



GUIA DE MANEJO DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO

Fundación
HOMI
Hospital de la Misericordia

El Primer Hospital Pediátrico del País

Asesor Científico	Gerente Científico
Validó	Aprobó

1. OBJETIVO

Elaborar el protocolo de manejo para pacientes con hendiduras labio y/o palatinas, documentando las características fisiopatológicas, epidemiológicas y de manejo de las malformaciones de labio y/o paladar hendido que se presenta en los pacientes que acuden al Servicio de Salud Oral del HOMI con dicha anomalía, para facilitar su identificación mediante la estandarización del conocimiento clínico con miras a disminuir la variabilidad diagnóstica de los casos con una condición clínica similar. Las presentes recomendaciones han sido elaboradas para apoyar la toma de decisión integral del equipo de profesionales y personal en relación con el diagnóstico precoz, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del paciente fisurado. La integración de los diversos especialistas, centrada en el paciente forma parte del éxito terapéutico y la calidad de vida de los niños (1)

2. CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Las anomalías congénitas se inician en la vida prenatal en donde se altera la secuencia de eventos morfofisiológicos, generando malformaciones, entre ellas las anomalías cráneo maxilo faciales; según el Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998, el labio y paladar fisurado congénito en la población colombiana en un 0.2% y para el caso de Bogotá 0.4% para labio leporino y fisura del paladar del 0.7%. El estudio encontró que alrededor de la mitad de la población no presenta corrección de la fisura del paladar, aún cuando por las implicaciones sociales de esta patología se hace necesaria la atención integral durante un largo periodo de la vida del paciente y la necesidad de contar con la intervención de un grupo interdisciplinario de profesionales para garantizar una atención integral del individuo que le permita una adecuada inserción en sus entornos educativos, laborales y sociales.

La experiencia mundial y nacional, ha demostrado que se requiere no solo de un manejo quirúrgico, si no que para lograr rescatar las funciones fisiológicas y la estética pérdidas, se recomienda el manejo interdisciplinario con atención en centros especializados de acuerdo a una guía clínica, con seguimiento y resultados a los pacientes durante un periodo prolongado de su vida, que permita evaluar el proceso y ante los cuales exista una responsabilidad ética y legal, para poder devolver la funcionalidad del sistema estomatognático, pero también devolver sus condiciones de calidad de vida, de autoestima y de desarrollo social en los ámbitos cotidianos de desempeño.

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia cuenta con una serie de actividades aisladas para atención de pacientes con Labio Paladar Hendido pero carece de una concepción integral en el manejo de LPH basada en evidencia científica, que permita alcanzar mayor impacto en su salud, lograr mayor eficiencia en manejo de recursos y mejor reincorporación social y económica de personas con LPH. La carencia de una guía clínica basada en la evidencia, dificulta al sistema de seguridad social y a las IPS conformar grupos interdisciplinarios o centros de referencia para manejo integral de LPH, generando incertidumbre y deserción del proceso de atención. La experiencia mundial y nacional, basada en evidencia clínica y científica, ha demostrado que el manejo de estos pacientes no puede ser solo quirúrgico porque no logramos rescatar las funciones fisiológicas y la estética pérdidas, sino que llevamos a ocasionar mayores alteraciones en el complejo cráneo-maxilo-facial del paciente. Las escuelas mundiales saben que el manejo debe ser interdisciplinario en Centros de Referencias de acuerdo a una Guía Clínica, con seguimiento y resultados de tratamientos responsables ética y legalmente, para poder devolver también calidad de vida, autoestima y desarrollo social.

Las hendiduras de labio y/o paladar hendido afectan de 1:500 a 1:700 nacidos vivos. La cirugía correctiva altamente especializada en los meses tempranos de vida es necesaria para mejorar la función y la apariencia. Alteraciones subsecuentes de desarrollo facial y dental, del habla y de la audición son comunes y pueden estar acompañados de un mal ajuste psicosocial. Un gran numero de servicios especializados es necesario si el potencial de los niños que se quiere optimizar: servicios de enfermería neonatal y enfermería comunitaria,

cirugía, fonoaudiología, otorrinolaringología, odontología preventiva, ortodoncia, odontología restaurativa, consejería psicosocial y consejería genética.

Los profesionales de la salud, enfrentados cada vez más a un trabajo en equipos multidisciplinarios, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser. Esto es, otorgar una atención de salud cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

Así mismo, el sistema de salud se beneficia en su conjunto cuando además esas decisiones se realizan de acuerdo a las buenas prácticas, basadas en la mejor evidencia disponible, Identificando las intervenciones más efectivas y en lo posible las mas costo / efectivas (no necesariamente equivalente a lo de “menor costo”), pero una intervención poco efectiva suele ser tanto o más costosa y cuyo resultado en la calidad de vida o sobrevivida de las personas es deletéreo. (Field MJ & Lohr KN 1992) definen una Guía Clínica como un reporte desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas”. Así, estas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: tamizaje y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo terminal (Lohr KN 2004).

3. DEFINICIONES

La Fisura Labio Palatina (FLP) es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce por una falla en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar. Durante el desarrollo embrionario la boca primitiva inicia su formación entre los 28 y 30 días de gestación con la migración de células desde la cresta neural hacia la región anterior de la cara. Entre la quinta y la sexta semana los procesos frontonasales y mandibulares derivados del primer arco faríngeo forman la boca primitiva. Posteriormente los procesos palatinos se fusionan con el tabique nasal medio formando el paladar y la úvula entre los 50 y los 60 días del desarrollo embrionario.(2)

De acuerdo a su etiología, el momento en el desarrollo embrionario en que se producen y sus características epidemiológicas, las FLP se clasifican en cuatro grupos: fisuras pre palatinas o de paladar primario (que puede afectar el labio con o sin compromiso del alvéolo) fisuras de paladar secundario (que pueden comprometer el paladar óseo y/o blando), mixtas (con compromiso del labio y paladar) y fisuras raras de menor ocurrencia (3, 4,5,)

3.1 DEFINICIÓN DE LA PATOLOGIA

Las fisuras labio palatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación. Existen diferentes grados de severidad que comprenden fisura de labio, labio palatina y palatina aislada

4. EPIDEMIOLOGIA

Labio hendido con o sin paladar hendido (LH ± P). Incidencia en la población general es alrededor de 1:1.000, pero varía en grupos raciales diferentes y si se presenta aislado. Aunque la mayoría de LH ± P está presente en forma individual, entre el 10% y 20% de individuos afectados tienen esta condición como parte de un síndrome con implicaciones marcadas para el individuo y la familia. Estas condiciones necesitan ser identificadas al igual que un seguimiento apropiado debe ser instituido y una consejería de riesgo de recurrencia exacto se debe ofrecer. La mayoría de los síndromes son diagnosticados clínicamente a través de la historia médica y el

examen físico. Las pruebas cromosomales pueden ser indicadas cuando LH +_P ocurre con otras malformaciones, deficiencia de crecimiento o retardo en el desarrollo. Pruebas moleculares (DNA) están disponibles para unas pocas condiciones específicas.

Para LH+P aislado, la inherencia multifactorial es probable. El riesgo empírico para recurrencia en padres no afectados con un niño afectado es 4:100 o 4%. Este riesgo también aplica a los cambios propios de individuos afectados para familiares similarmente. El diagnóstico prenatal para LH+P aislado depende de la habilidad del ultrasonido para visualizar la cara fetal. Para síndromes en los cuales LH+P representa una característica, el diagnóstico prenatal deberá ser hecho para el entendimiento de la etiología del síndrome.

Paladar hendido solo (PH solo). Incidencia en la población general es alrededor de 1:2000. Aunque la mayoría de paladares hendidos solos se presentan en individuos con desarrollo normal del resto del organismo, sobre el 50% de los individuos afectados tienen esta condición como parte de un Síndrome con amplias implicaciones para él y su familia. Estas características necesitan ser identificadas al igual que un seguimiento apropiado debe ser instituido y una consejería del riesgo de recurrencia exacto debe ofrecerse. La mayoría de los síndromes son diagnosticados clínicamente a través de la historia médica y de un examen físico. Las pruebas cromosomales pueden estar indicadas cuando el paladar hendido se presenta con otras malformaciones, deficiencia de crecimiento, o retardo del desarrollo. Las pruebas moleculares (DNA) están disponibles para muy pocas condiciones específicas. El síndrome de Stickler es un desorden bastante común y evaluaciones oftalmológicas en individuos de alto riesgo se recomienda realizar. Para paladar hendido solo, una inherencia multifactorial es probable. El riesgo empírico de recurrencia en padres no afectados con un niño afectado es de 3:100 o 3%. Este riesgo también aplica a los cambios propios de individuos afectados para familiares afectados de una manera similar.

5. CARACTERISTICAS CLINICAS

Los niños que tienen paladar hendido presentan alteraciones fisiopatológicas tales como la imposibilidad para succionar por estar permanentemente comunicadas la boca con las fosas nasales; como resultado, los líquidos contenidos en la boca acompañan fácilmente al aire que se inspira y penetran en la laringe. Es una alteración que puede causar neumonías. De igual manera, y debido a la gran relación entre el orificio interno de la trompa de Eustaquio y la boca en el caso de los labios hendidos con fisura palatina, se producen frecuentes infecciones del oído medio. El factor mecánico lo constituye la irritación que provocan los alimentos al entrar fácilmente en contacto con el orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio, lo que produce inflamaciones que cierran la luz del conducto y facilitan la infección. Además, en la mayoría de los casos de labio hendido completo y fisura palatina ocurre una pérdida de audición superior a los 10 decibeles, misma que parece crecer en progresión aritmética a medida que aumenta la edad en la que se realiza la reconstrucción del paladar anterior y posterior.(6)

6. DIAGNOSTICO

Fisura del paladar blando con labio hendido

- Fisura del paladar blando con labio hendido bilateral
- Fisura del paladar blando con labio hendido unilateral
- Fisura del paladar con labio hendido
- Fisura del paladar con labio hendido bilateral, sin otra especificación
- Fisura del paladar con labio hendido unilateral, sin otra especificación
- Fisura del paladar duro con labio hendido
- Fisura del paladar duro con labio hendido bilateral
- Fisura del paladar duro con labio hendido unilateral
- Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio hendido

- Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio hendido bilateral
- Fisura del paladar duro y del paladar blando con labio hendido unilateral
- Fisura congénita de labio
- Fisura del paladar
- Fisura del paladar blando
- Fisura del paladar duro
- Fisura del paladar duro y del paladar blando
- Fisura del paladar, sin otra especificación
- Hendidura labial congénita
- Labio hendido
- Labio hendido bilateral
- Labio hendido línea media
- Labio hendido unilateral



El Primer Hospital Pediátrico del País

7. TRATAMIENTO

ESPECIALIDAD: PSICOLOGÍA

TAPA PRENATAL:

- Ideal intervención para apoyar reacciones de miedo-rechazo.
- Manejo de expectativas. Qué hacer, qué esperar.
- Padres: elaboración del duelo.

ETAPA NEONATAL:

- Continuar manejo emocional de los padres, énfasis en la madre.
- Manejo de expectativas.

ETAPA LACTANTE MENOR:

- Continuar manejo emocional con los padres.
- Facilitación de reacciones ambivalentes frente al hijo-a.
- Importancia de la alimentación – comunicación dada madre/hijo, padre/hijo.

ETAPA LACTANTE MAYOR:

- Evaluación desarrollo mental y seguimiento del niño.
- Fortalecimiento del grupo familiar en pro del desarrollo psicosocial del niño-a.
- Canalización de pautas de crianza y niveles de exigencia.

ETAPA PREESCOLAR:

- Facilitación adaptación al jardín
- Manejo de comportamiento agresivo-actitudes de inhibición, aislamiento (en caso de presentarse)
- Manejo carga emocional de los padres-expectativas

ETAPA ESCOLAR:

- Seguimiento periódico del rendimiento académico y comportamiento interpersonal con iguales.
- Manejo de competencias y rivalidades entre iguales
- Autoestima

ETAPA ADOLESCENTE:

- Seguimiento ocasional del rendimiento.
- Comportamiento del-la joven
- Reacciones emocionales: inhibición, ensimismamiento, aislamiento, agresividad.

	GUIA DE MANEJO DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO		VERSIÓN: 01
	CODIGO GM – GC	FECHA EDICION 30 – 04 – 2009	PÁGINA: 7 DE 28

ESPECIALIDAD: TRABAJO SOCIAL

ETAPA PRENATAL:

- Asesoría y manejo en crisis postdiagnóstico: esta intervención busca brindar apoyo a la pareja para superar el trauma y establecer un entorno sociofamiliar cálido para el nuevo miembro familiar.

ETAPA NEONATAL:

- Elaboración de la historia sociofamiliar
- Reparación del vínculo afectivo materno y paterno filial
- Se trabaja la importancia del manejo interdisciplinario para optimizar los resultados.

ETAPA LACTANTE MENOR:

- Fortalecimiento de los factores protectores.
- Análisis introspectivo del desempeño de roles materno-paterno Vs. Tratamiento.

ETAPA LACTANTE MAYOR:

- Revisar pautas-normas de crianza, manejo del rol de autoridad.

ETAPA PREESCOLAR:

- Incluir al niño en rutinas, auto cuidado, alimentación, adiestramiento.
- Familia como base importante en el futuro desempeño escolar del niño.

ETAPA ESCOLAR:

- Inclusión de la familia en esta nueva etapa
- Rutinas diarias, deberes, manejo del tiempo libre.

ETAPA ADOLESCENTE:

- Conjuntamente con psicología para buscar la auto aceptación, inclusión en grupos.
- Atención a las crisis propias de la edad.

ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

PRENATAL:

- Examen y diagnóstico ecográfico
- Asesoría e información a la madre y a la familia.

NEONATAL:

- Información a la madre y a la familia.
- Recomendaciones como a cualquier niño sano.
- Asesoría del Comité de Lactancia para adaptación materno infantil
- Seno, biberón con chupos especiales, obturador.
- Valoración de Odontopediatria para determinar la necesidad de utilizar obturador.

LACTANTE MENOR: Menor de 1 año:

- Evaluación de crecimiento y desarrollo.
- Evaluación de dentición temporal y eventual ortopedia maxilar prequirúrgica.

LACTANTE MAYOR: 1 Y 2 años:

- Evaluación de Odontopediatria.
- Terapia con fonoaudiología.
- Manejo interdisciplinario (cirugía plástica, nutrición, pediatria, psicología, terapia, odontología).

PREESCOLAR: 2 a 4 años

- Manejo interdisciplinario
- Control

ESCOLAR: 4 a 11 años

- Manejo Interdisciplinario.
- Control de tratamientos de ortopedia maxilar para preparar al paciente para la corrección de la hendidura alveolar.

Control por Otorrinolaringología.

ESPECIALIDAD: GENETICA

Cualquiera que sea la edad del paciente debe procurarse hacer estudios:

- Estudios moleculares: realizados al paciente y a su familia
 - Árbol familiar.
-



ESPECIALIDAD: NUTRICION

PROCESO DE CUIDADO NUTRICIONAL:

Se realiza a todos los pacientes que cursan con este defecto congénito indistintamente de la gravedad del mismo y consiste en:

1. Valoración del estado nutricional empleando indicadores antropométricos/dietarios/socioeconómicos y culturales/historia de la enfermedad, formas de tratamiento.

Producto: diagnóstico del estado nutricional e identificación de los problemas nutricionales del paciente.

2. Priorización de los problemas nutricionales y planteamiento de objetivos de cuidado nutricional, conjuntamente con quipo interdisciplinario.

3. Determinación de las actividades de cuidado nutricional:

_ Plan Dietario:

- Establecimiento o preservación de la lactancia materna o del amamantamiento dependiendo de la magnitud del déficit, de la habilidad y apoyo de la madre o de ayudas terapéuticas (obturador).
- Empleo de fórmulas infantiles o leche entera dependiendo de la edad, presencia de lactancia materna, disponibilidad económica.
- Enriquecimiento calórico de la leche
- Establecimiento o continuación de alimentación complementaria: selección de preparaciones, etc.

_ Técnica de alimentación: Contribuir a la solución de problemas generados por la ausencia de estructuras en cavidad oral.

- Posición
- Técnica de suministro: amamantamiento -gotero-cuchara-biberón en caso de ser necesario
- Enjuague de cavidad oral después de cada comida.

_ Vigilancia del estado nutricional y del plan dietario: frecuencia depende del estado nutricional y de la adherencia al plan

dietario/calidad del defecto/apoyo de otras herramientas terapéuticas para mejorar el consumo; puede ser semanal, quincenal, mensual.

_ Educación alimentaria y nutricional:

- Lactancia materna: búsqueda de mejor posición del niño y la madre para amamantar: ventajas de la leche materna, técnicas de extracción de la misma.
- Fórmulas infantiles o leche entera: preparación de teteros, técnicas de suministro.
- Alimentación complementaria: preparaciones, selección de alimentos, técnicas de suministro
- Empleo de suplementos nutricionales: Fe-Zn-Ca y vitaminas
- Empleo de complementos nutricionales calóricos-completos.

4. Evaluación del proceso de cuidado nutricional.

PACIENTE POST QUIRURGICO (Corrección de fisura labial o palatina):Adecuación del plan dietario al estado nutricional y a las necesidades de protección de la zona quirúrgica y según la edad se procede en el contexto de proceso de cuidado nutricional.



ESPECIALIDAD FONOAUDIOLOGIA

EDAD NEONATAL-LACTANTE MENOR Y LACTANTE MAYOR:

- Lactancia, succión, alimentación.
- Instrucción en técnicas de alimentación pre y posquirúrgica.
- Estimulación en patrones motores orales
- Función deglución y masticación.
- Estabilización funciones deglutorias
- Estimulación de válvulas labial y velo faríngea
- Tono muscular
- Estimulación auditiva y del lenguaje.
- Estimulación fonética y fonológica

PREESCOLAR:

- Estabilización de patrones motores orales.
- Estimulación auditiva y del lenguaje/ respiración, fonación, resonancia, articulación.
- Estabilización de patrones articulatorios del habla y de voz (resonancia).
- Estabilización masticación y deglución
- Tono muscular

ESCOLAR:

- Estabilización de patrones articulatorios del habla.
- Estimulación Estabilización de patrones fonatorios y resonatorios.
- Masticación, deglución, balance muscular.

ADOLESCENTE:

- Corrección de errores residuales de voz y habla.
-

CIRUGÍA PLASTICA

ETAPA PRENATAL:

- Establecer en lo posible el diagnóstico ecográfico preciso y en base a él dar orientación a los padres sobre su manejo.

ETAPA NEONATAL:

- Evaluación inicial del neonato, precisar su diagnóstico y patologías asociadas, orientar el manejo integral.

LACTANTE MENOR:

- El paciente con LH, LPH y LPHB se lleva a cirugía hacia los tres meses de edad, practicándoseles la RINOQUEILORAFIA, procedimiento que permite:
 - aislar la cavidad oral del exterior
 - reconstruir el esfínter oral
 - darle al labio y a la nariz una apariencia más cercana a la realidad.

LACTANTE MAYOR:

Los niños son llevados a cirugía para PALATORRAFIA entre los 10 y los 18 meses con el fin de:

- aislar la cavidad oral de la nasal
- controlar el escape de aire y de líquidos por la nariz
- proveer en general sustrato anatómico para un buen desarrollo del habla

ETAPA PREESCOLAR:

Los menores en los que no se obtiene un habla normal son llevados a FARINGOPLASTIA, la cual permitirá:

- Buen control de líquidos y aire
- En general un buen manejo de la insuficiencia velo faríngea.

En niños con LPHB se practica:

- alargamiento de la columnella hacia los 2 años de edad.
 - Ocasionalmente se practican Queiloplastias, es decir "retoques" de la cirugía de labio.
-

ESCOLAR:

En pacientes con LPH y LPHB se practicarán los injertos oseos alveolares con los que se logrará:

- Cierre de las fistulas anteriores
- Elevación del ala nasal
- Continuidad del arco maxilar
- Sustrato óseo para la erupción del canino.
- Igualmente Cierre de fístulas persistentes.
- Ocasionalmente se harán revisiones de labio y nariz (rinoqueiloplastias).
- Rinoplastia
- Revisión de queilorrafia

ADOLESCENTE:

Se realizarán las cirugías de refinamiento estético definitivo:

- Queiloplastias.
- Rinoplastias.
- Rinoqueiloplastias.

ESPECIALIDAD: OTORRINOLARINGOLOGIA

Colaborará con el paciente figurado en la adecuada conservación de su capacidad auditiva , fundamental en el proceso de rehabilitación de su capacidad comunicativa; además velará para que el patrón respiratorio del niño con esta condición se mantenga dentro de los límites de la normalidad asegurando una cavidad nasal y senos paranasales funcionales.

Para lograr estos objetivos ,el ORL realiza actos de promoción y prevención además de curativos, por intervención médica y quirúrgica. La adecuada comunicación con los padres y el entendimiento de ellos de la patología del paciente es indispensable para lograr los actos de promoción y prevención; se les debe motivar para asistir a las consultas, minimizar los factores de riesgo de enfermedades infecciosas y ambientales de las vías aéreas y realizar los exámenes paraclínicos a tiempo. Las intervenciones médicas que con mayor frecuencia realiza incluyen el manejo con antibióticos de patologías infecciosas y antiinflamatorios sistémicos de las condiciones que obstruyen la vía aérea.

Las intervenciones quirúrgicas de mayor frecuencia son:

- Miringocentesis con colocación de tubos de ventilación;se realiza al tiempo con la queiloplastia alrededor de los tres meses de edad.
- Septoplastia, dependiendo de la gravedad puede realizarse a los 6-8 años pero normalmente se realiza en la adolescencia.
- Turbinoplastia o cirugía funcional endoscópica de los senos paranasales; esta se realiza al tiempo con la septoplastia y según sintomatología.

La intervención quirúrgica en el oído se recomienda de forma muy temprana y la de vía aérea siempre que sea necesaria y si los intentos de manejo médico hubiesen fracasado.

ESPECIALIDAD: CIRUGIA MAXILOFACIAL

EDAD PRENATAL, EDAD NEONATAL, LACTANTE MENOR Y LACTANTE MAYOR:

- Apoyo a los padres con el grupo multidisciplinario.
- Hendidura labial unilateral: queilorrafía de Millard (3 meses - 10 semanas, cuando el paciente alcance los 5000 a 6000 grs. de peso).
- Hendidura labial bilateral: queilorrafía Cronig y Manchester. (3 meses - 10 semanas, cuando el paciente alcance los 5000 a 6000 grs. de peso).
- Hendidura palatina simple o completa: técnica de Von Lagenbeck: (12 meses de edad)
- Alargamiento del Velo del paladar: Faringoplastia de Orticoechea 2-3 años de edad

ETAPA PREESCOLAR:

- Vestibuloplastia labial superior
- Frenilectomía labial superior (si es requerida).
- Cirugía para corrección de insuficiencia velofaríngea.

ESCOLAR:

- Injerto óseo alveolar secundario con injerto autólogo de cresta iliaca (Temprano 6 a 7 años de edad, para erupción del diente lateral o de 9 a 11 años de edad para erupción del canino)
- Injerto óseo alveolar terciario: Utilización de sustitutos óseos autólogos (Matriz ósea y laminas de strip).
- Transporte óseo alveolar: para casos de manejo de fistulas oronasales muy severas o en casos en los que haya fracasado el injerto óseo alveolar secundario o terciario.
- Ventana quirúrgica para erupción de canino o dientes retenidos (después del injerto).
- Vestíbulo plastia labial superior (si es requerida)
- Labio corto o hipoplásico: Cirugía en V-Y o zetaplastia para alargar labio corto y procedimientos de vestibuloplastias, post injerto óseo alveolar secundario
- Frenilectomía labial superior (si es requerida).
- Exodoncia de dientes atípicos y/o supernumerarios en el área de la hendidura.
- Cierre de fístulas oro nasales.
- Hipoplasia del tercio medio facial: Avance del Maxilar con distracción ósea alveolar.
- Colapso maxilar en dentición permanente: Disyunción palatina con Distractores óseos.
- Ortodoncia prequirúrgica
- Cirugía ortognática después 12 años
- Rinoplastias

ADOLESCENTE:

- Ventana quirúrgica para tracción del canino o dientes retenidos.
- Injerto óseo alveolar tardío.
- Cierre de fístulas oronasales
- Corrección de secuelas.



ESPECIALIDAD ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA

1. DIAGNOSTICO PRENATAL:

- Consejería sobre salud oral, prevención en etapa prenatal y su manejo desde el nacimiento del paciente.
- Información sobre manejo de Ortopedia Prequirúrgica, Posquirúrgica y en dentición temporal y permanente.

2. ETAPA NEONATAL: (Entre 0 – 3 meses de edad)

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo de dieta, deglución y succión en colaboración con Fonoaudiología y Nutrición.
- Valoración y diagnóstico de la malformación para decidir si está indicado manejo Ortopédico Prequirúrgico y qué clase de manejo:
 - Obturador pasivo
 - Obturador activo
 - Moldeamiento Nasoalveolar
 - Retrocolocación y alineación de premaxila.
- Manejo de dientes neonatales.

3. ETAPA LACTANTE MENOR: (Entre 3 y 12 meses de edad)

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo de dieta, desarrollo del habla, deglución y succión en colaboración con Fonoaudiología y Nutrición.
- Manejo y cuidado de dientes neonatales, erupción dentición temporal y prevención de caries.
- Inicio o continuación de manejo de Ortopedia Prequirúrgica si esta indicada.

4. ETAPA LACTANTE MAYOR: (Entre 1 año y 3 años de edad).

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo de dieta, desarrollo del habla, deglución, succión y prevención de hábitos orales en colaboración con Fonoaudiología y Nutrición.
- Manejo y cuidado de dientes presentes (preventivo, curativo y mantenimiento en caries y enfermedad periodontal), de la erupción y del desarrollo de la dentición temporal.
- Manejo de obturador y/o aparato de contención si se encuentra indicado e indispensable, teniendo en cuenta la limitante que se presenta en desadaptación de la aparatología por erupción dental y el desarrollo de la oclusión. Esta valoración y decisión se toma de acuerdo con Fonoaudiología y Foniatría.

5. ETAPA PREESCOLAR: (Entre 3 y 5 años de edad).

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo de dieta, habla, succión, deglución, prevención y/o eliminación de hábitos orales en colaboración con Fonoaudiología y Nutrición.
- Manejo y cuidado de la dentición temporal (preventivo, curativo y de mantenimiento), con prelación en caries y enfermedad periodontal.
- Manejo de aparatología para Ortopedia Maxilar y Ortodoncia Preventiva si esta indicado, como:
 - Obturador de hendidura o fístulas residuales de paladar.
 - Contención para evitar contracción del arco maxilar, posterior a las técnicas quirúrgicas del paladar.
 - Expansión de los segmentos maxilares buscando alineación del arco, evitando mordidas cruzadas y permitiendo evitar caries en dientes presentes en zona de la hendidura.
 - Manejo de espacios en los arcos maxilares.
 - Manejo ortopédico con aparatología extraoral para tratar alteraciones esqueléticas clase III.

6. ETAPA ESCOLAR: (Dentición transicional temprana y tardía)

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo de dieta, del habla, prevención o eliminación de hábitos orales en colaboración con Fonoaudiología y nutrición.
- Manejo y cuidado de la dentición temporal y de la dentición permanente que este erupcionando (preventivo, curativo y de mantenimiento) con prelación de caries y enfermedad periodontal.
- Manejo de Ortodoncia Interceptiva y Ortopedia Maxilar en unión con el Ortodoncista, buscando un crecimiento y desarrollo de los maxilares armónicos con oclusiones funcionales.
- Preparación para cirugía de injertos óseo alveolares previo a erupción de diente incisivo lateral o del canino en la zona de la hendidura.

7. ETAPA ADOLESCENTE:

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo y cuidado de la dentición con prelación en caries y enfermedad periodontal (preventivo, curativo y de mantenimiento).
- Acompañamiento en la finalización del tratamiento de Ortopedia Maxilar y en el tratamiento de Ortodoncia Correctiva).

- Transferir paciente a odontólogo general o sus especialidades si se requiere, al terminar esta etapa.

ESPECIALIDAD: ORTODONCIA

ESCOLAR:

- Expansión transversal de arcos(quad helix)
- Alineamiento sector anterior superior-preparación para injerto alveolar secundario (arco 4x2 Ricketts)
- Estimulación de crecimiento y avance maxilar (máscara facial)
- Control y guía de erupción
- Preparación para distracción osteogénica maxilar.

ADOLESCENTE:

- Expansión transversal de arcos (quad helix/hirax).
- Alineamiento dental
- Preparación para injerto alveolar terciario (arco de alineamiento) y/o tracción de caninos incluidos.
- Estimulación de crecimiento maxilar tardío.
- Control de crecimiento
- Preparación para distracción osteogénica maxilar.

ESPECIALIDAD: PERIODONCIA

ESCOLAR:

- Control de placa bacteriana.
- Motivación y educación en higiene oral
- Pulido coronal
- Nota aclaratoria: en caso de presentar cálculos dentales el paciente se le realizara raspaje supra y/ o subgingival. En caso de haber zona radicular denudada, se realizara al paciente alisado radicular

ADOLESCENTE:

- Control de placa bacteriana.
 - Motivación y educación en higiene oral
 - Pulido coronal
 - Nota aclaratoria: en caso de presentar cálculos dentales el paciente se le realizara raspaje supra y/ o subgingival. En caso de haber zona radicular denudada, se realizara al paciente alisado radicular.
 - Cirugía de cubrimiento radicular en el caso de presentar raíces expuestas (recesión gingival)
 - Cirugía de profundización de vestibulo
 - Placa de presión positiva en acetato
-

	GUIA DE MANEJO DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO		VERSIÓN: 01
	CODIGO GM – GC	FECHA EDICION 30 – 04 – 2009	PÁGINA: 22 DE 28

REGISTROS NECESARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

PACIENTES RECIEN NACIDOS

- Historia clínica de labio y paladar fisurado
- Intersconsultas grupo interdisciplinario
- Adjuntar estudio genético

DENTICIÓN PRIMARIA COMPLETA

- MODELOS Y FOTOS COMPLETOS

REGISTROS A REALIZAR

MODELOS DE CADA PACIENTE

1. modelo inicial
2. después de queilorrafía y Palatorrafía, cirugía injertos óseos
3. dentición temporal completa
4. dentición mixta temprana
5. dentición mixta tardía
6. dentición permanente

FOTOGRAFÍAS

1. recién nacido
2. después de cada procedimiento quirúrgico
3. dentición temprana completa
4. dentición permanente: pueden requerir registros fotográficos entre las 2 tapas mixta temprana y mixta

RADIOGRAFÍAS

En dentición mixta y permanente: panorámica, oclusal superior y periapical en la zona de la fisura.

REGISTROS NECESARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO PERIODONTAL

DENTICIÓN PRIMARIA COMPLETA

- Historia clínica
- Índice de placa bacteriana de O'leary
- Índice de sangrado
- Radiografías coronales y panorámica

DENTICIÓN MIXTA

- Historia clínica
- Índice de placa bacteriana de O'leary
- Índice de sangrado
- Radiografías coronales, periapicales y panorámica (de acuerdo a valoración clínica se indicarán)

DENTICIÓN PERMANENTE (Edad 11 a los 16 años)

- Historia clínica
 - Índice de placa bacteriana de O'leary
 - Índice de sangrado
 - Radiografías coronales, periapicales y panorámica (de acuerdo a valoración clínica se indicarán)
 - En el caso de presentar bolsas periodontales se realizara toma de periodontograma
-

8. FLUJOGRAMA



	GUIA DE MANEJO DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO		VERSIÓN: 01
	CODIGO GM – GC	FECHA EDICION 30 – 04 – 2009	PÁGINA: 25 DE 28

9. METODOLOGIA

Esta guía está basada en la experiencia clínica interdisciplinaria de más de 40 años del equipo interdisciplinario del HOMI y Universidad Nacional de Colombia, tiempo en el cual se ha ofrecido un manejo integral a los pacientes que nacen con anomalías craneofaciales, entre las que está el Labio y/o Paladar Hendido sindrómico o no sindrómico. El equipo ha contado históricamente con por lo menos 10 disciplinas que han ofrecido un manejo experimentado, académico y ético a cada paciente que ha consultado para recibir atención. Esta experiencia se ha ido plasmando en trabajos de investigación realizados por profesores y estudiantes del área de la salud de la Universidad Nacional de Colombia, lo que ha permitido la actualización de la Guía de Manejo de LPH cada 5 años.



	GUIA DE MANEJO DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO		VERSIÓN: 01
	CODIGO GM – GC	FECHA EDICION 30 – 04 – 2009	PÁGINA: 26 DE 28

10. BIBLIOGRAFIA

1. Trabajos de grado de Pregrado y Posgrado sobre labio y/o paladar hendido Facultad de Odontología – Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología
2. The Cleft Palate – Craniofacial Journal
3. "Cleft Lip and Palate perspectives in management" SAMUEL BERKOWTTZ
4. "Cleft Lip and Palate" R.B. Ross and M.C. Johnston
5. "Tratamiento de labio leporino y fisura palatina" – TRESSERRA W. 1977.
6. Converse, J.M. (ed): Reconstructive Plastic Surgery. Vol. 4. Philadelphia, W.B. SAUNDERS COMPANY. 1977.
7. Early treatment of cleft lip and palate: "Proceedings of the third International Symposium" September 27 – 29, 1984. University of Zurich, Switzerland.
8. Mc CARTHY, J.G. (ed): Plastic Surgery Vol. 4.
9. Base de datos: CD-ROM (Health Source Plus, Serline) y en LÍNEA (ScienceDirect, EBSCO, OVID, MEDLINE).
10. MILLARD, D.R. J.R. (ed). Cleft Craft. Vol. 1-2-3. Boston, LITTLE, BROWN and Co., 1976.
11. BARDACH, J. y SALYER, K. (ed): Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate. Chicago, Year Book Medical Publishers Inc. 1987.
12. Plastic Surgery- Volume 3- The face Part 2 – McCarthy – p.2094, 1990.
13. Osorno, G.: Autogenous Rib Cartilage Reconstruction of Congenital Auricular Defects: Report of 110 Cases with Brent's Technique. Plast Reconstr Surg, 104:1951, 1999.
14. Early treatment of cleft lip and palate. Hotz Margarit, Hans Huber Publishers, 1986.
15. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America Vol. 12 No. 3 August 2000.
16. Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate. Januz Bardach, M.D. W.B. Saunders Company

17. CORE CURRICULUM FOR CLEFT LIP/PALATE AND OTHER CRANIOFACIAL ANOMALIES A Guide for Educator prepared by the American Cleft Palate-Craniofacial Association 2002.
18. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for the evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Cleft Palate Craniofac. J. 30, (Suppl. 1):S1, 1993.
19. Clinics in Plastic Surgery – Advances in management of cleft lip and palate. Robert A. Hardesty. 1993
20. Plastic Surgery- Volume 4 – Cleft lip & palate – McCarthy – 1990.
21. Witt, P.D., and Marsh, J.L. Advances in assessing outcome of surgical repair of cleft lip and cleft palate. Plast. Reconstr. Surg., 100: 1907, 1997.
22. Currículo Fundamental para Labio/Paladar Hendido y Otras Anomalías Craneofaciales. Una Guía Para Educadores Preparada Por La Asociación Americana de Hendiduras de Paladar y Craneofacial, 2007.
23. El Proyecto Eurocleft 1996 – 2000 (Who, Eurocleft, Eurocran)
24. Manejo Interdisciplinario De Labio Y Paladar Fisurado: Presentación De Protocolo.1989, Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.
25. Revisión Del Manejo Integral de los Pacientes de Labio y Paladar Hendido en el Hospital de la Misericordia 1992 – 2002. (Trabajo de Grado Pregrado Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.)
26. Factores Socioambientales Etiológicos de la Presencia de las Malformaciones de Labio y/o Paladar Hendido. Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia. 1997.
27. Revisión de Investigaciones a Nivel Nacional e Internacional acerca de las Teorías Embriológicas y la Base Genética de la Presencia de Hendiduras en Labio y Paladar Hendido. Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.1999.
28. Manejo Ortopédico Prequirúrgico en Pacientes con Labio y Paladar Hendido, Ventajas y Desventajas. Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.2004.
29. Evaluación Del Manejo Interdisciplinario Brindado a Pacientes Pediátricos con Labio y Paladar Hendido atendidos en la Fundación Hospital de la Misericordia en el periodo comprendido entre los Años 1992 – 2002/ Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.2004.
30. Prevalencia De Las Malformaciones Labio Y Paladar Hendido Según Demanda Institucional. Bogotá. Facultad de Odontología, Universidad Nacional De Colombia.2004



El Primer Hospital Pediátrico del País