

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSTGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**Factores de riesgo de re-intervención en fisuras labiales de las
jornadas quirúrgicas por Fundación Rostros Felices 2017-
2020.**

AUTOR:

MD. Casignia Morejón Holguer Patricio

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLASTICA, RECONSTRUCTIVA Y
ESTÉTICA**

DIRECTOR:

Dr. Palacios Martínez, Jorge Humberto

Guayaquil – Ecuador

10 de junio del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **la MD. CASIGNIA MOREJÓN HOLGUER PATRICIO**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en cirugía plástica, reconstructiva y estética.**

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Palacios Martínez Jorge Humberto

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Palacios Martínez Jorge Humberto

Guayaquil, 10 de junio del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, CASIGNIA MOREJÓN HOLGUER PATRICIO

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo de re-intervención en fisuras labiales de las jornadas quirúrgicas por Fundación Rostros Felices 2017- 2020**, previo a la obtención del título de **Especialista en cirugía plástica, reconstructiva y estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 10 de junio del 2022

EL AUTOR

f. _____

MD. HOLGUER PATRICIO CASIGNIA MOREJÓN.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, CASIGNIA MOREJÓN HOLGUER PATRICIO

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores de riesgo de re-intervención en fisuras labiales de las jornadas quirúrgicas por Fundación Rostros Felices 2017- 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 10 de junio del 2022

EL AUTOR:

f. _____

MD. HOLGUER PATRICIO CASIGNIA MOREJÓN

REPORTE DE URKUND

Original

Document Information

Analyzed document:	DOC FWA4 URKUND.docx (3140534628)
Submitted:	5/16/2022 6:48:00 PM
Submitted by:	
Submitter email:	helsong@huphail.com
Similarity:	4%
Analysis address:	2m3j9d8t1r#redonda.ucspbarileya.arkund.com

Sources included in the report

SA	TESIS-COMPLETA.doc Document: TESIS-COMPLETA.doc (327296020)	2
SA	TESIS FISURA PALATINA EN EL ECUADOR TERMINADA.docx Document: TESIS FISURA PALATINA EN EL ECUADOR TERMINADA.docx (267257086)	5
W	URL: http://bibliodidactabio.ekafes.com/fallo-hendido-y-paladar-hendido-cfca-0-1903dakar-ordobaza/ Fetched: 5/16/2022 6:49:05 PM	1
W	URL: https://repositorio.unca.edu.co/bitstream/handle/unca/2945/1/serminipromosivo.2005.pdf?seq=archivo2 Fetched: 5/16/2022 6:48:53 PM	1

Entire Document

1. MARCO TEORICO

1.1. Fisuras labiales

1.1.1 Definición:

Una adecuada estructura y fisiología de los componentes del sistema orofaríngeo es la responsable de los contenidos musculares que se requieren para realizar con eficacia los actos de la deglución, articulación, vocalización, succión, respiración, succión y succión¹ (2).

El labio inferior y el paladar hendido son malformaciones congénitas causadas por defectos anatómicos en la formación de la cara que se concentran en determinadas zonas de la línea facial, especialmente en labios superior, perilarial, paladar duro, base de las fosas nasales y su extensión al afectarse maxilar superior, maxilar inferior, meato inferior subnasal y tabique nasal inferior (de la nariz mandibular).

1.1.2. Historia La primera descripción de "labio superior" fue del Dr. Galien, quien utilizó "rodolipoma" y "

la primera cirugía de labio superior mencionada en:

la literatura fue realizada por Chirose San'ni. El famoso Dr. Morice realizó la primera intervención de paladar hendido en 1764.

En México se menciona un fragmento de cirugía perteneciente a la cultura azteca:

labio que se observó deformidad en el labio superior y lesiones cutáneas generalizadas, lo que hace referencia a un posible síndrome autoinmune, la diabetes y la diabetes con paladar hendido fueron mencionados por Sultaguis en 1779, por otro lado Rivas y Veyr Galie fueron los primeros en realizar con éxito la intervención quirúrgica en pacientes con labio y paladar hendido¹ (2).

AGRADECIMIENTOS

A Dios que con su permiso todo lo puedo.

Un agradecimiento especial a la Universidad Santiago de Guayaquil, Escuela de graduados, porque como yo somos muchos profesionales a quienes al venir de lejos nos abrieron sus puertas.

Al Maestro Dr. Jorge Palacios por su vida entregada a esta especialidad.

A la Dra. Viviana Salazar por su acompañamiento durante 17 años de carrera.

PATRICIO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis Hijos Mateo y Martín.

A mis Padres y Suegros por su esfuerzo y confianza depositada en mi.

A mi esposa Dra. Viviana Salazar por su entrega, comprensión y por ser el apoyo necesario durante 17 años.

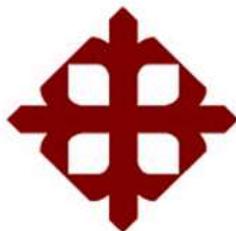
A mi hermana Lucía Casignia por ser mi ejemplo de valentía, y superación personal.

A Salomé Benítez Casignia por no rendirse jamás,

A Mary y Mario Salazar Pazmiño por su entrega con mi familia durante mi preparación.

Con amor, es por ellas y ellos que inicia este camino.

PATRICIO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JORGE HUMBERTO PALACIOS MARTÍNEZ
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DR. HOLGUER PATRICIO CASIGNIA MOREJÓN
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN	2
EL PROBLEMA	4
1.1. IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
1.1.1. <i>Identificación</i>	4
1.1.2. <i>Valoración y planteamiento</i>	4
1.2. FORMULACIÓN	7
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	8
2.1. OBJETIVO GENERAL	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. FISURAS LABIALES	9
3.1.1. <i>Definición</i>	9
3.1.2. <i>Historia</i>	9
3.1.3. <i>Patogenia</i>	10
3.1.4. <i>Etiología</i>	10
3.1.5. <i>Clasificación y formas clínicas de las fisuras</i>	12
3.1.6. <i>Crecimiento y desarrollo embriológico maxilofacial</i>	14
3.1.7. <i>Anatomía y fisiología de la región bucofacial normal</i>	16
3.1.8. <i>Anatomía y fisiología de la región bucofacial del paciente con fisura</i>	18
3.1.9. <i>Factores de riesgo</i>	19
3.1.10. <i>Síndromes y anomalías asociadas con fisura</i>	21
3.1.11. <i>Alteraciones en la fisiología y la dinámica muscular del aparato fonoarticulatorio</i>	21
3.1.12. <i>Atención del paciente fisurado</i>	22
3.1.13. <i>Tratamiento quirúrgico</i>	26
4. MÉTODOS	31
4.1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	31
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.2.1. <i>Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio</i>	31
4.2.2. <i>Procedimiento de recolección de la información</i>	32
4.2.3. <i>Técnicas de recolección de información</i>	32
4.2.4. <i>Técnicas de análisis estadístico</i>	32
4.3. VARIABLES	33
4.3.1. <i>Operacionalización de variables</i>	33
5. RESULTADOS	34
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	34
6. DISCUSIÓN	38
7. CONCLUSIONES	40
8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	41
REFERENCIAS	42

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según edad, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	34
TABLA 2. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según género, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	35
TABLA 3. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según técnica en queiloplastia primaria, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	35
TABLA 4. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según técnica en queiloplastia secundaria, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	36
TABLA 5. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según complicaciones, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	36
TABLA 6. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según deserción del tratamiento, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	37
TABLA 7. <i>Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según condición socioeconómica, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.</i>	37

RESUMEN

Antecedentes: La presente investigación tiene como objetivo determinar factores de riesgo de re intervención de Fisura Labial en niños-as de jornadas evaluatorias y quirúrgicas por Fundación Rostros felices en el lapso de tiempo 2017-2020. **Materiales y Métodos:** La presente investigación tiene un tipo de investigación observacional, de tipo retrospectivo – transversal y tiene un enfoque descriptivo – explicativo. Tiene un diseño de investigación que se refiere a un estudio de casos de los pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio durante el periodo del 2017 al 2021. **Resultados:** De acuerdo a los resultados obtenidos, con relación a la edad, se encontró que el 72% correspondieron a pacientes intervenidos por primera vez entre el primer mes de vida hasta los 11 meses, el 13% correspondió a la edad de 1 a 4 años, el 6% correspondió a la edad de 5 a 8 años, el 2% a las edades entre los 9 a los 12 años de edad. Con respecto a las edades de los 17 a 24 años, se tomaron en consideración porque fueron intervenidos cuando tenían edad pediátrica y en todos los casos requirieron reintervención por insatisfacción estética y funcional. El género con mayor cantidad de pacientes fue el género masculino y el 35% al género femenino. Es conocido de acuerdo a la literatura consultada que la mayoría de los factores de riesgos de padecer fisuras labiales, se concentra en el género masculino. Con relación a las complicaciones, el 78% no presentó complicaciones, el 18% presentó retracción y el 3% presentó dehiscencia. **Conclusiones:** La reintervención de una fisura labial, presenta diferentes factores de riesgo, tomando en cuenta la relación a las características de cada paciente evitando de esta manera secuelas que perjudiquen tanto la estética del paciente pudiendo generar daños psicosociales, también recalcando el funcionamiento anormal en cuanto a alimentación y estética del rostro.

Palabras Clave: reconstrucción fisura labial, factores de riesgo, complicaciones, grupo etario.

ABSTRACT

Background: The objective of this research is to determine risk factors for reintervention of Cleft Lips in children of evaluation and surgical sessions by the Happy Faces Foundation in the 2017-2020 time period. **Materials and Methods:** This research has a type of observational research, retrospective - cross-sectional and has a descriptive - explanatory approach. It has a research design that refers to a case study of pediatric patients diagnosed with primary cleft lip, who meet the inclusion and exclusion criteria of the study during the period from 2017 to 2021. **Results:** According to the results obtained, in relation to age, it was found that 72% corresponded to patients between the first month of life up to 11 months, 13% corresponded to the age of 1 to 4 years, 6% corresponded to the age of 5 at 8 years old, 2% at ages 9 to 12 years old. Regarding the ages of 17 to 24 years, they were taken into consideration because they were operated on when they were pediatric and in all cases they required reintervention due to aesthetic and functional dissatisfaction. The gender with the largest number of patients was the male gender and 35% female. It is known, according to the consulted literature, that most of the risk factors for suffering from cleft lip are concentrated in the male gender. Regarding complications, 78% had no complications, 18% had retraction and 3% had dehiscence. **Conclusions:** The reintervention of cleft lip presents different risk factors, taking into account the relationship to the characteristics of each patient, thus avoiding sequelae that harm both the aesthetics of the patient and can generate psychosocial damage, also emphasizing the abnormal functioning in terms of food and facial aesthetics.

Keywords: cleft lip reconstruction, risk factors, complications, age group.

INTRODUCCIÓN

La fisura Labial, también conocida como Labio Leporino se define como un defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior. La fisura labial se origina por fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión y es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes (aproximadamente, constituye el 15% de las malformaciones congénitas). (1)

Según la Organización Mundial de la Salud, el labio leporino o el paladar hendido afecta a más de uno de cada 1000 recién nacidos en todo el mundo. Una de sus principales causas es la predisposición genética, si bien también influyen la exposición materna y paterna a pesticidas, la nutrición materna deficiente, el consumo de tabaco, el alcohol y la obesidad durante el embarazo. En entornos de ingresos bajos existe una elevada tasa de mortalidad en el periodo neonatal. Si el labio leporino y el paladar hendido se tratan debidamente mediante cirugía, es posible la rehabilitación total. (2)

Según datos conocidos, cada tres minutos en el mundo nace un niño con fisura de labio y paladar. Esta condición no les permite realizar gestos básicos como: dar un beso, sonreír o incluso alimentarse, lo que causa desnutrición. En algunos casos, también causa la muerte en uno de cada 10 niños con esta patología. (3)

Según datos del estudio colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas (ECLAMC), esta malformación presenta una tasa global de 10.49 por cada 10000 nacimientos, los países con el índice más elevado son Bolivia, Ecuador y Paraguay. En México la incidencia se encuentra entre 1 por cada 2000 o 5000 nacidos vivos. La prevalencia en Colombia es de 1.54 por 1000 nacimientos, la cual varía de acuerdo a la altura sobre el nivel del mar.

En el Ecuador 14,96 de 10000 nacidos vivos presentan fisuras labiales, es la segunda tasa más alta de los países de la región. El paciente necesita personal Médico Cirujano Reconstructivo capacitado que participa desde las primeras semanas de vida, dentro del equipo interdisciplinario el terapeuta del lenguaje

realiza la evaluación, control y seguimiento de los pacientes fisurados, informa a los padres sobre el uso de biberones o estrategias para solventar las dificultades de alimentación, ejercicios para dar elasticidad a los tejidos que serán operados, mejorar la funcionalidad de las estructuras que fueron intervenidas, así como facilitar el normal desarrollo del habla. (4)

En nuestro medio y en forma ideal, la plastia labial se deberá hacer cuando los segmentos labiales y o premaxila se encuentren alineados en el mismo plano, porque es cuando se obtiene un cierre sin tensión y permite un mejor manejo en la reconstrucción nasal, y por ende, un mejor resultado quirúrgico, este procedimiento se realiza desde las 10 semanas de vida extrauterina y en este estudio mediante la técnica de Millard que consta de los colgajos de rotación, avance y colgajo C. (1)

Los defectos de cierre orofaciales son un problema relativamente frecuente que supone un importante consumo de recursos sanitarios, además del sufrimiento que llevan implícito para el paciente y su familia. Existen diversas formas y técnicas quirúrgicas de tratamiento sin embargo cada una implica riesgos post quirúrgicos que terminan en re intervención. Es conocido que es muy difícil evitar trans quirúrgicamente una complicación post quirúrgica pero es necesario prevenir complicaciones más aun cuando se conoce a fondo la caracterización de las mismas.

EL PROBLEMA

1.1. Identificación, valoración y planteamiento

1.1.1. Identificación

El presente estudio permitirá analizar los factores de riesgo de re-intervención en fisuras labiales de las jornadas quirúrgicas. Se analizarán variables tales como la edad del paciente, el género, la técnica en queiloplastia primaria, la técnica en queiloplastia secundaria, las complicaciones y las posibles deserciones del tratamiento. La fisura labial se trata quirúrgicamente en los primeros meses de vida. El presente estudio pretende realizar un análisis de los factores que influyen trans o post quirúrgicamente para que se presenten complicaciones que llevan un paciente a una segunda operación reconstructiva en el post quirúrgico inmediato la evaluación correcta de cada paciente, el análisis de su etiología, de su evolución y de su grado de severidad permitirá realizar una revisión adecuada de la técnica quirúrgica que se empleó y los cuidados post quirúrgicos que se dieron.

1.1.2. Valoración y planteamiento.

La anatomía de la fisura labial es diferente para cada paciente y varios autores han descrito modificaciones de técnicas tradicionales en la búsqueda de obtener un diseño más individual con mejores resultados que eviten las reintervenciones. Las técnicas de Millard para fisura labial unilateral y bilateral, otra conocida la de Mulliken son probablemente las técnicas quirúrgicas más usadas por los cirujanos alrededor del mundo en el manejo de la fisura labial, sin embargo, existen algunas limitaciones en estas técnica en casos bilaterales con asimetría. (1)

El tratamiento integral de las fisuras labiales debe ser conducido por un equipo multidisciplinario formado por: cirujanos, otorrinolaringólogos, odontólogos, psicólogos, foniatras. Este equipo tiene que estar constituido por una unidad

donde conjuntamente se programe cada paso del tratamiento y donde el paciente ingrese prácticamente al nacer. Ésta es una condición para que todos los pacientes inicien la terapia. El tratamiento quirúrgico primario, busca lograr un cierre óptimo, una perfecta función y al mismo tiempo obtener un buen resultado estético. Para el manejo de las fisuras labiales han sido descritos muchos procedimientos quirúrgicos con gran variedad de técnicas y en diferentes tiempos si así lo requiere, donde la mejor es la que domine bien el cirujano. (5)

Las intervenciones quirúrgicas para la corrección de labio, son procedimientos electivos y el paciente debe estar en buen estado de salud, libre de cualquier infección. En las diferentes guías de manejo los pacientes requieren ser intervenidos quirúrgicamente para lograr el objetivo de la corrección. Entre las técnicas quirúrgicas descritas en la literatura para lograr la restauración completa del reborde alveolar hendido, se incluyen los injertos óseos primarios y secundarios. (3)

Las Fisuras Labio Palatinas son un problema de salud a nivel mundial que afecta tanto a la persona como a la familia, causando situaciones diversas que contrastan con el buen vivir, todos buscan un momento inmediato de corrección netamente quirúrgica de esta patología.

El Cirujano Plástico comprometido con la corrección de este tipo de enfermedad se vuelve el principal responsable del tratamiento de esta patología, es un reto para él conseguir una función adecuada del labio fisurado además un resultado estético aceptable no solo al post quirúrgico inmediato sino también la apariencia para el futuro del intervenido.

Los factores que intervienen en un resultado aceptable por el Cirujano Plástico así como el de los padres del Paciente se presentan antes durante y después de la cirugía como tal, una falla en uno de los procesos puede llegar a causar la necesidad de volver a intervenir quirúrgicamente.

Por eso el presente estudio se centrará en determinar los factores de riesgo que lleven al operado a un segundo tiempo quirúrgico y que según diversos estudios realizados pueden ser prevenidos, se toma en cuenta principalmente

las características tanto personales como del medio en el que se desarrolla cada paciente durante y después de la cirugía

La fundación Rostros Felices en el Ecuador legalmente constituida ha realizado durante 28 años intervenciones correctivas de fisura labial y otras patologías en el país

En Ecuador no existen estudios realizados sobre los factores que influyen en las reintervenciones de fisuras labiales, por tal motivo este trabajo se basa en el análisis de casos de pacientes que han asistido a una segunda intervención de este tipo con el fin de informar y educar a los médicos cirujanos plásticos reconstructivos de ciertas características que no han sido abordadas en otros estudios.

1.2. Formulación

¿Cuáles son los factores de riesgo de re intervención de Fisura Labial en niños-
as de jornadas evaluatorias y quirúrgicas por Fundación Rostros felices en el
lapso de tiempo 2017-2020?

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

2.1. Objetivo General

Determinar factores de riesgo de re intervención de Fisura Labial en niños-as de jornadas evaluatorias y quirúrgicas por Fundación Rostros felices en el lapso de tiempo 2017-2020.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar los factores de riesgo de re intervención en los pacientes con labio fisurado.

Determinar el grupo etario con mayor re intervención.

Identificar las características socio económicas culturales del paciente operado.

Registrar los factores de riesgo trans y post quirúrgicos de re intervenciones en queiloplastia primaria

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Fisuras labiales

3.1.1. Definición

El sistema estomatognático es la unidad anatomofuncional en la que se integran los sistemas fonoarticulatorio, respiratorio y digestivo. Dicho sistema está constituido por músculos, huesos y espacios orgánicos, los mismos que son controlados por el sistema nervioso central y permiten el desarrollo de las funciones básicas de masticación, deglución, respiración y habla (1).

La anatomía y fisiología adecuadas de los componentes del sistema estomatognático son los responsables de la eficiente realización de los complejos movimientos, requeridos para las distintas funciones y especialmente la articulación de la palabra, es por ello, que cualquier alteración del sistema estomatognático (fisura labiopalatina) o de la funcionalidad pueden distorsionar y producir dificultades deglutorias, articulatorias, fonatorias, auditivas, respiratorias, nutricionales y psicológicas (2)

Las fisuras labiopalatinas son anomalías craneofaciales de carácter congénito, producidas por defectos embriológicos en la formación de la cara que se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio superior, la premaxila, el paladar duro, el piso de las fosas nasales y cuya afección se manifiesta a través de síntomas característicos que afectan a los mecanismos respiratorios deglutorios, articulatorios, auditivos y la voz.

3.1.2. Historia

Los datos históricos dan muestra de malformaciones maxilofaciales desde épocas remotas. La primera evidencia de una fisura data del año 2400 a 1300a.C., descubierta por Smith y Dawson en una momia egipcia (2).

Es el médico Galeno a quien se le atribuye la primera mención de “labio leporino”, él la designó con el término “colobomata”, mientras que la primera cirugía de labio fisurado citada en la literatura, fue realizada por el chino Fan Kan, por otra parte, la primera intervención de paladar hendido fue realizada por el francés Le Monnier en 1764.

En México se han encontrado piezas de cerámica pertenecientes a la cultura Totonaca, en las que se observan malformaciones de labio superior y lesiones dérmicas de todo el cuerpo, lo que hace referencia a posibles síndromes asociados.

Eustaquio en 1779 es quien hace mención sobre la disfagia y las disfonías en las fisuras palatinas, por otra parte, son Roux y Von Graefe los primeros en realizar con éxito las intervenciones quirúrgicas en pacientes con fisuras labiopalatinas (3)

3.1.3. Patogenia

Veau y Politzer estudiaron 147 embriones humanos normales y pocos con fisura en estadio de formación del paladar primitivo (5ª y 6ª semana). Observaron que en este período de gestación, queda conformado completamente el paladar primitivo para continuar su evolución natural o permanecer anómalo, causando cualquier variedad de fisura labial y paladar hendido (3).

Como conclusión afirman que la fisura labial es una disminución de la fuerza dinámica del desarrollo y crecimiento de las masas mesodérmicas, separadas en su origen por el muro epitelial, si la disminución es considerable, el muro epitelial no es penetrado ni reemplazado.

El muro epitelial es el tejido primitivo que originará el labio superior, la premaxila y los incisivos superiores. El paladar primario se forma de la sustitución del muro epitelial por el mesénquima, la falta de la masa mesodérmica e irrigación, desencadena la ruptura de la pared epitelial originando las fisuras. Según el momento de la cronología de la formación facial en la que se dé la alteración, resultará la fisura labial, fisura palatina o la asociación de ambos (4)

3.1.4. Etiología

Para explicar la fisura labiopalatina y sus formas combinadas, se han descrito teorías que las clasifican como hereditarias, tóxico infeccioso, ambiental,

hormonal y mecánicas. A continuación se describen los factores etiológicos de las fisuras:

- **Hereditarios:** Los genes dominantes aparecen en los descendientes y se manifiesta en un gen dominante del par de genes.
- **Ambientales:**
 - **Contaminación Ambiental:** exposición a pesticidas (órgano fosfatos, carbamatos, ivermectina)
 - **Deficiencias metabólicas:** Causado por dietas deficientes, exceso de vitamina A, deficiencia de riboflavina, ácido fólico, magnesio, ácido pantoténico y vitamina E.
 - **Presencia de radiaciones:** pueden causar la mutación de cromosomas en la organogénesis.
 - **Hipoxia:** puede producir deficiencia vascular.
- **Tóxicos:**
 - **Infecciones virales:** siendo la rubéola y el sarampión las que más repercusiones teratogénicas presentan.
 - **Infecciones parasitarias:** se han presentado casos en niños cuyas madres han padecido toxoplasmosis en el primer trimestre del embarazo, presentando fisura de labiopalatina e hipoacusia congénita.
- **Hormonales:** en alteraciones que afectan el páncreas y en pacientes con adrenalectomía pueden verse afectados los descendientes con fisura labial y paladar hendido.
- **Mecánicos:** La cantidad anormal de líquido amniótico sea por hidramnios o por oligohidramnios pueden causar estas malformaciones.

3.1.5. Clasificación y formas clínicas de las fisuras

Las clasificaciones, europea según Veau y americana según Davis y Ritchie, constituyen una gran variedad de clasificaciones que agrupan las formas clínicas de las fisuras, siendo la más importante y utilizada la de Kernahan y Stark (5).

Clasificación según Veau:

- **Clasificación del labio leporino:**
 - Labio leporino cicatrizal.
 - Labio leporino simple: unilateral - bilateral.
 - Labio leporino total: unilateral - bilateral.
 - Formas asimétricas.
 - Labio leporino central.

- **Clasificación de las fisuras palatinas:**
 - División palatina submucosa.
 - División palatina simple estafilosquisis.
 - División palatina simple uranoestafilosquisis.
 - División palatina unilateral total.
 - División palatina bilateral total.
 - División palatina alveolar.
 - División palatina central.
 - Labio leporino y división palatina.

Clasificación según Davis y Ritchie:

Esta se basa en las relaciones que se presentan con la apófisis alveolar del maxilar superior(5).

- Grupo I: Fisura prealveolar.

- Grupo II: Fisura posalveolar.
- Grupo III: Fisura alveolar.

Clasificación según Kernahan y Stark:

- **Paladar primario:**

Puede ser unilateral, mediano o bilateral.

- Unilateral: puede afectar al derecho o izquierdo de manera completa o incompleta.
- Mediano: puede ser completo e incompleto.
- Bilateral: completa o incompleta.

- **Paladar secundario:**

- Unilateral: completo o incompleto.
- Bilateral: completo o incompleto (26).

Esta investigación se fundamenta en la clasificación según CIE-10, puesto que es utilizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para diagnosticar, la misma que se presenta a continuación (6):

Malformaciones de labios, boca y paladar

- **(Q35) Fisura del paladar.**

- (Q35.0) Fisura del paladar duro, bilateral.
- (Q35.1) Fisura del paladar duro, unilateral.
- (Q35.2) Fisura del paladar blando, bilateral.
- (Q35.3) Fisura del paladar blando, unilateral.
- (Q35.4) Fisura del paladar duro y del paladar blando, bilateral.
- (Q35.5) Fisura del paladar duro y del paladar blando, unilateral.
- (Q35.6) Fisura del paladar, línea media.
- (Q35.7) Fisura de la úvula.

- (Q35.8) Fisura del paladar bilateral, sin otra especificación.
- (Q35.9) Fisura del paladar unilateral, sin otra especificación.

- **(Q36) Labio leporino.**

- (Q36.0) Labio leporino, bilateral.
- (Q36.1) Labio leporino, línea media.
- (Q36.9) Labio leporino, unilateral.

- **(Q37) Fisura del paladar con labio leporino**

- (Q37.0) Fisura del paladar duro con labio leporino, bilateral.
- (Q37.1) Fisura del paladar duro con labio leporino, unilateral.
- (Q37.2) Fisura del paladar blando con labio leporino, bilateral.
- (Q37.3) Fisura del paladar blando con labio leporino, unilateral.
- (Q37.4) Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino, bilateral.
- (Q37.5) Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio leporino,

unilateral.

- (Q37.8) Fisura del paladar con labio leporino bilateral, sin otra especificación.
- (Q37.9) Fisura del paladar con labio leporino unilateral, sin otra especificación (6).

3.1.6. Crecimiento y desarrollo embriológico maxilofacial

Es necesario conocer el desarrollo embrionario de la cabeza y de manera especial de la cara, para comprender la conformación morfológica y explicar las fisuras labiales y sus subtipos (7).

El inicio de un ser humano se da en la concepción a partir de una célula conocida como primitiva, originando el crecimiento y desarrollo de los

individuos que alcanza su máximo entre los 20 y los 25 años, no de esta manera el desarrollo psíquico, que continúa a lo largo de la vida. El desarrollo se da en dos periodos, el prenatal y el postnatal.

Periodo natal: Abarca el momento de la concepción, en el que el óvulo es fecundado por el espermatozoide formando el huevo o cigoto, atravesando por un periodo de segmentación, seguido por uno de gastrulación hasta llegar al periodo embrionario en el que se forma el disco embrionario, cambiando de forma circular a longitudinal en la segunda semana. A partir de la tercera semana se observa un proceso cefálico, la invaginación ventral y la extremidad caudal, iniciándose el desarrollo a partir de las dos últimas (8).

El ectodermo se dobla a lo largo de la línea media dando paso a la formación del tubo neural que originará el sistema nervioso. El extremo cefálico permitirá la formación de la cavidad central del cerebro en el que se dan tres agrandamientos: las vesículas cerebrales primitivas, los ventrículos cerebrales y el acueducto; la primitiva cavidad bucal origina la perforación bucofaríngea (9).

En la quinta semana aparece la hendidura oral y el crecimiento de los arcos branquiales que son cinco formaciones mesenquimatosas: por arriba, el mamelón frontonasal; a los lados, dos mamelones maxilares superiores y por debajo, los dos mamelones maxilares inferiores. Se forma también el proceso frontonasal o gran mamelón medio, que desciende de la extremidad cefálica y junto con los primeros arcos branquiales formarán la boca. Del primer arco branquial se formará el maxilar inferior, también originará al cartílago de Meckel, que es el soporte de la mandíbula, mientras que del segundo arco branquial se formará el cuello, los músculos y la piel. Los mamelones maxilares superiores originados en el primer arco branquial, se encuentran con el mamelón medio que desciende de la extremidad cefálica y al fusionarse alrededor de los cuarenta días de vida intrauterina, limitarán la cavidad bucal. Es en esta etapa del desarrollo donde se dan las fisuras (10).

El proceso frontonasal origina al hueso intermaxilar y la falta de coalescencia causará la fisura. Aproximadamente a los 50 días de vida embrionaria, las prolongaciones palatinas que formarán el paladar, van a dividir a la primitiva

cavidad buconasal en dos compartimientos. Alrededor de los dos meses de vida intrauterina aparecen los puntos de osificación, de los cuales cinco están destinados para cada maxilar superior y seis para cada maxilar inferior (11).

Los puntos de osificación para cada maxilar superior son:

- 1.- Nasaes: para las zonas caninas y apófisis ascendente del maxilar superior.
- 2.- Incisivos: para las zonas incisivas.
- 3.- Palatinos: para la apófisis palatina y las zonas posteriores.
- 4.- Molares: para las zonas molares.
- 5.- Órbito-nasales: para los senos maxilares y la parte interna de las órbitas.

Los puntos de osificación para cada maxilar inferior son:

- 1.- Situados sobre la cara interna del cartílago de Meckel, que se extiende desde el oído medio hasta la sínfisis.
- 2.- Los incisivos inferiores cerca de la sínfisis.
- 3.- Los mentonianos a la altura de los conductos mentonianos.
- 4.- Los condilares en la región condílea.
- 5.- Los coronarios para la apófisis coronaria. 6.- Los localizados en la espina de Spijs.

Cerca de los noventa días aparece la papila palatina en la línea media, a cada lado surgen rugosidades y delante de ellas, dirigiéndose al tubérculo del labio se forma una cresta fina que es el rudimento del frenillo labial superior (12).

3.1.7. Anatomía y fisiología de la región bucofacial normal

Características del labio normal:

En la parte anterior de la boca se encuentran los labios, que son pliegues musculomucosos, que están en contacto con el vestíbulo, la cara anterior de las arcadas dentarias y de las encías. El labio superior e inferior se une entre sí por las comisuras labiales y limitan el orificio bucal, su variedad de movimientos

permiten la realización de la mímica facial. En la cara dorsal de cada lado y la cara anterior del maxilar superior e inferior, se extiende el frenillo labial (13).

Se distinguen dos zonas en el labio superior a nivel de la cara externa, una cutánea o labio blando y otra mucosa o bermellón, entre las dos zonas se encuentra la línea cutáneo-mucosa cubierta por la cresta cutánea, en la que se encuentra una depresión conocida como *filtrum*, delimitada por las crestas filtrales. La columela es la porción cutánea del subtabique nasal, formada por la unión de la punta de la nariz y el labio superior.

Los labios están formados por el músculo orbicular, dispuesto alrededor del orificio bucal, entre la cara interna y externa, su función es el cierre del orificio bucal. En el labio normal las proporciones de la mitad derecha e izquierda guardan simetría.

Características del paladar normal

El paladar es la pared superior de la boca. La bóveda palatina forma los dos tercios anteriores y el velo del paladar forma el tercio posterior del paladar. La bóveda palatina está formada por tres capas:

- Ósea: Formada por las dos apófisis palatinas de los huesos maxilares superiores, limitada lateralmente por los bordes alveolares. En la línea media se encuentra el agujero palatino anterior, que marca el límite entre el paladar primario y secundario.
- Mucosa: Está adherida al periostio subyacente y cubre el orificio bucal en toda su extensión.
- Glandular: Las glándulas palatinas se encuentran ubicadas entre la mucosa palatina y el periostio subyacente (14).

El velo del paladar es un tabique músculo-membranoso que se prolonga por detrás de la bóveda palatina, es la porción blanda del paladar que efectúa movimientos de ascenso y descenso. Su función es de esfínter que al elevarse, intercepta la comunicación tanto con la cavidad bucal y la faringe como con la cavidad nasal (15)

3.1.8. Anatomía y fisiología de la región bucofacial del paciente con fisura

Perelló afirma que en el labio fisurado constan todos los elementos anatómicos del labio y paladar normal, pero estos se presentan desplazados y muchas veces existe una hipoplasia regional.

Características de labio en la fisura unilateral: La fisura se encuentra situada fuera de la cresta filtral, donde todos los elementos de la parte media del labio forman parte del borde interno de la fisura. El arco de cupido y el filtrum muestran una marcada diferencia y la cresta filtral del labio es más corta y oblicua que la mitad opuesta del labio, la línea cutáneo-mucosa y la parte mucosa se encuentran desviadas en dirección al piso de la nariz. En las partes próximas a la fisura labial se observa un desarrollo deficiente de las mismas, el músculo subyacente está ausente o mal desarrollado mientras que el orbicular de los labios está mejor conformado, a pesar de ello presenta una retracción muscular debido a la falta del punto de unión con la parte opuesta del mismo. Tanto la ubicación como la orientación de la cresta filtral marcan el sitio exacto de la fisura. Por su parte, la aleta de la nariz está aplanada e hipertrófica, los cartílagos alares no concluyen en la punta de la nariz, la porción externa de la aleta nasal tiene una implantación más baja que la aleta del lado sano, la base de la columela está desviada hacia el lado sano y la punta de la nariz está anchada (15)

Características de fisura bilateral: En muchos de los casos el prolabio está separado por completo, la insuficiencia se manifiesta en la parte central. El prolabio presenta altura escasa en la parte cutánea y en la parte mucosa. El arco de cupido es inexistente, no hay cresta cutánea y el filtrum no está desarrollado. El músculo orbicular en su parte media no está desarrollado.

Características de fisura central: Esta puede ser total o parcial. Es poco frecuente y por lo general está asociada a síndromes como el síndrome de Patau, la holoprosencefalia entre otras.

Características de la fisura palatal: La forma más frecuente de las deformaciones óseas es la fisura labial unilateral total acompañada de fisura palatina, donde la hendidura ósea divide al maxilar superior en dos partes, en la que un fragmento es de mayor tamaño en relación al otro. Los dos

fragmentos del maxilar superior se unen entre sí en la parte anterior por la fijación al esqueleto craneal y en la parte posterior por la fijación a la parte del cráneo por los huesos esfenoides, sin embargo, estas uniones no son suficientes para dar firmeza al maxilar superior. El fragmento de mayor tamaño comprende la región incisiva y el tabique de las fosas nasales, los desplazamientos que se presentan son el resultado de la tracción muscular que se da a nivel del paladar y del labio, mientras que el fragmento de menor tamaño está poco desplazado, puesto que los músculos del labio no se insertan sobre él (16).

Los pacientes con fisura labiopalatal presentan una fascia caracterizada por un aplanamiento nasal y la desviación del tabique con desplazamiento de la punta de la nariz hacia la fisura. Las alteraciones óseas están influenciadas por la hipoplasia que afecta el tercio medio de la cara. La apófisis palatina del lado de la hendidura es más estrecha que del lado sano (17)

3.1.9. Factores de riesgo

Los estudios epidemiológicos y experimentales sugieren que los factores de riesgo maternos juegan un papel importante en el desarrollo de la fisura labiopalatina. Los principales factores de riesgo incluyen fumar (o exposición materna al tabaquismo pasivo), una edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años, períodos entre embarazos de menos de dos años, consanguinidad, uso de algunos medicamentos durante el embarazo, como anticonvulsivos, anticoagulantes y exposición a infecciones durante el embarazo, incluyendo toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y virus del herpes (18)

El efecto de los factores ambientales, sociodemográficos y culturales de la madre, han sido ampliamente analizados en la aparición de fisura labio palatina en sus hijos. En un investigación realizada por Ács et al., (19) se analizaron los factores de riesgo probables que provocan este tipo de malformaciones. Dentro de los factores de riesgo más importantes identificados por estos investigadores, están la exposición materna al humo del tabaco, ya sea de forma activa o pasiva.

Dentro de los factores ambientales, Auslander et al., (19) en un estudio de casos y controles, analizó el impacto de la exposición al humo durante el embarazo y la incidencia de fisura labiopalatina en los neonatos. En esta investigación, se constató que menos del 1% de las mujeres fumaba, pero, el 59,3% tenía una exposición regular al humo de la cocina, dentro del hogar lo que resultó ser un factor de riesgo muy importante en la presencia de esta malformación, con un riesgo incluso mayor que el tabaquismo activo o pasivo, en las mujeres de estratos socioeconómicos bajos.

Para Desai et al., (20) en una serie de 166 casos, los factores de riesgo de fisura labiopalatina más importantes fueron el consumo de tabaco, ya sea masticado o fumado, el antecedente de abortos, o muertes fetales, el antecedente familiar de fisura labio palatina y la consanguinidad.

También se ha hablado de una posible asociación con el bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento intrauterino, pero teniendo en cuenta que esto se asocia también con el tabaquismo, que pudiera ser el motivo subyacente más importante en relación con la fisura labiopalatina y el peso al nacer. Además de esto, se han establecido relaciones más o menos aceptadas entre la fisura labiopalatina y otros factores maternos, como la anemia durante el embarazo. El rol de la anemia en la etiopatogenia de esta malformación, se ha explicado por la hipoxia embrionaria durante el primer trimestre, que afecta la formación de las estructuras (21)

Las infecciones agudas durante la gestación especialmente las de origen viral, que cursan con hipertermia, han sido también mencionadas dentro de la lista de los factores de riesgo de fisura labiopalatina. Sin embargo, el posible papel de las citocinas inflamatorias también debe tenerse en cuenta, ya que también se han detectado casos en los que, ocurre esta malformación, acompañando procesos infecciosos que no han cursado con fiebre. El hipertiroidismo materno y el antecedente de epilepsia, son algunas de las comorbilidades maternas crónicas que también han sido asociadas con la fisura labiopalatina

Los factores genéticos, como el antecedentes de otros embarazos con fisura labiopalatina y la consanguinidad de los padres, también ha sido identificada por Jamilian (22) como un factor de riesgo de esta malformación

3.1.10. Síndromes y anomalías asociadas con fisura

Existen varias clasificaciones de las fisuras en las que se observa que pueden ser de paladar aislado o que se asocian a fisura labial, aparecen además distintas formas asociadas. Estadísticamente se conoce que la fisura palatina se asocia con mayor frecuencia a síndromes, seguida de la fisura labiopalatina, y por último de la fisura labial (23).

3.1.11. Alteraciones en la fisiología y la dinámica muscular del aparato fonoarticulatorio

En los pacientes con fisura labiopalatal, al no darse la unión entre partes estratégicas del esqueleto cráneo-facial, los vectores de crecimiento están afectados considerando los siguientes aspectos:

- La deformación estructural causa un defecto sobre el crecimiento muscular.
- Los mecanismos neuromusculares del aparato fonoarticulatorio presentan desarrollo patológico.

La articulación de las palabras es el resultado de complejos mecanismos neuromusculares. Las alteraciones morfológicas en los pacientes con fisura afectan directamente el habla, la succión, la masticación, deglución y la respiración.

El reflejo de succión aparece en el último periodo de la gestación e implica la primera sinergia funcional entre los labios, la lengua y la cavidad bucofaríngea, imprescindible para alimentarse succionando el pecho materno o biberón. Los labios en el recién nacido aprietan el pezón con fuerza suficiente para hacer un sellado hermético en el que la úvula y el velo ocluye el orificio nasofaríngeo, la lengua por su parte se acanala longitudinalmente y adquiere una forma cóncava en su eje transversal. Los movimientos rítmicos tanto de los labios como de la mandíbula permiten que la leche materna se dirija a la cavidad bucal (24).

En el paciente con fisura los movimientos bucales sufren modificaciones notables tanto por la morfología patológica, como por la alteración en el

crecimiento de sistemas contiguos. Debido a que la posición de la lengua está alterada y al no existir un correcto esquema linguobucal, habrá consecuencias en la dinámica funcional bucofacial, lo que tendrá una consecuencia negativa en los movimientos fonarticulatorios.

El mecanismo velolaríngeo es el encargado de regular la presión de aire dentro del sistema traqueofaringobucal y la dirección del aire durante el habla, mientras que el velo del paladar ocluye el orificio nasofaríngeo. Un paciente con fisura de paladar duro y blando, tiende a desarrollar movimientos compensatorios a la pared faríngea. Si durante los primeros años de vida el paladar permanece abierto sin corrección quirúrgica o protésica, los patrones de crecimiento estarán gravemente alterados y lo mismo ocurrirá con la motilidad. La incompetencia velofaríngea causa en los pacientes un habla hipernasalizada o el paso del líquido y alimentos por vía nasal (25).

Las alteraciones patológicas del habla no mantienen relación directa con el tamaño o la forma de la fisura, sino con el mayor o menor grado de incongruencia palatofaríngea, el funcionamiento lingual y la relación maxilomandibular. Por lo tanto, el elemento primordial de la patología de un paciente con fisura labiopalatal es la alteración de la deglución, articulación y de la voz (26)

3.1.12. Atención del paciente fisurado

Este apartado se enfoca en explicar brevemente la parte quirúrgica del tratamiento, puesto que el presente trabajo de investigación pretende obtener el número de intervenciones a las que fueron sometidos los pacientes.

Lo que se busca actualmente en el tratamiento quirúrgico es recuperar la funcionalidad de las estructuras orofaciales, con un resultado estético óptimo.

El tratamiento debe ser multidisciplinario, conformado por cirujanos plásticos, maxilofaciales, audiólogos, logopedas y odontólogos. Las técnicas de reparación de la fisura palatina, que se practican hoy, son el resultado de los principios aprendidos a través de muchos años de modificaciones. El objetivo de la cirugía de hoy es lograr una armonía estética, una buena funcionalidad oral, un habla óptima y un crecimiento natural del maxilar(27)

El tratamiento no quirúrgico de la fisura palatina consiste en realizar obturadores, que deben compensar la incompetencia palatina. Las indicaciones para el uso de obturadores son para aquellos pacientes que no desean o tienen un riesgo demasiado alto para la cirugía, aquellos en quienes la cirugía ha fracasado o pacientes que se beneficiarían de una mejor alineación de los segmentos maxilares antes de la cirugía definitiva (27)

La desventaja en el tratamiento de la fisura palatina es que el obturador debe cambiarse periódicamente y puede irritar la frágil superficie de la mucosa, es difícil de limpiar y requiere la cooperación del niño, y su uso es práctico desde los 3 hasta los 4 años. La principal ventaja de los dispositivos protésicos consiste en realizar la competencia palatina, evitando así complicaciones quirúrgicas, como el crecimiento maxilar restringido (28)

Los pacientes con fisura palatina pueden lograr un desarrollo normal del esqueleto facial. El objetivo principal de la cirugía craneofacial es lograr la competencia del paladar y permitir el habla normal, evitando complicaciones quirúrgicas como las fístulas velofaríngeas (28)

El momento correcto de la cirugía debe tener en cuenta otras afecciones médicas y el desarrollo del habla. La cirugía temprana puede tener beneficios en el habla, pero puede restringir el crecimiento del maxilar hasta que el niño cumpla los 5 años de edad. En años anteriores, la cirugía de fisura palatina a menudo se demoraba hasta un crecimiento completo del maxilar o cuando los molares de temporales completaban su erupción (29)

Hoy en día se ha establecido que el primer resultado es la mejora del lenguaje, por lo que la cirugía se puede realizar a los 10 meses de edad. Algunos expertos sugieren esperar que el niño cumpla 2 años de edad para operar las fisuras de gran tamaño (30)

La cirugía en la fisura de paladar blando sin fisura labial ha sido recomendada desde los 3 meses de edad. La plastia en Z de doble oposición de Furlow (Raol & Hartnick, 2015) y la veloplastia intravelar son las técnicas principales para restaurar la incompetencia del paladar. La palatoplastia Von Langenbeck, la palatoplastia Veau- Wardill-Kilner o la palatoplastia Bardach de dos colgajos se

usan para la restauración ósea. Para reparar el suelo nasal, los colgajos de vómer se utilizan junto con el hueso duro anterior (31)

El cierre de la hendidura en el labio y el paladar requiere una operación quirúrgica. Hay una variedad de técnicas quirúrgicas y tiempos. Cualquier protocolo quirúrgico debe satisfacer varios requisitos aparentemente contradictorios. Los resultados de la reparación neonatal no son mejores que la cirugía posterior y no existe ningún beneficio psicológico para los padres. Además, la cirugía neonatal conlleva un riesgo inherentemente mayor. La mayoría de los cirujanos reparan el labio y, a menudo, el área alveolar y el borde frontal del paladar duro entre los 6 meses (32)

Cuanto más tarde se cierra el paladar, peor es el habla. Incluso antes de que se desarrolle el habla, los patrones de balbuceo son anormales en niños con paladar hendido y muchos cirujanos cierran el paladar a los seis meses o menos. Sin embargo, la cirugía para cerrar el alvéolo y el paladar se ha relacionado con un crecimiento facial deficiente (33)

El cierre temprano del paladar blando con el cierre tardío del paladar duro se ha sugerido, pero ha producido resultados deficientes en el habla. El cierre de la hendidura en el alveolo y el paladar duro implica la movilización de los tejidos lateralmente y su desplazamiento a través de la línea media para cubrir la hendidura (33)

La cirugía de paladar blando puede requerir una extensa disección de los tejidos blandos lateralmente. La cicatrización producida por muchas de estas maniobras se ha relacionado con la deformidad facial de los adultos con hendiduras reparadas previamente y las técnicas quirúrgicas actuales apuntan a minimizar la alteración del crecimiento. Existe evidencia de que se puede lograr un buen crecimiento facial y un buen habla mediante el cierre del paladar duro y blando en una sola etapa antes de un año de edad, siempre que la cirugía sea lo menos traumática posible (34)

Además del cierre quirúrgico primario de la fisura labial y palatina, muchos pacientes requerirán procedimientos quirúrgicos secundarios que involucren el labio, la nariz, el paladar y las mandíbulas. Estos procedimientos generalmente se organizan desde la infancia hasta la edad adulta. En todos los casos, las

técnicas quirúrgicas deben individualizarse según las necesidades y el estado del paciente. Los procedimientos quirúrgicos deben coordinarse para minimizar el número de exposiciones anestésicas y hospitalizaciones. Los pacientes que han recibido reparación quirúrgica, deben tener seguimiento anual por el equipo multidisciplinario, para que puedan identificarse y tratarse adecuadamente las complicaciones que puedan aparecer (35)

La reparación quirúrgica de la fisura labial generalmente se inicia dentro de los primeros 12 meses de vida y puede realizarse tan pronto como se considere seguro. Debe ser evaluado por un equipo multidisciplinario, incluido un personal de anestesiología altamente capacitado. La ortopedia prequirúrgica del maxilar para mejorar la posición de los segmentos alveolares maxilares y / o mejorar los resultados estéticos nasolabiales antes del cierre quirúrgico, puede estar indicada para algunos pacientes. Dependiendo de la gravedad de la fisura, la rinoplastia primaria se puede realizar en el momento de la reparación primaria (36)

En el paciente con desarrollo típico, el paladar hendido debe cerrarse antes de los 18 meses de edad y preferiblemente antes, cuando sea posible. El objetivo de la cirugía de la fisura labio palatina es lograr la función normal del habla y la deglución. La reparación de la hendidura del paladar blando debe incluir la reconstrucción muscular. Los pacientes con paladar hendido submucoso deben ser monitoreados de cerca, y debe repararse solo si hay evidencia de problemas de alimentación, otológicos o del habla (37)

La cirugía secundaria de o cirugía para la disfunción velofaríngea se debe realizar solo después de la evaluación imagenológica del mecanismo velofaríngeo durante el habla. La amigdalectomía o adenoidectomía también pueden estar indicadas para permitir la realización segura de un colgajo faríngeo u otro tipo de faringoplastia (10)

El momento del injerto óseo de la hendidura alveolar debe determinarse por la etapa de desarrollo dental. El injerto debe colocarse antes de la erupción de los dientes superiores permanentes en la región de la hendidura. Sin embargo, en pacientes que se han perdido durante el seguimiento o se presentan tarde al equipo para un injerto óseo alveolar, es posible que esta cirugía deba

realizarse después de la erupción completa de los dientes permanentes. El momento del procedimiento quirúrgico debe determinarse en colaboración con el ortodoncista del equipo. Se debe usar hueso autógeno cuando se anticipa el movimiento del diente a través del injerto. Aunque la rinoplastia y la cirugía del tabique nasal generalmente se recomiendan solo después de completar el crecimiento nasal, puede estar indicada una intervención más temprana por razones de problemas en las vías respiratorias o por la diferencia de la punta nasal (11)

3.1.13. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la fisura labial tiene un enfoque minimalista y se preconiza su inicio precoz. Después del primer mes de nacido, se realiza la primera queiloplastia, con la que se consigue reparar el labio y el piso nasal. Se trata de un procedimiento corto, seguro, que se basa en la reparación de la simetría de los labios, a partir de la extracción de excedentes cutáneos y la corrección de las alteraciones en la migración de las estructuras musculares (38)

Con esta primera intervención, se consiguen mejoras significativas en los mecanismos de succión, para el desarrollo normal de la lactancia, se mejora considerablemente el aspecto del recién nacido, con lo que se consigue disminuir el aislamiento al que son sometidos y, se consigue una cicatriz estética, que con el paso de los años tiende a ser menos visible (39)

Aproximadamente al séptimo y octavo mes de vida se realiza la uranoestafilorrafia. Este procedimiento debe realizarse cuando el paciente ya no utiliza el biberón, porque, debe prohibirse en el postoperatorio, evitando la dehiscencia de la sutura. En los pacientes con fisura palatina unilateral total, deberán realizarse al menos dos intervenciones durante el primer año de vida. En los casos de fisura bilateral, es preciso realizar al menos tres cirugías en el primer año (40)

Queiloplastia

La queiloplastia es la corrección quirúrgica de la deformidad de la fisura labial. La hendidura del labio superior interrumpe la musculatura orbicular de los

labios. La falta de continuidad de este músculo permite que las partes en desarrollo del maxilar crezcan de manera descoordinada, de modo que la hendidura en el alvéolo se acentúa. Al nacer, el proceso alveolar en el lado no afectado puede parecer sobresalir de la boca. La falta de control esfinteriano del músculo orbicular de la boca hará que el labio fisurado bilateral exhiba una premaxila que sobresalga de la base de la nariz y produzca una apariencia desagradable. Por lo tanto, la restauración de este esfínter muscular con reparación labial tiene un efecto favorable en los segmentos alveolares en desarrollo (41)

Reparación de la fisura labial unilateral

La premisa básica de la reparación es crear un cierre de tres capas; piel, músculo y mucosa que se aproxime al tejido normal y extirpe el tejido hipoplásico en los márgenes de la hendidura. Un paso importante en este proceso es la reconstrucción del músculo orbicular en un esfínter continuo. La técnica de rotación y avance de Millard tiene la ventaja de permitir que cada una de las líneas de incisión caiga dentro de los contornos naturales del labio y la nariz. Esto es una ventaja porque es difícil lograr una simetría de "imagen especular" en el labio y nariz hendidos unilaterales con el lado normal inmediatamente adyacente al sitio quirúrgico (42)

Una técnica de plastia en Z como la reparación de Randall-Tennison puede no alcanzar este nivel de simetría porque la cicatriz en forma de Z está directamente adyacente al filtrum lineal no hendido. Lograr la simetría es más difícil cuando la porción de rotación de la hendidura es corta en comparación con el segmento de avance. Se puede considerar la reconstrucción nasal primaria en el momento de la reparación del labio para reposicionar los cartílagos laterales inferiores desplazados y los tejidos alar. Se recomiendan varias técnicas, y existe una variación considerable con respecto a la reconstrucción nasal exacta realizada por cada cirujano. La reparación nasal primaria se puede lograr liberando la base alar, aumentando el área con injertos subdérmicos alogénicos, o incluso una rinoplastia abierta formal (42)

Actualmente, se utilizan varias técnicas quirúrgicas para la reparación de fisura labial unilateral. La técnica de cierre en línea recta para la reparación de

defectos unilaterales se introdujo en la década de 1840. Desde entonces, se han implementado varias técnicas para tales procedimientos. En la mayoría de las técnicas utilizadas hasta la fecha, además del diseño rígido, no se puede lograr una altura de labio suficiente en el lado de la hendidura, especialmente en casos con una discrepancia severa, y estos métodos resultan en algunas complicaciones, como labio corto, discontinuidad de la línea blanca, muescas en el bermellón, falta de equilibrio del arco de cupido y finalmente, asimetría nasal que generalmente se reparan en un procedimiento secundario. Actualmente, se intenta evitar el cierre recto de la herida, especialmente en áreas donde necesitan estirarse, moverse y mejorar la longitud de la herida en algunas etapas del procedimiento (43)

Reparación de la fisura labial bilateral

La técnica de reparación de la fisura labial bilateral se basa en la reconstrucción concéntrica del músculo orbicular de la boca, en la formación del tubérculo labial en la línea media, estrechamiento apropiado de la base alar y la creación de una columna central que se ensanchará con el crecimiento. La precisión de la marcación labial es de suma importancia y solo es posible cuando los contornos no están distorsionados por inyecciones de anestesia local (44)

El filtrum debe diseñarse a partir de la piel prolabial con un tamaño y vascularización adecuados, para que tenga éxito, sin embargo, el neofiltro invariablemente se ensancha durante el proceso de cicatrización, y durante los periodos de crecimiento facial. Cuando se diseña un filtro facial de entre 4 y 5 mm, se consigue una apariencia más normal al terminar el crecimiento facial. Durante este procedimiento, se utiliza típicamente bupivacaína 0,25% con epinefrina 1: 200,000; con el propósito de lograr una vasoconstricción local, incluida la arteria labial superior, la base de la columela y el tabique nasal. De igual manera, se garantiza la anestesia postoperatoria con el bloqueo del nervio infraorbitario (45)

Palatoplastia

La reparación quirúrgica de la fisura palatina permite restaurar la separación entre la cavidad nasal y oral. Con esto, se crea un mecanismo velofaríngeo

funcional, que permite la alimentación, el lenguaje y el funcionamiento adecuado de la trompa de Eustaquio. Como cada paladar hendido es morfológicamente único, la técnica quirúrgica que se seleccione debe solucionar los defectos identificados. Frecuentemente se pueden integrar componentes de diferentes técnicas quirúrgicas, para obtener el resultado deseado, según el tipo de defecto en cada paciente(46)

El cierre del paladar blando requiere la reconstrucción anatómica del músculo elevador del velo del paladar. Idealmente, el músculo elevador debería situarse en la línea media de una manera retroposicionada. Esto se puede lograr con una palatoplastia de 2 colgajos con veloplastia intravelar o una palatoplastia de z-plastia de Furlow, con resultados similares. Se ha demostrado que el uso de injertos interposicionales de dermis acelular reduce las tasas de fístula, particularmente con la técnica de Furlow. Para optimizar el habla, de forma convencional, se realiza la cirugía antes de los 18 meses de edad (47)

Se han descrito muchas técnicas para la reparación del paladar. La palatoplastia de Bardach utiliza dos colgajos grandes de espesor completo que se movilizan y se llevan a la línea media para el cierre. Esta técnica preserva el haz neurovascular palatal posterior para un suministro sanguíneo adecuado. La técnica de von Langenbeck es similar a la palatoplastia de Bardach, pero conserva un pedículo anterior para aumentar el suministro de sangre al colgajo (1)

Esta técnica también es exitosa para lograr un cierre en capas, pero puede ser más difícil al suturar la mucosa nasal cerca de los accesorios pediculares con base anterior. La mayoría de los investigadores no favorecen las técnicas de retroceso, ya que pueden generar más cicatrices palatales, restringir el crecimiento y no mostrar un beneficio medible en el habla (44)

Otra técnica común es la plastia en z de doble oposición de Furlow, que intenta alargar el paladar aprovechando una técnica de plastia en Z tanto en la mucosa nasal como en la mucosa oral. Esta técnica puede ser efectiva para cerrar el paladar, pero algunos han informado que tienen una mayor tasa de formación de fístulas en la unión de los paladares blandos y duros, donde el alargamiento teórico del paladar blando puede comprometer el cierre (43)

De forma general, la reparación quirúrgica de la fisura palatina se basa en el cierre a tensión, la reposición de los músculos velares, y el cierre por planos.

4. MÉTODOS

4.1. Justificación de la elección del método

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación: Observacional, retrospectivo, longitudinal, analítico.

4.2. Diseño de la investigación

Estudio de series de caso.

4.2.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población de estudio estará representada por todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio durante el periodo del 2017 al 2021.

Cuadro 1. Población

POBLACIÓN	
AÑO	PACIENTES
2017 - 2021	88
Total	88

Fuente: Historia Clínica

Muestra: 88 pacientes

Criterios de inclusión:

- Pacientes hasta 25 años
- Fisura Labial unilateral congénita
- Re intervenciones quirúrgicas
- Datos de Historia Clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Primer procedimiento quirúrgico en otra institución
- Historia Clínica incompleta.

4.2.2. Procedimiento de recolección de la información

La información se obtuvo a través de un formulario previamente elaborado por el investigador, el cual constó de la revisión de historias clínicas de los pacientes en estudio, la autorización por escrito para realizar el estudio, asegurando que los datos serán usados con fines científicos.

Se empleará un formulario de recolección de datos que será diseñado por el autor, posteriormente la información recogida será transferida a una matriz de datos de Microsoft Excel 2017, donde se organizará las variables a investigar acorde a los objetivos específicos de la investigación.

4.2.3. Técnicas de recolección de información

Se recolectó la información de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, en los archivos físicos de la fundación. Utilizando el programa office, Excel 2018, se recolectó los datos donde constan las siguientes variables:

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Revisión de historia clínica
Genero	Revisión de historia clínica
Técnica en queiloplastia primaria	Revisión de historia clínica
Técnica en queiloplastia secundaria	Revisión de historia clínica
Complicaciones	Revisión de historia clínica
Deserción del tratamiento	Revisión de historia clínica

4.2.4. Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos fueron tabulados y analizados aplicando técnicas estadísticas de tipo descriptiva (frecuencia y porcentajes); las tablas fueron realizadas para brindar mejor comprensión de la información, mediante el uso del programa EXCELL, fueron procesadas, analizadas e interpretadas para corroborar la información que se verificará con los datos encontrados sobre las

presuntas complicaciones, que permitirán verificar con exactitud los factores de riesgo de los pacientes con reintervención de fisura labial.

4.3. Variables

4.3.1. Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			
VARIABLE	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
EDAD	TIEMPO DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL DIA DE LA CIRUGÍA	3 MESES 4 MESES A 2 AÑOS > 2 AÑOS	CUANTITATIVA CONTINUA
GENERO	CARACTERÍSTICA PROPIA, SEXUAL SECUNDARIA	HOMBRE MUJER	CUALITATIVA NOMINAL
TÉCNICA EN QUEILOPLASTIA PRIMARIA	TÉCNICA UTILIZADA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR LA FUNDACIÓN	MILLARD, OTROS	CUALITATIVA NOMINAL
TECNICA EN QUEILOPLASTIA SECUNDARIA	TÉCNICA UTILIZADA PARA CORRECCIÓN DE COMPLICACIONES	MILLARD, OTROS	CUALITATIVA NOMINAL
COMPLICACIONES	TIPO DE LESIÓN TOMADA EN CUENTA COMO COMPLICACIÓN POST QUIRÚRGICA	DEHISCENCIA HEMATOMA INFECCIÓN RETRACCION	CUALITATIVA NOMINAL
DESERCION DEL TRATAMIENTO	PACIENTE QUE DESPUÉS DEL PRIMER PROCEDIMIENTO NO ACUDE A CONSULTA HASTA PRESENTAR COMPLICACIONES	SI NO	CUALITATIVA NOMINAL

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de la población

El estudio se realizó a pacientes con diagnóstico de fisura labial primaria, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio durante el periodo del 2017 al 2021. De los que obtuvimos de la presente investigación son los siguientes:

TABLA 1. *Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según edad, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.*

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 11 meses	63	72%
1 - 4 años	11	13%
5 - 8 años	5	6%
9 - 12 años	2	2%
13 - 16 años	0	0%
17 - 20 años	4	5%
21 - 24 años	3	3%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia.

Interpretación y análisis

De acuerdo a las historias clínicas consultadas, se verifica que el 72% correspondieron a pacientes entre el primer mes de vida hasta los 11 meses, el 13% correspondió a la edad de 1 a 4 años, el 6% correspondió a la edad de 5 a 8 años, el 2% a las edades entre los 9 a los 12 años de edad. Con respecto a las edades de los 17 a 24 años, se tomaron en consideración porque fueron intervenidos cuando tenían edad pediátrica y en todos los casos requirieron reintervención por insatisfacción estética y funcional.

TABLA 2. Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según género, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	57	65%
Femenino	31	35%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia

Interpretación y análisis

Con relación al género, el 65% correspondió al género masculino y el 35% al género femenino. Es conocido de acuerdo a la literatura consultada que la mayoría de los factores de riesgos de padecer fisuras labiales, se concentra en el género masculino.

TABLA 3. Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según técnica en queiloplastia primaria, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rotación y avance	74	84%
No conocida	14	16%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia

Interpretación y análisis

Según el tipo de técnica en queiloplastia primaria, el 84% se realizó por Técnica de rotación y avance y reparación nasal y el 16% según historia clínica no refiere o no está especificada.

TABLA 4. Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según técnica en queiloplastia secundaria, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rotación y avance	8	9%
Z plastia	8	9%
Reparación	3	1%
No aplica	71	81%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia

Interpretación y análisis

De acuerdo a la técnica en queiloplastia secundaria, el 81% de los pacientes no fue necesaria, el 9% correspondió respectivamente a la rotación y avance y la técnica plastia en Z y el 1% requirió reparación de dehiscencia a los 8 días de la cirugía

TABLA 5. Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según complicaciones, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Retracción	16	18%
Dehiscencia	3	3%
No aplica	69	78%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia

Interpretación y análisis

Según presentación del tipo de complicación, el 78% no presentó complicaciones, el 18% presentó retracción y se reinterviene después de algunos años de la primera cirugía y el 3% presentó dehiscencia que se reintervinió a los 8 días de la primera cirugía.

TABLA 6. Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según deserción del tratamiento, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	13%
No	77	88%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia

Interpretación y análisis

Los resultados según el seguimiento para verificar la deserción del tratamiento, el 88% continua de forma puntual y el 13% indica que ha desertado del tratamiento y tiene relación con los pacientes de rangos mayores de edad que presentan retracción.

TABLA 7. Análisis de las historias clínicas pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, según condición socioeconómica, en Fundación Rostros Felices, periodo 2017 – 2021.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	49	56%
Rural	39	44%
TOTAL	88	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: MD. Holguer Casignia

Interpretación y análisis

Los resultados según la condición socioeconómica, el 56% perteneció al área urbana y el 44% al área rural.

6. DISCUSIÓN

Las fisuras labiales son variadas en su forma de presentación y su tratamiento requiere de una descripción detallada de su morfología y de una cirugía individualizada. La mayoría de cirujanos plásticos en el mundo utilizan una sola técnica o modificaciones de ésta para tratar las diferentes formas de fisura labial. Durante nuestros primeros años de experiencia tratamos las diferentes formas de fisura labial con una sola técnica quirúrgica (Millard para la unilateral y Mulliken para la bilateral) con buenos y malos resultados.

Con relación al grupo etario con mayor riesgo de reintervención, el autor Fernández recomienda la edad apropiada para realizar el tratamiento quirúrgico sigue siendo para muchos la que sigue a las 10 semanas de vida, con condicionales hematológicas, lo mismo indica Bermúdez, que plantea que el momento ideal para corregir el labio hendido es en los primeros 7 días de vida hasta el año de edad, hecho que permite una integración rápida a su medio familiar y social, disminuyendo el trauma familiar que conlleva el nacimiento de un niño con esta deformidad y la evolución cicatrizal favorable por encontrarse más cerca del período fetal. Lo que concuerda con el presente estudio debido a que la mayor población de participantes tuvo el 72% correspondieron a pacientes entre el primer mes de vida hasta los 11 meses.

Con relación a las características socio económicas culturales del paciente operado, influye mucho en la adherencia del tratamiento y de los resultados postoperatorios, relacionados con el cuidado, el autor Cabrera, explico en su estudio que el sitio de donde provienen los pacientes influye en los resultados de la cirugía, por ejemplo, tomo en cuenta factores como la vivienda, el tipo de ingresos económicos, la educación y la distancia de lugar de domicilio hasta los centros hospitalarios. Las novedades se presentaron, se dieron en los pacientes pertenecientes del sector rural, debido a la lejanía del sector, al no existir programas de atención a las enfermedades del neonato y mucho menos atención especializada que priorice la atención a estas enfermedades vulnerables en una población, donde la incidencia de los factores etiológicos es común, gran cantidad de pacientes adultos ocultan tras los mantos tradicionales sus rostros deformes por esta afección congénita, completamente

vírgenes de tratamiento o víctimas de procedimientos inadecuados, se denota que el sector rural influye en este tipo de pacientes. En el presente estudio los pacientes del sector rural pertenecieron el 44%, y fueron los pacientes que en un 80% abandonaron el tratamiento, por lo que sus resultados a futuro van a necesitar una reintervención para mejorar aspectos estéticos.

Con referencia al Registrar los factores de riesgo trans y post quirúrgicos de re intervenciones en queiloplastia primaria, de acuerdo al autor Caamaño, los factores de riesgo postquirúrgicos, en el estudio de caso que realizó, estuvieron demarcados por la falta de seguimiento y por las complicaciones que se presentaron luego de la cirugía, lamentablemente después de varios meses, que los pacientes vuelven a consulta, se debió agendar una segunda y hasta tercera reintervención por las secuelas de las complicaciones no tratadas a tiempo. En el presente estudio, existió un 88% de pacientes que continúan con el tratamiento, por lo que los factores de riesgos estuvieron demarcados en una población bastante menor, por las complicaciones que se presentaron, como, por ejemplo, el 18% presentó retracción presentándose al control después de mucho tiempo luego de la primera cirugía y el 3% presentó dehiscencia la cual se corrigió a los 8 días de la primera cirugía.

7. CONCLUSIONES

La fisura labio palatina, es la malformación craneofacial congénita más frecuente, producida por una falla en la fusión de procesos faciales durante periodos cruciales en el desarrollo embrionario. Su prevalencia repercute en la salud integral del paciente, pues las implicaciones estéticas afectan tanto al núcleo familiar como a su entorno social. Los pacientes generalmente requerirán más de una cirugía reconstructiva como tratamiento, necesitando así de un tratamiento multidisciplinario, ya que es indispensable la colaboración de múltiples profesionales de la salud para obtener como resultado una buena calidad de vida para el paciente.

La presente investigación concluyo en lo siguiente:

- Con relación a la edad, se encontró que el 72% correspondieron a pacientes entre el primer mes de vida hasta los 11 meses, el 13% correspondió a la edad de 1 a 4 años, el 6% correspondió a la edad de 5 a 8 años, el 2% a las edades entre los 9 a los 12 años de edad. Con respecto a las edades de los 17 a 24 años, se tomaron en consideración porque fueron intervenidos cuando tenían edad pediátrica y en todos los casos requirieron reintervención por insatisfacción estética y funcional.
- El género con mayor cantidad de pacientes fue el género masculino y el 35% al género femenino. Es conocido de acuerdo a la literatura consultada que la mayoría de los factores de riesgos de padecer fisuras labiales, se concentra en el género masculino.
- Con relación a las complicaciones, el 78% no presentó complicaciones, el 18% presentó retracción y el 3% presentó dehiscencia.
- Y por último, sobre los resultados según el seguimiento para verificar la deserción del tratamiento, el 88% continua de forma puntual y el 13% indica que ha desertado del tratamiento, en su mayoría pacientes que viven en el sector rural, lo que indica presentación de resultados no apropiados luego de años después de la primera cirugía

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Las diferentes investigaciones plantean que lo más trascendente para el tratamiento exitoso de esta patología, es el manejo multidisciplinario por un grupo de especialistas profundamente interiorizados en el tema con una gran interacción en la toma de decisiones. La búsqueda permanente de mejores resultados, es lo que ha permitido llegar a la situación actual de manejo precoz, de la corrección primaria del labio y nariz y el cierre temprano del paladar. Este cambio en el manejo inicial ha generado un gran avance en los resultados en las últimas décadas, dejando como consecuencia una disminución importante de las secuelas. El consenso general es que el labio y paladar fisurado constituyen malformaciones que no solo repercuten en el plano estético, sino también en el plano afectivo y social, porque puede verse, oírse y palparse. Crecer con ellas aísla a la persona de la sociedad y obviamente limita sus oportunidades en un mundo donde no solo es importante una apariencia normal, sino una apariencia estética. La apariencia estética no apropiada se define como complicación de una primera cirugía, misma que podía haberse manejado al seguir las indicaciones post quirúrgicas de cuidados maternos o en el hogar.

REFERENCIAS

1. Rebattú M, Munguía A, ... EPR de, 2021 undefined. Manejo de Fístulas nasopalatales con la colocación de aloinjerto, xenoinjerto y membrana para regeneración tisular. Revisión de la literatura y presentación de tres. revistas.unne.edu.ar [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/5767>
2. Martínez SE, Serrano JS. Evaluación del conocimiento sobre manejo de fisura labio alveolo palatina posterior a intervención educativa en estudiantes de odontología. 2022 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/44587>
3. Sobrino RG. Características y estado nutricional de los pacientes intervenidos de fisura labiopalatina. zaguan.unizar.es [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/106310>
4. Gómez J. Cirugía en la clínica de pequeños animales. Cuello y cabeza. Vol. II. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=ladHEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP6&dq=reconstruccion+EN+FISURAS+LABIALES&ots=MfcPk8bBqt&sig=uyzODj8z_Vdb6Ud3cmJ9jbCRgvY
5. Broncano NC. Síndrome adherencial post apendicectomía. 2018 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/8564>
6. Cipolla M. Tratamiento y control de salud de niños con fisura labio alveolo palatina, nacidos en 2015-2016 en el subsector público en Argentina. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/110532>
7. Fajardo C, Silva D, ... ISRM, 2020 undefined. Determinación de factores relacionados al desarrollo de fístulas palatinas posterior a una palatoplastia primaria. revistahcam.iess.gob.ec [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/663>
8. Loli ET. Tratamiento ortodóntico en pacientes con labio paladar fisurado. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://intra.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5341>
9. Moreno CH. Edad de queiloplastia en niños con fisura labio alveolo palatina pertenecientes al programa "Creciendo" del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9002>
10. Aynaguano LA. Ortopedia en pacientes con labio leporino y paladar hendido. 2022 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/60160>
11. Verde JS. Estado clínico periodontal del sextante anterosuperior en pacientes con fisura labio alveolo palatina asistentes de la Institución Qorito en 2019. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11020>
12. Villarreal M, Alexander L. La terapia miofuncional en el tratamiento de los trastornos del habla en la fisura labiopalatina, Quito, julio–diciembre 2020. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22469>

13. Fariña MG. Diagnóstico prenatal, tratamiento y evolución del labio leporino. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/20326>
14. Fajardo CC. Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de fístulas palatinas posterior a una Palatoplastia en el Hospital Carlos Andrade Marín desde el 2010 al 2019. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17515>
15. Guerrero FS. Evaluación de los resultados de la Queiloplastia unilateral mediante técnica de Millard, desde la percepción de los padres durante el proceso posquirúrgico, en. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://201.159.222.35/handle/22000/18843>
16. Reinoso AR. Manejo de pacientes de labio fisurado unilateral completo con la técnica de Tennison-Randall, discusión de la técnica y exposición de casos clínicos. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/9039/1/133406.pdf>
17. Medina NC. Prevalencia y predisposición genética de labio leporino y paladar hendido en pacientes pediátricos estudio a realizar en el Hospital Francisco Icaza Bustamante. 2018 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30492>
18. Caza PC. Acciones fonoaudiológicas preoperatorias en fisura labio-palatina, Quito, octubre 2020–marzo 2021. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23961>
19. Chirivi PP, Sanchez SB. Caracterización del tratamiento quirúrgico y sus complicaciones de anomalías craneofaciales sindrómicas en el instituto Roosevelt. repository.javeriana.edu.co [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/58981>
20. ... JPPAMG, 2019 undefined. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. scielo.org.mx [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032019000400372&script=sci_arttext
21. Picazo J, Ángeles MRGAMG, 2019 undefined. Cleft lip and palate. Current concepts. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=90104>
22. Urbina KÁ. Toma de decisiones relativas al tratamiento de defectos maxilares. 2022 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://addi.ehu.es/handle/10810/55911>
23. Ulloa JJ. Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito, Pichincha-Ecuador 2017. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8520>
24. Mendoza KP. Tratamiento ortodóntico en pacientes con labio paladar fisurado. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4736>
25. Faroni N, Medina R, Giurastante A, Barros V. Hospital de Niños VJ Vilela. Rosario-Argentina. actasdecongreso.sld.cu [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=3131>
26. Torres DB. Fisura palatina en el Ecuador, en una serie de 5 años, Hospital Pediátrico Baca Ortíz durante el periodo 2014–2018. 2020 [cited

- 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18315>
27. Batallas J, Portilla F, ... ELM, 2019 undefined. Estadística de las fisuras labiopalatinas en la clínica de labio paladar fisurado, Fundación Metrofraternidad, noviembre 2017 a febrero 2019. revistametrociencia.com.ec [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/68>
 28. Arenas C, Odontología OP, 2019 undefined. Tratamiento quirúrgico con injerto óseo en fisuras alveolares de pacientes operados de labio y paladar fisurado: revisión de la literatura. revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/16224>
 29. Escobar E, Dental MMR de la A, 2018 undefined. Microforma de fisura labial superior incompleta unilateral. Reporte de un caso. medigraphic.com [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/adm/2018/od185.pdf#page=42>
 30. Rondón IR, ... YGGRC, 2018 undefined. Anquilobléfaron y el tratamiento a las anomalías congénitas palpebrales y del ojo. scielo.sld.cu [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762018000300013&script=sci_arttext&lng=pt
 31. Calvay VO. Modos de adaptación de la madre en el cuidado del lactante con fisura labial palatina en un hospital local-Chiclayo, Perú. 2018. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1891>
 32. Hernández MC. Epidemiología de la Fisura Labio Palatina, diagnóstico y tratamiento integral. Artículo de Revisión. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://201.159.223.180/handle/3317/16108>
 33. Fong VB. Uso combinado de técnica Reichert-Millard en labio leporino Hospital Militar Central-2018. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/PE_2a36d430756254674394c1e788d776c3
 34. Pereda IS. Cuidados de enfermería en el manejo de la lactancia materna en el recién nacido con fisura labial y/o palatina: revisión bibliográfica. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/20081>
 35. Franco PP. Complicaciones post-quirúrgicas en diferentes técnicas aplicadas a reparación de fisura labio-palatina en niños de 3 meses a 5 años en la Fundación Operación. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8356>
 36. Contreras A. ANOMALÍAS FACIALES MÁS COMUNES. huvn.es [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2021/clase2021_anomalias_faciales%20.pdf
 37. díaZ CH, Pediatría JGu dUeÑaS B de, 2018 undefined. anomalías craneofaciales. sccalp.org [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from:

- http://sccalp.org/uploads/no_cms/news/attachment/file/119/Bolet_n_246_completo.pdf#page=7
38. Aguirre PM. Tratamiento ortodontico en pacientes con labio paladar fisurado. 2018 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2549>
 39. Chiari M, Lopez J, Polo M, ... JDC, 2018 undefined. Evaluación y seguimiento radiológico del paciente con fisura labio-palatina unilateral. piper.espacio-seram.com [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7477>
 40. Pizarro NG. Reparación de fisura labiopalatina en pacientes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Cayetano Heredia en el periodo 2014-2019. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8996>
 41. Dávila AP. Técnicas quirúrgicas para inducir cierre palatino en pacientes con fisura palatina unilateral. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56162>
 42. Mosquera V, ... FP, 2019 undefined. Caso Clínico: Gorlin Goltz asociado a Osteogénesis Imperfecta. revistas-olnx.usfq.edu.ec [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://revistas-olnx.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/1421>
 43. Sancho MC. Análisis tomográfico del complejo nasomaxilar en el Pachón Navarro con fisura palatina congénita no tratada y tratada con palatoplastia convencional o con la. 2021 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/71935/>
 44. SOCIAL I. REMODELADO NASAL CON APARATOLOGIA ORTOPÉDICA, EN PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDO. 2020 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/896d42d4-c7a6-46e6-a3fe-0acc253d627e/cbsCD110422181542vojh.pdf>
 45. reconstruccion EN FISURAS LABIALES - Google Académico [Internet]. [cited 2022 Jun 10]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?start=40&q=reconstruccion+EN+FISURAS+LABIALES&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2018&authuser=1
 46. Altaba II, Martínez GR. Características y estado nutricional de los pacientes intervenidos de fisura labiopalatina. zaguan.unizar.es [Internet]. [cited 2022 Jun 10]; Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/106310/files/TESIS-2021-226.pdf?version=1>
 47. Granizo DL. Trastornos Bucofonatorios en individuos con Paladar y Labio Fisurado. Fundación Operación Sonrisa, 2018. 2019 [cited 2022 Jun 10]; Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5875>
 48. Yang W, Carmichael SL, Roberts EM, Kegley SE, Padula AM, English PB, et al. Residential Agricultural Pesticide Exposures and Risk of Neural Tube Defects and Orofacial Clefts Among Offspring in the San Joaquin Valley of California. Am J Epidemiol. 2014;179(6):740– 8

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Casignia Morejón Holguer Patricio**, con C.C: # **0603566597** autor del trabajo de titulación: **Factores de riesgo de re-intervención en fisuras labiales de las jornadas quirúrgicas por Fundación Rostros Felices 2017-2020**, previo a la obtención del título de **Especialista en cirugía plástica, reconstructiva y estética**, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 10 de junio del 2022

f. _____

Casignia Morejón Holguer Patricio

0603566597

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo de re-intervención en fisuras labiales de las jornadas quirúrgicas por Fundación Rostros Felices 2017- 2020.		
AUTOR(ES)	Dr. Casignia Morejón Holguer Patricio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Palacios Martínez Jorge Humberto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de graduados en ciencias de la salud		
CARRERA:	Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en cirugía plástica, reconstructiva y estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	10 de junio del 2022	No. DE PÁGINAS:	44
ÁREAS TEMÁTICAS:	Fisura labial, Queiloplastia, Millard, Dehiscencia, Retracción		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Reconstrucción fisura labial, factores de riesgo, complicaciones, grupo etario.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La presente investigación tiene como objetivo determinar factores de riesgo de re intervención de Fisura Labial en niños-as de jornadas evaluatorias y quirúrgicas por Fundación Rostros felices en el lapso de tiempo 2017-2020. Materiales y Métodos: La presente investigación tiene un tipo de investigación observacional, de tipo retrospectivo – transversal y tiene un enfoque descriptivo – explicativo. Tiene un diseño de investigación que se refiere a un estudio de casos de los pacientes pediátricos con diagnóstico de fisura labial primaria, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del estudio durante el periodo del 2017 al 2021. Resultados: De acuerdo a los resultados obtenidos, con relación a la edad, se encontró que el 72% correspondieron a pacientes intervenidos por primera vez entre el primer mes de vida hasta los 11 meses, el 13% correspondió a la edad de 1 a 4 años, el 6% correspondió a la edad de 5 a 8 años, el 2% a las edades entre los 9 a los 12 años de edad. Con respecto a las edades de los 17 a 24 años, se tomaron en consideración porque fueron intervenidos cuando tenían edad pediátrica y en todos los casos requirieron reintervención por insatisfacción estética y funcional. El género con mayor cantidad de pacientes fue el género masculino y el 35% al género femenino. Es conocido de acuerdo a la literatura consultada que la mayoría de los factores de riesgos de padecer fisuras labiales, se concentra en el género masculino. Con relación a las complicaciones, el 78% no presentó complicaciones, el 18% presentó retracción y el 3% presentó dehiscencia. Conclusiones: La reintervención de una fisura labial, presenta diferentes factores de riesgo, tomando en cuenta la relación a las características de cada paciente evitando de esta manera secuelas que perjudiquen tanto la estética del paciente pudiendo generar daños psicosociales, también recalcando el funcionamiento anormal en cuanto a alimentación y estética del rostro.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984109270	E-mail: trebolinjr@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. Jorge Humberto Palacios Martínez		
	Teléfono: +593-999481053		
	E-mail: jorge.palacios@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			