

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DEL LABIO Y PALADAR FIGURADO UNILATERAL

Recibido para arbitraje: 13/10/2006

Aceptado para publicación: 11/12/2006

1. **Dr. Manuel Estrada Sarmiento** Consultante Profesor Auxiliar. Especialista II grado Cirugía Máxilo Facial. Jefe de Cátedra Cirugía Máxilo Facial de la facultad de ciencias medicas
2. **Celia Sánchez Manduley** Profesor principal de cirugía Buco-Máxilo Facial. Investigador apegado Presidente de la filial Granma de la Sociedad de cirugía Máxilo Facial filiar. Asesor de la universidad virtual de salud y revista Multimed
3. **Dra. Rosa Espinosa Fonseca** Instructor. Especialista I grado en ortodoncia.
4. Lic. **Elba Pérez Perdomo** Lic. logopedia

Correspondencia a: **Dr. Manuel Estrada Sarmiento**
Máximo Gómez 6 / Maceo y Canducha Figueredo. Bayamo CP: 85100 Granma
Teléfono: 424638. e-mail: mesarmiento.grm@infomed.sld.cu

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO "CARLOS MANUEL DE CESPEDES" BAYAMO. GRANMA.

Trabajo Presentado en la XVI Jornada Científica del hospital Carlos Manuel De Céspedes. Los días 6 y 7 de Octubre del 2006

Resumen.

La historia y el estado presente de 60 pacientes de 14-22 años de edad con fisuras del labio y paladar unilateral fue evaluado por un cirujano Máxilo facial, un Ortodoncista y un Foniatra del servicio de Cirugía Máxilo facial del Hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo. Granma. Cuba. Los resultados mostraron que más de la mitad de esos pacientes tenían integro el tratamiento por uno de los especialistas. Solo 27 pacientes (16.2%) habían completado el tratamiento por los tres especialistas. Los factores que contribuyeron a este porcentaje fueron discutidos.

Palabras Claves: Protocolo, equipo multidisciplinario, labio y paladar fisurado unilateral

Abstract.

The evaluation of the results of an interdisciplinary team for the treatment of the unilateral cleft lip and cleft palate in Maxillo-Facial surgical service from University Provincial Hospital "Carlos Manuel de Cespedes " Bayamo, Granma, Cuba. The present state of 60 patients from 14 to 22 years old was evaluate by a maxillo facial surgeon, an orthodontist and a pfoniatriciam. The results showed that more than half of the patients had finished treatment by one of the specialist. Only 27 patients (16,2%) had completed treatment by the three specialist. The factors that contributed to this percentage was discussed.

Key Words: Protocol, interdisciplinary team, unilateral cleft lip and cleft palate

INTRODUCCIÓN.

El labio y paladar fisurado es una malformación frecuente siendo aproximadamente el 15 % de todas las malformaciones. (1)

El tratamiento del labio y paladar fisurado es muy complejo, donde además no hay esquemas rígidos de tratamiento., ello obliga a que el abordaje se haga desde un punto de vista multidisciplinario; sin embargo no en todos los centros se dispone de equipos multidisciplinario, por lo que los resultados obtenidos son muy diversos.

Un equipo multidisciplinario puede mejorar el tratamiento del labio y paladar fisurado y una amplia gama de problemas asociados. (2, 3)

El conjunto ha perfeccionado el conocimiento entre las disciplinas y definido el papel de cada profesional en el complejo proceso de rehabilitación del paciente con fisura de labio y paladar

Aunque en la actualidad se profundiza en los tratamientos interdisciplinarios de esta anomalía, no todos los grupos multidisciplinarios para el paciente fisurado funcionan de la misma forma con respecto a los recursos humanos o Dirección. (4)

En la literatura revisada hemos encontrados poca información sobre el tratamiento multidisciplinario del labio y paladar fisurado, la mayoría trata de aspectos individuales de la afección.

Cooper (5) informo la descripción mas completa de un equipo multidisciplinario para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes fisurados.

Bardach (2) Presento los resultados tardíos del manejo multidisciplinario del labio leporino unilateral en 45 pacientes tratados durante el periodo 1958-1966 en el departamento de cirugía de cabeza y cuello de Iowa.

Ford (6) Plantea que el tratamiento esta compleja enfermedad mediante equipos multidisciplinarios es la, única forma de obtener buenos resultados.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados del tratamiento Multidisciplinario de labio y paladar fisurado unilateral en nuestro medio.

METODOS

Los pacientes fueron seleccionados al azar de la población de fisurados compuesta por 298 niños y niñas con fisura labial simple; fisura palatina; fisura labio palatina unilateral tratada entre 1982-2004 por el equipo multidisciplinario del servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo. Cuba.

Cada paciente fue evaluado por un cirujano Máxilo Facial, un Ortodoncista y un Foniatra.

La información de las historias clínicas fue utilizada para describir el defecto original y las conductas terapéuticas de los pacientes. Se seleccionaron a los especialistas antes mencionados porque fueron los involucrados en el tratamiento de todos los pacientes con esta afección.

En el momento de este estudio la edad de los pacientes fluctúa entre 14 y 23 años. Nosotros escogimos la edad de 14 años porque es el límite inferior para valorar los resultados a largo plazo, porque esperábamos que el tratamiento pudiera ser completado a esta edad.

Todos los pacientes tenían fisuras completas unilateral de labio y paladar. 13 en el lado derecho y 47 en el lado izquierdo. Seleccionamos fisuras completas para proporcionar un grupo homogéneo. aunque el equipo multidisciplinario conoce las variaciones individuales de las malformaciones congénitas, ancho de la fisura, posición de los segmentos maxilares, técnicas quirúrgicas y habilidad del cirujano.

La reparación primaria del labio fue realizada en edades que oscilaron entre 3-12 meses de edad, con un promedio de 4 meses.

La del paladar se realizo entre 18y 24 meses de edad, con un promedio de 20 meses. .

Evaluación por el cirujano Máxilo Facial.

Todos los pacientes fueron examinados y los resultados fueron evaluados a base de juzgar las deformidades existentes en el momento del examen.

El numero y severidad de las deformidades fueron usadas para clasificar el resultado en Bueno, Regular o Malo.

- Bueno: No requirieron tratamiento adicional.
- Regular: Tratamiento adicional opcional.
- Malo: Cuando estaba indicado un tratamiento adicional.

Evaluación por Ortodoncia.

El ortodoncista describe el estado presente de los 60 pacientes con relación al crecimiento facial y a la oclusión utilizando fotografías, modelos de estudios y estudios cefalometricos.

40 de los 60 pacientes tienen completo el tratamiento ortodóncico, 17 pacientes aún requieren tratamiento

El examen clínico indicó que 3 de los 60 pacientes tenía mordida cruzada anterior, los cuales aún no habían finalizado el tratamiento

Los datos cefalométricos de los pacientes que habían terminado el tratamiento fueron comparados con las normas cefalométricas según estudios del crecimiento facial del método de Steiner, citado por Mayoral (7)

Las medidas céfalo métricas de SNA0, SNB0 y ANB0 fueron usadas para la comparación

Evaluación por Foniatría.

El Foniatra dirigió varias evaluaciones de los 60 pacientes en relación con el lenguaje, algunas basadas en medidas objetivas y otras subjetivas (8) cono:

Prueba de estimulación en P y S para determinar si el paciente puede

- Producir esos sonidos correctamente.
- Examen físico de la cavidad bucal, con referencia a la oclusión,
- Aparatología ortodoncia y fístulas naso bucal y naso labial.
- Fundamentándonos en esos hallazgos se determinaron tres criterios clínicos sobre la base de las posibles causas de alguna alteración del lenguaje.
- Competencia velo faríngea.
- Riesgo dental

Factores funcionales del lenguaje: Se han reportados informaciones acerca de la confiabilidad de tales criterios (1, 9)

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los tipos de técnicas quirúrgicas en la reparación primaria del labio fisurado.

Tabla 1
HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO "CARLOS MANUEL DE CESPEDES" BAYAMO.
GRANMA.1882-2004
REPARACIÓN PRIMARIA DE LABIO Y PALADAR

Técnicas	N0	%
Reparación labial		
Tennison Randall	15	25
Malek-Petit	30	50
Millard	9	15
Trigo Mícolo	6	6
Reparación Paladar		
Wuardill a 4 colgajos	30	50
Kilner modificada	18	30
San Venero Roselli	12	20

De los 60 pacientes, 18 (30%) recibieron procedimientos secundarios para corregir los defectos residuales. En total 59

intervenciones quirúrgicas secundarias fueron realizadas, con un promedio de 9.8 por paciente

Las operaciones secundarias más frecuentes fueron la revisión de la cicatriz (25 %) y corrección del bermellón (28.3 %). La corrección del bermellón fue realizada en dos ocasiones en 2 pacientes.

Las fístulas naso labiales fueron cerradas en 15. %, nueve de los 60 pacientes y en 1 paciente la operación fue realizada en 2 ocasiones.

La palatorrafia fue realizada (tabla 1) en una proporción de edad de 18-30 meses

Fistulas oro nasales fueron cerradas en la porción anterior del paladar duro en 1 paciente y 2 en el paladar blando.

Se realizo una intervención secundaria en 1 de los 60 pacientes por insuficiencia velo faríngea, utilizándose un colgajo de base inferior.

Las deformidades nasales fueron corregidas en 16 de los 60 pacientes. Un total de 53 operaciones secundarias fueron realizadas con una proporción de 8.8 por pacientes.

Las técnicas más comunes incluyeron: Rinoplastia de la punta (32 %) Corrección del ala deformada (20 %), y reconstrucción del piso nasal (13.2 %).

Buenos resultados funcionales y estéticos del labio y la nariz fueron encontrados en 29 (48.3%) de los 60 pacientes. Para este grupo el tratamiento quirúrgico fue juzgado por el equipo multidisciplinario de estar completo. Treinta y un pacientes parecían requerir cirugía posterior

Tabla 2. Muestra el tipo y frecuencia de deformidades secundarias de labio, nariz y paladar

TABLA 2
REPARACIÓN SECUNDARIA DE LABIO Y PALADAR FISURADO
HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO "CARLOS MANUEL DE CESPEDES" BAYAMO
.GRANMA.1882-2004

Deformidades del Labio	No	%
Muesca del bermellón	8	13.3
Deficiente bermellón	3	5.0
Excesivo bermellón	4	6.7
Asimetría bermellón	2	3.3
Cicatriz Hipertrofica	7	11.7
Cicatriz contráctil	5	8.3
Cicatriz ancha	3	5.0
Fístula Naso labial	7	11.7
Deformidades del paladar		
Fistula ^Paladar duro	1	1.7
Fistula Paladar Blando	2	3.3
Paladar Corto	1	1.7
Deformidades de la nariz		
Asimetría de la Punta	17	28
Ala Deprimida	4	6.7
Ala Aplanada	7	11.7
Ausencia del Piso	9	15
Depresión del Piso	5	8.3
Ventana nasal pequeña	4	6.7

La deformidad secundaria más frecuente del labio estaba asociada con la muesca del bermellón y la fístula nasolabial.

16 pacientes (26.7 %) presentaron fistula naso labiales, lo cual fue debido a que 9 pacientes (15 %) operados por la técnica de Millard, no se les realizó el cierre inicialmente, del piso nasal, y en 7 pacientes (11.7 %), las fistulas se produjeron por la expansión maxilar durante el tratamiento ortodóncico.

Resultado total.

La tabla 3 muestra el número y porcentaje de los pacientes que habían completado su tratamiento por una, dos o las tres especialidades.

TABLA 3
HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO "CARLOS MANUEL DE CESPEDES" BAYAMI.
GRANMA.1882-2004

Tipo de Tratamiento	Nº	%
Cirugía	38	63.3
Ortodoncia	40	66.7
Foniatría	32	53.3
Cirugía y Ortodoncia	27	45.0
Ortodoncia y Foniatría	4	6.7
Cirugía-Ortodoncia-Foniatría	21	35

En la población estudiada de 14-22 años, solo más de la mitad de los 60 pacientes habían terminado el tratamiento por una especialidad, y solo 21 pacientes (35%) tenía el tratamiento completo por las tres especialidades.

Discusión.

El presente estudio indica que aun cuando el tratamiento proporcionado por el equipo multidisciplinario en nuestra institución a los pacientes con fisuras del labio y paladar fue exitoso en muchos aspectos, todavía existen condiciones por tratar entre los pacientes estudiados.

La evaluación estética reveló deformidades residuales de labio y nariz, que requirieron tratamiento quirúrgico. Adicional

Se usaron criterios estrictos para valorar los resultados estéticos, aún así se encontraron ligeras deformidades. Más de la mitad del grupo exhibió alguna forma de deformidad nasal. Deformidades secundarias del labio también se encontraron en más de la mitad de los sujetos, resultados que se asemejan a los informados por Henkel (10)

El por ciento de fistulas naso labiales encontrada en nuestra serie, fue moderada, pero inferior a la reportada por Bardach (2) en su investigación.

El éxito completo de la palatarrofia primaria en proporción competencia velo faríngea fue alta (98.3%) en nuestra investigación. Nuestros resultados son similares a los logrados por Estrada Sarmiento (11) pero superiores a los reportados por algunos autores (1) quienes plantean que para que el éxito sea razonable debe fluctuar ente el 60% y 70%.

Solo uno de los 60 pacientes presento un patrón funcional anormal del lenguaje, que requirió terapia para su eliminación. Cerca de un cuarto de los pacientes continúa mostrando errores menores en el lenguaje. Sin embargo algunos de esos pacientes parecen interesados en adquirir tratamiento. Un interesante hallazgo es la ausencia en este grupo de articulación glotal.

El crecimiento facial y la oclusión fueron buenos en pacientes que habían completados el tratamiento ortodóncicos.

El por ciento de los defectos residuales encontrados en nuestra investigación son los propios de esta afección y están acorde con los esperados en la población estudiada, y planteados por la literatura medica (12, 13) para este tipo de malformación, independientemente de la técnica quirúrgica que se utilice. (1, 14 -17)

Muchos pacientes que fueron traídos por los padres tardíamente pudieron tener mejores beneficio estéticos con la cirugía, la cual por la razón mencionada fue dilatada.

EL principal hallazgo en nuestro estudio fue que en el grupo de edad de 14-23 años, solo e35 % (21 de los 60 pacientes) tenía

completo el tratamiento por los tres especialistas. Varios factores pueden explicar, porque esos resultados no son tan propicios como se esperaba con el equipo multidisciplinario.

- El equipo se encontró un tiempo sin los servicios de ortodoncia.
- Otro factor que contribuye al bajo porcentaje de casos completamente tratados, fue que algunos padres no quisieron someter sus hijos a intervenciones quirúrgicas adicionales.
- Un grupo de padres luego de realizada la Queilorrafia en el niño, se ausentaron de la consulta no terminando las restantes fases del tratamiento.
- El fuerte criterio determinado por el equipo de investigadores para juzgar completo el tratamiento, también contribuyó al bajo número de casos.

La conclusión de este estudio revela la gran necesidad de continuar el perfeccionamiento del equipo multidisciplinario para obtener mejores resultados a una edad temprana, evitar las secuelas prevenibles y ofrecer una mejor calidad de vida.

A excepción de los 9 pacientes operados por la técnica de Millard, el cierre de la fístula fue realizado en 85 % de los sufridos, donde fueron utilizadas las técnicas de Tennison-Randall y Maleck Pettit, en las cuales se construye el piso nasal, evitando por lo general esta secuela.

La alteración funcional más frecuente del labio estaba asociada con una reconstrucción inadecuada del músculo orbicular de los labios.

Un análisis final de los resultados de la cirugía del labio considero el 65% como bueno, el 25% como regular y el 10% como malo. Los resultados funcionales del labio fueron comparables.

La deformidad nasal secundaria más frecuente fueron la asimetría de la punta nasal (28 %) y el ala aplanada 11.7%. La depresión del piso nasal fue también notada en 5 pacientes (8.3 %).

Los resultados estéticos de la nariz fueron catalogados de ser bueno en el 61.6% de los casos, regular en 21.7% y malo en 10%.

Resultados funcionales fueron encontrados: buenos en 68.3%, regular 25% y malo en 6.7%

Un análisis de la palatorrafia revelan que las fistulas oro nasales en la parte anterior del paladar duro fue encontrada en 1.7 % de los pacientes. En 1 paciente el paladar fue corto.

Los movimientos del paladar fueron juzgados subjetivamente como adecuados

Referencia Bibliografica

1. Monserat Soto ER Paladar hendido. Presentación de un caso. Acta Odontológica venezolana. 2002; 40 (3):180-5
2. Bardach J. Late results of multidisciplinary management of unilateral Cleft lip and palate. Ann.Plast. Surg.1984; 12 (3): 235-42
3. Morris HL. Velopharyngeal competence and primary cleft palate Surgery . A critical review. Cleft Palate. 1973; 10; 62
4. Warren MM. The organization of the cleft palate team. Plast. Reconstr. Surg. 2001; 21 (4): 201-6
5. Cooper HK. Cleft Palate, and Cleft lip. A team approach to clinic management and rehabilitation. Philadelphia, WB Saunders, 1977

6. Ford AM. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas Revista medica 2004 ; 15 (1) :120-5o actual de las fisuras labio palatinas
7. Mayoral J. Ortodoncia .Principios fundamentales y prácticos. Edición Revolucionaria.1986:241-57
8. Lindsay, WK. A study of the speech results of a large series of cleft Palate patients. Plast. Reconst. Surg.1962 ; 29 : 273
9. Henkel, KO. Incidence of secondary lip surgeries.Cleft. Palate. Craniofac. J. 2002; 21:204-9
10. Bardach, J. Speech development following primary veloplasty. J. Speech Hear. Res.2001; 73(3): 200-16
11. Estrada Sarmiento, M. Análisis del tratamiento Quirúrgico de 53 Pacientes con Fisuras Palatinas. Rev. Cubana. Pediatría.1997; 69(3-4) 192- 6
12. Hemprich A. Secondary operations in lip-jaw-palate clefts Mund Kiefer Gesichtschir. 2000 May; 4 Supply 1:S61-7.
13. Louw B, Shibambu M, Roemer K. Cleft palate team: Cleft Palate Craniofacial J. 2006 Jan; 43(1):47-54.
14. Millard. Extensions of the rotation-Advancement principle for wideunilateral Cleft lip. Plast. Reconst. Surg. 1968; 42 (6): 535-44
15. Trigo Micoló, I. Queilonasoplastia primaria mediante la técnica del colgajo Triangular modificada. Cirugía Plástica. Ibero latinoamericana I 1980; (3): 297-305
16. Vergara Piedra, L. Evaluación de la técnica de Malek-Petit. Rev. Cubana. Estomatol. 1981; 24(3): 283-89.
17. Estrada Sarmiento, M Evaluación de la técnica de Trigo Micoló Multimed: 2004; 8(3): 40-48