



Recomendaciones para el manejo de niños con fisuras labiales, maxilares y/o palatinas

Dres. Luis Córdova*, Juan Cortés***, Rodrigo Bravo* y Pía Zamorano***

Las fisuras labiales, maxilares y/o palatinas constituyen una malformación de frecuencia considerable en nuestro medio. Su manejo y tratamiento compete a todo el equipo de salud. Un momento crítico ocurre durante los primeros días de vida, dado que en la mayoría de las oportunidades el parto coincide con el diagnóstico de la malformación. Se exponen algunas consideraciones respecto a la patología, su etiopatogenia y las conductas apropiadas durante los primeros meses de vida. Se indica la cronología del tratamiento quirúrgico ideal basado en las características morfofuncionales normales, nociones útiles para orientación del pediatra que controla al niño.

Las fisuras faciales en general y las que afectan al labio superior, al hueso maxilar y al velo del paladar en particular, involucran diversos aspectos del pequeño paciente, de su familia y entorno social, como así también del personal sanitario que lo debe asistir.

Desde el punto de vista morfofuncional, este cuadro involucra distintos sistemas, funciones y procesos.

Podemos distinguir alteraciones graves en los labios, la cavidad bucal, las fosas nasales y la vía aérea superior que son capaces de generar disfunciones alimentarias, respiratorias, posturales y fonatorias. Estas disfunciones y las alteraciones posturales que determinan problemas en el sistema como respiración bucal o ptosis lingual, determinan modificaciones en los procesos morfogénicos normales; esto es, en el establecimiento de la forma tanto del cráneo como de la columna cervical y de la cara produciéndose de esta manera deformidades tanto esqueléticas como de los tejidos blandos.

Los primeros momentos

La familia. El arribo del nuevo miembro a la familia habitualmente provoca un impacto severo en ella, especialmente en la madre ya que generalmente no se tiene conocimiento previo de la condición del niño. Los padres se angustian y nace el deseo de operar al niño a la brevedad. Esta conduc-

ta impulsiva y negadora normalmente no considera el bienestar del paciente ni la etiopatogenia de la malformación y por lo tanto, de los factores involucrados en una óptima rehabilitación. No está de más recordar que la angustia parental no constituye indicación de cronología operatoria.

Se observa en la madre en muchas ocasiones una actitud de abatimiento inicial que a menudo repercute en la alimentación del neonato, tanto por el estrés presente como por la desmotivación que puede desarrollarse. La producción de leche es sensible al nivel de estrés que presente la madre. La lactancia requiere de quietud y paciencia por lo que la alimentación al pecho se ve seriamente alterada.

El niño. Es poco lo que conocemos de la emocionalidad de los recién nacidos, aunque sí podemos inferir que de alguna manera perciben el entorno emocional que los acoge. Se sabe que el contacto cutáneo de la madre y su hijo(a), determina la liberación de hormonas en ambos.

El equipo de salud. Uno de los desafíos más importantes con que se enfrentan los profesionales tan pronto como nace el niño es la *alimentación*.

Una fisura, del tipo que sea, corrientemente se transforma en una dificultad para alimentar al niño, que puede llegar a ser severa, lo que se transforma en un problema no solo del niño y de su madre sino que también para la enfermera o matrona y para el neonatólogo responsable. Esta dificultad se traduce en una falta de incremento del peso o en una dieta inadecuada al aumentar su edad.

Por lo tanto, el siguiente paso lo constituye la adquisición por parte de la madre de las destrezas necesarias para lograr el amamantamiento o en su defecto, de la alimentación por mamadera. Debe-

* Unidad de Fisurados, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.

** Profesor Asociado, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

*** Neonatóloga, Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda.



mos desaconsejar formalmente la alimentación del niño por sonda nasogástrica (SNG) como medida de primera elección, en niños que presentan como única dismorfia una fisura. El uso de alimentación por sonda tiene sus indicaciones precisas, si bien cumple con el objetivo de alimentar al niño, desincentiva el contacto madre/hijo y le priva de un estímulo funcional fundamental —el reflejo de succión— a la maduración, al crecimiento y al desarrollo del territorio maxilofacial.

Normalmente la fisura labial aislada no causa dificultades extremas en la alimentación. En los casos menos complejos, como fisuras velopalatinas aisladas o fisuras labio-máxilo-palatinas no muy amplias, es muy probable que variaciones en la posición que adopte el niño y la madre sean suficientes. La técnica de amamantamiento "a caballo" suele bastar. Consiste en colocar al lactante en posición vertical, sobre la pierna de la madre que se encuentra sentada en una silla. Es muy importante la forma de llevar el pezón a los labios del niño para que logre el vacío necesario dentro de la cavidad bucal/nasal. Evidentemente que si el niño está en posición horizontal, el reflujo de leche será más fácil, situación que debe evitarse.

Existen casos de mayor complejidad, dados por la presencia de una fisura extremadamente ancha, habitualmente a consecuencia de una fisura labial bilateral y que podemos ver asociada a síndromes. En estos casos es posible que las técnicas descritas precedentemente no sean eficaces o factibles de poner en práctica. Se procede entonces a la confección, por parte del cirujano maxilofacial o del ortodoncista del equipo, de una placa palatina que obstruya mecánicamente la fisura maxilar, separando la cavidad bucal de las fosas nasales y facilitando el apoyo lingual. Se favorece de este modo el apoyo del chupete, permitiendo así una alimentación más adecuada y limitando el paso de los alimentos a la nariz.

Distinto es el concepto de la ortopedia precoz, que pretende modificar las condiciones locales para la corrección quirúrgica. Utiliza placas ortopédicas, como las placas de Hotz, de Mac Neil u otros métodos más agresivos aún y sus resultados son discutibles.

Naturalmente, la alimentación al pecho constituye un ideal que sólo en determinadas ocasiones se consigue.

Si no es posible obtener o mantener la lactancia materna, debe ser estimulada y mantenida la alimentación con leche materna extraída. La utilización de un chupete largo y de caucho, más que uno

de silicona como es la tendencia actual de los fabricantes, favorece el amamantamiento del niño permitiéndole lograrlo más fácilmente.

Existe evidencia clínica y científica que la alimentación con leche materna, además de los atributos y bondades clásicamente admitidas, suma la protección que brinda para la otitis media, cuadro infeccioso especialmente sensible en estos niños.

Las maniobras, métodos y destrezas requeridas para el manejo de estos pacientes pueden obtenerse y desarrollarse más fácilmente con la organización de un Policlínico de Seguimiento, en el cual tanto profesionales con experiencia como madres expertas podrán guiar más expeditamente en este período de ajuste al binomio madre/hijo.

Una vez asegurada la alimentación normal del niño, debe procederse a su control riguroso ya que dos áreas normalmente afectan a estos lactantes. Estas son las infecciones respiratorias y el déficit del desarrollo ponderal asociado a la posibilidad de cursar una anemia ferropriva.

Consideraciones morfofuncionales

Como regla general y en lo referente al territorio maxilofacial, donde se asienta esta dismorfia, el problema de la fisura es una falta de unión de los diferentes mamelones embrionarios que persisten después del nacimiento. Desde el punto de vista práctico, esto significa que las estructuras anatómicas están presentes, aunque atroficas, deformadas y desplazadas lo cual genera disfunciones —respiratorias, posturales, nutricionales— y que tratadas inadecuadamente, se traducirá en deformaciones esqueléticas y mucocutáneas.

Una pauta de manejo inicial adecuado de estos niños surge entonces de los mismos problemas enunciados.

Epidemiología

Su distribución geográfica es variable. Se ve con mayor frecuencia en la costa pacífica amerindia que en la vertiente atlántica y a su vez de alta incidencia entre los orientales mongoles y baja en la población de origen europeo mediterráneo. En este último continente es más frecuente en el norte, daneses y alemanes que en el sur y mucho mayor que en la población africana. En Santiago su incidencia es de 1 por 600 nacidos vivos contra un promedio mundial de 1 por 1.200 nacidos vivos. Al ser la población chilena de origen étnico diverso, se expresa este mestizaje en la distribución de la pato-

logía. Dentro de las distintas regiones y aún en una misma ciudad la población no es homogénea, existiendo un alto grado de segregación. La incidencia de niños fisurados es así diferente, entre otros factores, de acuerdo a las características de etnicidad que ellos posean.

En la distribución en nuestro país también influyen los factores ambientales. Es así como se observa una tasa mayor en localidades altiplánicas, en zonas rurales y aisladas endogámicas o expuestas a teratógenos como pesticidas u otros residuos tóxicos industriales, aunque esta última afirmación es aún difícil de demostrar científicamente.

Prevención

Como en el resto de las patologías, idealmente aspiramos a la erradicación de la enfermedad. Sin embargo, al tener la fisura labiomaxilar una connotación genética evidente, es actualmente imposible de conseguir. Pero existen medidas generales que determinan una disminución en el riesgo, como lo son evitar la consanguinidad, evitar el uso de inhibidores de prostaglandina del tipo de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y de corticoides durante el primer trimestre del embarazo, planificación de embarazos no en edades fértiles extremas o evitar el contacto con teratógenos conocidos.

Otra forma de prevención lo constituye el diagnóstico precoz.

La manera ideal de recibimiento parental y familiar de un niño fisurado es con conocimiento previo de la patología. El estudio obstétrico ecográfico debe incluir, rutinariamente la región facial y de este modo lograr cada vez que sea posible un diagnóstico prenatal. Si por razones de demanda asistencial o técnicas, no es posible realizar esto en todas las madres, debe entonces ser practicado en la población de riesgo, esto es, madres jóvenes o adolescentes, sospecha o no de exposición a drogas y/o alcohol, madres expuestas a químicos del tipo desinfectantes agrícolas y antecedentes familiares de fisuras.

El hecho de que los padres conozcan el diagnóstico desde antes del nacimiento les permitirá realizar el duelo fisiológico con antelación y estar mejor dispuestos a la llegada del nuevo hijo. También permitirá al equipo sanitario participar de un modo más eficiente tanto desde la perspectiva de la salud mental como en la enseñanza de métodos de cuidados y amamantamiento.

Si esta situación ideal no se ha logrado y encontramos a la madre en estado de depresión y por

lo tanto, con falta de iniciativa con respecto a ella misma y a su hijo, una actitud adecuada y eficiente, será una combinación entre apoyo profesional, como Salud Mental por ejemplo y madres "expertas" es decir madres de hijos fisurados en las que la paciente pueda ver a un par, una persona que sienta igual que ella y en quien poder confiar, vislumbrando una salida o una solución posible a su problema.

Otras consideraciones. En oportunidades, las fisuras labio-maxilo-palatinas se acompañan de otras patologías congénitas. En nuestro medio hemos pesquisado hasta un 20% de malformaciones cardíacas asociadas, formando parte o no de cuadros sindrómicos globales. La frecuencia de hernias inguinales también es alto, así como de dismorfias menores del tipo sindactilias. Las otitis medias pueden afectar a los niños en el período previo a la reconstrucción funcional velopalatina. Estas son debidas a la disfunción de la trompa de Eustaquio, secundaria a la falta de unión del músculo tensor del velo palatino, cuya continuación funcional es el músculo relajador de la trompa de Eustaquio. Se ha visto que una reconstrucción anatómica y funcional mejora considerablemente la función de la trompa, disminuyendo significativamente la frecuencia de otitis. Este cuadro al igual que la rinolalia, es secundario a la disfunción y en ningún caso una condición intrínseca de la fisura.

Tratamiento

Evidentemente que frente a una patología compleja, el tratamiento debe apuntar a la reconstitución morfofuncional de los elementos afectados. La cronología es entonces tributaria de estos fenómenos.

La reconstrucción del velo del paladar es quizás el punto crítico, ya que es la enrucijada morfofuncional que participa en el mayor número de funciones diferentes, es la que mayor complejidad neuromuscular desarrolla, la de acceso menos expedito en su fase quirúrgica y la que puede ocasionar las secuelas de mayor gravedad —rinolalias, hipacusia, sordera, dificultad de aprendizaje, discriminación social— y de reparación más dificultosa.

De acuerdo a trabajos de Psahme y Malek, la adquisición de fonemas y el establecimiento de engramas es un fenómeno precóz en la vida, que se desarrolla entre los tres y los seis meses de edad requiriendo un sustrato anatómico suficiente. La reparación del velo debe practicarse entonces a más tardar a los seis meses y en el mismo acto quirúr-



gico que el labio, si es unilateral, que ya ha adquirido un desarrollo adecuado a la reconstrucción morfofuncional requerida. En los casos de fisura labial bilateral esta cronología puede adelantarse. El cierre de la mucosa maxilar se practicará en un segundo tiempo y aproximadamente al año y medio de vida, respetando la especificidad de las mucosas maxilares y facilitado por un desarrollo armónico maxilar dado por la cirugía precedente.

De esta forma se reduce el número de intervenciones necesarias y se otorga un sustrato anatómico suficiente para el desarrollo del lenguaje y un crecimiento y morfogénesis adecuado del esqueleto y tegumentos faciales.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Barsoumian R, Kuehn DP, Moon JB *et al.* An anatomic study of the tensor veli and dilatator tubae muscles in relation to eustachian tube and velar function. *Cleft Palate Craniofac J* 1998; 35(2): 101-10
2. Córdova L, Cortés J, Bravo R *et al.* Presencia de cardiopatía congénita en niños portadores de fisura labial y/o máxilopalatina. Informe preliminar. XI Congreso de Cirugía Buco Máxilofacial del Cono Sur. Montevideo, 1998
3. Cortés, J. *Pediatría Bucal y Maxilofacial*. En: Meneghelli J. *Diálogos en Pediatría*, Vol. VII. Santiago, Chile: Mediterráneo, 1994; 134-44
4. Delaire J. Considérations sur la reconstitution de la lèvre et de la partie postérieure des palais congénitalement divisés. *Ann Chir Plast* 1972; (2): 99-105
5. Delaire J. Intérêt de la rhinoplastie primaire. Considérations techniques. *Chirurgie pédiatrique* 1983; 24(4-5): 286-96
6. Duncan B., Ey J., Holberg CJ, Wright AL *et al.* Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993; 91(5): 867-72
7. Malek R, Psaume J. Bases anatomiques et physiologiques du traitement primaire des fentes labio-palatines unilatérales totales. *Actual Odontostomatol* 1988; 162: 268-82.
8. Montenegro MA, Palomino H. Induction of cleft palate in mice by inhibitors of prostaglandin synthesis. *J Craniof Genet Develop Biol* 1990; 10: 83-94
9. Montenegro MA, Palomino H. Inhibition of palatal fusion in vitro by indomethacin in two strains of mice with different H2 backgrounds. *Archs Oral Biol* 1989; 34(12): 949-55
10. Nazer J, Cifuentes L, Meza M. Incidencia de las malformaciones congénitas en diez maternidades chilenas participantes en el ECLAMC. Comparación de tres períodos. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 993-1001
11. Paradise JL, Elster BA, Tan L. Evidence in infants with cleft palate that milk protects against otitis media. *Pediatrics* 1994; 94(P11): 853-60
12. Psaume J. Breveté de la période d'acquisition de phonèmes. Arguments pour le traitement précoce des fentes maxillo-palatines. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1992; 93(5): 349-50
13. Valenzuela C, Acuña M, Zurriaga H. Gradiente socio-genético en la población chilena. *Rev Méd Chile* 1987; 115: 295-299

En el momento de elegir un perro como mascota, ¿cuáles razas son recomendables?

A los pediatras se les realizan muchas consultas, una de ellas es por ejemplo, ¿qué raza de perro es mejor para tener en la casa como mascota para niños? o pensando en el cuidado de la casa ¿cuál es menos peligrosa para la convivencia con los niños?

Las mejores razas para la convivencia con niños son:

Boxer	Setter inglés
Bloodhound	Harrier
Bulldog inglés	Siberiano
Foxhound inglés	Poodle
Labrador retriever	Cocker spaniel
Gordon setter	Beagle