

# Labio y paladar hendidos: Orientaciones para su diagnóstico y manejo

## Introducción

Las hendiduras de labio y paladar (queilosquisis y palatosquisis) se han convertido en una patología de ocurrencia cada vez más frecuente, especialmente entre nuestra población con menores recursos. Su manejo requiere la participación activa de todo un equipo multi-disciplinario, pero su diagnóstico precoz y la orientación adecuada del paciente y su familia corresponden al médico general.

Si el estudiante de medicina y el médico general tienen un mejor conocimiento de las anomalías faciales, lograremos mejores y más tempranos resultados en la recuperación humana, física y social de estos pacientes.

En nuestro medio, hemos tenido la oportunidad de diagnosticar y tratar más de medio millar de pacientes con esta patología, trabajando con grupos multi-disciplinarios y estamos empeñados en seguir con esta labor que requiere la colaboración de todos los estamentos de la sociedad. Este trabajo quiere llamar la atención de toda la comunidad relacionada con el campo de la salud, para: prevenir, diagnosticar, evaluar, y tratar todos los pacientes que presenten esta patología.

## Embriología de la cara

La cara se forma a partir de cinco procesos o primordios faciales que levanta el ectodermo de la extremidad cefálica del embrión, alrededor de la boca primitiva, conocida como estomodeo, estructura central alrededor de la cual se formará la cara. Este proceso se inicia alrededor de la cuarta semana del desarrollo del embrión<sup>(1)</sup>.

CARLOS ENRIQUE HOYOS SALAZAR.  
Médico, Cirujano Plástico y Estético.  
Docente Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Tecnológica de Pereira.

## Resumen:

*Las anomalías faciales más frecuentes en nuestro medio son las hendiduras de labio y paladar (queilo y palatosquisis). Es importante hacer un diagnóstico exacto de esta patología para orientar, de manera adecuada, a los padres del paciente con respecto al manejo preoperatorio y las posibilidades de corrección de tales anomalías, labor que corresponde al médico general. PALABRAS CLAVES: hendidura, queilosquisis, palatosquisis.*

Recibido para publicación: 03-07-2001  
Aceptado para publicación: 21-11-2001

Los primordios faciales son: el proceso frontonasal, dos procesos maxilares superiores y dos procesos maxilares inferiores o mandibulares (figura 1).

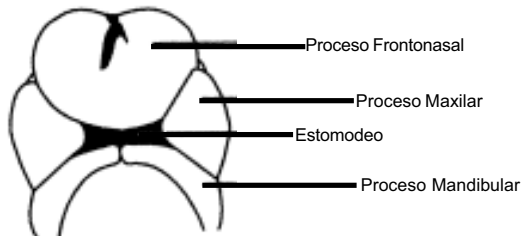


Figura 1: Primordios faciales

El proceso frontonasal es una proliferación de mesénquima (tejido conectivo), de localización ventral y anterior al lugar en donde se desarrolla el prosencéfalo. Se encuentra por encima del estomodeo y forma la mitad superior de la cara, el septum nasal, el filtrum labial, la premaxila y el paladar duro (anterior).

Los dos procesos maxilares superiores se derivan del primer arco branquial y son los límites laterales del estomodeo. Dan origen a la mitad superior de las mejillas, las porciones laterales del labio superior y el paladar posterior.

Los dos procesos mandibulares (maxilares inferiores), también provienen del primer arco branquial. Son el límite inferior del estomodeo y forman la mandíbula, la mitad inferior de las mejillas y parte de la lengua.

Al final de la cuarta semana de desarrollo aparecen en el proceso frontonasal, en su porción infero-externa, dos engrosamientos ovalados (uno a cada lado), llamados placodas nasales que forman rebordes en forma de herradura, por proliferación del mesénquima; estos rebordes (figura 2) se conocen como procesos nasales externo e interno.

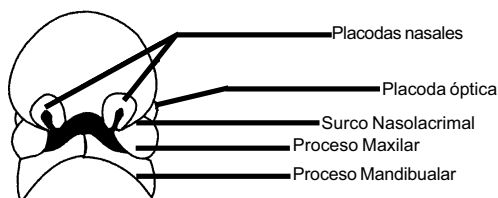


Figura 2: 4a. Semana de Desarrollo

La porción central de la placoda origina las fosas nasales. En ese mismo momento los procesos maxilares superiores crecen rápidamente e inician su fusión con los procesos nasales externos; están separados de

ellos por el surco naso-lacrimal.

Durante la quinta semana del desarrollo los pabellones auriculares inician su desarrollo en una posición baja y las placodas ópticas son laterales.

Durante la séptima semana los procesos nasales internos se unen entre sí y forman el segmento intermaxilar (figura 3) que da origen a: 1- el filtrum (componente labial) que es la porción media del labio superior, 2- el componente gnatolingival que forma la premaxila, 3- el componente palatal que da origen al paladar primario o anterior, cuando se fusiona con el septum nasal.

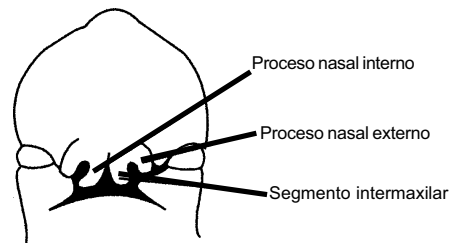


Figura 3: 7a Semana de Desarrollo

El tejido conectivo del segundo arco branquial da origen a los músculos de la expresión y los músculos masticadores, al poblar los labios y mejilla primitivos. Al final de la décima semana la cara del embrión se encuentra completamente formada.

### Desarrollo del paladar

El paladar inicia su desarrollo al mismo tiempo que el proceso frontonasal y los procesos maxilares lo están haciendo para formar la cara a partir de la quinta semana de vida embrionaria<sup>(2,3)</sup>.

El paladar anterior o paladar primario se desarrolla de la porción interna del segmento intermaxilar y se fusiona con los procesos maxilares superiores. El paladar secundario o posterior se forma a partir de dos porciones de mesodermo de los procesos maxilares. La separación entre el paladar primario y el secundario es el agujero incisivo (figura 4).

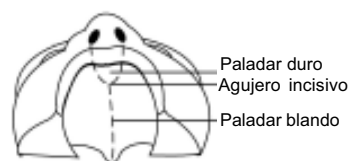


Figura 4: Paladar normal

El paladar primario da origen a la premaxila superior por osificación membranosa; allí aparecerán los dientes incisivos. La osificación se extiende a los procesos palatinos laterales y anteriores y se forma el paladar duro. Las porciones posteriores de estos procesos no se osifican; se extienden por detrás del septum nasal para fusionarse y dan origen al paladar blando y la úvula.

### Clasificación de las anomalías faciales

#### 1. Anomalías del labio<sup>(4)</sup>

- **Labio hendido completo:** cuando no ha habido fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha formado (está abierto)(figura 5).



Figura 5: Labio hendido completo

- **Labio hendido incompleto:** cuando hay fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está cerrado, pero el músculo orbicular de los labios no está debidamente orientado en forma circular y aparece una hendidura parcial del labio en su porción inferior (figura 6).



Figura 6: Labio hendido incompleto

- **Labio hendido cicatricial:** cuando hay fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial pero hay una pequeña hendidura, en forma de cicatriz en el rollo rojo labial. Estas anomalías pueden presentarse unilaterales (derechas o izquierdas) o bilaterales.
- **Labio hendido bilateral:** cuando no hay fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores. Puede ser hendidura completa si existe compromiso total del espesor del labio y del piso de la nariz (figura 7) o parcial cuando el piso nasal está cerrado y el labio está parcialmente abierto.



Figura 7: Labio hendido bilateral

#### 2. Anomalías del paladar<sup>(5)</sup>

Hay varias maneras de clasificar las anomalías del desarrollo del paladar. Considero que la sugerida por Victor Veau es simple y fácil de recordar. Veau divide las hendiduras palatinas (palatosquisis) en cuatro tipos:

**Tipo I:** hendidura del paladar blando (incluidas las de úvula solamente) (figura 8).



Figura 8: Palatosquisis I

**Tipo II:** hendidura de paladar blando y duro que comprometen solo el paladar secundario, es decir, llegando solo hasta el foramen incisivo (figura 9).



Figura 9: Palatosquisis II

**Tipo III:** hendidura completa unilateral, desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los lados de la premaxila (hacia el alveolo que debería ocupar el incisivo lateral). Con mucha frecuencia se acompaña de hendidura unilateral del labio del mismo lado (figura 10).



Figura 10: Palatosquisis III

**Tipo IV:** hendidura completa bilateral, desde la úvula, pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila. Se asocia frecuentemente con labio hendido completo bilateral (figura 11).



Figura 11: Palatosquisis IV

Es importante tener en cuenta que el paladar primario o anterior está formado por la premaxila, el septum nasal anterior, el labio y toda la porción del paladar duro que se localiza por delante del foramen o agujero incisivo. El paladar secundario o posterior se encuentra por detrás del foramen incisivo y va hasta la úvula.

## *Etiología de las anomalías labio-palatinas*

En la etiología de las hendiduras labio-palatinas se han encontrado factores genéticos y factores ambientales<sup>(6)</sup>. En casi todas las series estudiadas se ha encontrado una relación muy clara entre el estado socio-económico y la aparición de anomalías labio-palatinas; un alto porcentaje de los pacientes son desnutridos. Se ha comprobado la tendencia familiar y en los pacientes que hemos atendido durante los últimos 10 años es muy clara la presencia de varios miembros de un mismo núcleo familiar con anomalías labio-palatinas.

La exposición de la madre, durante el primer trimestre del embarazo, a plaguicidas, herbicidas, fungicidas, rociamientos antimaláricos y antidengue con DDT, tiene una clara relación con la aparición de las anomalías. Así mismo, el consumo de drogas estimulantes del sistema nervioso central, tranquilizantes, opiáceos, alcohol, cigarrillo, isotretinoína (acutane), difenilhidantoinato de sodio, antidepresivos, han sido reportados como posibles causantes de las anomalías labio-palatinas por diversos autores.

Las enfermedades eruptivas durante el primer trimestre de la gestación, así como el consumo indiscriminado de antibióticos y antieméticos, deficiencias de vitamina A, riboflavina, ácido fólico; la hipoxia y el uso de corticosteroides, también se deben considerar en la etiología de estas malformaciones.

Algunas entidades genéticamente determinadas se presentan acompañadas de labio y paladar hendidos (Síndromes de Pierre-Robin, Treacher Collins, Stickler).

## *Manejo del paciente*

Es importante tener en cuenta que el manejo del paciente con hendiduras de labio y paladar es un manejo no solo del paciente, sino especialmente del grupo familiar, pues son anomalías que causan gran ansiedad y otros trastornos emocionales (complejos de culpa) entre las personas que rodean al paciente. Igualmente, el manejo es realizado por un grupo multidisciplinario<sup>(7)</sup> que debe incluir entre otros a los siguientes profesionales: médico general, pediatra, genetista, odontólogo, ortodoncista, otorrinolaringólogo, psicólogo, enfermera, trabajadora social, fonoaudiólogo, cirujano plástico, cirujano oral.

El paciente con queilo-palatosquisis presenta una serie de trastornos asociados que se relacionan con: su dificultad para alimentarse, problemas respiratorios y de oído, dificultades para la comunicación (trastornos del lenguaje), anomalías del crecimiento y desarrollo facial.

Desde el momento del diagnóstico de la anomalía por el médico general, que se hace en el momento mismo del nacimiento, se debe orientar a la madre sobre la forma de alimentar al paciente, evitando la broncoaspiración; el paciente debe estar semisentado y se puede usar inicialmente un chupo largo (de uso veterinario). Solicitar al odontólogo la confección de un obturador para el paladar, este debe cambiarse a medida que el paciente crezca. Se debe realizar ortopedia maxilar y con frecuencia se requieren tubos ventilatorios para evitar otitis a repetición.

La consejería genética debe asociarse con soporte psicológico y educativo al paciente y a la familia.

Para el manejo quirúrgico, el médico general debe tener en cuenta algunas reglas que le permitirán remitir el paciente, en el momento adecuado, al cirujano plástico.

Se ha establecido para nuestro medio que un paciente con hendidura de labio (queilosquisis) debe ser llevado a cirugía en condiciones ideales, que se resumen

en la "regla del 10": 10 semanas de vida, 10 libras de peso, 10 de hemoglobina y 10.000 leucocitos. Si se cumplen estos parámetros mínimos el paciente será intervenido con menores riesgos desde el punto de vista quirúrgico y anestésico.

El cirujano decidirá cual de las muchas técnicas es la más conveniente para el paciente; usualmente el cierre de la hendidura labial se lleva a cabo mediante el empleo de colgajos de avanzamiento hacia la fisura.

Con respecto a la cirugía del paladar recomendamos una edad mínima de 18 (dieciocho) meses, pues el manejo de los tejidos se facilita y le permite al paciente una función velofaríngea y una fonación adecuadas. Así como en el cierre de la hendidura labial, es el cirujano quien debe definir cual es la técnica más adecuada para el cierre de la palatosquisis; en general, la hendidura de paladar se cierra empleando colgajos de avanzamiento.

El manejo ideal de las queilopalatosquisis es de tipo preventivo. Un adecuado control prenatal; evitar durante el primer trimestre del embarazo el contacto con elementos de fumigación tales como herbicidas, fungicidas, plaguicidas, rociamientos antimaláricos, así como el uso de psicoestimulantes y, además el realizar el estudio genético cuando hay antecedentes familiares, reducirán ampliamente el riesgo de un recién nacido con queilopalatosquisis.

## Referencias bibliográficas

1. Langman Jan. Embriología médica. Ed Interamericana. México. 1969.
2. Hernández León, et Al. Cirugía plástica, maxilofacial y de la mano. Editec. 1979.
3. Castrillón JM. Labio y paladar hendidos. Cirugía, vol 2. Ed. Universidad de Antioquia 1983.
4. Grabb WC, et Al. Cleft lip and palate. Little Brown. 1976
5. Converse JM, et Al. Reconstructive Plastic Surgery, vol 4. Ed. Saunders 1977.
6. Millard Dr.Jr. Cleft craft, vol 3. Edit. Little Brown. 1980
7. Kurzer Alberto, et Al. Cirugía Plástica. Ed. Universidad de Antioquia 1997.