediatría											X	X	X	X	X												
Ortodoncia																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
* entrevista con los padres																											

FISURA DE PALADAR: Código CIE 10 Q35 (desde Q35.0 hasta Q35.9)

Es la fisura o falta de unión de los procesos palatinos en todo el paladar secundario o solamente en el paladar blando.

Incluye fisura del paladar duro y/o blando y excluye la fisura del paladar con labio fisurado.

Aproximadamente el 16,4% del total de niños fisurados pertenece a esta categoría.

Clasificación de las fisuras de paladar

Existen numerosas clasificaciones. En este documento se utilizará la clasificación de Spina que divide a las fisuras en tres grupos:

- Grupo 1: fisuras pre - foramen incisivo
- Grupo 2: fisuras trans - foramen incisivo
- Grupo 3: fisuras post - foramen incisivo

Tratamiento

Educación Sanitaria

Es un proceso que informa, motiva y ayuda. A la población para adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables.

Odontopediatría

La primera consulta se realiza al nacimiento y luego cada tres meses. Se sugiere control frecuente según riesgos. Se aconseja cada 1 mes pacientes de riesgo alto de caries y 3 meses en pacientes de riesgo bajo de caries

Ortodoncia

Dentición temporaria. Tratamiento ortopédico – ortodóntico.

Dependiendo de la patología y de la colaboración del paciente, se comienza a los cuatro años y medio aproximadamente, con el tratamiento que consiste en:

1. Solicitar estudios radiográficos ortopantomografía estándar (OPT)
2. Utilizar aparatología:
 - Fija:
 - Disyuntor simple
 - Disyuntor con tracción de máscara.
 - Removible:
 - Aparatología funcional AAEdK (activador abierto elástico de K)
 - Placa Activa

Cirugía

Existen muchas controversias en lo que respecta a la oportunidad del cierre del paladar. En nuestro centro, si no hay patologías asociadas y si el niño tiene un buen desarrollo ponderal, lo ideal es realizar el tratamiento de la fisura de paladar entre los 8 y 12 meses, antes de que se adquiera el lenguaje. No contamos con datos concluyentes que sugieran que el cierre en esta edad comprometa el desarrollo facial.

Técnicas quirúrgicas para el cierre de las fisuras palatinas

- Paladar blando
 - Palatoplastia intravelar de Sommerlad
 - Palatoplastia de Furlow
- Paladar blando y duro:
 - Técnica de Von Langenbeck (1861)
 - Técnica de Wardill-kilner (1928)

En los casos con buena evolución, el tratamiento con el fonoaudiólogo culmina su primera etapa alrededor de los 5 años. En aquellos casos de cirugías tardías o retardos cognitivos, el tratamiento se prolonga por más tiempo.

Las consultas con ORL son frecuentes en estos pacientes ya que muchos de ellos presentan episodios de otitis media vinculados a su patología (disfunción de los músculos del velo del paladar que regulan la apertura de la trompa de Eustaquio) e hipoacusia. La hipoacusia a su vez incide directamente en la fonación.

Tratamiento según la edad

Nacimiento

La preocupación más inmediata al nacimiento es la buena nutrición. En el caso de que la fisura comprometa el paladar duro, se hace necesaria la colocación de una placa ortopédica que permita el apoyo correcto de la lengua y la buena succión. Esta placa debe ser colocada al nacimiento para evitar malos hábitos que traerán aparejados trastornos en el crecimiento maxilar. Salvo excepciones, no debe administrarse la alimentación por sonda nasogástrica (una práctica que es frecuente en los centros de salud no especializados en este tipo de patologías).

Período Escolar

Odontopediatría

Tratamiento basado en la prevención y recuperación del daño por caries y enfermedad periodontal. Este tratamiento se hace en estrecha colaboración con el Ortopedista/Ortodoncista. Se sugiere control frecuente según riesgos. Se aconseja control cada 1 mes para pacientes de alto riesgo de caries y cada 3 meses en pacientes de bajo riesgo de caries.

Ortodoncia

Tratamiento ortodóncico-ortopédico.

Adolescencia

Odontopediatría

Control frecuente según riesgos. Se aconseja controles cada 1 mes para pacientes de alto riesgo de caries y cada 3 meses para pacientes de bajo riesgo de caries.

Ortodoncia

Dependiendo del tipo de problema que presente el paciente, se necesitará tratamiento ortopédico-ortodóncico que estará condicionado por el potencial crecimiento individual del niño.

Dentición mixta (de los 7 a los 12 años)

Dentición permanente.

Aparatología fija: el uso de aparatología fija es conseguir una buena forma de arcada, eliminar las malas posiciones dentarias, rotaciones, alcanzando una buena oclusión y facilitando el acceso del cirujano para la colocación del implante llegando a los 18 años.

Cronograma para el tratamiento de las fisuras palatinas

CRONOGRAMA ESTIMADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FISURA DE PALADAR																											
Especialidad	Meses											Años															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Confirmación diagnóstica	X																										
Psicología	X*											X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Conformador nasal					X	X	X	X																			
Placa ortopédica	X	X	X	X	X	X	X																				
Cirugía								(X)																			
Otorrinolaringología																											
Fonocardiología												X	X	X	X	X	X	X									
Otolaringología												X	X	X	X	X											
Ortodoncia																X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
*entrevista con los padres																											

[FISURA LABIOPALATINA UNI O BILATERAL: Código CIE 10: Q37 \(desde Q37.0 hasta Q37.9\)](#)

Palatoplastia

El tratamiento de las fisuras labio-palatinas depende de la secuencia de reparación usada para el cierre de las estructuras:

Todas las combinaciones posibles fueron descritas en diferentes protocolos:

- 1) Cierre de labio en una primera intervención seguido de cierre de paladar duro y blando en una segunda etapa.

Cierre de labio y del paladar duro seguido en una segunda intervención de cierre del paladar blando.

- 2) Cierre de labio y del paladar blando seguido en una segunda intervención del cierre del paladar duro.
- 3) Cierre del paladar blando seguido de cierre del paladar duro seguida por cierre de labio.
- 4) Cierre en un tiempo de labio y del paladar duro y blando.

Tratamiento según la edad

Nacimiento

Una de las primeras cosas a tener en cuenta, es la importancia de tranquilizar y orientar a los padres sobre la patología de su hijo, de modo de disminuir su nivel de angustia e incertidumbre. De esta manera, se les explica el buen pronóstico del tratamiento del niño, basado en el apoyo de todo un equipo especializado. Es fundamental también descartar otras patologías congénitas.

A su vez, se debe realizar una consulta con el ortodoncista al nacimiento. En caso de que no pueda llevarse a cabo en ese momento, la primera consulta no debe diferirse más allá de los 15 días de vida. Es importante realizar una evaluación clínica y observar la presencia o no de dientes neonatales.

Entre el nacimiento y 4° mes de vida

Se realiza el tratamiento ortopédico pre-quirúrgico con la Técnica de Grayson, con conformador nasal.

En todo el período pre quirúrgico, es decir entre el nacimiento y la intervención quirúrgica, al 4° mes y medio o 5° mes de edad esta técnica permite:

Lograr un alineamiento normal de los segmentos maxilares.

Acercar los segmentos maxilares, disminuyendo la tensión de los tejidos blandos para la reparación del labio y la nariz.

Obtener un apoyo estable para la lengua.

Reposicionar los cartílagos alares deformados

Del 4° al 5° mes de vida

Se realiza una cirugía primaria de labio junto con cirugía nasal.

El tratamiento quirúrgico permite la reparación anatómica y funcional de las estructuras del labio y la nariz.

El control ortodóncico postoperatorio se realiza cada 3 meses.

Del 8° a 12° meses de vida

Idealmente en este período se realiza el cierre del paladar blando y duro. Esto permite que cuando el niño comience a emitir los primeros fonemas, las estructuras del paladar estén reparadas y funcionalmente aptas, lo que favorece la adquisición correcta de fonación o la reeducación de la voz.

En aquellos pacientes con una hipoplasia de la mandíbula o enfermedad asociada, la reparación del paladar se realiza a partir del 15° mes de vida o cuando sea posible.

Fonoaudiología

Los pacientes con alteraciones de la deglución son derivados desde el nacimiento a una fonoaudiología especializada en el tratamiento de los mismos, a fin de procurar cuanto antes una alimentación natural.

Desde los primeros meses de vida se educa a los padres en la realización de ejercicios para favorecer la alimentación y la fonación.

La reeducación fonoaudiológica en sí comienza entre los 18 meses y los 2 años de edad de acuerdo a la maduración del niño.

A la Policlínica de Cirugía Plástica concurre 2 veces por mes un Lic. en Fonoaudiología que evalúa a los niños portadores de fisura de paladar y asesora sobre el mejor tratamiento a seguir en cada caso.

Período pre-escolar

Alrededor de los 4 años se solicita la primera ortopantomografía (OPT) para evaluar la falta de hueso en la fisura alveolar. Esta permite conocer la necesidad o no de un injerto óseo a nivel de la fisura, a los efectos de permitir la erupción de las piezas dentarias definitivas a ese nivel.

Si está indicado un injerto óseo, éste requiere un tratamiento ortodóncico previo de expansión

(Quad. Hélix) o preferentemente disyunción ortopédica y tratamiento con Máscara de

tracción.

Una vez obtenida la expansión el paciente es derivado al equipo de Cirugía Oral que conjuntamente con el equipo de Cirugía Plástica realizan el injerto óseo alveolar tomando en general como zona dadora la fosa ilíaca.

Si bien antes los injertos óseos alveolares se realizaban en la época de dentición mixta la tendencia actual es realizarlos a edades más precoces.

Es un procedimiento bien tolerado y con escasa morbilidad

Período escolar

Odontopediatría

Tratamiento basado en la prevención y recuperación del daño por caries y enfermedad periodontal. Este tratamiento está en estrecha relación al del Ortodoncista.

Tratamiento ortopédico-ortodóncico.

A la edad de 8 años se solicita telerradiografía y se comienza la terapéutica de dentición mixta. Se realiza tratamiento de ortodoncia fija hasta terminar el desarrollo y el crecimiento. En los casos con buena evolución, el tratamiento con fonología finaliza alrededor de los 5 años. En aquellos casos de cirugías tardías o donde no hay buen nivel intelectual, se prolonga por más tiempo.

Las consultas con ORL son frecuentes en estos pacientes ya que muchos presentan episodios de otitis media vinculados a su patología (disfunción de los músculos del velo del paladar que regulan la apertura de la trompa de Eustaquio) e hipoacusia. La hipoacusia a su vez incide directamente en la fonación.

El Lic. en Psicología del Servicio acompaña al equipo desde las primeras consultas en policlínica. Asiste a los padres desde su lugar, explicando las diferentes etapas del tratamiento según el caso, fortaleciendo el vínculo entre los padres y el niño. Prepara a los niños cuando tienen edad suficiente para los diferentes tratamientos que se van a realizar y orienta a los padres y a los pacientes en sus relaciones con el entorno.

Procedimientos quirúrgicos secundarios

En algunos casos no son necesarios los procedimientos quirúrgicos secundarios. Sin embargo, frecuentemente se requieren algunas correcciones quirúrgicas como el cierre de fístulas vestíbulo-nasales, fístulas de paladar (poco frecuentes en nuestra casuística y bastante frecuentes en pacientes tratados en otros centros), retoques de labio y nariz, faringoplastias, rinoplastias secundarias, distracción de maxilar superior e implantes osteo-integrados realizados por el Equipo de Cirugía Oral.

Controles y seguimiento

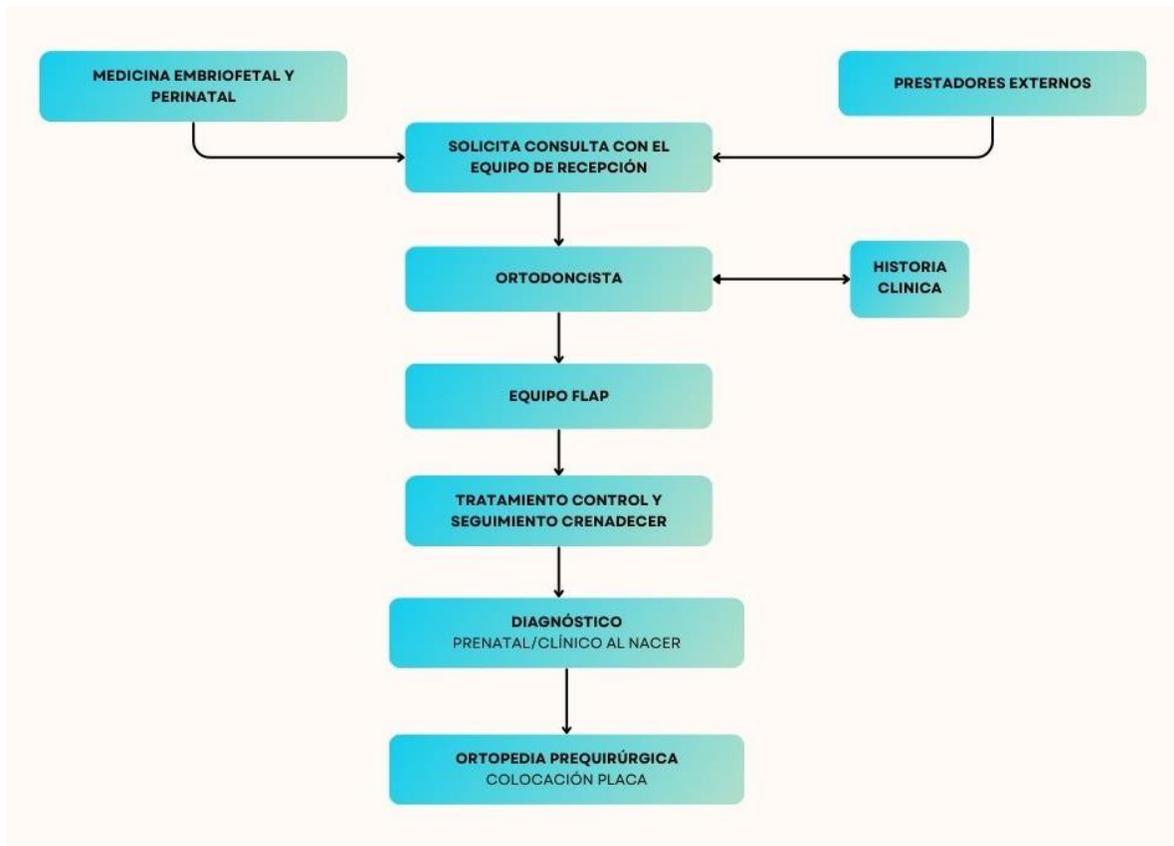
Una vez realizados todos los procedimientos ortodóncicos y quirúrgicos, el paciente es dado de alta en forma definitiva. Los controles posteriores se realizarán en su prestador habitual de salud.

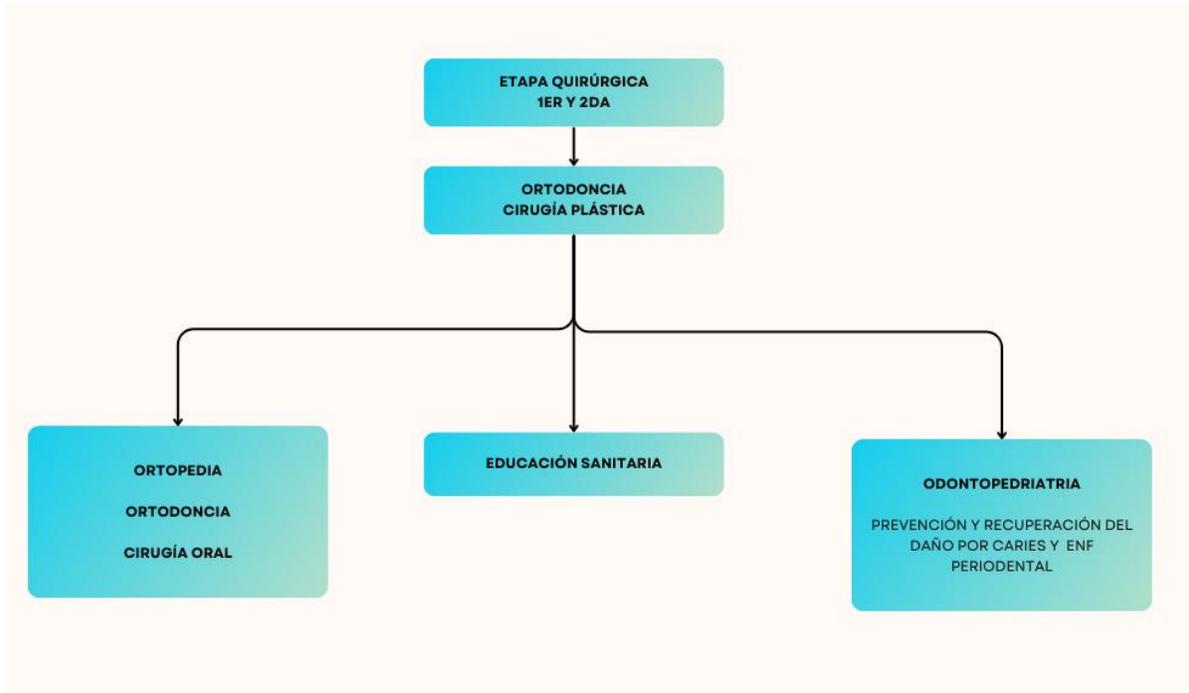
Bibliografía

1. Hurwitz, D. J. Unilateral cleft lip and nose. In J. Bardach and H. L. Morris (Eds.) *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia: Saunders, 1990. Pp. 204-216.
2. Stal, S., Chebret, L., and McElroy, C. The team approach in the management of congenital and acquired deformities. *Clin. Plast. Surg.* 25: 485, 1998.
3. Bardach, J., Morris, H. L., Olin, W., et al. The Iowa-Hamburg study: Late results of multidisciplinary management. In J. Bardach and H. L. Morris (Eds.), *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia: Saunders, 1990. Pp. 98-112.
4. Tindlund, R. S., and Holmefjord, A. Functional results with the team care of cleft lip and palate patients in Bergen, Norway: The Bergen Cleft Palate/Craniofacial Team, Norway. *Folia Phoniatr. Logop.* 49: 168, 1997.
5. Bardach, J., Morris, H., Olin, W., et al. Late results of multidisciplinary management of unilateral cleft lip and palate. *Ann. Plast. Surg.* 12: 235, 1984.
6. Millard, R. D. The unilateral deformity. In D. R. Millard (Ed.), *Cleft Craft*. Boston, Little, Brown, 1976. Pp. 256-266, 425-429, 449-485.
7. Randall, P., Whitaker, L. A., and LaRossa, D. The importance of muscle reconstruction in primary and secondary cleft lip repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 54: 316, 1974.
8. McComb, H. Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast. Reconstr. Surg.* 55: 596, 1975. Anderl, H. Simultaneous repair of lip and nose in the unilateral cleft (a long term report). In I. T. Jackson and B. C. Sommerlad (Eds.), *Recent Advances in Plastic Surgery*, Vol. 3. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985. Pp. 3-11.
9. Bardach, J. Two flap palatoplasty: Bardach's technique. In *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 2, No. 4. Philadelphia: Saunders, 1995. Pp. 211-214.
10. Manual de malformaciones y deformaciones Maxilofaciales. Montoya H, Ediciones Universidad de Concepción Mayo 1997 Incidence of the cleft lip and palate in the University of Chile Maternity Hospital and in maternity Chilean participating in the Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC) Nazer J, Hubner ME, Catalan J, Cifuentes L. *Rev Med Chil.* Mar; 129 (3)285 – 93
11. Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. Official Publication of the American Cleft palate – Craniofacial Association. March 1993 Revised April 2000.

12. Environment and genetics in the etiology of cleft lip and palate with reference to role of folic acid. Bianchi F, Calzolari E, Ciulli L, Cordier S, Gualandi F, Pierini A, Mossey P. *Epidemiología e Prevención* 2000; 24(1), 2127
13. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica, Diciembre 2000 y Abril 2001. Roberts CT, Semb G, Shaw WC Strategies for the advancement of surgical methods in cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1991 Apr;28(2):141-9
14. Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio – máximo – palatinas. Fac. Odontología U. De Chile.2004. Prof. Dra Dosris Cauvi León. Klga Rosa Córdova Mella.
15. Health Monitoring Poland: Oral Health and cleft lip – palate programmes. Ministry of health in Poland, July 2000 90
16. Guías prácticas para el manejo del dolor agudo, 2002; 9-69 Sociedad de Anestesiología de Chile
17. Piffko, Mever y Joos, de la clínica de cirugía maxilofacial. Universidad de Munster, Alemania.
18. Optimal timing of cleft palate closure. Richard E. Kirschner, M.D.; Scott P. Bartlett, M.D. *Plastic and reconstructive Surgery* 2000; 106: 423- 425
19. Health Monitoring in Poland: Oral and cleft Lip-Palate programmes. Ministry of Health Poland and European Commission, July 2000
20. Sommelard BC, *Cleft Palate Craniofac. J.* 2002, May; 39(3): 295 – 307 14 Izunza A, *Plast Reconstr Surg*, 2002, Nov; 110(6): 1401 – 7,
21. Rolando Prada M., Iván Cárdenas, FISULAB, *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y reconstructiva* 2003 Yang S, Stelnicki EJ, Lee MN. *Pediatr Dent.* 2003 May-Jun;25(3):253-6.
22. *Cleft Palate Craniofac J.* 2001 Sep;38(5):468-75 Lip movement in patients with a history of unilateral cleft lip. Rutjens CA, Spauwen PH, van Lieshout PH.
23. Grabb and Smith *Plastic Surgery* 5ª edición: Chapter 20: Presurgical Orthopedics for Cleft lip and Palate. Barry H. Grayson and Pedro E. Santiago
24. Short – term cost effectiveness analysis of presurgical orthopedic treatment in children with complete unilateral cleft lip. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999; 23: 486, 1999.
25. Romero R. The Millard rotation-advancement lip repair using accurate measurements. *Oral surgery oral medicine oral pathology oral and maxillofacial surgery.* 1997;84(4):335-37

Flujogramas





Modificaciones

Versión	Fecha	Modificación
001	01/2024	Versión inicial

Firmas

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Arizaga, Johanna (Asist. Dental)	Lic. Enf. Ana Saulis	Dra. Ana Papuy _ 26/01/2024
Campos, Mara (Asist. Dental)	Dra. Camila Volij IECS	Dra. Analía Lopez IECS _ 30/01/2024
Chifflet, Álvaro (Médico Cirujano Plástico)	Lic. Enf. Celeste Rivas IECS	
Di Stefano, Raquel (Médico Cirujano Plástico)	Dra. Diana Fariña	
Dos Reis, Paola (Asist. Dental)		
Ferro, Walter (Odontólogo Cirujano Oral)		
Guevara, Inés (Téc. Higienista Dental)		
Hernández, Andrés (Odontólogo)		
Horvat, Cecilia (Odontólogo – Rehabilitadora)		
Mariño, Carolina (Médica Neonatóloga y Pediatra)		
Marzadri, Adriana (Lic. Psicología)		
González, Ana María (Aux. Enfermería)		
Dávila, Sandra (Licenciada en Enfermería)		
Morales, Verónica (Médico Cirujano Plástico)		
Palacio, Inés (Médico Cirujano Plástico)		
Paolillo Legaspi, Virginia (Odontóloga – Esp. En Ortodoncia y Ortopedia B.M.F.)		
Ramírez, Lourdes (Asist. Dental)		
Robatto, Marcelo (Odontólogo – Ortodoncista y Ortopedista)		
Sawchik Pintos, Gabriela (Odontólogo – Ortodoncista y Ortopedista)		