



UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO Y EL USO DE LAS
APARATOLOGIAS ORTODONTICAS REMOVIBLES”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORA:

JAZMIN GABRIELA BRAVO INTRIAGO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. VICTOR ARMENDARIZ.

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dr. Víctor Armendáriz certifica que la tesis de investigación titulada “**Labio Leporino y/o Paladar Hendido y el Uso de las Aparatologías ortodónticas removibles**”, es trabajo original de **JAZMIN GABRIELA BRAVO INTRIAGO**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DR. VÍCTOR ARMENDÁRIZ.
DIRECTOR DE TESIS

DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas, resultados, conclusiones y recomendaciones del presente trabajo investigativo de, **“LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO Y EL USO DE LAS APARATOLOGIAS ORTODONTICAS REMOVIBLES”**; pertenece exclusivamente a las autoras:

JAZMIN GABRIELA BRAVO INTRIAGO

DEDICATORIA

A mis padres, Carmen María Intriago Dávila y Víctor Omar Bravo Mendieta, pilares fundamentales en mi vida, sin ellos jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora; su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia.

A mis hermanos Xiomara Bravo y Líder Bravo, que con su amor me respaldaron constantemente para que mis sueños se hagan realidad, espero contar siempre con su apoyo porque son parte importante en mi vida.

A mi esposa Andrés Palacios por ser parte importante en mi vida, por haberme ayudado en todo momento con comprensión y esfuerzo para la realización de este proyecto.

A mi bebe que aunque aún no ha nacido pero ha sido mi fortaleza para seguir adelante en esta última etapa de mi carrera.

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: a mis suegros, mis familiares, y amigos de toda la vida que con apoyo y cariño me han acompañado siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a quien me dio fuerza, salud, esperanza y fortaleza que necesitaba para no doblegar en los momentos difíciles que se me presentaron durante los estudios.

A mis queridos padres, que con sus esfuerzos, amor y consejos han hecho posible el alcance de la meta deseada.

A mis hermanos, por su comprensión y que entiendan que para lograr obtener algo, hay que tener dedicación, responsabilidad y hacer sacrificios para triunfar.

A mi esposo y mi bebe por ser lo más hermoso que llevo a mi vida.

A cada uno de los docentes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por sus valiosas aportaciones y enseñanzas me ayudaron a crecer como persona y como profesional.

INDICE

INTRODUCCION.....	i
ANTECEDENTE.....	iii
CAPITULO I	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
CAPITULO II	
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
CAPITULO III	
3. FORMULACION DEL OBJETIVO.....	5
3.1. Objetivo General.....	5
3.2. Objetivos Específicos.....	5
CAPITULO IV	
4. HIPOTESIS.....	6
CAPITULO V	
5. MARCO TEORICO.....	7
5.1. Marco constitucional.....	7
5.2 Labio leporino y/o paladar hendido.....	8
5.2.1. Definición.....	8
5.2.2. Embriología.....	10
5.2.3. Patología.....	11
5.2.4. CLASIFICACIÓN.....	11
5.2.4.1. Labio leporino sin paladar hendido.....	12
5.2.4.2. Labio leporino y paladar hendido unilateral.....	12
5.2.4.3. Labio leporino y paladar hendido bilateral.....	12
5.2.4.4. Labio leporino y paladar hendido en la línea media.....	12

5.2.5. Etiología.....	13
5.2.6. Causas y efectos.....	13
5.2.7. Síntomas.....	14
5.2.8. COMPLICACIONES.....	15
5.2.8.1. Dificultades en la alimentación.....	15
5.2.8.2. Infecciones de oído y pérdida auditivas.....	16
5.2.8.3. Retardo del habla y del lenguaje.....	16
5.2.8.4. Problemas odontológicos.....	17
5.2.8.5. Problemas psicológicos.....	17
5.2.9. TRATAMIENTOS.....	18
5.2.9.1. Semiología de labio leporino y paladar hendido.....	19
5.2.9.1.1. Paciente no operado.....	19
5.2.9.1.2. Paciente operado.....	19
5.2.9.2. Tratamiento quirúrgico.....	20
5.2.9.3. Tratamiento ortodóntico.....	21
5.2.9.4. Terapias de habla y del lenguaje.....	23
5.2.10. NUTRICIÓN Y ALIMENTACION DE LOS PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.....	24
5.3. APRATOLOGIAS ORTODÓNTICAS REMOVIBLES.....	26
5.3.1. Definición.....	26
5.3.2. RELACIÓN DE ORTODONCIA CON LOS PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.....	29
5.3.3. ORTOPEDIA MAXILAR.....	30
5.3.3.1. Ortopedia prequirúrgica.....	31
5.3.3.2. Preparación injerto óseo alveolar.....	31
5.3.4. TIPOS DE APARATO DE ORTODONCIA REMOVIBLES.....	32
5.3.4.1. El aparato BCP.....	32
5.3.4.2. Placa obturadora para paladar hendido.....	32
5.3.4.3. Placa de estimulación.....	33
5.3.4.4. Placa de expansión en forma de abanico con distintos tornillos y aplicaciones.....	33
5.3.4.4.1. Expansión anterior.....	33
5.3.4.4.1.1. Placa de expansión en forma de abanico con tornillo de una sola pieza.....	33
5.3.4.4.2. Expansión posterior.....	34
5.3.4.4.3. Expansión excéntrica.....	34
5.3.4.4.4. Obturadores palatinos.....	34

5.3.5. LIMPIEZA DEL APARATO ORDONTICOS REMOVIBLES.....	35
5.3.6. CUIDADO DENTAL.....	35
5.3.6.1. El Cuidado Dental Durante los Primeros Años.....	36
5.3.6.2. El Dental/Quirúrgico Coordinado Cuidado.....	36

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
6.1 MÉTODOS.....	38
6.1.1. Modalidad básica de la investigación.....	38
6.1.2. Niveles o tipo de investigación.....	38
6.2 TECNICAS.....	39
6.3. INSTRUMENTOS.....	39
6.4. RECURSOS DE MATERIALES.....	39
6.4.1. Talento humano.....	39
6.4.2. Tecnológicos.....	40
6.4.3. Materiales.....	40
6.4.4. Económico.....	40
6.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
6.5.1. Población.....	40
6.5.2. Tamaño de la muestra.....	41
6.6. TIPO DE LA MUESTRA.....	41
6.7. PRESUPUESTO.....	41
6.8. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	41
6.9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍAS.....	71

PROPUESTA

ANEXOS

INDICE DE LOS GRAFICUADROS

CAPITULO VII

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	42
7.1. GRAFICUADROS DE LA FICHA DE OBSERVACION Y ENCUESTA.....	42
GRAFICUADRO N.- 1 ¿Alguien en su familia presenta labio leporino o/y paladar hendido?.....	42
GRAFICUADRO N.-2 Sus ingresos económicos son.....	44
GRAFICUADRO N.-3 ¿Con que frecuencia lleva a su hijo a los controles?.....	46
GRAFICUADROS N.-4 ¿El niño con qué frecuencia utiliza las placas en casa?.....	48
GRAFICUADRO N.-5 ¿Cuánto tiempo tratamiento lleva su niño?.....	50
GRAFICUADRO N.-6 ¿El tratamiento ortodóntico aplicado le ha causado alguna molestia o infección?.....	52
GRAFICUADRO N.-7 ¿El tratamiento de ortodoncia aplicado le causa alguna dificultad a su hijo?.....	54
GRAFICUADRO N.-8 ¿El aseo que lleva su hijo o Ud. A la aparatología de ortodoncia?.....	56
GRAFICUADRO N.- 9 ¿Desde qué edad se le aplicó el tratamiento de ortodoncia a los pacientes del “club rotario de Portoviejo”?.....	58
GRAFICUADRO N.- 10 Elementos de higiene.....	60
GRAFICUADRO N.-11 Tipo de labio leporino y/o paladar hendido.....	62
GRAFICUADRO N.- 12 El estado de la placa removible.....	64

GRAFICUADRO N.-13
Avancé del tratamiento con el aparato removibles..... 66

GRAFICUADRO N.-14
El aseo de la placa removible..... 68

INTRODUCCION

El labio leporino y/o paladar hendido son defectos congénitos relativamente son comunes. Su niño puede tener una o ambas deformaciones. El labio leporino es una separación del labio superior, que puede extenderse hacia la nariz. El paladar hendido es una separación del paladar.

Existen pocos reportes de su frecuencia en nuestro país. Uno de ellos lo encontramos en la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología en Guayaquil, donde se concluyó que el labio y/o paladar hendido es una malformación congénita de etiología multifactorial, se presenta en 791 nacimientos; el sexo femenino es el más afectado, y la mayor frecuencia se presenta como hendidura labio/palatina.

El niño con esta deformación será tratado por un grupo de médicos especializados, incluyendo un cirujano plástico, un especialista en oídos, nariz y garganta, un especialista en trastornos del lenguaje y otros profesionales.

Con el avance de la ortopedia tridimensional, con sus diferentes dispositivos colocados a temprana edad, para corregir premaxilas desviadas o muy prominentes, se hizo posible la modificación de técnicas quirúrgicas y la disminución del grado de complejidad de dicha patología.

Sin embargo, para todos los casos que no recibieron un manejo preoperatorio temprano lo anterior no se puede aplicar, generando la inquietud de modificar y adecuar otras técnicas, para resolver dichos problemas.

La ortodoncia es una especialización que ayuda a que los pacientes con labio leporino y paladar hendido mejoren su aspecto facial y fonético, mediante aparatos ortodónticos, siendo una fuente de estímulos sobre las estructuras que circundan las piezas dentarias. Una vez que estos estímulos desaparecen al concluir el tratamiento ortodóntico y se restablece la función normal, los tejidos afectados por los movimientos dentales recuperarán su estructura en una nueva posición.

El presente estudio hace referencia a investigar el uso correcto de las aparatologías ortodónticas removibles y su relación con los pacientes con labio leporino y/o paladar hendido, para lo cual se trabajó en el club rotario de Portoviejo con una muestra de niños que presentan este problema.

ANTECEDENTES

Con el desarrollo económico, las anomalías congénitas van adquiriendo más importancia desde el punto de vista de la salud pública puesto que su relativa contribución a las defunciones infantiles aumenta a medida que disminuye la mortalidad de estos. En un país en desarrollo puede predecirse un cambio en las causas de mortalidad infantil al aumentar la frecuencia relativa de las anomalías congénitas.

En la universidad de Chile al estudiar los niños con paladar palatina, sin labio leporino, se encontró que 8 de los 12 niños (66,6%) presentaban malformaciones importantes asociadas, 3 de ellos fallecieron (37,5%), 3 tenían otros malformados en la familia y 3 tenían el antecedente de aborto previo. El promedio de edad materna de este grupo de niños fue de 30,1 años y el promedio de peso de 2.784 g, con un rango entre 1.040 y 3.750 g. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, 5 masculinos y 7 femeninos.

Las zonas comprometidas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando. Ligeramente más del 50 % son fisuras combinadas del labio y el paladar, y aproximadamente la cuarta parte de ellos es bilateral. Las fisuras aisladas del labio y el paladar constituyen el resto de las variedades que se ven.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en los pacientes que asistieron al programa Operación Sonrisa Colombia el día 21 de septiembre de 2006 en la Vigésima Novena Brigada del Ejército Nacional de Colombia

de la ciudad de Popayán, Cauca. Se incluyeron todos aquellos pacientes que voluntariamente desearan ingresar al estudio y presentaran labio leporino y/o paladar fisurado, sin discriminar por edad, sexo o lugar de procedencia. El 31.3% de la población tenía antecedentes familiares de labio leporino y paladar fisurado, y el 38.2% de los pacientes tenían antecedentes personales de otras patologías; entre las patologías más frecuentes se encontraron la otitis recurrente (14.6%) y la desnutrición (9.7%).

En el Ecuador no se han realizado investigaciones, pero realizan ayuda gratuita como en **Guayaquil** la Fuerza Naval, en coordinación con la Fundación Global Smile, de Estados Unidos, realizará una jornada de operaciones gratuitas dirigidas a niños de entre dos meses y 16 años de edad, a partir del 10 de septiembre.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El labio leporino y paladar hendido son dos anomalías que pueden venir acompañadas o individuales, se desarrollan en el primer trimestre del embarazo, cuando los costados del labio y el techo de la cavidad bucal no se cierran por completo.

Este tipo de problema suele ser más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, cabe recalcar que estos niños no presentan ningún otro problema de salud aparte del que ya tiene desde el vientre materno. Los tratamientos que se aplican a niños con labio leporino y paladar hendido suelen ser muy largos e incluso doloroso para ellos, por este motivo el tipo de ortodoncia que les coloca el profesional suele ser muy incómodo para los niños y esto hace que el tratamiento sea más largo y costoso.

A nivel mundial el labio leporino y paladar hendido afectan del 2 al 3% de recién nacidos al año, y en algunos países las consideran como uno de los problemas más frecuentes, muchos autores coinciden al afirmar que constituyen las malformaciones congénitas más comunes. Aunque desde el punto de vista embriológico y etiológico son distintas, es útil estudiarlas en conjunto ya que se asocian en más del 50% de los casos en países de bajos recursos.

En el Ecuador la incidencia de malformaciones como paladar hendido y labio leporino es alta: cerca de 12.500 pequeños de entre 0 y 15 años presentan esta deficiencia en la actualidad, esto se debe a muchos factores tales como: mala nutrición, embarazos a corta edad, trabajos de riesgo, contaminación y los estratos sociales bajos.

Gracias a las fundaciones que existen en el Ecuador estas malformaciones pueden ser tratadas a bajo costo, siguiendo tratamientos importantes para estos pacientes tales como los tratamientos de ortodoncia que suele ser muy incómodo para ellos ya que tiene que utilizarlo por un tiempo largo.

En Portoviejo existe aproximadamente un 60% de pacientes que presentan esta malformación, los cuales son beneficiados por algunas fundaciones en sus tratamientos, la Fundación Rostros Felices que asiste a la ciudad cada 6 meses trae profesionales para intervenir a los pacientes con labio leporino y paladar hendido de forma quirúrgica y ortodóntico en ciertos casos.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la colaboración de los pacientes con las malformaciones congénitas como labio leporino y paladar hendido en los tratamientos de ortodoncia removibles?

CAPITULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La escasa colaboración que presentan los pacientes con labio leporino y paladar hendido en el uso de las aparatologías ortodonticas aplicadas en sus tratamientos, es la gran dificultad que presenta el Club Rotario de Portoviejo, por ende esta investigación va dirigida a disminuir esta problemática.

La importancia que tiene el uso de las aparatologías ortodonticas en estos niños con labio leporino y paladar hendido, ha motivado a realizar esta investigación; para conocer si su aplicación y aseo es el adecuado. Considerando que los controles en estos pacientes actualmente se realizan unavez a al mes, mas no cada 15 días que es lo recomendado.

De tal manera que toda la información recolectada a través de internet, textos, documentales de prensa escrita, contribuirán de manera positiva a fomentar una excelente aplicación y adaptación del uso de las aparatologías, para así crear estrategias que permitan que estos pacientes mejoren su calidad de vida, y que el tratamiento aplicado no sea tan largo y molesto para su vida diaria.

El motivo de esta investigación es por que surge una problemática importante en estos niños como es su escasa colaboración en el uso de las aparatologías ortodonticas, la cual va permitir consentisar a los padres tener un mejor cuidado en cuanto al empleo de este tipo se dispositivos que va hacer una parte importante de su tratamientos.

Contribuyendo así a la ciencia educativa, dando a conocer a los padres y pacientes, sobre las medidas adecuadas que deben seguir en cuanto su aplicación y el tiempo de su tratamiento. A la ciencia de la salud, mejorando las condiciones bucales; a través de métodos preventivos que disminuyan así las diferentes alteraciones buco-dentaria que pueden presentar estos pacientes al momento de su desarrollo, para así brindarles un estilo de vida saludable.

Se beneficiara a los pacientes del Club Rotario por medio de los padres de familia, que son los primeros promotores en crear los hábitos de higiene en sus hijos, fomentando en ellos la importancia de la salud bucal y las debidas medidas de prevención que deben llevar al momento de colocar la aparatología, para que así puedan mantener una boca sana, ya que las problemas que presentan no pueden mantener por si solo un correcto cuidado y necesitan a veces ayuda de sus familiares.

CAPITULO III

3. FORMULACION DEL OBJETIVO

3.1. Objetivo general

Determinar la incidencia de la colaboración de los pacientes con labio leporino y paladar hendido en el uso de las aparatologías ortodonticas removibles.

3.2. Objetivos específicos

- a.- Identificar los ingresos económicos de los padres para relacionarlo con la asistencia a los controles de los niños investigados.
- b.- Establecer el uso de los aparatos ortodonticos para valorar el tiempo de tratamiento.
- c.- Examinar la adaptación de las aparatologías y las molestias bucodentales en pacientes con labio leporino y paladar hendido.
- d.- Analizar la higiene bucal en los pacientes con labio leporino y paladar hendido para identificar los tipos de infecciones que podrían presentarse.
- e.- Diseñar una propuesta alternativa de solución sobre el uso correcto de las aparatologías ortodóntica.

CAPITULO IV

4. HIPOTESIS

4.1. HIPOTESIS GENERAL

El uso de las aparatologías ortodónticas removibles incide significativamente en los niños con labio leporino y paladar hendido.

CAPITULO V

5. MARCO TEORÍCO

5.1. MARCO CONSTITUCIONAL

Hace 70 años se creó el Rotary club por Paul Harris. En Portoviejo el club Rotary se fundó el 11 de enero de 1981, el cual estuvo integrado por 22 socios fundadores, en diciembre de 1983 el gobernador hizo legal este club llevando una carta a estados unidos, esta entidad se caracterizó por tener largas trayectorias al servicio, manteniendo desde su creación diversos programas, entre ellos el de INTERPLAST.

El Rotario de Portoviejo está ubicado en la Avenida 5 de junio diagonal al puente papagayo, esta institución ayuda a muchos pacientes que presenta anomalías tales como labio leporino y/o paladar hendido; toda la ayuda da es gratuita.

Además de presentar un presidente, tiene una asociación de damas muy cordiales que colaboran mucho con estas instituciones, ayudando así a muchas personas con diferentes problemas.

Por más de 5 años sean operados niños y adolescentes con problemas de labio leporino, paladar hendido y secuelas graves de quemaduras. En noviembre del 2007 se operaron alrededor de 70 niños, una vez que son atendido quirúrgicamente estos pacientes tienen terapia de lengua con la finalidad de que haya su recuperación por completo este tratamiento se comenzó aplicar desde el año 2002.

Los niños con hendiduras bucales pueden tener dificultades para hablar, porque la hendidura puede volver la voz nasal y difícil de entender. En algunos la cirugía resuelve el problema por completo y otras no; por eso estas instituciones abordar a tiempo los problemas del habla y del lenguaje puede ser clave para resolverlos. Los niños con hendiduras pueden consultar con un fonoaudiólogo entre los 18 meses y los 2 años. A muchos terapeutas les gusta hablar con los padres al menos una vez durante los primeros 6 meses del niño para presentar las generalidades del tratamiento y sugerirles juegos específicos para estimular el habla y el lenguaje que puedan jugar con el bebé.

5.2. LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO

5.2.1. DEFINICIÓN

Labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal, por una alteración de la desodemización de los procesos nasales medios con los maxilares (dentro de los tres primeros meses de embarazo). La gravedad del labio leporino puede variar de leve (muesca en el labio) a severa (gran abertura desde el labio hasta la nariz). Ocurre aproximadamente en 1 de cada 1000 nacimientos, su incidencia es más frecuente en hombres, aumentando su incidencia con la edad de la madre. Mayormente se presenta en el área entre el lateral y canino superiores.

El termino labio leporino se utiliza debido a que el labio superior de los conejos se desarrolla como una hendidura en la línea media. Este hecho es raro en los humanos, implica una muesca medial que puede ser diminuta o extenderse como hendidura al interior de la nariz.

Aunque es un caso muy raro, suele presentarse en la línea media de la mandíbula. En la 4ta semana se observa a una constricción de la línea media de la mandíbula, en este caso la constricción inicial no desaparece y posteriormente provoca separación de las dos mitades de la mandíbula.

Esta afección se cree que tiene lugar debido a la presión del corazón en crecimiento adyacente, que empieza a latir antes de la fusión de la mandíbula en la línea media.¹

Los individuos que tienen labio hendido o leporino pueden presentar agenesia dental debido a la hipoplasia premaxilar.

El paladar hendido es una condición en la cual el velo del paladar presenta una fisura o grieta que comunica la boca con la cavidad nasal. Puede afectar solo la úvula dando el aspecto de cola de pez o extenderse al paladar blando o duro. Se produce por la falta de fusión de los procesos palatinos laterales entre sí o con el tabique nasal o paladar primario. El paladar hendido no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca. En muchos casos, otros miembros de la familia han tenido también el paladar hendido al nacer.

Ocurre aproximadamente en uno de cada 1500 a 3000 nacimientos y se presenta más comúnmente en mujeres. La administración de medicamentos anticonvulsivos como fenobarbital y difenilhidantoína durante el embarazo aumenta el riesgo de fisura palatina.

Cuando el labio leporino va acompañado con paladar hendido se denomina labio-alveolo-palatino, causado por un agente tetratógeno que actúa durante el lapso comprendido entre las 4ta a 11va semanas de gestación. Durante este periodo, pero en tiempo diferente, se produce la formación del labio y el paladar.

¹ AVERY James, Principios de Histología y embriología bucal con orientación clínica, Tercera edición, Editorial Mosby Elsevier 2007 España.

Ambas malformaciones son comunes en ciertas alteraciones de origen genético como es la trisomía del par 13 o síndrome de Patau. Los niños afectados presentan labio y paladar hendido, prolidactilia, defectos oculares y sordera, generalmente mueren al poco tiempo de nacer.

5.2.2. EMBRIOLOGIA

El labio leporino o paladar hendido se sitúa consistentemente en la muesca embrionaria que divide las prominencias maxilares y nasolaterales de la prominencia nasomedial. Los procesos que van a formar el labio y el paladar primario se han fusionado en la séptima semana. Este proceso ocurre cuando la cubierta ectodermal de los procesos se une, degenera el área de unión y hay una migración del mesodermo a través de la línea de unión.

La fisura resulta por factores que evitan la aproximación de las prominencias, factores que evitan la degeneración del epitelio en el área de unión y factores que inhiben la migración del mesodermo (formación de quistes), o una combinación de éstos².

En el caso de paladar secundario, este se desarrolla en la séptima o duodécima semana intrauterina. En el caso del paladar, las apófisis palatinas deben sobreponerse a la influencia de la lengua que en algunos casos, pueden interferir con la aproximación de estos, causando una fisura.

También hay evidencias que el desarrollo del paladar blando está sujeto a influencia que no intervienen en el paladar duro (Síndrome de Nager). Del porque algunas fisuras sean uní o bilaterales no se sabe, pero no hay razón para sospechar que su génesis sea diferente de alguna otra manera que no sea la distribución simétrica o asimétrica del agente perturbador.

La fusión del paladar primario hacia atrás y hacia el frente y de arriba hacia abajo. Esto se deduce que es prácticamente inexistente una fisura alveolar sin labio leporino y una fisura del paladar duro con el paladar blando intacto.

Entre las estructuras que conforma paladar primario y secundario:

Paladar primario

a.- El prolabio

b.- Los cuatro incisivos superiores y está unido al septum nasal y al vómer por medio de la sutura vómer-premaxilar

Paladar secundario

a.- Paladar duro

b.- Paladar blando ³

²GOMES María Emilia, Histología, Embriología e Ingeniería tisular Bucodental, Tercera Edición, Editorial panamericana 2009 España.

³ MARIMÓN Torres María E. Medicina Bucal I. Primera Edición. 2008 .Capitulo 9. Editorial Ciencias Médicas.

5.2.3. Patología

El surco nasolabial del labio superior se forma durante el desarrollo embrionario por la unión de los procesos nasales internos. Las partes laterales del labio superior se forman gracias a los procesos maxilares. Estas formaciones tienen lugar durante las primeras 8 semanas del desarrollo. La interrupción del desarrollo normal del labio puede dar por resultado de un labio leporino o fisurado. La fisura puede ser completa o incompleta, y unilateral o bilateral. También puede incluir el alveolo. A menudo el labio leporino bilateral se asocia con fisuras del paladar blando. El lactante con labio leporino debe ser derivado a un cirujano inmediatamente después del nacimiento. La fisura se repara en varios tiempos y la reparación inicial se realiza entre 10- 12 semanas de vida⁴.

Durante el desarrollo del macizo medio facial el paladar se origina de la unión de los procesos nasales interno cada a lado de la cavidad bucal con el proceso maxilar cuando estos procesos no se encuentran se produce una fisura palatina. La fisura puede ser completa o incompleta, según el nivel de la fusión que tuvo lugar durante el desarrollo embriológico. Si bien la fisura palatina a veces coexiste con labio leporino son malformaciones distintas y rara vez están relacionadas entre sí. Los lactantes con este trastorno se derivan a un cirujano poco después del nacimiento, si no antes. De todos modos, los defectos en general no se reparan hasta que el lactante tenga entre 11-12 meses de edad. Esta demora en la reparación tiene un bajo riesgo de interferir en el crecimiento facial. Antes de la reparación quirúrgica del paladar, el lactante puede requerir una mirringotomía con locación de tutores, pues suele tener infecciones oticas y, a veces problemas auditivos. También se le puede adaptar una prótesis palatina para facilitar la alimentación hasta el momento de la reparación.⁵

5.2.4. Clasificación

La fisura labiopalatina es el defecto facial más frecuente en los recién nacidos. Más 30% de las anomalías forman parte de síndromes de etiología cromosómica o genética. El 75% de los casos de labio leporino con paladar hendido o sin él son unilaterales y el lado más comprometido es el izquierdo.

La mayoría de los casos de fisura labiopalatina no son diagnosticados en las ecografías de rutina.

⁴CORTESI Ardizzone Viviana. El Auxiliar Odontológico. Segunda Edición. España. 2008. Capítulo: 14. Página: 452-453. Editorial el Sevier Masson.

⁵Joanna Fuller, Instrumentación Quirúrgica, Teoría, técnicas y procedimientos, Pág. 776- 777, Cuarta edición, Editorial panamericana 2007 México

5.2.4.1. Labio leporino sin paladar hendido

En el labio leporino a pesar de la deformidad podemos comprobar que están presentes todas las estructuras normales del labio, que han de buscarse y reconocerse adecuadamente en interés de una buena reconstrucción quirúrgica. No se trata, pues, de una ausencia de tejidos al nivel del labio, sino de una distribución anómala de los elementos anatómicos que lo forman. Este tipo labio leporino no va acompañado de paladar hendido.

5.2.4.2. Labio leporino y paladar hendido unilaterales

Proviene de la falta de fusión de la prominencia maxilar en el lado afectado con las prominencias nasales mediales. Esto es consecuencia de la falta de unión de las masas mesenquimatosas y del mesénquima para proliferar y alisar el epitelio suprayacente. Se forma así un surco labial persistente. Asimismo, el epitelio del surco labial se estira y los tejidos del suelo del surco persistente se rompen, lo que hace que el labio se divida en partes medial y lateral. Hendiduras que afectan el labio superior y la parte anterior del maxilar superior, con o sin afectación de parte del resto del paladar duro o blando.⁶

5.2.4.3. Labio leporino y paladar hendido bilaterales

El labio leporino bilateral se caracteriza por una luxación anterior de la premaxila, que le proporciona al niño un aspecto monstruoso. La fisura incluye el suelo de la fosa nasal en ambos lados. En este tipo de fisuras no es posible distinguir los restos de las estructuras anatómicas del labio. Los pacientes con paladar hendido bilateral a menudo tienen desordenes e hipoplasia en la evolución del maxilar.

En un estudio reciente a niños con labio leporino y paladar hendido se pudo observar que el 82% de los casos presentaba labio leporino y paladar hendido bilateral⁷.

5.2.4.4. Labio leporino y paladar hendido en la línea media

Defecto palatino en la línea media que comunica fosas nasales y cavidad oral. Se debe a la falta de fusión de los procesos maxilares y/o nasomedianos.

⁶Ceriani Cercana, Neonatología práctica, cuarta edición, Argentina 2009, Editorial panamericana.

NORTAN Neil, Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos, Editorial Elsevier 2007 España.

⁷ Ruiz Chica Antonio, Ecografía en obstetricia ginecología, Pág. 79, Quinta Edición. Editorial Elsevier España 2009
Asim Kurjak, Ecografía en Obstetricia y ginecología, segunda edición, editorial panamericana 2009 Argentina.

5.2.5. Etiología

El problema de la fisura labio-palatino se produce entre la sexta y la décima semana de vida embrionaria. Una falla en la unión normal de los procesos de los maxilares y el desarrollo inadecuado de estos, pudiendo afectar a los tejidos blandos y los componentes óseos del labio superior, el reborde alveolar, así como el paladar duro y blando.

El origen del paladar y labio leporino atribuye en un 10% factores ambientales, 10% factores genéticos y un 80% la combinación de ambos.

Entre las causas de índole genética existen tres categorías etiológicas:

- a.- Herencia monogénica
- b.- Herencia poligénica o multifactorial.
- c.- Aberraciones cromosómicas

Las causas de índole ambiental pueden ser agrupadas en tres categorías:

- a.- Físicas
- b.- Química
- c.- Biológicas⁸

A estos factores ambientales por alterar el desarrollo del embriológico, produciendo malformaciones se los llama teratógenos.

5.2.6. Causas y Efectos

Existen diferentes causas y efectos que con llevan a obtener labio y paladar hendido:

- a.- Ingestión de medicamentos durante el embarazo como drogas anticonvulsivantes, como Fenobarbital y difenilhidantoína.
- b.- Abortos anteriores
- c.- Trastornos durante la gestación
- e.- Edad mayores 40 años en la mamá
- f.- Metrorragia en el 1er trimestre de la gestación
- g.- Diabetes en el embarazo
- h.- Antecedentes familiares El labio leporino y el paladar hendido existe un factor hereditario multifactorial o poligénico con tendencia familiar en un 90%.⁹
- j.- Tabaco: Las mujeres que fuman durante el embarazo tienen mayor probabilidad de tener un bebé con hendiduras orofaciales que las mujeres que no fuman.

Esta malformación se da también, en familias con un historial de esta anomalía en algún miembro. Pero también quedó demostrado que puede ocurrir en familias sin los antecedentes. Si los padres son normales y han

⁸CAMERON Angus, Manual odontológico Pediátrica, Cap. 12, Pág. 390, Tercera Edición Editorial Elsevier MOSBY 2010 España.

⁹ Velayos José Luis, Anatomía de la cabeza para odontólogos, pág. 11, Cuarta Edición 2007, Editorial Panamericana España

tenido un niño con labio leporino, la probabilidad de que el hijo siguiente padezca el mismo defecto es del 4%. Cuando esta afectados dos hermanos, el riesgo para el tercero aumenta el 9%; pero cuando uno de los padres presenta labio leporino y este defecto aparece en un hijo, la probabilidad que el siguiente resulte afectado se eleva al 17%.

Si los padres son normales y tienen un hijo con paladar hendido, la probabilidad de que el siguiente presente la anomalía es de un 2%. Sin embargo, si un familiar o uno de los padres presenta fisura del paladar, la probabilidad aumenta al 7 y al 15% respectivamente. Sea demostrado que en la mujer las crestas palatinas se fusionan alrededor de una semana después que en el varón. Esto explicaría por qué es más frecuente en las mujeres la fisura del paladar aislado.¹⁰

Los ingresos socioeconómicos juegan un papel en la recuperación de estos pacientes debido a que el tratamiento que tienen que realizarse es muy largo y costoso; y además en ocasiones estos pacientes con esta anomalía van estar expuestos a burlas debido a su aspecto facial¹¹.

Es importante establecer medidas preventivas como son:

Consejería genética a padres con riesgo o con antecedentes, administración de ácido fólico en las mujeres en edad fértil, en especial en etapa perinatal (tres meses previos al embarazo y en los primeros tres meses de gestación).

Si afectación es unilateral, el riesgo de recurrencia es menor 2.7%, que si es bilateral 5.4%.

5.2.7. SINTOMAS

Los síntomas de estas anomalías son visibles en el primer examen que realice el médico de su hijo. Aunque el grado de deformación puede variar,

¹⁰Sadler Langman, embriología médica, con orientación clínica, pág. 289, décima edición, editorial panamericana 2007 argentina.

¹¹ Según BERGER, Psicología del desarrollo infancia y adolescencia, Séptima Edición, Editorial Panamericana 2007 España

tras la inspección de la boca y los labios puede notarse la anomalía, ya que hay un cierre incompleto del labio, del paladar, o de ambos.

5.2.8. Complicaciones

5.2.8.1. Dificultades en la alimentación

La alimentación resulta más difícil con las anomalías del paladar hendido. Generalmente, el bebé no puede succionar adecuadamente porque el paladar no está formado completamente.

A continuación se ofrece una serie de sugerencias para ayudar en la alimentación de su bebé:

- a.- Se permite el amamantamiento. Tomará más tiempo y paciencia. Esté preparada para intentar métodos alternativos si éste no le está proporcionando una buena nutrición a su bebé. Puede utilizar una saca leche y alimentar a su bebé con leche materna mediante otras técnicas.
- b.- Mantenga a su bebé en posición erguida para evitar que el alimento se le salga por la nariz.
- c.- Puede utilizar otros dispositivos para la alimentación.
- d.- Se recomiendan ingestas frecuentes y cortas. Este proceso puede ser lento y frustrante; sin embargo, su bebé recibirá más calorías y, por lo tanto, aumentará de peso.
- e.- Hay muchos tipos de biberones y tetinas en el mercado que pueden ayudar en la alimentación de un bebé que tiene paladar hendido.

A continuación se proveen algunos ejemplos:

Tetina NUK: Esta tetina puede colocarse en los biberones comunes o en los biberones con bolsas desechables. Puede agrandar el orificio haciendo un corte en cruz en el medio.

Mead Johnson Nurser: Éste es un biberón blando, de plástico, que es fácil de apretar y tiene una tetina grande con un corte cruzado. Con este sistema, usted puede utilizar cualquier tetina que el bebé prefiera.

Haberman Feeder®: Éste es un biberón especialmente diseñado con una válvula que ayuda a controlar el aire que el bebé toma y a impedir que la leche regrese al biberón.¹²

Jeringuillas: Éstas pueden utilizarse en los hospitales después de una cirugía de labio leporino o paladar hendido, o ambos y también puede utilizarse en el hogar. Normalmente, se une un tubo suave de goma al extremo de la jeringa, que se coloca luego en la boca del bebé.

5.2.8.2. Infecciones de oído y pérdida auditiva

Los niños con labio leporino/paladar hendido suelen padecer de más infecciones del oído, debidas al desarrollo incompleto del paladar y de

¹²ESCOBAR Rojas, Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual, Cap. 36, Pag773- 778, Editorial panamericana 2010 Argentina.
Alberto Alcocer, tratado de otorrinolaringólogo y cirugía de cabeza y cuello, segunda edición, editorial panamericana 2007

los músculos palatinos, que son necesarios para abrir las trompas de Eustaquio, las cuales se encuentran a cada lado de la garganta y conducen al oído medio. Las infecciones recurrentes pueden producir una pérdida auditiva.

La otitis media es bastante común entre los niños con paladar hendido y también pueden tener pérdidas neurosensoriales¹³

Los niños con labio leporino deben estar bajo supervisión constante de un especialista en garganta, nariz y oído (otorrinolaringólogo), para evitar daños permanentes al oído debido a infecciones crónicas

En niños con paladar hendido se recomienda tubos ventiladores por los riesgos inherentes a la disfunción de la trompa y de la otitis media, probablemente causada por el aumento relativo de la complianza de la pared tubaria o por una alteración en la válvula velofaríngea.

En pacientes que presentan además labio leporino, los tubos se deben colocar, cuando se recupera el labio, meses antes de la reparación del paladar

En el momento de la cirugía del paladar, se deben revisar los tubos y si no funcionan bien, deben colocarse de nuevo.¹⁴

5.2.8.3. Retardo del habla y del lenguaje

La función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del paladar y del labio, lo que origina un retardo en el habla o habla anormal.

Los niños con labio y paladar hendido presentan un riesgo mayor de padecer dificultades en el habla y el lenguaje, por lo que se requieren evaluaciones regulares que controlen el habla y el proceso del lenguaje para poder tomar decisiones quirúrgicas e intervenciones terapéuticas.

Durante la infancia, se debe emplear el tiempo y atención suficientes para asegurar de que la audición sea óptima para el desarrollo del lenguaje.

Las posibles causas de los problemas de comunicación en este grupo incluyen:

a.- Retraso en el desarrollo

¹³ Alberto Alcocer, tratado de otorrinolaringólogo y cirugía de cabeza y cuello, segunda edición, editorial panamericana 2007

¹⁴CAMERON C. Angus. Manual Odontológico Pediátrico. Tercera Edición. España. 2010. Capítulo 110. Página 390. Editorial Sevier mosby

- b.- Problemas de audición
- c.- Fistula oronasal
- d.- Mala oclusión dentaria
- e.- Insuficiencia velofaríngea¹⁵

5.2.8.4. Problemas odontológicos

Una hendidura de la encía, del labio y/o paladar en la parte delantera de la boca puede causar una variedad de problemas dentales. Estos problemas incluyen el número, el tamaño, la forma, y la posición de los dientes temporales (de leche) y permanentes (del adulto). Los dientes afectados más comúnmente debido a la hendidura son los que se quedan cerca de la hendidura¹⁶.

Los problemas dentales, tales como caries y dientes faltantes, adicionales, malformados o desplazados, también son comunes en los niños nacidos con paladar hendido.

Como resultado de las anomalías, es posible que los dientes no puedan erupcionar normalmente y por lo general se requiere tratamiento de ortodoncia

5.1.8.5. Problemas psicológicos

“Acoplarse a las necesidades de un niño con estos problemas orales suele ser muy difícil para cualquier familia. La ayuda de un psicólogo y de grupos de apoyo (asociaciones de afectados) puede ser muy valiosa para que la familia como grupo dialogue, discuta entre ellos la situación y ventile sus sentimientos y temores.

Éstas son algunas de las formas en que puede apoyar a un paciente con labio o paladar hendido:

- a. Trate de no centrarse en la hendidura y no deje que ella defina lo que es su hijo.
- b. Cree un entorno hogareño cálido, comprensivo y acogedor en el que el valor individual de cada persona se celebre abiertamente.
- c. Aliente a su hijo para que cultive amistades con personas de diferentes orígenes. La mejor manera de hacerlo es dar el ejemplo y ser usted mismo abierto con toda la gente.
- d. Señale las cualidades positivas de otros que no tengan que ver con el aspecto físico.

¹⁵ Cabero Roura, OBSTETRICIA Y MEDICINA MATERNA- FETAL, editorial panamericana 2007 España.

¹⁶ www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/leporino.htm

- e. Fomente la autonomía de su hijo: dele libertad para tomar decisiones y asumir riesgos apropiados y deje que sus logros lo lleven a obtener una sensación de valor personal. El hecho de tener la posibilidad de tomar decisiones al comienzo (como elegir qué ropa usar) les permite a los niños ganar confianza y tener la capacidad de tomar decisiones más importantes en el futuro”¹⁷

5.2.9. Tratamientos

El labio hendido es usualmente reparado durante los tres primeros meses de vida del niño. Esto es lo más adecuado, mientras que el paladar hendido para algunos cirujanos difiere en sus recomendaciones sobre las separaciones del paladar blando y duro.

Generalmente se opera a los tres meses cuando el incremento de peso es el adecuado y no presenta ninguna infección oral, respiratoria o sistémica. Cada caso debe tomarse en forma individual y ser evaluado por el equipo, evaluando los diferentes factores como: la salud general del niño, el crecimiento de su cara, etc. en los últimos años ha habido una tendencia a realizar cirugías en estos niños a muy temprana edad, antes de los dos años. Por regla general, la reparación quirúrgica del paladar duro, debe ocurrir entre los doce y dieciocho meses de edad; la reparación del paladar blando o velo del paladar entre los 18 y 24 meses de edad. El cirujano debe decidir esto según cada caso y el tipo de malformación que presente. Este debe estar en estrecha relación con el terapeuta de lenguaje quien comparte con el niño mayor tiempo y puede evaluar las dificultades en las funciones orales.

El paciente mayor de un año que ya ha sido operado y se le ha corregido la hendidura labio-palatino. A lo largo de la infancia y de la adolescencia se

¹⁷ www.abcpedia.com/labio-leporino/labio-leporino.htm

llevan a cabo varias cirugías para corregir defectos o deformidades residuales en el labio, el reborde alveolar, el paladar duro y el velo del paladar. Frecuente que sean necesarias alrededor de 6 u 8 cirugías antes de la etapa adulta.

El equipo de profesionales de la salud que presta su servicio a un paciente con hendiduras de labio y paladar está conformado por especialistas, otorrinolaringología, fonoaudiología, terapia de lenguaje, ortodoncia, psicología, cirugía maxilofacial y rehabilitación oral. Este equipo humano debe actuar de manera coordinada en procura de obtener los resultados más satisfactorios para el paciente.

5.2.9.1 Semiología de labio leporino y paladar hendido

El médico debe reconocer las deformidades relacionadas con la malformación congénita y las deformidades relacionadas con las intervenciones quirúrgicas. Para lograrlo, es necesario familiarizarse con las alteraciones ya existentes, es decir, las deformidades presentes en el paciente que no han recibido tratamientos quirúrgicos.

5.2.9.1.1 Paciente no operado

El paciente es usualmente un recién nacido o un lactante menor. Rara vez se encuentra un paciente mayor que no haya sido operado una o varias veces. La semiología consiste en examinar, mediante inspección, las zonas comprometidas y registrar la localización y el grado de compromiso de las estructuras presente. El examen clínico debe incluir:

- a. Los labios
- b. La nariz
- c. El reborde alveolar
- d. El paladar duro
- e. El paladar blando

5.2.9.1.2. Paciente operado

El examen del paciente con hendidura labiopalatina que ha tenido antecedentes quirúrgicos tiene que considerar dos elementos básicos: Signos primarios que se refieren a los defectos que no han sido modificados por la cirugía.

Signos secundarios que comprenden los cambios que el tratamiento ha producido sobre las estructuras defectuosas como secuelas. El análisis de las secuelas permite establecer la calidad del tratamiento¹⁸.

5.2.9.2. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico debe ser precedido por una evaluación exhaustiva tanto del niño como del hábitat psicofamiliar en que se desarrolla. En este proceso deben intervenir todos los integrantes del equipo multidisciplinario. El seguimiento de estos niños por el equipo se hace por lo menos dos veces al año, en el mes de su cumpleaños y seis meses después.

El objetivo quirúrgico siempre ha sido restaurar la normalidad, sin embargo, la meta del futuro es que el paciente nunca se entere de que nació con labio y paladar hendido. Esto solamente se podrá lograr con una combinación de tratamiento ortopédico pre quirúrgicos que lleve los segmentos desplazados a su lugar, moldee la deformidad nasal y estimule el desarrollo normal de la parte afectadas.

Los desplazamientos, deformidades y restricciones de crecimiento y desarrollo presentes al nacer se podrán normalizar antes de proceder con los tratamientos quirúrgicos. La cirugía primaria debe ser meticulosa, exacta, delicadas y que evites suturas a tensión y áreas expuestas que promuevan una cicatrización excesiva y contribuyan a la inhibición del crecimiento y desarrollo normal.

En la mayoría de los casos de Labio Leporino o Paladar hendido hay separación total del alveolo y desplazamiento de moderado a grave los segmentos. Este desplazamiento en los casos unilaterales es causado por la lengua y en los bilaterales con protuberancias de la premaxila no está claro si es que hay un crecimiento desmedido por no existir unión de los segmentos posteriores o si es que la lengua empuja la premaxila hacia delante.

Para la incompetencia velofaríngea se realizan generalmente los llamados colgajos faríngeos, que consiste en tomar un colgajo del tejido de la pared anterior de la faringe (garganta) pegándole al paladar blando. De esta forma el paladar se alarga y hay una mejoría en el sello cuando el niño levanta el paladar blando para cerrar la cavidad

¹⁸ Enrique pedernera asteglano, embriología en la clínica, casos médicos, primera edición, editorial panamericana 2006 México.

nasal. Así se tiende a reducir el escape de aire por la nariz. Estos procedimientos se realizan generalmente después de los 3 o 4 años de edad y se combinan con la terapia del lenguaje para activar y mejorar la función del mismo con ejercicios específicos.

La faringoplastia es un procedimiento donde se implanta un material plástico (teflón) en la pared anterior de la garganta. Esto aumenta el volumen de esta pared muscular permitiendo que el paladar blando haga contacto al sellar o cerrar la cavidad nasal¹⁹.

Las mejoras en la apariencia física de la cara incluirán las reparaciones de las cicatrices del labio y la alineación de la nariz. Estas se realizan generalmente cuando la cara ha terminado de crecer.

5.2.9.3. Tratamiento ortodóntico

El tratamiento con ortodoncia activo está encaminado a corregir el desplazamiento de los segmentos, la deformación del ala nasal, prevenir la acción nociva de la lengua y estimular el crecimiento de la apófisis palatina.

Las visitas al ortodoncista se realizan después de la colocación de los aparatos hasta justo antes de los mismos. Dependiendo del tipo de aparato escogido y de la fase del tratamiento en la nos encontremos, las visitas se realizan con frecuencia, y tienen una duración de entre veinte a cuarenta minutos

El ortodoncista evalúa la posición y alineación de los dientes y coordina un plan de terapéutico basado en los aspectos siguientes:

- a. Edad, estado general de salud y antecedentes patológicos personales y familiares
- b. Cualidades específicas de la anomalía
- c. Tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- d. Implicación de otras partes o sistemas del cuerpo

En los primeros meses de edad se utiliza la ortodoncia removible diseñado por GRAYSON. Si el niño es mayor de 5 meses generalmente no tolera y entonces se utiliza el aparato fijo diseñado por LANTHAM que ha sido modificado para que su retención sea por micro tornillos de 1mm de espesor y se han adaptado alambres con siliconas para moldear el ala nasal.²⁰

También se utiliza una ortodoncia pasiva en casos de paladar hendido en los cuales los procesos palatinos están atrofiados y la fisura es en forma de u.

¹⁹PALMA Cadena Ascensión. Técnica de ayudas Odontológicas y Estomatológicas. Primera Edición. 2007

²⁰ Jaume Janer, ¡Sonríe sin complejos! Editorial Amat, Barcelona- España 2009

En estos casos, la ortodoncia actúa eliminando la acción de la lengua, que en muchos casos interfiere con el crecimiento de los procesos nasales.

La función de la ortodoncia es moldear el cartílago nasal y estimular el crecimiento de las apófisis palatinas, es mucho más efectivo si se comienza el tratamiento en las primeras semanas de vida por lo que acelerado del crecimiento en esta etapa es importante hacer ajustes frecuentemente. Al no utilizar la ortodoncia a temprana

Los aparatos dentales y ayudas para el habla (aparatos protésicos) ocasionalmente los médicos recomiendan el uso de aparatos protéticos en vez de cirugía, para separar la boca de la cavidad nasal. Estos aparatos están hechos de una sustancia acrílica y están diseñados de forma similar a las chapas. La parte más importante del aparato es un bulbo plástico que rellena la abertura entre la boca y la nariz. Estos aparatos se llaman obturadores y elevadores de paladar. Adelantos más recientes en la tecnología médica han dado como resultado el desarrollo de un aparato dental para ayudar a los bebés a alimentarse. Estos aparatos se diseñan en cada caso en particular.

Los pacientes con paladar hendido bilateral a menudo tienen desordenes e hipoplasia en la evolución del maxilar. El primer paso en estos casos es empezar tratando al paciente ortopédicamente en el primer mes de la vida del recién nacido. El dilema es si el ortodoncista tiene que hacer todo para retraer el segmento prognático, cuando aún el paciente es incapaz de colaborar, los problemas de la alimentación y el cuidado; es más difícil especialmente cuando existe una fístula naso-palatina. Aún después de

corregir el paladar hendido y realizar el tratamiento ortodóntico, una severa deficiencia maxilar puede persistir, sin embargo, si se inicia un tratamiento temprano existen menos complicaciones en el futuro.

La tracción ortopédica lleva a disminuir la retracción de los tejidos circundantes, permitiendo al cuerpo acomodarse a la nueva posición del maxilar, lo que puede permitir al paciente la alternativa de procedimientos ortopédicos y quirúrgicos durante sus próximos años de crecimiento.

5.2.9.4. Terapias de habla y del lenguaje

Todos los niños que sufren de labio y/o paladar hendido, tienen un alto riesgo de sufrir problemas de audición, habla y del lenguaje. La identificación temprana de estos problemas y la intervención médica conjunta, previenen ciertas secuelas que incluyen demoras en la aparición del lenguaje, mala articulación de los sonidos del habla y desordenes en la resonancia y la voz. También es importante la orientación que se les dé a los padres acerca de estimulación que debe recibir el niño desde recién nacido. Estas intervenciones del terapeuta del lenguaje deben comenzar desde que el bebé nace y durará periódicamente durante toda la primera infancia y otras veces abarcará mayor tiempo. Entre más temprana sea la intervención, menos problemas se irán sumando.

“El terapeuta de habla y lenguaje o Fonoaudiólogo, será el encargado de medir las disfunciones en el habla del niño antes de la cirugía y los cambios que se den como resultado de la misma. El terapeuta deberá trabajar muy unido al cirujano plástico y al maxilofacial, así como al protesista dental o al prostodontólogo, para ponerse de acuerdo en los aparatos dentales especiales que mejoren el habla del niño o sobre la necesidad de recurrir a nuevas cirugías.

La terapia de Lenguaje será muy necesaria después de las cirugías. Este programa bien estructurado ayudará al niño a producir los sonidos correctamente a rehabilitar todas las funciones orofaciales necesarias

para corregir los defectos en la resonancia y en la voz. Las terapias durarán según el caso y según la constancia y la ayuda que la familia presta en ella”²¹.

Se recomienda un mínimo de tres sesiones semanales por un período que puede variar desde los seis meses hasta el año, según el o los defectos restantes y según cada niño tenga la capacidad para continuar mejorando. En algunos casos no se pueden obtener ni esperar resultados muy óptimos. Esto se podría dilucidar midiendo varios factores que se definirán más adelante.

La asesoría genética es de vital importancia, ya que usted deberá discutir sus planes familiares con un consejero o médico genetista, quien le podrá dar la información sobre la tendencia que existe en su familia para tener hijos con estas malformaciones. Ello le permitirá tomar decisiones en un futuro.

5.2.10. Nutrición y alimentación de los pacientes con labio leporino y paladar hendido.

La alimentación es uno de los aspectos que inquieta más a los padres de un niño nacido con labio leporino y/o paladar hendido. Al igual que con todo bebé, toma cierto tiempo y práctica encontrar un método de alimentación que le resulte bien al bebé y a los padres.

La lactancia materna es muy importante. Por un lado, favorece el vínculo madre-hijo, qué, en algunos de estos casos, pueden estar dificultado por malformaciones como labio leporino y paladar hendido pudiendo causar rechazo inicial en la madre. Por otro, disminuye el riesgo de otitis media recurrente que son más frecuentes en estos lactantes por las alteraciones en la ventilación de la trompa de Eustaquio. Con el amantamiento la presión en el oído medio es menor en comparación a la succión con tetina y esto ayuda a la ventilación de

²¹ Comas Luis, No quiero lavarme los dientes, Pág. 131. Editorial Ceac 2007 España.

la trompa de Eustaquio. Además, La leche de madre proporciona una mejor inmunidad.

La extensión de lesión determina que el recién nacido puede ser amantado o no. Lo más importante es comprobar si es capaz de un correcto sellado, consiguiendo una succión y presión negativa adecuadas.

En el labio leporino, si el defecto solo afecta al labio no suele haber problemas para la lactancia materna. Él bebe puede mamar en diferentes posiciones, consiguiendo que el propio tejido mamario selle el defecto labial. En otras ocasiones, la madre puede hacer el sello colocando su dedo en la zona del defecto. En el postoperatorio inmediato a la reparación, la alimentación precoz al pecho no presenta riesgos y se observa mayor ganancia de peso postcirugía. Una vez realizada la reconstrucción el amantamiento no difiere de cualquier otro.

Cuando hay labio leporino bilateral, suele conseguir un mejor agarre al pecho con la posición de balón de fútbol. También puede ser útil sostener al bebe algo incorporado para evitar que la leche salga por la nariz, presionando levemente la mandíbula hacia delante y asegurando que la nuca este ligeramente flexionada.

En el paladar hendido, cuando la fisura es amplia en el paladar blando o duro dificulta la creación del vacío necesario para la succión, impidiendo el vaciado correcto del seno, ya que él bebe necesita presionar el pezón y el tejido glandular contra el paladar para vaciar los conductos. Si la fisura no es muy extensa y la madre tiene un pecho grande, elástico y un buen reflejo de eyección de leche, es posible el amantamiento directo, pero, en general, es necesario ofrecer, mediante tetinas especiales, la leche materna extraída.²²

Aunque la aplicación de una place de ortodoncia en el paladar del neonato puede sellar el defecto, incluso así muchos bebes siguen teniendo dificultades porque el reflujo de succión precisa de la sensación del pezón contra el paladar. En estos casos, la extracción de la leche materna mejora el peso y las condiciones físicas en las que el lactante llega a la cirugía, permite el amantamiento posterior y ayuda a la madre a establecer el vínculo y mejora sus sentimientos de autoestima y confianza.

La asociación de paladar hendido y labio leporino hace el amantamiento mucho más difícil.

²² Asociación Española De pediatría de la teoría a la práctica, Manual de lactancia Materna, Pág. 372-373, Editorial Panamericana 2009 España.

5.3. APARATOLOGIAS ORTODONCIA REMOVIBLES

5.3.1. Definición

La aparatología ortodóntica aplicada son aquellas que el paciente puede remover de la boca en determinadas situaciones las cuales van estar constituidas por varios elementos tales como: Tornillos, resortes, ganchos de diversas formas y funciones, y van estar elaborada de acrílico.

Cuando el problema se debe a un deficiente crecimiento del maxilar o de la mandíbula es importante que ello se controle lo antes posible.

La ortodoncia se puede realizar sobre los dientes de leche, sobre la dentición permanentes o cuando hay en cavidad bucal una dentición mixta. Si los padres ven que el niño va tener una malaoclusión debido a su problema deben llevarlo a un ortodontista para que determine el tipo de ortodoncia que deba aplicarle ya sea fija o removible.

De acuerdo con el tipo de tratamiento ortodóntico llevado a cabo, será la aparatología a utilizar en la etapa de retención. En el caso de pacientes tratados únicamente con aparatos removibles, es frecuente que se siga usando el último aparato activo de forma pasiva, o los aparatos activos se sustituyen por placas sencillas. Si el tratamiento se realizó con aparatos fijos, entonces durante la retención se utilizarán aparatos removibles o a menudo se utilizarán también los retenedores fijos.

El tratamiento de ortodoncia aporta asimismo, otras ventajas, además de las estéticas

El uso de los tratamientos de ortodoncia va depender de cuantas más horas se lleva puesto, más rápida y evidente será la corrección. Necesitan un mínimo de horas de utilización, es decir, es preciso llevarlo puesto toda la noche y unas 4-6 horas durante el día²³

Existen dispositivos ortopédicos, que se sirven de fuerzas intensas para desarrollar su función y se emplean principalmente en la fase de intercepción, es decir, en la fase del tratamiento ortognatodóntico en la que el objetivo es dirigir de manera correcta el crecimiento de las base

²³Harbin, Tratamiento ortodóntico en el adulto, segunda edición, Editorial medica Panamericana 2006 España.

óseas maxilares, además también hay dispositivos ortodónticos que se emplean sobre todo en la fase de corrección, que es la parte del tratamiento ortognatodóntico en la que se modifica la posición de los elementos dentarios tras haber restablecido la armonía entre las bases esqueléticas.

La adaptación del aparato y la aplicación o rechazo del tratamiento son cuestiones a corto plazo, que se producen en el plazo de pocos días tras el comienzo del tratamiento. Esta evidencia implica que el ortodoncista debe tener en cuenta la adaptación del aparato.

Algunos diseños de aparatos, pueden disminuir la cooperación debido a sensaciones táctiles desagradables, sentimientos de opresión en la boca, estiramientos de los tejidos blandos, presión sobre la mucosa, desplazamiento de la lengua, sensibilidad dentaria, e incluso dolor²⁴.

Los aparatos removibles, como el anclaje extraoral, placas y los aparatos funcionales, pueden ser rechazados por el paciente debido a dolor, incomodidad, problemas con el habla o simple enfado. El dolor, los inconvenientes funcionales y estéticos, las quejas asociadas son las razones principales para que los pacientes quieran dejar los tratamientos. La autoconfianza del paciente podrían verse influida por la afectación del habla y la visibilidad del aparato, en especial durante las relaciones sociales en la que la atención se sentara en la cara.

No, debido a que las necesidades que requieren aparatos fijos y removibles son diferentes. Para algunos casos se emplea aparatos removibles y para otros aparatos fijos, según cual sea el objetivo que se pretende resolver. El ortodoncista es el que define que tipo de ortodoncia debe usarse para cada caso. En ocasiones se comienza con aparatología removible y luego se pasa a ortodoncia fija.

La removible precisa mayor cooperación, aunque como ventaja podríamos citar que en ciertas situaciones podríamos ir sin ella (siempre bajo el consentimiento del profesional), como para realizar deporte, ir a comer fuera de casa, etc.

²⁴ Comas Luis, No quiero lavarme los dientes, Pág. 131. Editorial Ceac 2007 España.

El aseo del aparato removible debe ser minucioso ya que después de comer debe lavarse los dientes ya que la placa dental y los residuos de comida pueden acumularse en la parte del aparato como los ganchos de retención.²⁵

Cuando el niño se lleva el aparato removible a casa debe tomar en cuenta que si se le pierde algún alambre o alguna parte del aparato debe acudir inmediatamente al ortodoncista

El problema de colaboración es complejo. Su comprensión implica la exploración constante de los cognitivos y afectivos que determinan la conducta social, estilo de vida, los valores de la salud y actitudes de cada paciente y de sus padres. Se han sugerido diversas tácticas para mejorar la colaboración.

En ortodoncia la colaboración implica la presencia de discusión con el paciente de estrategias alternativas de tratamiento. Teniendo en cuenta que la terapia mecánica ortodóntica convencional se basa en la cooperación del paciente, el régimen a los aparatos que parecen más aceptables para los pacientes y que se diseñan para reducir la incomodidad para así solucionar algunos de los problemas de colaboración encontrados durante el tratamiento de ortodoncia.

²⁵Vicente Gonzales, Tratamiento ortodóntico en pacientes de clase II no colaboradores, principios y técnicas actuales, pág. 5-6, Editorial Elsevier Mosby, 1 edición, 2007 España

5.3.2. Relación de ortodoncia con los pacientes con labio leporino y paladar hendido

Los niños con hendiduras bucales a menudo reciben tratamiento dental y de ortodoncia para favorecer la alineación de los dientes y eliminar cualquier espacio producido por la hendidura.

Es posible que el tratamiento dental de rutina se pase por alto en medio de todos estos procedimientos de mayor envergadura, pero los dientes sanos son fundamentales para los niños con hendiduras, ya que son necesarios para poder hablar con corrección.

Los niños con hendiduras bucales por lo general necesitan el mismo cuidado dental que los otros niños: cepillado regular y limpieza con hilo dental una vez que aparecen los molares de los 6 años. Según la forma de la boca y los dientes, es posible que su dentista le recomiende un "toothette" (una esponja o hisopo suave que contiene enjuague bucal) en lugar de un cepillo de dientes. A medida que su hijo crece, es posible que pueda comenzar a usar un cepillo de dientes para niños suave. Esto es clave para asegurarse de que su hijo se cepille bien y con regularidad.

Por lo general, los niños con paladar hendido tienen un defecto en el reborde alveolar. El reborde alveolar es la encía superior ósea que contiene dientes, y los defectos pueden:

- a. desplazar, voltear o rotar los dientes permanentes
- b. impedir que emerjan los dientes permanentes
- c. impedir que se forme el reborde alveolar

Estos problemas pueden solucionarse si se injerta tejido óseo en el alvéolo, lo que permite corregir la ubicación de los dientes con ortodoncia.

El tratamiento de ortodoncia por lo general suele realizarse en varias etapas. La primera, que comienza cuando aparecen los dientes permanentes, se denomina expansión ortopalatina. Se redondea el arco dental superior, se aumenta el ancho de la mandíbula inferior y se coloca un dispositivo denominado expansor palatino dentro de la boca del niño. El ensanchamiento de la mandíbula puede ir seguido de un injerto de hueso en el alvéolo.

Es posible que su ortodoncista espere hasta que salgan todos los dientes permanentes para comenzar la segunda etapa, que puede implicar eliminar dientes sobrantes, añadir implantes dentales si faltan piezas o colocar aparatos de ortodoncia para enderezar los dientes.

En aproximadamente el 25% de los niños con paladar y labio hendidos unilaterales, el crecimiento de la mandíbula superior no va a la par del de la mandíbula inferior. Si eso sucede, estos niños pueden necesitar (durante la adolescencia o juventud) una cirugía ortognática segunda etapa de la ortodoncia para alinear los dientes y favorecer el desarrollo la mandíbula superior.

El tiempo de duración de los tratamientos de ortodoncia va a depender de la anomalía que presente cada paciente ya que los tratamientos son únicos y específicos. El promedio de tiempo de los tratamientos cuando el problema es de carácter dentario tiene una duración de un año a un año y medio aproximado²⁶.

Al completar cada etapa del tratamiento con estos pacientes, debemos evaluar los resultados obtenidos, y, si es necesario, ajustar los procedimientos mecánicos al resultado de la evaluación. La cooperación de, paciente es uno de los aspecto a tener en cuenta, ya que si no colabora puede conducir al fracaso del tratamiento, no por una selección incorrecta de aparato si no por la falta de disposición del mismo paciente o familiar.²⁷

Para estos niños, la incluir una operación denominada osteotomía en la mandíbula superior para desplazarla hacia adelante y hacia abajo. Por lo general, esto requiere otro injerto óseo para lograr estabilidad.

5.3.3. Ortopedia maxilar

Es una alternativa de prevención y corrección de los problemas de crecimiento de los maxilares. Corrige la función para restablecer la forma; mediante la utilización de aparatos removibles que actúan sobre los dientes, labios, lengua, encías, paladar, piso de la boca, ATM, modificando las funciones de la masticación, deglución, respiración, y fonación que se encuentren alteradas y devolviendo la armonía en el crecimiento para logran una oclusión normal.

²⁶Embriología en las clínicas casos médicos, Primera edición 2006, Editorial panamericana México

²⁷Harfin Julia, Tratamiento Ortodóntico en el adulto, pág. 134, Segunda edición, Editorial Panamericana 2006 Argentina

5.3.3.1. Ortopedia pre quirúrgica

Estrategia terapéutica que permite reorientar los segmentos maxilares en forma activa y moldear los cartílagos nasales, con el fin de mejorar los resultados estéticos y funcionales de la cirugía de cierre labial, (queiloplastia). Para lograr este objetivo se usa un dispositivo ortopédico dinámico, tipo placa palatina, modificada según las necesidades del paciente.

Se realiza desde los primeros días de vida hasta los 3 mes, edad indicada para la cirugía.

5.2.3.2. Preparación injerto óseo alveolar

El injerto óseo alveolar se realiza alrededor de los 6 a 7 años con el objetivo de facilitar la erupción del incisivo lateral y el canino; el diente más importante para la oclusión y para mantener la alineación de los dientes en el reborde alveolar, preservando la dentición permanente sin defectos periodontales y sin necesidad de rehabilitación protésica.

Para la realización de esta cirugía se requiere que los maxilares estén posicionados correctamente y los dientes alineados. Por esta razón el paciente utiliza aparatologías intra y extaroral que direcciona los maxilares a una relación normal y alinea los dientes preparando el espacio para la colocación del injerto.

5.3.4. Tipos de aparato de ortodoncia removible

5.3.4.1. El aparato BCP

El aparato BCP (Aparato del Paladar Hendido Bilateral), puede actuar como un tratamiento inicial. El aparato consiste de un retractor (expansor invertido) en el centro del plano acrílico, dividido en tres sectores en forma de Y. Por la activación del Expansor invertido central de este aparato la porción anterior del mismo es llevada hacia atrás, reduciendo el segmento prognático. Este aparato trabaja como terapia ortopédica en dichos pacientes donde el plano acrílico colocado en la base de este asegura la obturación de la fístula naso-palatina cuando esté presente. El aparato es activado por la flecha marcada en el tornillo, la activación causa que la porción anterior del aparato se cierre gradualmente hacia atrás.

5.3.4.2. Placa obturadora para paladar hendido

Cuando el modelo de trabajo no muestra una impresión adecuada del vestíbulo este debe ser desgastado un poco más para lograr el efecto de vacío requerido. Si el paladar hendido llega hasta la faringe, pero esta área no está nítidamente reproducida, de nueva cuenta debe ser desgastada un poco. Esto solo podrá ser realizado con la aprobación del ortopedista orofaciales tratante.

Las partes retentivas del paladar hendido deben ser cubiertas con cera. En la región faríngea, el paladar hendido es reconstruido con cera. El cono resultante es la cobertura del área de la faringe. Posteriormente, el médico tratante deberá desgastar y pulir este cono individualmente.

En la parte anterior del paladar hendido, la placa palatina debe ser fabricada de tal forma que se asemeje a la anatomía normal del paladar, para que desde el uso de esta placa la lengua se acostumbre a la forma posterior del paladar.

La placa palatina debe tener en toda su extensión la misma altura que un paladar completo. Para la curva del cono descendente se puede utilizar el pulgar propio para tomar la medida. De cualquier forma, el cono tiene que ser adaptado individualmente a la curva del paladar. El largo del cono siempre dependerá del paladar hendido. Ya sea que el ortodoncista tratante determine la longitud aproximada, o el técnico primero lo diseña y posteriormente lo consulta con el doctor.

La placa palatina final debe ser terminada lo más delgada posible. Los márgenes funcionales deben ser diseñados exactamente como en una prótesis normal.²⁸

²⁸MOSCHOS, Tratamiento de ortodoncia en pacientes de clase II, Editorial Elsevier 2007 España.

5.3.4.3. Placa de estimulación

“En la 6ª a 8ª semana después del nacimiento se realiza una impresión individual del maxilar superior edéntulo. Se hace un filo funcional al modelo de trabajo. Si este no está reproducido con exactitud, se puede desgastar ligeramente.

Para la estimulación de la lengua se agrega un botón en la parte posterior de la placa que puede ser cambiado en cada cita. Se desgastan ranuras de estimulación por vestibular para los músculos labiales las cuales también pueden ser cambiadas con la finalidad que con un estímulo distinto, la placa se hace de nueva cuenta interesante. Mediante una perla móvil en el filo posterior de la placa, el estímulo se incrementa notoriamente. Para asegurar la placa, esta puede ser unida con hilo dental a la camisa del niño. Si la placa contiene un botón de estimulación, este se termina retentivamente para ahí poder fijar el hilo dental.

5.3.4.4. Placa de expansión en forma de abanico con distintos tornillos y aplicaciones

El tornillo de expansión en forma de abanico presenta dos variantes: El tornillo de expansión de una sola pieza o el de dos piezas. Ambos tienen la misma función, expandir en forma de abanico la parte anterior o posterior. El tornillo de dos piezas tiene la ventaja de poder aumentar el efecto en abanico por la fijación separada del tornillo y de la bisagra, lo que aumenta la palanca.

5.3.4.4.1. Expansión anterior

Placa de expansión en abanico con tornillo dividido El tornillo dividido es un poco más pequeño y por eso es favorecido en paladares angostos; de esta forma hay más espacio para las retenciones de los elementos de alambre. La articulación separada, que forma parte de la bisagra, se tiene que cubrir con cera.

En la placa terminada, la bisagra en la parte distal del límite de la placa está libre de acrílico. La placa tiene que extenderse notoriamente más hacia distal que una placa convencional.

Ahora, la placa con cortes puede expandirse en forma de abanico. Para garantizar una apertura sin obstáculos la bisagra deberá estar libre de acrílico en el límite distal de la placa.

5.3.4.4.1.1. Placa de expansión en forma de abanico con tornillo de una sola pieza

La bisagra se tiene que cubrir con cera. La placa terminada se tiene que seguetear y la bisagra se libera de acrílico y cera. La placa de

expansión en forma de abanico se utiliza frecuentemente para la expansión en pacientes con labio paladar hendido.

5.3.4.4.2. Expansión posterior

Placa en forma de abanico con tornillo dividido adaptado de forma invertida El tornillo también se puede adaptar de manera invertida, entonces su función es expansiva en la parte posterior del maxilar.

La bisagra se cubre de cera de manera usual y el corte de segueta se ensancha desde la bisagra hasta la parte frontal.

El tornillo activado muestra que el corte en forma de cuña está cerrado en la parte anterior. Si este corte no es suficiente para la expansión requerida, se puede desgastar un poco más.

5.3.4.4.3. Expansión excéntrica

Aparato en forma de abanico con un tornillo para expansión excéntrica Una expansión excéntrica se obtiene fijando el tornillo oblicuamente. El tornillo se incorpora de manera usual, se cubre con cera y se hacen los cortes respectivos de la placa.

La activación del tornillo colocado oblicuamente resulta en una expansión excéntrica de la arcada. De esta forma se puede obtener espacio en áreas específicas de la arcada, como en este ejemplo, en el área del labio paladar hendido²⁹.

5.3.4.4.4. Obturadores palatinos

Un obturador palatino es una prótesis parcial removible, fija o incluso sobre dentadura que lleva incorporada una parte obturatriz que penetra en los bordes del defecto buscando el cierre periférico del mismo.

La función principal de los obturadores es la de taponar el defecto maxilar, separando así la cavidad oral de la nasal o sinusal. Están indicados en los casos de comunicaciones en la región maxilar, producidos por resección quirúrgica de tumores de paladar duro y/o blando, traumatismos o malformaciones congénitas en las que no se haya podido llevar a cabo reconstrucción quirúrgica o ésta haya fracasado.

Con el uso de un obturador se consiguen una serie de objetivos fundamentales: rehabilitación oro dental inmediata y seguimiento del área de la maxilectomía para observar posibles recidivas en el caso de resección de tumores. Es una técnica relativamente simple con un resultado predecible, con la que en poco tiempo se puede corregir una situación inestética.³⁰

²⁹PALMA Cadena Ascensión. Técnica de ayudas Odontológicas y Estomatológicas. Primera Edición. 2007

³⁰www.zonaortodoncia.com/aparatologia_remov.htm

5.3.5. Limpieza del aparato ortodónticos removibles

Cada vez que retiramos el aparato de la boca deberíamos limpiarlos. Para ello deberíamos usar jabón líquido como el que usamos para las manos y un cepillo de uñas o un cepillo de dientes exclusivo para esto. No debemos utilizar pasta de dientes.

Debemos fregar bien el aparato con el cepillo y el jabón, realizando después un buen aclarado.

Finalmente si lo tenemos que guardar, secarlo bien antes de introducirlo en el recipiente.

Siempre que nos lo vayamos a poner es aconsejable humedecerlo.

Una vez a la semana podríamos utilizar pastillas de las que se usan para la limpieza de las dentaduras postizas (de venta en farmacias). Simplemente deberíamos poner el aparato en agua con una de estas pastillas, para desinfectarlo y limpiarlo mejor.

5.3.6. Cuidado dental

Un niño con un labio hendido o paladar hendido necesita el mismo cuidado rutinario que los niños sin hendiduras. Sin embargo, muchos niños con hendiduras tienen otros problemas relacionados con los dientes. Los dientes pueden tener una forma incorrecta o una posición incorrecta o aun estar totalmente ausentes que requieren una evaluación de un dentista que esté familiarizado con las necesidades de un niño con una hendidura.

La higiene dental que se aplica en los aparato de ortodoncia debe realizarse todo los días ya sea en el día como en la noche, realizando un cepillado dental de al menos tres minutos de duración en los dientes y los aparatos con un cepillo dental eléctrico.³¹

³¹Jaume Janer, ¡Sonríe sin complejos! Editorial Amat, Barcelona- España 2009

La eficacia de los elementos de higiene recomendados para la prevención de la caries dental ha sido claramente demostrada tanto en la clínica odontológica individual como en los programas de prevención. El control de placa dental puede realizarse con recursos mecánicos como el cepillo dental y recursos químicos como la pasta y los enjuagatorios.³²

5.3.6.1. El Cuidado Dental Durante los Primeros Años

Con el cuidado apropiado, los niños que nacen con un labio hendido y/o paladar hendido pueden tener dientes sanos. Esto requiere que cepille bien los dientes de su niño, tenga buena nutrición y use tratamientos de fluoruro. Debe empezar a cepillar los dientes con un cepillo pequeño con cerdas suaves en cuanto salgan los primeros dientes. Muchos dentistas recomiendan la primera visita al dentista se dé “el primer examen se debe realizar a los 4 años de edad (dientes de leche), mientras que el segundo examen se realiza a los 8 años (dentición mixta temprana) y el tercer examen se realiza a los 12 años (dentición mixta tardía)³³.

Por lo general, los especialistas en labios hendidos o paladares hendidos hacen la primera evaluación de los dientes. Las visitas rutinarias al dentista local empiezan cuando el niño cumple tres años de edad. El tratamiento que le recomiendan los médicos depende de muchos factores. Algunos niños sólo necesitan el cuidado preventivo, mientras que otros necesitan los empastes o sacar una muela.

Se programa la primera visita al odontólogo antes de que su niño tenga dientes. El propósito de esta visita es evaluar el crecimiento de la cara, especialmente el crecimiento de la mandíbula. Después de que empiecen a salir los dientes, el odontólogo hará los planes para el futuro cuidado dental a corto y largo plazo. Por ejemplo, si los dientes de arriba y los de abajo no se juntan bien, el odontólogo puede sugerir un tratamiento para arreglar la relación entre la mandíbula de arriba y la de abajo. No es raro que tarde mucho tiempo después del tratamiento para que el odontólogo pueda evaluar de nuevo el crecimiento de la cara y el desarrollo de los dientes. Cuando ya hayan salido los dientes permanentes, la última fase del tratamiento es para colocar los dientes en sus posiciones correctas³⁴.

5.3.6.2. El Dental/Quirúrgico Coordinado Cuidado

La coordinación del tratamiento entre el cirujano y el especialista dental es importante porque existen muchos procedimientos que los dos pueden hacer juntos durante la anestesia. Pueden sacar o arreglar los dientes al mismo tiempo.

³²Barrancos Mooney, Operatoria dental “Integración clínica”, Cuarto edición, Editorial Médica Panamericana 2006, Buenos Aires – Argentina.

³³www.oralb.com

³⁴www.forestadent.com/documentpool/anwendungen/vdp.

La coordinación entre el cirujano y el odontólogo es la más importante durante el tratamiento del defecto del hueso en la mandíbula de arriba que puede resultar de una hendidura. Por medio de un injerto de hueso, los médicos pueden arreglar el defecto de la hendidura³⁵.

Durante la adolescencia, el odontólogo y el cirujano colaborarán otra vez, si los dientes no se juntaron bien debido a que las mandíbulas estaban fuera de sus posiciones normales. Si no se pueden colocar los dientes en sus posiciones correctas con el cuidado dental solamente, será necesario combinar las técnicas quirúrgicas junto con la odontología. Se programa tal cirugía cuando el niño se haya terminado la pubertad.³⁶

³⁵ www.orthocj.com/2006/06/bcp-aparato-de-paladar-hendido-bilateral.

³⁶ESLOVO Schamalbach Javier. Semiología Quirúrgica. Primera Edición. Argentina. 2006. Página 298.

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. MÉTODOS

6.1.1. Modalidad básica de la investigación.

Bibliográfica

Es bibliográfica porque para llevarla a efecto fue necesaria la previa recopilación de información tales como libros de texto y la web.

Campo

Es de campo porque la investigación se la lleva a cabo en los niños con labio leporino y paladar hendido perteneciente club rotario de Portoviejo.

6.1.2. Niveles o tipo de investigación

Explorativa

Esta investigación permitió indagar y explorar el problema presentado en el uso de las aparatologías ortodóntica removibles, el cual fue efectuado en el Club Rotario de Portoviejo

Descriptiva

En este estudio se describió la evolución que tienen los pacientes con labio leporino y paladar hendido al utilizar las aparatologías ortodónticas removibles.

Sintética

Toda la información recopilada, la cual midió el alcance de los objetivos, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

Propositiva

Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

6.2. Técnicas

Observación

Se observó la cooperación de los pacientes con labio leporino y paladar hendido

Encuesta

Encuesta dirigida a los padres de los pacientes con labio leporino y paladar hendido del CLUB ROTARIO

6.3. Instrumentos

Fichas de observación

Formulario de encuesta

6.4. Recursos de materiales

6.4.1. Talento humano

Director de tesis

Investigadora

Niños con labio leporino y paladar hendido atendidos en el Club Rotario

Padres de familias

6.4.2. Tecnológicos

Internet

Computadora

Impresora

Cámara

Scanner

Pen drive

6.4.3. Materiales

Fotocopias

Espejo bucal

Textos relacionados con el tema.

Materiales de escritorios

6.4.4. Economicos

Esta investigación tendrá un costo aproximado de \$ 1143.50

6.5. Población y muestra

6.5.1. Población

Para el análisis de la investigación se trabajó con el universo constituido por los pacientes con labio leporino y paladar hendido CLUB ROTARIO De Portoviejo, que corresponde a 500 niños.

6.5.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra obtenida fue 80 niños que se atienden en el club rotario de Portoviejo.

6.6. Tipo de muestreo

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo:

Muestreo Aleatorio

6.7. Presupuesto

Total: 1143.50

6.8. Proceso de recolección de la información

La información primaria se la obtuvo mediante la aplicación de la observación y encuesta a los pacientes con labio leporino y paladar hendido

La observación secundaria se la obtuvo en un 60% en la web, y el 40% restante de libros de los últimos 5 años.

6.9. Procesamientos de la información

La información bibliográfica se procesara mediante el software Microsoft Word 2010 y la información estadística en el software Excel del mismo paquete utilitario de Microsoft.

CAPÍTULO VII

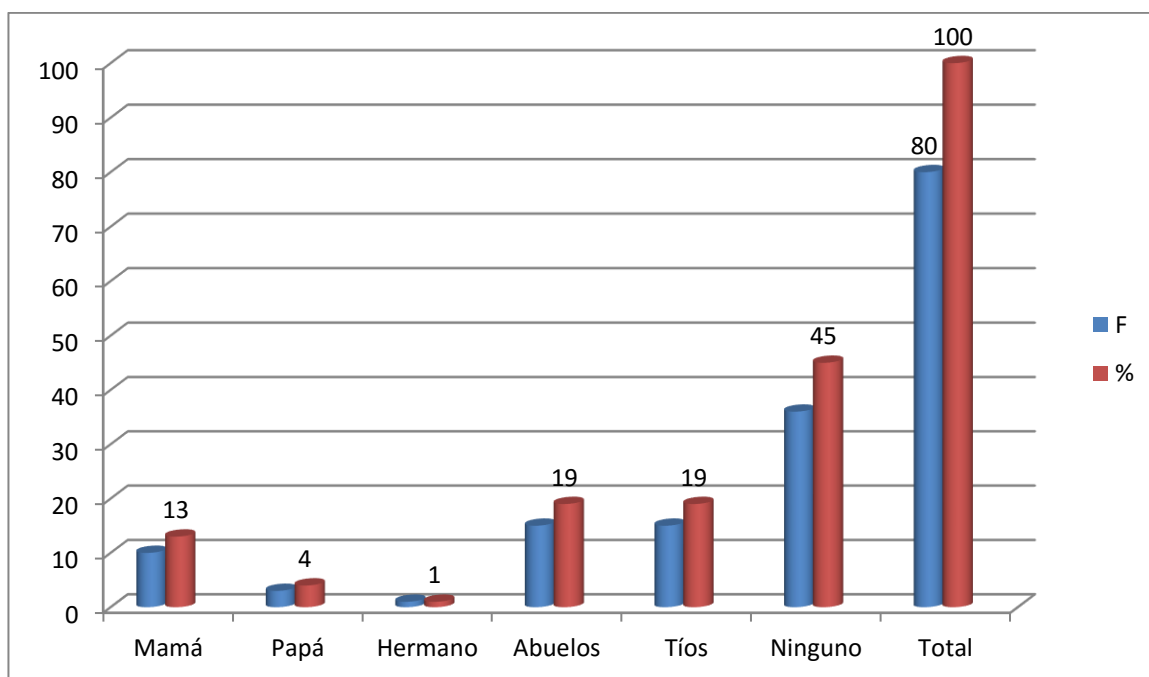
7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

7.1. GRAFICUADROS DE LA FICHA DE OBSERVACION Y ENCUESTA

GRAFICUADRO N.- 1

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA PRESENTA LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO?

Alternativas	F	%
Mamá	10	13
Papá	3	4
Hermano	1	1
Abuelos	15	19
Tíos	15	19
Ninguno	36	45
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACION:

En la encuesta realizada a los padres del Club Rotario de Portoviejo se pudo llegar a que 10 de este caso de labio leporino y paladar hendido son por antecedente materno teniendo un 13 % ,3 paciente con antecedente paterno un 4%,1paciente con antecedentes por parte de los hermanos 1%, 15 pacientes con antecedente por parte de los abuelos 19%,19 pacientes con antecedentes por parte de los tíos 19%, 39 paciente que no presentan antecedentes familiares 45%.

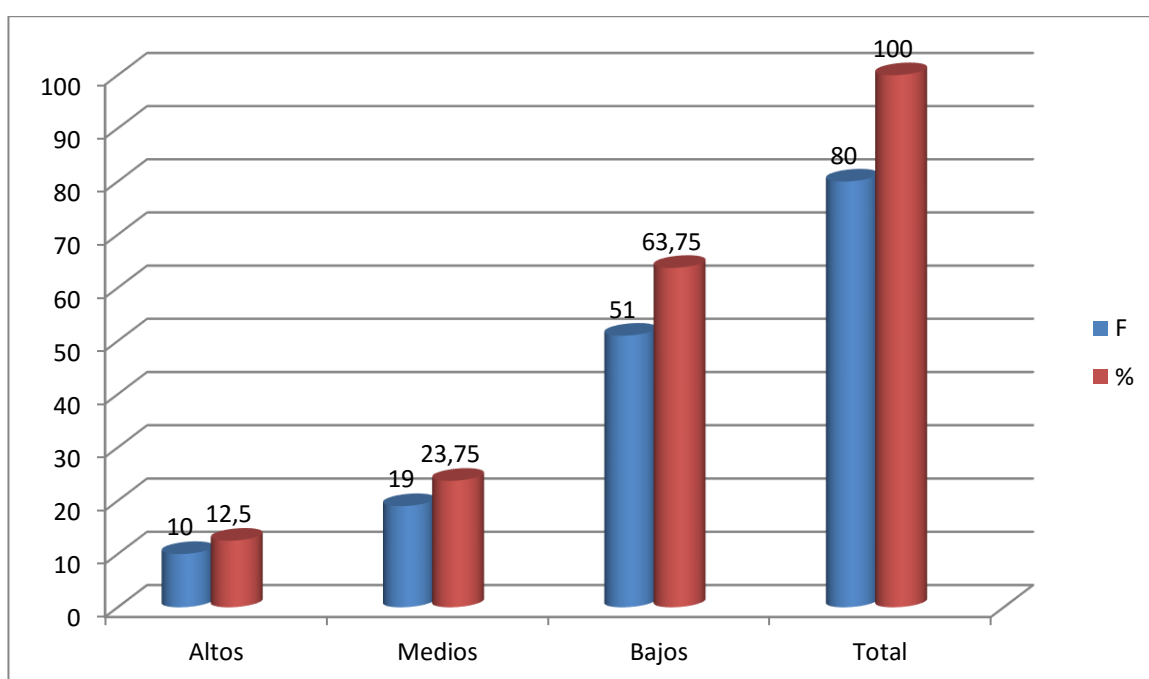
Según Velayos José Luis, Anatomía de la cabeza para odontólogos, pág. 11, Cuarta Edición 2007, Editorial Panamericana España- **“El labio leporino y el paladar hendido existe un factor hereditario multifactorial o poligénico con tendencia familiar en un 90%”**. Pág.13

En la encuesta realizada se pudo observar que el origen de estas patologías es desconocido por parte de los padres ya que el 45% no presentaron ningún antecedente familiar.

GRAFICUADRO N.-2

SUS INGRESOS ECONOMICOS SON

Alternativa	F	%
Altos	10	12,5
Medios	19	23,75
Bajos	51	63,75
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

Los ingresos economicos de los padres encuestados en el Club Rotario de Portoviejo dio que 10 de ellos dijeron que era alto dando como resultado un 12,5 %, el 19 de ellos dijeron que era mediano dando un 23,75%, mientras los 51 padres restante dijeron que sus ingresos eran bajos dando un 63,75%.

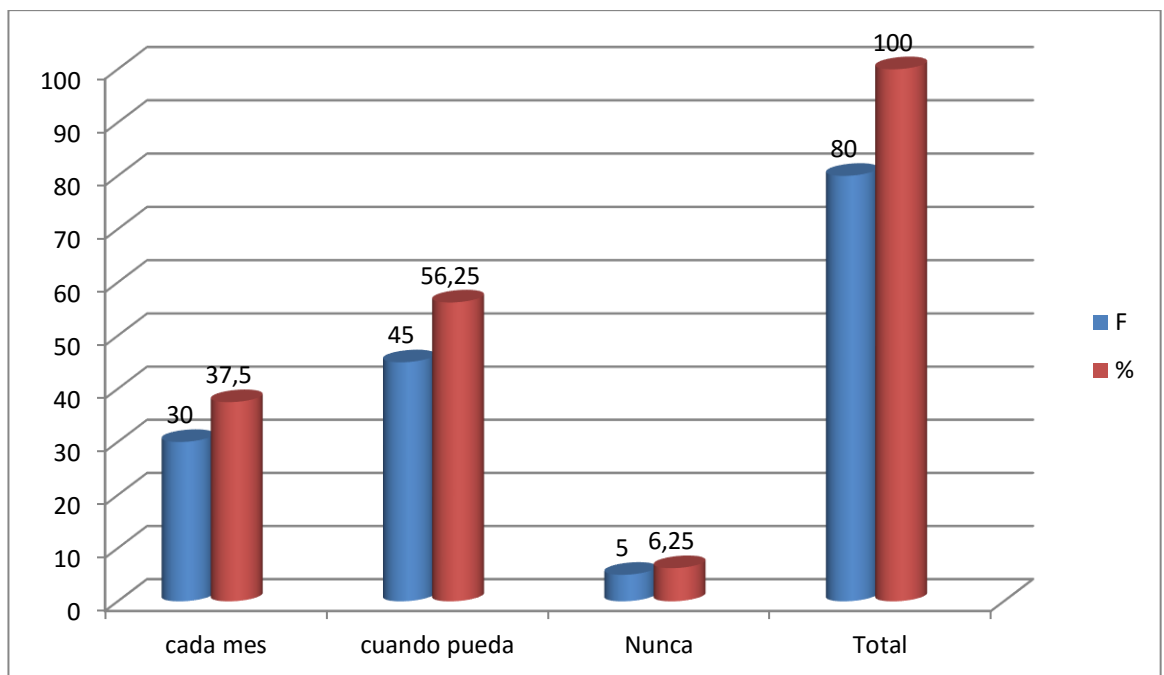
Según BERGER, Psicología del desarrollo infancia y adolescencia, Séptima Edición, Editorial Panamericana 2007 España. **“Los ingresos socioeconómicos juegan un papel en la recuperación de estos pacientes debido a que el tratamiento que tienen que realizar es muy largo y costoso; y además en ocasiones estos pacientes con esta anomalía van estar expuestos a burlas debido a su aspecto facial.”**pág.14

En la encuesta realizada se pudo determinar que el factor económico de los padres o de las familias influye mucho a que estos pacientes no asistan constante mente con el especialista esto se debe a que sus ingresos son bajos.

GRAFICUADRO N.-3

¿CON QUE FRECUENCIA LLEVA A SU HIJO A LOS CONTROLES?

Alternativa	F	%
cada mes	30	37.5
cuando pueda	45	56.25
Nunca	5	6,25
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

La frecuencia con la que asisten a los controles los niños con labio leporino o/y paladar hendido del Club Rotario de Portoviejo es que 30 de los pacientes asiste cada mes lo que equivale a un 37.50%, el 45 de los pacientes lo hace cuando puede lo que equivale a un 56.25% mientras que 5 de los pacientes no lo hace nunca lo que equivale a un 6.25%.

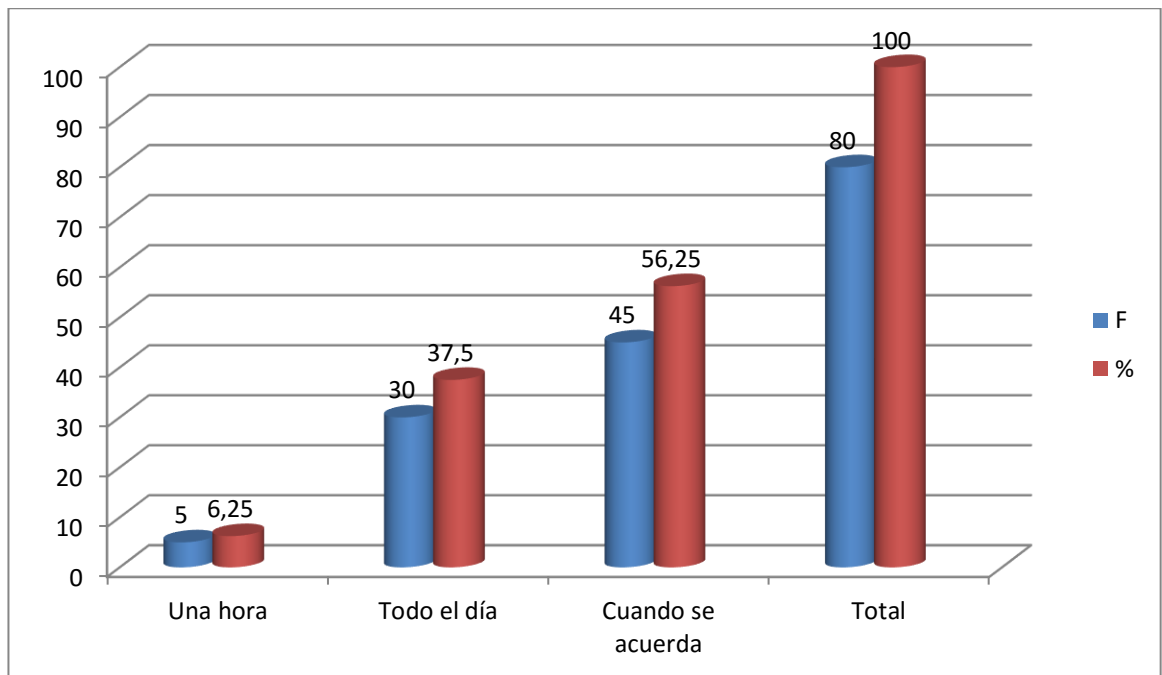
Según Jaume Janer, ¡Sonríe sin complejos! Editorial Amat, Barcelona-España 2009“**Las visitas al ortodoncista se realizan después de la colocación de los aparatos hasta justo antes de los mismos. Dependiendo del tipo de aparato escogido y de la fase del tratamiento en la nos encontremos, las visitas se realizan con frecuencia, y tienen una duración de entre veinte a cuarenta minutos**”^{pág.21}

En la encuesta realizada se pudo observar que la mayoría de los padres llevan a su hijo a los controles cada vez que puedan influyendo esto mucho en el avance de su rehabilitación.

GRAFICUADROS N.-4

¿EL NIÑO CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA LAS PLACAS EN CASA?

Alternativa	F	%
Una hora	5	6,25
Todo el día	30	37,5
Cuando se acuerda	45	56,25
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACION:

La frecuencia en que los niños de club rotario de Portoviejo utilizan sus placas es: 5 de los encuestado la utiliza una hora dando un 6,25%, 30 de ellos lo hacen todos los días dando un 37,5%, mientras que los 45 restantes lo hacen cuando se acuerda lo que equivale a un 56,25%.

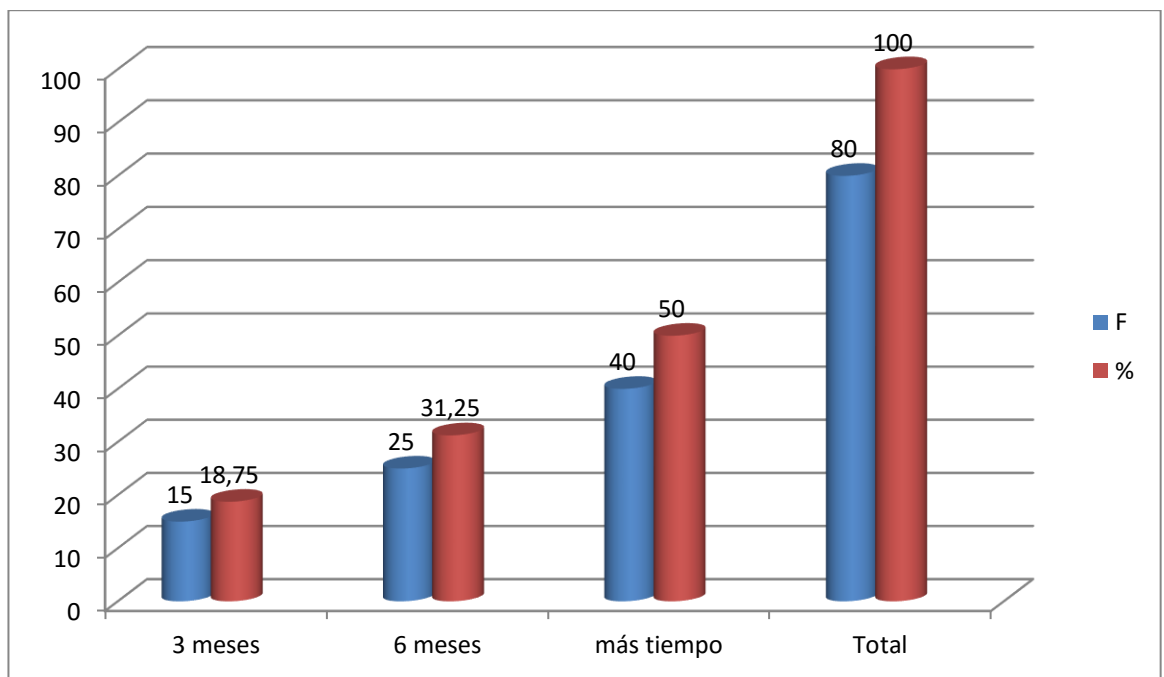
Según Harbin, Tratamiento ortodontico en el adulto, segunda edición, Editorial medica Panamericana 2006 España. **“El uso de los tratamientos de ortodoncia va depender de cuantas más horas se lleva puesto, más rápida y evidente será la corrección. Necesitan un mínimo de horas de utilización, es decir, es preciso llevarlo puesto toda la noche y unas 4-6 horas durante el día.”**pág.27

Según en la encuesta realizadase pudo verificar que estos niños se aplican cuando se acuerdan de la placa, lo que va a producir que su tratamiento se atrasa debido a la poca colaboración que tienen los mismo.

GRAFICUADRO N.-5

¿CUANTO TIEMPO DE TRATAMIENTO LLEVA SU NIÑO?

Alternativa	F	%
3 meses	15	18,75
6 meses	25	31,25
más tiempo	40	50
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANÁLISIS INTERPRETACION:

Al preguntarle a los padres del Club Rotario de Portoviejo que tiempo de tratamiento lleva su niño, el 15 de ellos llevan 3 meses el cual equivale 18.75%, el 25 lleva 6 meses el cual equivale a 31.25%, mientras que los 40 restantes llevan más tiempo lo que equivale un 50%.

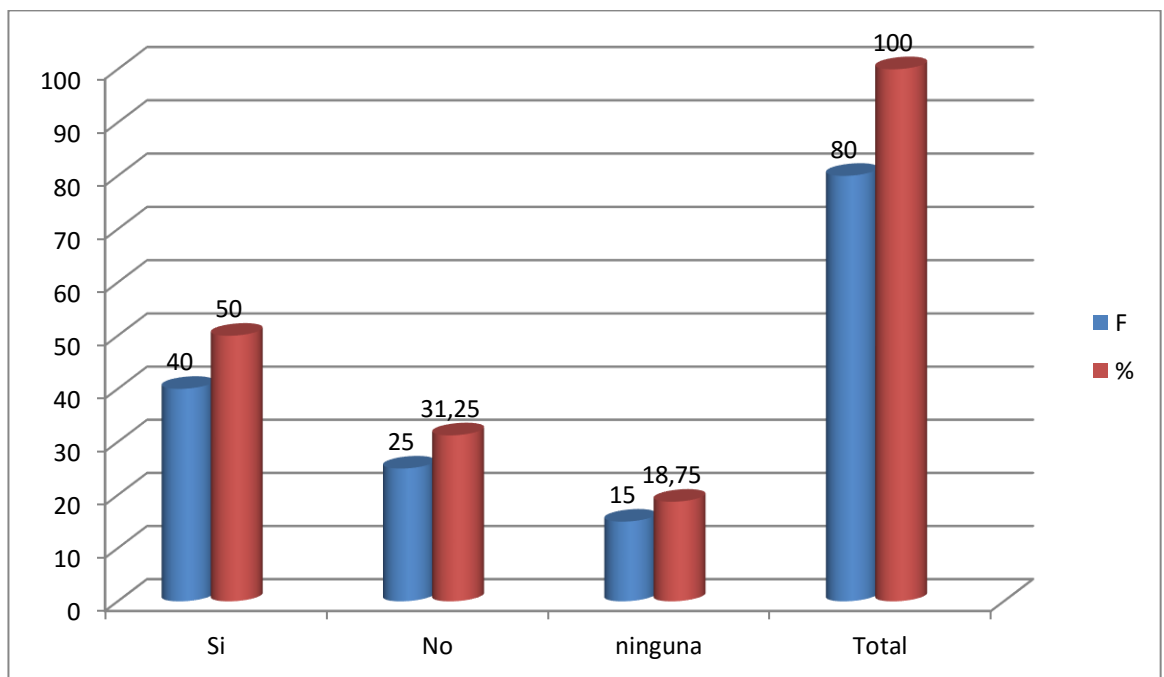
Según Embriología en las clínicas casos médicos, Primera edición 2006, Editorial panamericana México. **“El tiempo de duración de los tratamientos de ortodoncia va a depender de la anomalía que presente cada paciente ya que los tratamientos son únicos y específicos. El promedio de tiempo de los tratamientos cuando el problema es de carácter dentario tiene una duración de un año a un año y medio aproximado”**.^{pág.30}

Según en la encuesta realizada se pudo determinar que la mayoría de estos pacientes llevan más tiempo en su tratamiento de ortodoncia lo que da como resultado el 50%.

GRAFICUADRO N.-6

¿EL TRATAMIENTO ORTODONTICO APLICADO LE HA CAUSADO ALGUNA MOLESTIA O INFECCIÓN?

Alternativa	F	%
Si	40	50
No	25	31,25
ninguna	15	18,75
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

Al preguntarle los padres del Club Rotario de Portoviejo si el tratamiento de ortodoncia que se le aplico le ha causa alguna molestia o infección: 40 de ellos dijeron que si dando como resultado un 50%, el 25 respondió que no dando como resultado un 31,25%, mientras que 15 de ellos dijeron ninguna molestia dando con resultado un 18.75%.

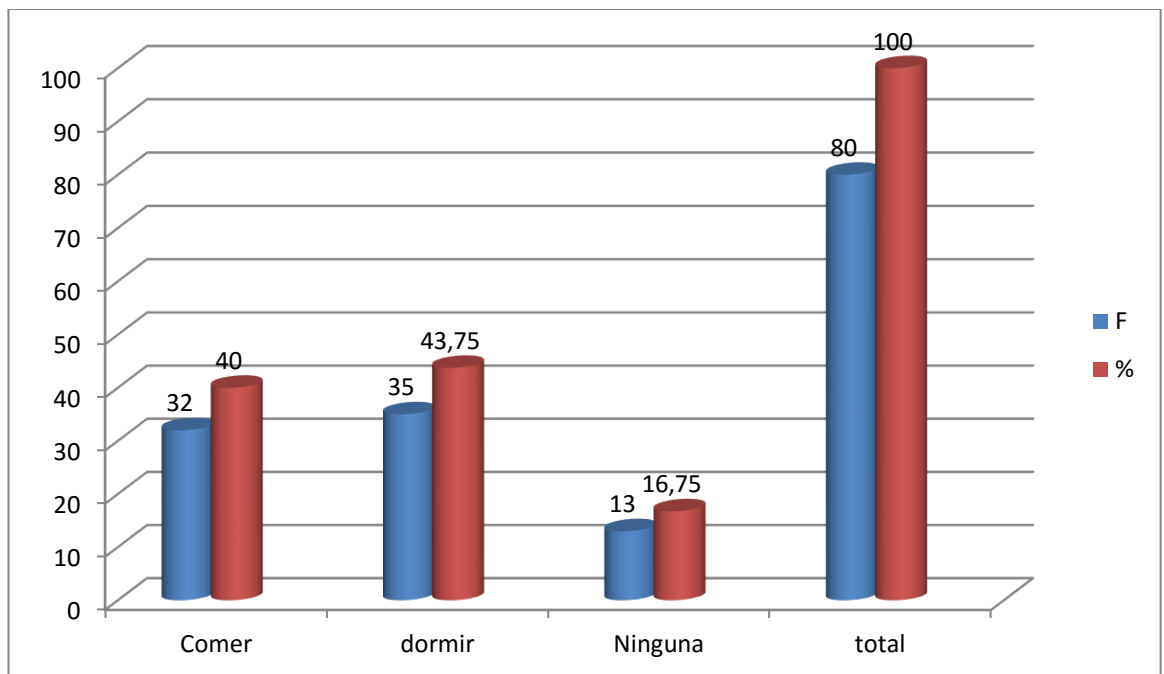
Según Vicente Gonzales, Tratamiento ortodóntico en pacientes de clase II no colaboradores, principios y técnicas actuales pág. 5-6 Editorial Elsevier mosby, 1 edición, 2007 España. **“Los aparatos removibles, como el anclaje extraoral, placas y los aparatos funcionales, pueden ser rechazados por el paciente debido a dolor, incomodidad, problemas con el habla o simple enfado. El dolor, los inconvenientes funcionales y estéticos, las quejas asociadas son las razones principales para que los pacientes quieran dejar los tratamientos. La autoconfianza del paciente podrían verse influida por la afectación del habla y la visibilidad del aparato, en especial durante las relaciones sociales en la que le atención se sentara en la cara.”**pág.27

Según la encuesta realizada se pudo determinar que el tratamiento de ortodoncia que se les aplica a estos niños le causa molestias a nivel bucal produciéndoles leves infecciones aditivas o molestias a nivel bucal haciendo que no utilicen la placa removibles lo que equivale a un 50%.

GRAFICUADRO N.-7

¿EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA APLICADO LE CAUSA ALGUNA DIFICULTAD A SU HIJO?

Alternativas	F	%
Comer	32	40
dormir	35	43,75
Ninguna	13	16,75
total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACION:

El tratamiento aplicado a los niños con labio leporino y paladar hendido le causo alguna dificultad o molestia, el 32 pacientes dijeron que al comer dando un 40%, 35 dijeron que al dormir dando un 43,75%, y 13 de ellos dijeron que ninguno dando un 16,75%

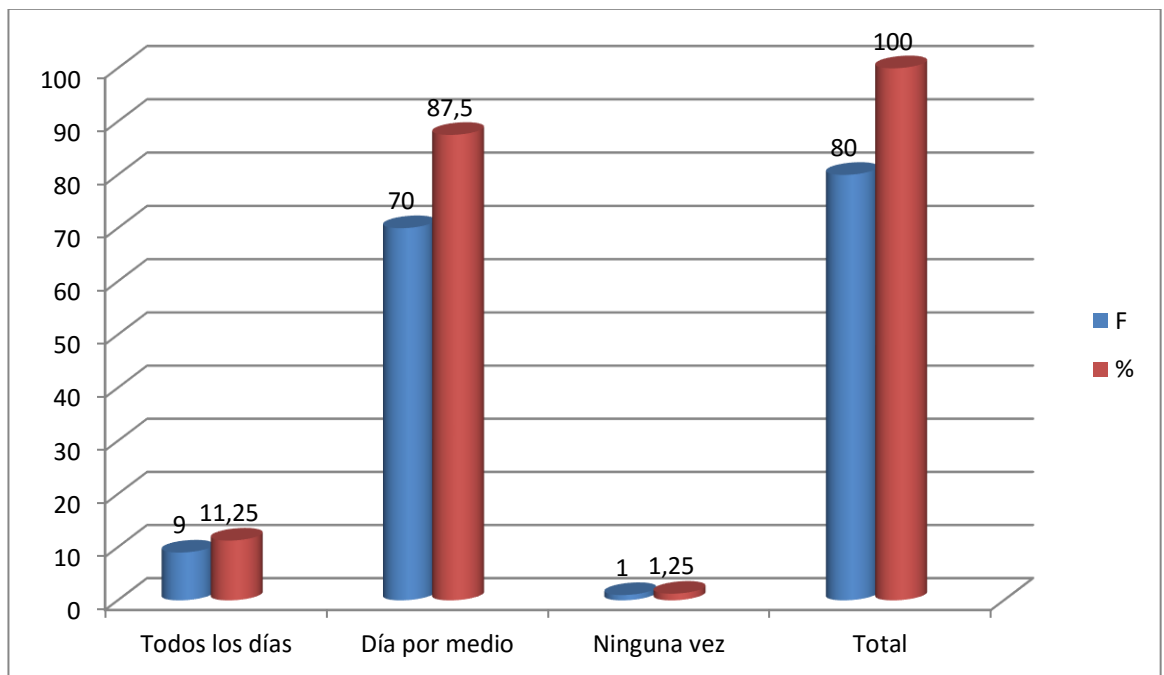
Según Vicente Gonzales, Tratamiento ortodóntico en pacientes de clase II no colaboradores, principios y técnicas actuales, pág. 5-6 Editorial Elsevier mosby, 1 edición, 2007 España. **“Los aparatos que parecen más aceptables para los pacientes y que se diseñan para reducir la incomodidad para así solucionar algunos de los problemas como es al comer, al dormir; pueden ser muy cómodo, para el siempre y cuando se lo adapte bien el profesional”** pág.28

En la encuesta realiza se pudo comprobar que el tratamiento de ortodoncia removibles que se aplica en el club rotario de Portoviejo a los niños con labio leporino y paladar hendido les causa mucha dificultad al comer y al dormir y son pocos los que no tiene ninguna molestia.

GRAFICUADRO N.-8

¿EL ASEO QUE LLEVA SU HIJO O UD. A LA PARATOLOGIA DE ORTODONCIA?

Alternativa	F	%
Todos los días	9	11,25
Día por medio	70	87,5
Ninguna vez	1	1,25
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACION:

Al preguntarle a los padres del Club Rotario de Portoviejo si el aseo que llevan su hijo o ellos al aparatos de ortodoncia es: el 9 de ellos respondieron que todos los días dando como resultado un 11, 25%, el 70 de ellos dijeron que día por medio dando un 87.5%, mientras que uno solo respondió que ninguna vez dando un 1,25%.

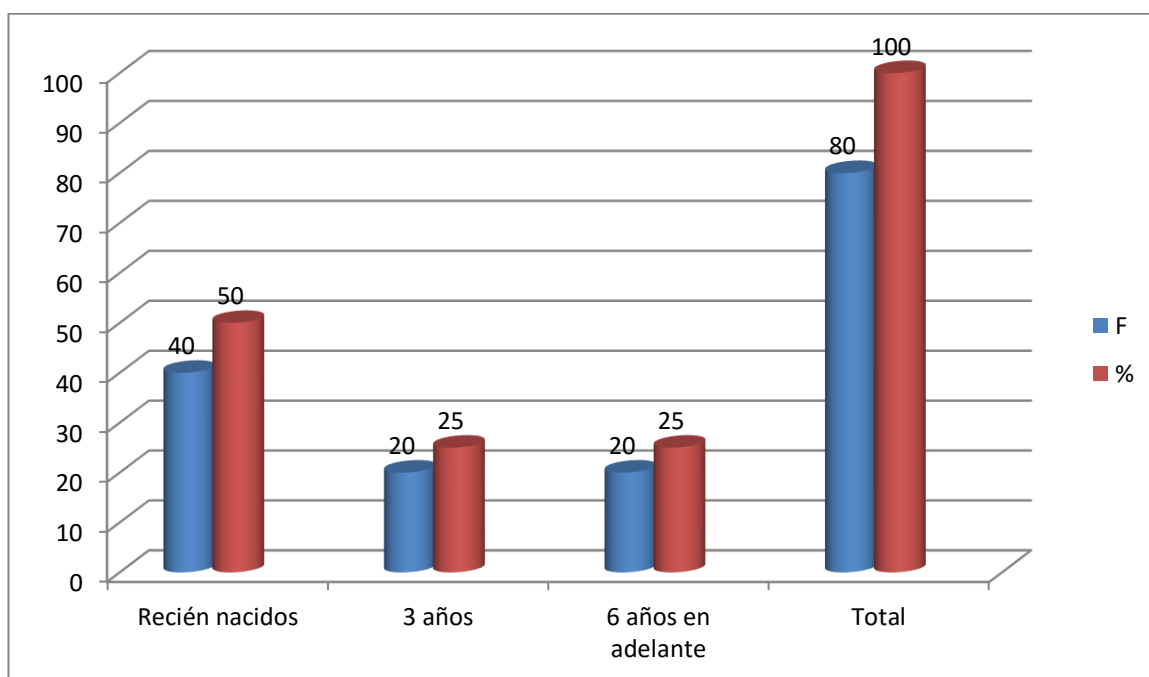
Según Jaume Janer, ¡Sonríe sin complejos! Editorial Amat, Barcelona-España 2009. **“La higiene dental que se aplica en los aparato de ortodoncia debe realizarse todo los días ya sea en el día como en la noche, realizando un cepillado dental de al menos tres minutos de duración en los dientes y los aparatos con un cepillo dental eléctrico.”**pág.35

En la encuesta realizada se pudo comprobar que la higiene que llevan los pacientes o los padres al tratamiento es día por medio y son pocos los que tienen le aplican una correcta higiene a las placar de ortodoncia.

GRAFICUADRO N° 9

¿DESDE QUE EDAD SE LE APLICO EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA A LOS PACIENTES DEL “CLUB ROTARIO DE PORTOVIEJO”?

ALTERNATIVAS	F	%
Recién nacidos	40	50
3 años	20	25
6 años en adelante	20	25
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

La edad en la que se aplicó el tratamiento de ortodoncia realizada a los pacientes con labio o/y paladar hendido atendido en el Club Rotario de Portoviejo fue: 40 de los niños se los aplico desde recién nacido lo que equivales a un 50%, 20 niños se los aplicaron desde los 3 años lo que equivale 25%; y los 20 niños restante se los aplico de los 6 años en adelante lo que equivale a un 25%.

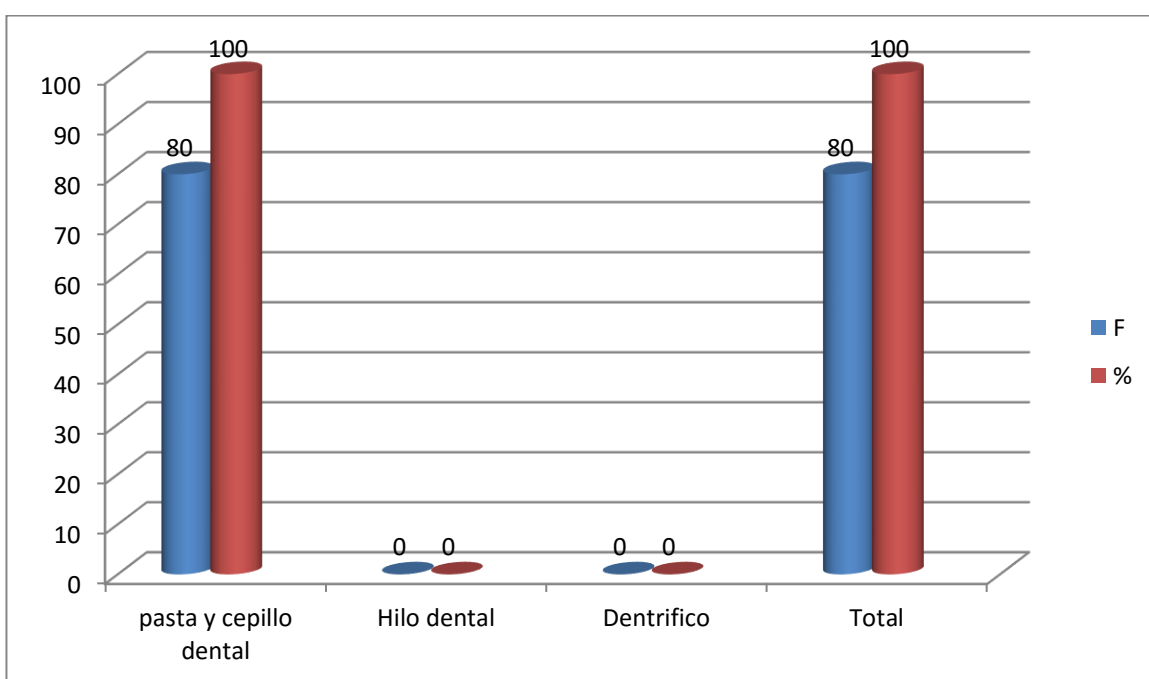
Según William Proffit, Ortodoncia Contemporánea, cuarta edición 2009, editorial Elsevier España. **“El primer examen se debe realizar a los 4 años de edad (dientes de leche), mientras que el segundo examen se realiza a los 8 años (dentición mixta temprana) y el tercer examen se realiza a los 12 años (dentición mixta tardía)”**.^{pág.36}

Según en la ficha de observación realizada la edad en la que se aplican el tratamiento de ortodoncia removibles es desde que son recién nacidos lo que equivale a un 50%, ya tiende a mejorar su alimentación y el desarrollo de la cavidad bucal.

GRAFICUADRO N.- 10

ELEMENTOS DE HIGIENE

Alternativa	F	%
pasta y cepillo dental	80	100
Hilo dental	0	0
Dentrifico	0	0
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

Los elemento de higiene bucal que utilizan los niños con labio leporino o/y paladar hendido del Club Rotario de Portoviejo son las pasta y el cepillo la cual 80 de los niños los utiliza lo que equivale a un 100%, mientras que el hilo dental y los Dentrífico no los aplican para su aseo personal dando un 0%.

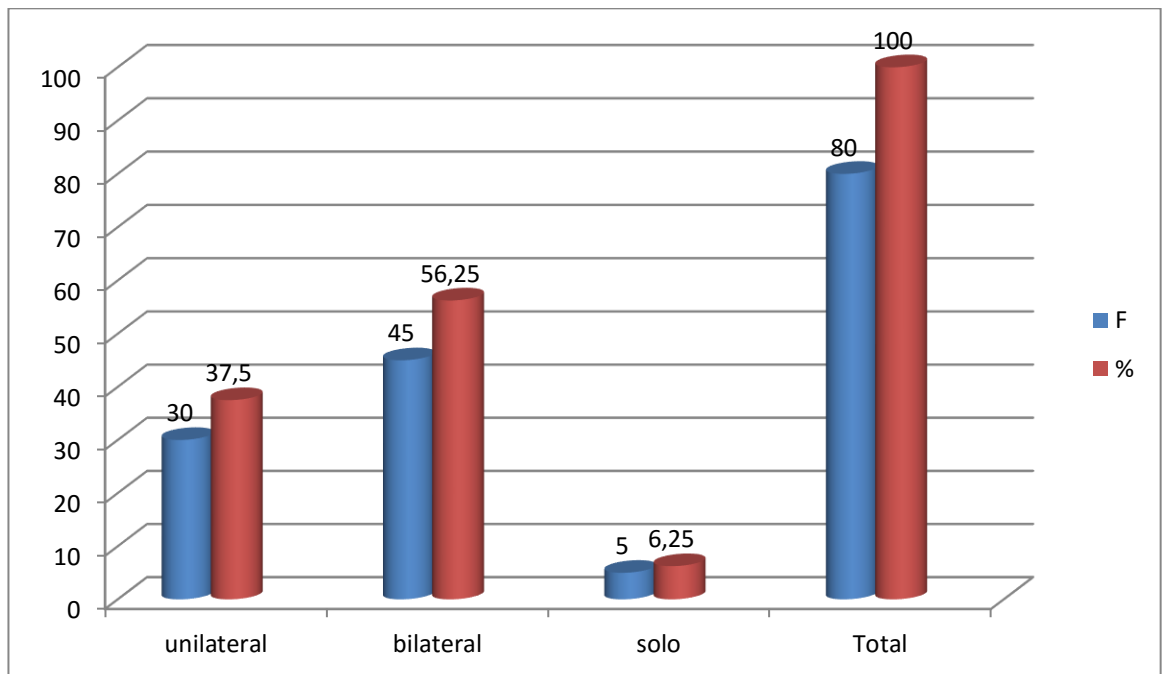
Según Barrancos Mooney, Operatoria dental “Integración clínica”, Cuarto edición, Editorial Medica Panamericana 2006, Buenos Aires – Argentina. **“La eficacia de los elementos de higiene recomendados para la prevención de la caries dental ha sido claramente demostrado tanto en la clínica odontológica individual como en los programas de prevención. El control de placa dental puede realizarse con recursos mecánicos como el cepillo dental y recursos químico como la pasta y los enjuagatorios.”**pág.35

En la ficha clínica realiza se pudo determinar que la higiene que llevan los niños con labio leporino y paladar hendido es realizada con cepillo y pasta dental.

GRAFICUADRO N.-11

TIPO DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO

ALTERNATIVO	F	%
unilateral	30	37.5
bilateral	45	56.25
solo	5	6.25
Total	80	100



FUENTE: Ficha de observación realizada a los niños con paladar hendido o/y labio leporino
RESPONSABLES: Jazmín Bravo Intriago

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

En ficha de observación realiza se pudo comprobar que 30 de estos niño presentan labio leporino y/o paladar hendido unilateral dando un 37.5%, y que, 45 de ellos presentaron labio leporino y/o paladar hendido bilateral lo que da como resultado 56.25%, mientras que los 5 restante presentaron o labio leporino o paladar hendido solo lo que equivale aun 6.25%

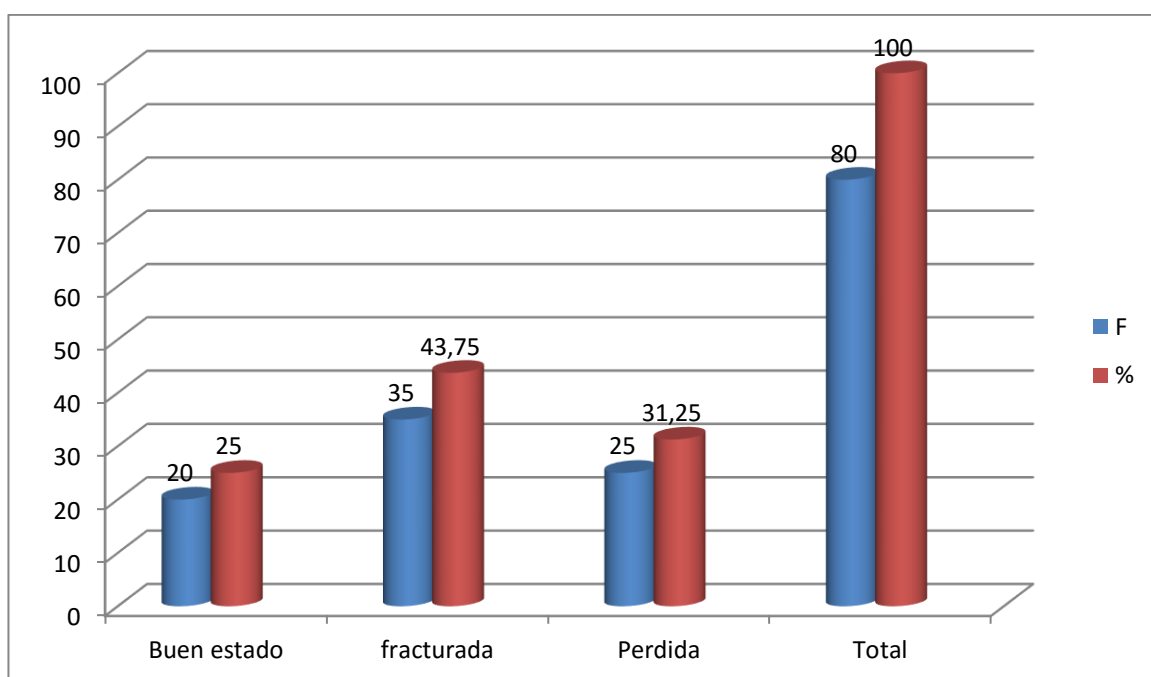
Según Ruiz Chica Antonio, Ecografía en obstetricia ginecología, Pág. 79, Quinta Edición. Editorial Elsevier España 2009. **“En un estudio reciente a niños con labio leporino y paladar hendido se pudo observar que el 82% de los casos presentaba labio leporino y paladar hendido bilateral”**.^{pág.12}

Según en la ficha de observación realizada se pudo determinar que la incidencia de pacientes con labio leporino y/o paladar hendido bilateral es muy alta a comparación del unilateral.

GRAFICUADRO N.- 12

EL ESTADO DE LA PLACA REMOVIBLE

Alternativas	F	%
Buen estado	20	25
fracturada	35	43,75
Perdida	25	31,25
Total	80	100



FUENTE: Ficha de observación realizada a los niños con paladar hendido o/y labio leporino
RESPONSABLES: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

En la ficha de observación realizada a los niños del Rotari Club se pudo ver que el estado de las placas removibles: 20 de ellas estaban buen estado lo que equivale a un 25%, 35 están fracturadas lo que da un 43.75%, mientras 25 están perdidas lo da 31.25%.

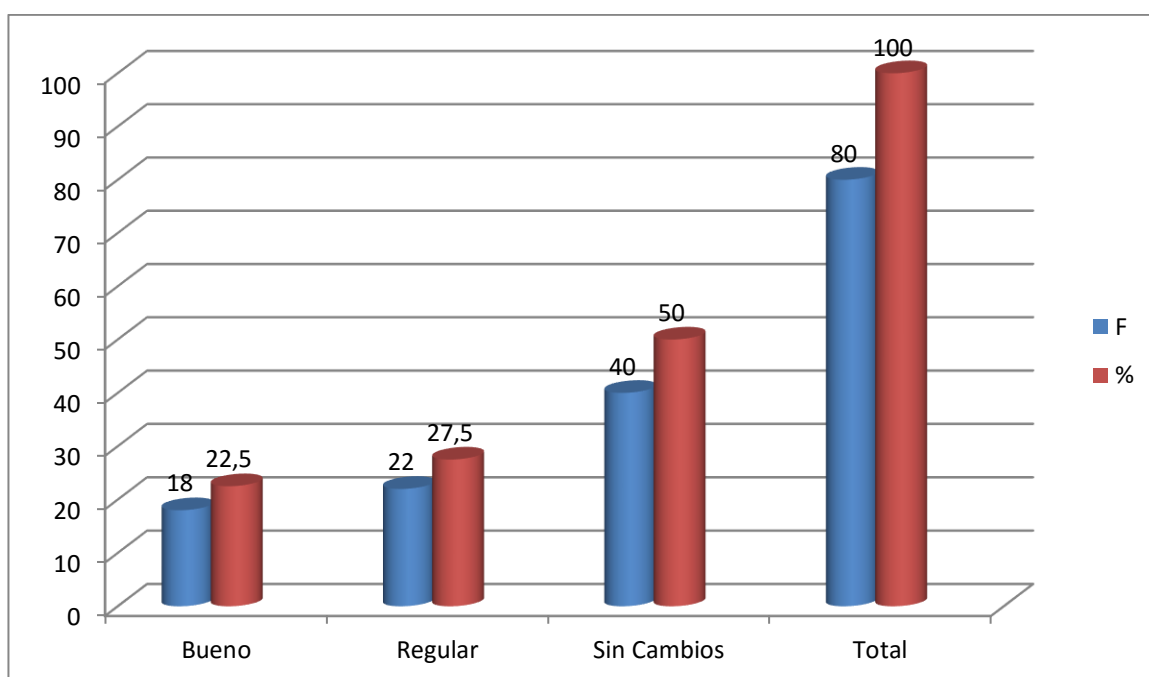
Según Comas Luis, No quiero lavarme los dientes, Pág. 131. Editorial Ceac 2007 España. **“Cuando el niños se lleva el aparato removible a casa debe tomar en cuenta que si se le pierde algún alambre o alguna parte del aparato debe acudir inmediatamente al ortodoncista”** pág.28

Según en ficha de observación realizada se pudo determinar que por la falta de cooperación de los pacientes estas placas más se fracturan lo que da el porcentaje más alto.

GRAFICUADRO N.-13

AVANCÉ DEL TRATAMIENTO CON EL APARATO REMOVIBLES

ALTERNATIVO	F	%
Bueno	18	22.5
Regular	22	27.5
Sin Cambios	40	50
Total	80	100



FUENTE: Ficha de observación realizada a los niños con paladar hendido o/y labio leporino
RESPONSABLES: Jazmín Bravo Intriago

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN:

En la ficha realizada a los niños del Rotari club de Portoviejo se pudo ver que el avance que tienen estos pacientes mes a mes con los aparatos removibles: en 18 niños es bueno lo que da un 22.5%, 22 niños es regular lo que da 27.5%, y 40 niños no presentaron cambios lo da como resultado un 50%.

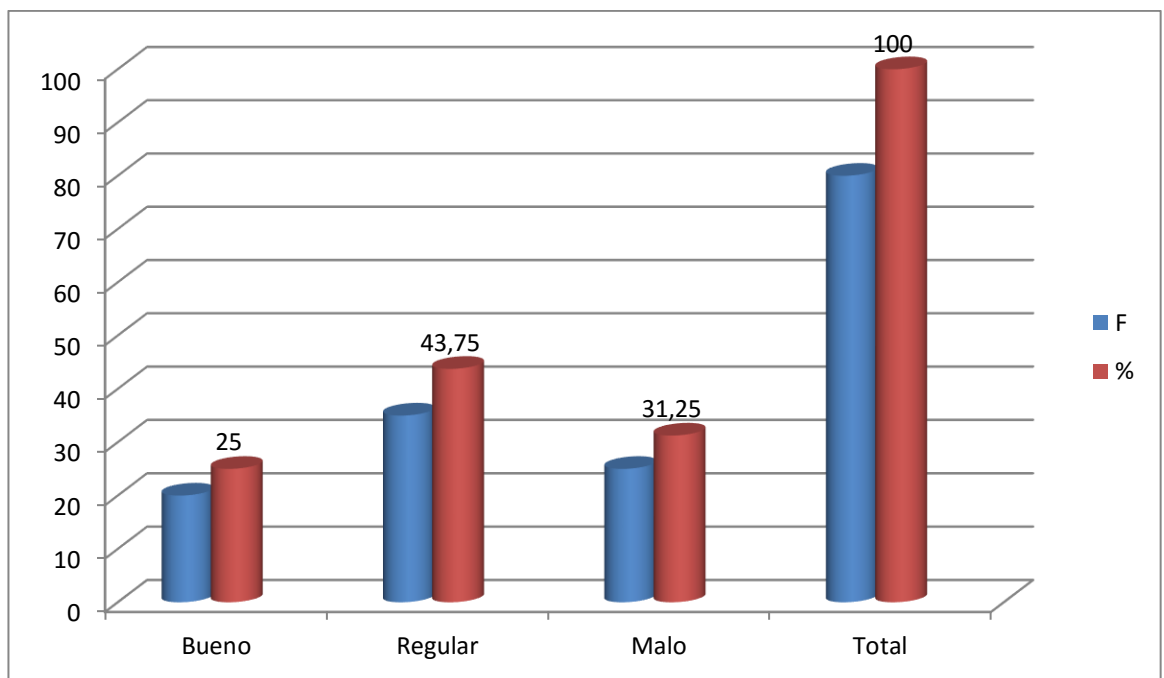
Según Harfin Julia, Tratamiento Ortodóntico en el adulto, pág. 134, Segunda edición, Editorial Panamericana 2006 Argentina **“Al completar cada etapas del tratamiento con estos pacientes, debemos evaluar los resultados obtenidos, y, si es necesario, ajustar los procedimientos mecánicos al resultado de la evaluación. La cooperación de, paciente es uno de los aspecto a tener en cuenta, ya que si no colabora puede conducir al fracaso del tratamiento, no por una selección incorrecta de aparato si no por la falta de disposición del mismo paciente o familiar.”** pág.31

Según en ficha de observación realizada se pudo ver que el avance del tratamiento es lento produciendo así de que no haya cambios en el tratamiento, haciendo que este se alargue más.

GRAFICUADRO N.-14

EL ASEO DE LA PLACA REMOVIBLE

ALTERNATIVA	F	%
Bueno	20	25
Regular	35	43,75
Malo	25	31,25
Total	80	100



FUENTE: Encuesta realizada a los Padres con niños paladar hendido o/y labio leporino Club Rotary de Portoviejo
RESPONSABLE: Jazmín Bravo Intriago

ANALISIS INTERPRETACIÓN:

Según en la ficha de observación realizada a los niños del club rotario de Portoviejo en el aseo de las placas removibles: 20 de ellas tiene un aseo bueno lo que equivale a un 25%, 35 de ellas tienen un aseo irregular lo que da un 43.75%, y los 25 restante tienen un aseo malo lo queda un 31.25%.

Según Comas Luis, No quiero lavarme los dientes, Pág. 131. Editorial Ceac 2007 España. **“El aseo del aparato removible debe ser minucioso ya que después de comer debe lavarse los dientes ya que la placa dental y los residuos de comida pueden acumularse en la parte del aparato como los gachos de retención.”**pág.28

Según en la ficha de observación realizada se pudo determinar que el aseo le aplica a las placas es regular, lo que puede producir infecciones o problemas a futuro.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos se determinó:

a.- El nivel económico de los padres es bajo que corresponde al 63,7% lo que se relaciona con la inasistencia de los niños a los controles, produciendo así que el tratamiento sea más largo, y por ende no produzca ningún cambio a nivel de su cavidad bucal.

b.- El uso de los aparatos ortodónticos se da cuando el paciente se acuerda lo que corresponde al 56%, el cual está relacionado con el tiempo que lleva el niño en el tratamiento ortodóntico que es de más de un año, en cual no se ha producido ningún cambio desde su aplicación y si lo ha sido lento y poco.

c.- La adaptación de las aparatologías de ortodoncia suele causar molestias bucodentales lo que corresponde al 50%, dificultando al momento de que el niño duerma, provocando que se la quite en la noche, y por ende no la vuelva a utilizar más; ya que le causado dolor a nivel bucal, haciendo que el paciente no quiera colaborar.

d.- La higiene bucal que tienen los niños con la aparatología removible se la hace pasando un día lo que da un 87%, que se relaciona con el aseo dental el cual lo realizan con pasta y cepillo. Como estos pacientes debido a su problema, la higiene debe ser siempre constante ya que si no lo hace suele

causarle problemas bucales como caries o extracciones prematuras, en estos pacientes lo que más se desea es tener una buena salud bucal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CAMERON C. Angus. Manual Odontológico Pediátrico. Tercera Edición. España. 2010. Capítulo 110. Página 379. Editorial Sevier mosby.
- 2.- ESLOVO Schamalbach Javier. Semiología Quirúrgica. Primera Edición. Argentina. 2006. Página 298.
- 3.- CORTESI Ardizzone Viviana. El Auxiliar Odontológico. Segunda Edición. España. 2008. Capítulo: 14. Página: 452-453. Editorial el Sevier Masson.
- 4.- PROFFIT R. William. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta Edición. España. 2008. Capítulo 2. Editorial El Sevier.
- 5.- PALMA Cadena Ascensión. Técnica de ayudas Odontológicas y Estomatológicas. Primera Edición. 2007.
- 6.- MARIMÓN Torres María E. Medicina Bucal I. Primera Edición. 2008 .Capitulo 9. Editorial Ciencias Médicas.
- 7.- BUTLER Charles. Procedimiento de cirugías reconstructivas. Primera Edición. España. 2010. Capítulo 13. Editorial Elsevier.
- 8.- AVERY Janes, Principios de Histología y embriología bucal con orientación clínica, Tercera edición, Editorial Mosby Elsevier 2007 España.
- 9.- GOMES María Emilia, Histología, Embriología e Ingeniería tisular Bucodental, Cap. 5, Pág. 108-109, Tercera Edición, Editorial Panamericana 2009 Madrid España
- 10.- KENNETH Jones. Patrones reconocibles de malformaciones humanas. Sexta edición. 2007. Pág. 850. Editorial Elsevier.
- 11.- ESCOBAR Rojas, Odontología Pediátrica-La salud bucal del Niño y el adolescente en el mundo actual, Cap. 36, Pág. 773-778, Editorial panamericana2010 Buenos Aires-Argentina.
- 12.- CAMERON Angus, Manual Odontológico Pediátrico, Cap. 12, Pág. 390 Tercera edición, Editorial Mosby 2010 Barcelona-España.
- 13.- NORTAN Neil, Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos, Editorial Elsevier 2007 España.
- 14.- Asociación Española Pediátrica, Manual de lactancia Materna, Pág. 372-373, Editorial Panamericana 2009 España.
- 15.- MOSCHOS, Tratamiento de ortodoncia en pacientes de clase II, Editorial Elsevier 2007 España.
- 16.-BERGER, Psicología del desarrollo infancia y adolescencia, Séptima Edición, Editorial Panamericana 2007 España.
- 17.- COMAS Luis, No quiero lavarme los dientes, Pág. 131. Editorial Ceac 2007 España.

- 18.- HARFIN Julia, Tratamiento Ortodóntico en el adulto, pág. 134, Segunda edición, Editorial Panamericana 2006 Argentina.
- 19.- RUIZ Chica Antonio, Ecografía en obstetricia ginecología, Pág. 79, Quinta Edición. Editorial Elsevier España 2009.
- 20.- BARRANCOS Mooney, Operatoria dental "Integración clínica", Cuarto edición, Editorial Medica Panamericana 2006, Buenos Aires – Argentina.
- 21.- JAUME Janer, ¡Sonríe sin complejos! Editorial Amat, Barcelona- España 2009.
- 22.- Embriología en las clínicas-casos médicos, Primera edición, Editorial panamericana 2006 México.
- 23.-CERIANI Cercana, Neonatología práctica, cuarta edición, Argentina 2009, Editorial panamericana.
- 24.- Velayos José Luis, Anatomía de la cabeza para odontólogos, pág. 11, Cuarta Edición 2007, Editorial Panamericana España.
- 25.- JOANNA Fuller, Instrumentación Quirúrgica, Teoría, técnicas y procedimientos, Pág. 776- 777, Cuarta edición, Editorial panamericana 2007 México.
- 26.- SADLER Langman, embriología médica, con orientación clínica, pág. 289, décima edición, editorial panamericana 2007 argentina.
- 27.- ALCOCERAAlberto, tratado de otorrinolaringólogo y cirugía de cabeza y cuello, segunda edición, editorial panamericana 2007.
- 28.-CABERO Roura, obstetricia y medicina materna- fetal, editorial panamericana 2007 España.
- 29.- ASIM Kurjak, Ecografía en Obstetricia y ginecología, segunda edición, editorial panamericana 2009 Argentina.

PAGINAS WEB

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cleftlipandpalate.htm

www.labioleporino.info

www.abcpedia.com/labio-leporino/labio-leporino.htm

www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/leporino.htm

www.guiainfantil.com/salud/enfermedades/labioleporino/index.htm

www.jbg.operaciones-gratuitas-de-labio-leporino-y-palaladar.es

[www.mundobebe.com/...labio-leporino...paladar-hendido/notas.](http://www.mundobebe.com/...labio-leporino...paladar-hendido/notas)

[www.planetaprodental.com/.../labio leporino y paladar hendido](http://www.planetaprodental.com/.../labio_leporino_y_paladar_hendido)

www.chiquimania.com/pediatria/labio-leporino-02-09-09.html - España

www.odontologosecuador.com/espanol/.../amb/labio-leporino.htm

www.fundacionsonrieconmigo.com

www.elebarazo.net/el-problema-del-labio-leporino-y-el-paladar-hendido

www.zonaortodoncia.com/fija_removible.htm

[www.ortodoncia-estetica.com.ar/ortodoncia-removible.](http://www.ortodoncia-estetica.com.ar/ortodoncia-removible)

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

NOMBRE DEL PROYECTO

Educación a los padres de los niños con labio leporino y/o paladar hendido objeto del estudio sobre las ventajas del uso de las aparatologías ortodónticas removibles para mejorar la estética, fonética y la masticación.

FECHA DE LA PRESENTACIÓN

Enero 2012

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo social educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Club rotario de Portoviejo se localiza en la Avenida 5 de Junio diagonal al puente Papagayo.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud oral es parte integral de la salud general, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. Las aparatologías ortodónticas bien adaptadas, y correctamente utilizadas no llegan a causar ningún problema a estos pacientes ya sea por que asisten siempre a sus controles con el profesional o porque su uso es el correcto por parte del paciente o del padre.

Una boca sana es el reflejo de un cuerpo sano y de una persona bien integrada en la sociedad.

El proyecto se justifica porque después del trabajo de investigación realizado se demuestra que los pacientes con labio leporino y paladar hendido presentan poca colaboración en el uso de las aparatologías ortodónticas removibles y su correcto aseo, por ello es conveniente ofrecer un conjunto de conocimientos fundamentales teórico-prácticos, a través de un taller sobre el beneficio de las aparatologías para así ayudar a los pacientes a tomar conciencia y mejorar las condiciones de salud.

El proyecto es factible de realizarlo porque está al alcance educativo y económico de las investigadoras.

3. MARCO INSTITUCIONAL

Hace 70 años se creó el Rotary club por Paul Harris. En Portoviejo el club Rotary se fundó el 11 de enero de 1981, el cual estuvo integrado por 22 socios fundadores, en diciembre de 1983 el gobernador hizo legal este club llevando una carta a Estados Unidos, esta entidad se caracterizó por tener largas trayectorias al servicio, manteniendo desde su creación diversos programas, entre ellos el de INTERPLAST.

Por más de 11 años se han operado niños y adolescentes con problemas de labio leporino, paladar hendido y secuelas graves de quemaduras. En noviembre del 2007 se operaron alrededor de 70 niños, una vez que son atendidos quirúrgicamente estos pacientes tienen terapia de lengua con la finalidad de que haya su recuperación por completo este tratamiento se comenzó a aplicar desde el año 2002.

Los niños con hendiduras bucales pueden tener dificultades para hablar, porque la hendidura puede volver la voz nasal y difícil de entender. En

algunos la cirugía resuelve el problema por completo y otras no; por eso estas instituciones abordar a tiempo los problemas del habla y del lenguaje puede ser clave para resolverlos. Los niños con hendiduras pueden consultar con un fonoaudiólogo entre los 18 meses y los 2 años. A muchos terapeutas les gusta hablar con los padres al menos una vez durante los primeros 6 meses del niño para presentar las generalidades del tratamiento y sugerirles juegos específicos para estimular el habla y el lenguaje que puedan jugar con el bebé.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Capacitar a los padres de familia sobre la importancia del uso correcto de la aparatología removible y su utilización permanente, con el fin de mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Concientizar a los padres sobre los beneficios de las aparatologías ortodónticas removibles, para mejorar la estética, fonética, masticación y su autoestima.

Incentivar a los niños para que utilicen en forma correcta la aparatología ortodóntica removible para evitar lesiones bucodentales por el uso de las mismas.

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación realizada se observó que los pacientes con labio leporino y paladar hendido presentan poca colaboración relacionadas con el uso de las aparatologías ortodóntica removibles, por lo que se estableció esta propuesta para difundir cuidados, hábitos de higiene y concienciar a los pacientes para que tengan una adecuado control en el uso de esta aparatologías removibles.

Se realizo un taller educativo sobre temas: uso de las aparatologías ortodonticas removibles, su correcta higiene y el buen funcionamiento.

En dicho taller educativo se entrego un tríptico y una gigantografia, se realizo mini-charlas que ayuden a mejorar el uso de las aparatologías y sus correctas funciones.,

Existirá la colaboración de los pacientes con labio leporino y paladar hendido que serán contactados previamente para colaborar en la continuidad y seguimiento de la propuesta.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos son los pacientes con labio leporino y paladar hendido del Club Rotario de Portoviejo.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

- a. Reunión con la Presidenta de la Asociación de Damas del Club Rotario de Portoviejo para la socialización de la propuesta alternativa de solución.
- b. Elaboración de un cronograma de trabajo
- c. Charla educativa sobre las ventajas y los beneficios de las aparatologías ortodónticas removibles y entrega de tríptico, gigantografía.

8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA								
ACTIVIDAD	ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA	X							
ELABORACIÓN DE GIGANTOGRAFIA		X						
ELABORACION DE TRIPTICOS			X					
CHARLAS EDUCATIVAS CON ENTREGA DE GIGANTOGRAFIA				X				
CHARLAS EDUCATIVAS CON ENTREGA DE TRIPTICOS					X			

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO AUTOGESTIÓN
Gigantografía	1	Unidad	20.00	\$20.00	Autogestión
Trípticos	1	Unidad	2.00	\$2.00	Autogestión
Trípticos Copias	100	Unidad	0,06	\$6,00	Autogestión
Sub total				\$38,00	Autogestión
Imprevisto 10% del gasto total				\$20.00	Autogestión
Total	102			\$58.00	Autogestión

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la predisposición del personal médico que colabora con el club rotario de Portoviejo, como es la ortodoncista y los médicos cirujanos y la terapeuta.

Además de esto, esta propuesta será replicada a los pacientes que asisten al Club Rotari de Portoviejo, mediante la colaboración y el aporte que van a tener los padres de familia ya que sin ellos no pudiese haber una buena colaboración, así van estar todo el personal que trabaja comprometidos para la rehabilitación de estos niños que será previamente motivados a continuar con el programa educativo.

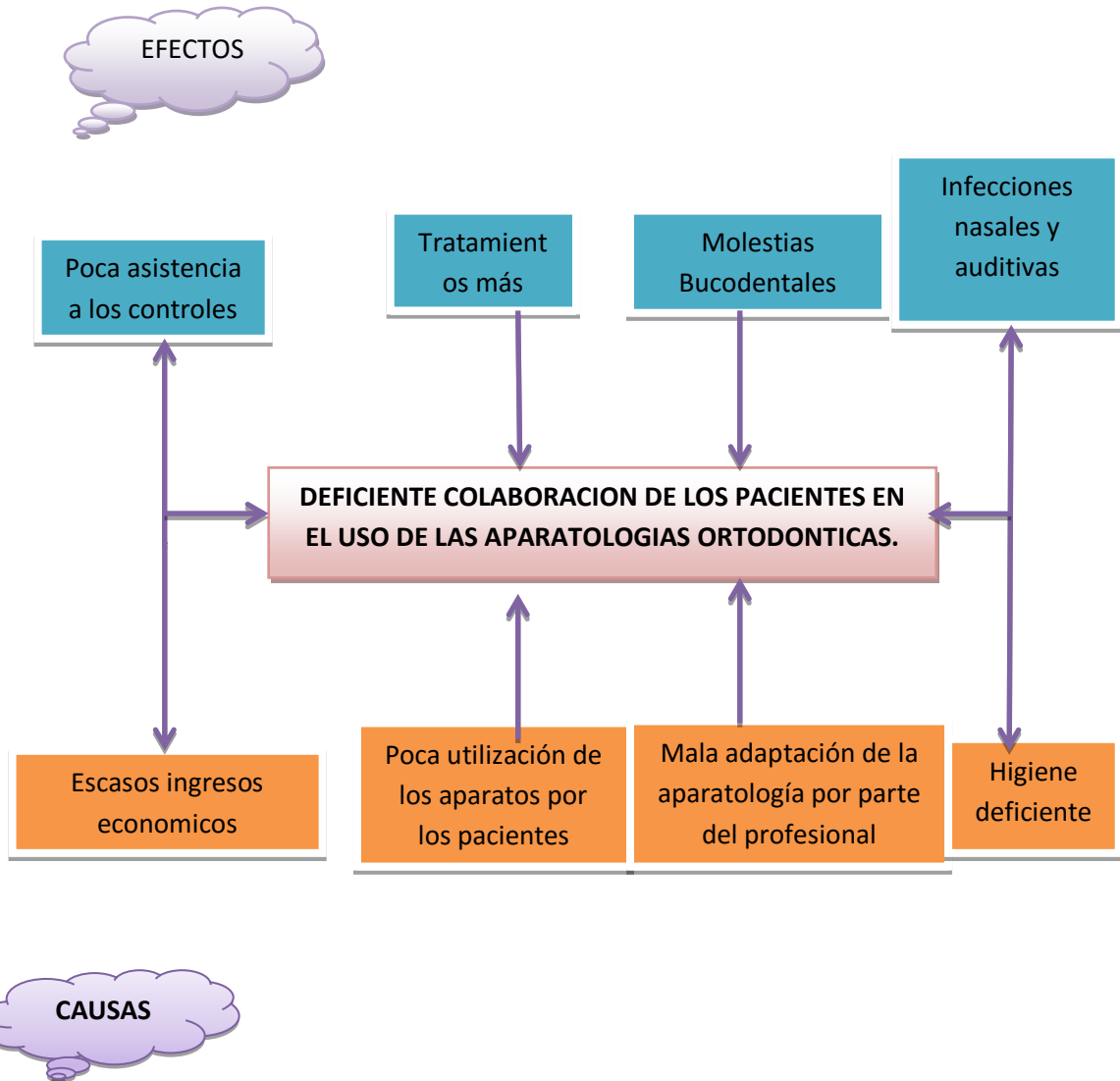
11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada por la autora de la investigación.

ANEXOS

ANEXOS 1

ARBOL DEL PROBLEMA



ANEXO 2

UNIVERSIDAD "SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO"

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ENCUESTA

La siguiente encuesta se realizara en los padres de familias de los pacientes atendidos en el Club Rotario de Portoviejo en el Periodo de Septiembre 2011 a Enero 2012 para investigar si los niños colaboran con el tratamiento ortodontico removible.

NOMBRE:

EDAD:

1.- ¿Alguien en su familia presentado labio leporino o paladar hendido?

- a. MAMÁ
- b. PAPÁ
- c. HERMANO
- d. ABUELOS
- e. TÍOS
- f. NINGUNO

2.- ¿Sus ingresos economicos son?

- a. ALTO
- B. MEDIANOS
- C. BAJOS

3.- ¿Con que frecuencia lleva a su hijo a los controles?

- a. CADA MES
- b. CUANDO PUEDO
- c. NUNCA

4.- ¿El niño con qué frecuencia utiliza la placa en casa?

- a. UNA HORA
- b. TODO EL DIA
- c. CUANDO SE ACUERDA

5.- ¿Qué tiempo de tratamiento ortodontico lleva su niño?

- a. 3 MESES
- b. 6 MESES
- c. MÁS TIEMPO

6.- ¿La placa aplicada le causa algún malestar o alguna infección?

- a. SI
- b. NO
- c. NINGUNA

7.- El tratamiento aplicado le causa alguna dificultad a su hijo?

- a. COMER
- b. DORMIR
- c. NINGUNA

8.- ¿El asea que lleva su hijo o Ud. al tratamiento ortodontico es?

- a. TODOS LOS DIAS
- b. DIA POR MEDIO
- c. NINGUNA VEZ

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO



FACULTA DE ODONTOLOGIA

FICHA DE OBSERVACION

EDAD:

SEXO:

FECHA:

CIUDAD:

1.- DESDE LOS CUANTOS AÑOS SE APLICO EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Recién nacidos	
3 años	
6 años en adelante	

2.-ELEMENTOSDE HIGIENE

pasta y cepillo dental	
Hilo dental	
Dentrifico	

3.- TIPO DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO

unilateral	
bilateral	
solo	

4.- EL ESTADO DE LA PLACA REMOVIBLE

Buen estado	
fracturada	
Perdida	

5.- AVANCÉ DEL TRATAMIENTO CON EL APARATO REMOVIBLES

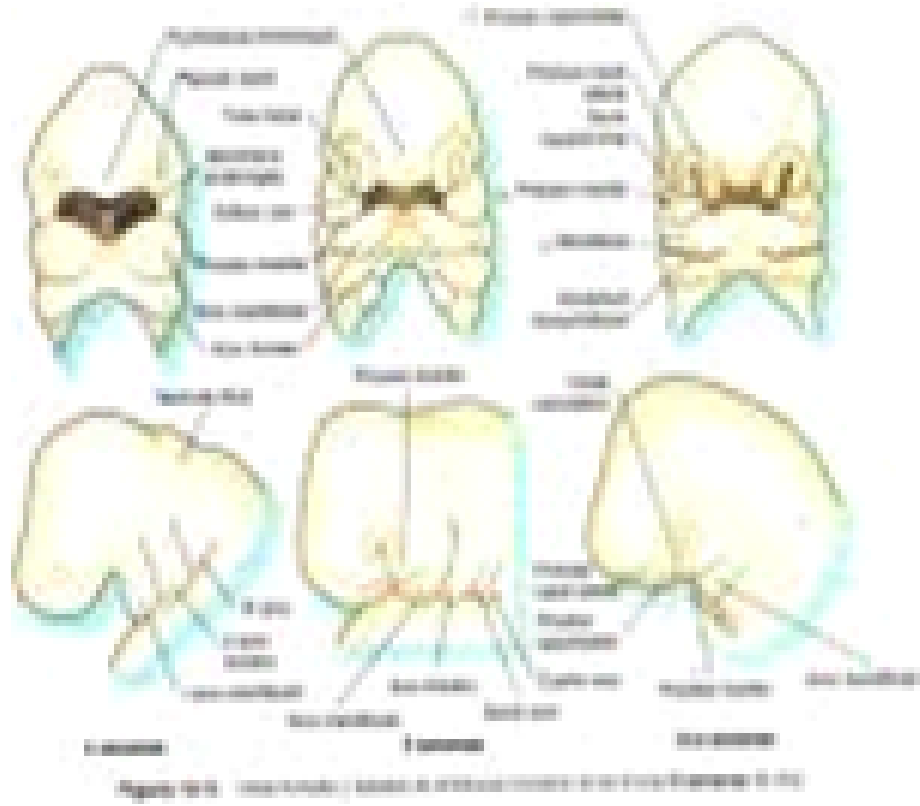
Bueno	
Regular	
Sin Cambios	

6.- EL ASEO DE LA PLACA REMOVIBLE

Bueno	
Regular	
Malo	

ANEXO 3

EMBRIOLOGIA



CLASIFICACION DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO



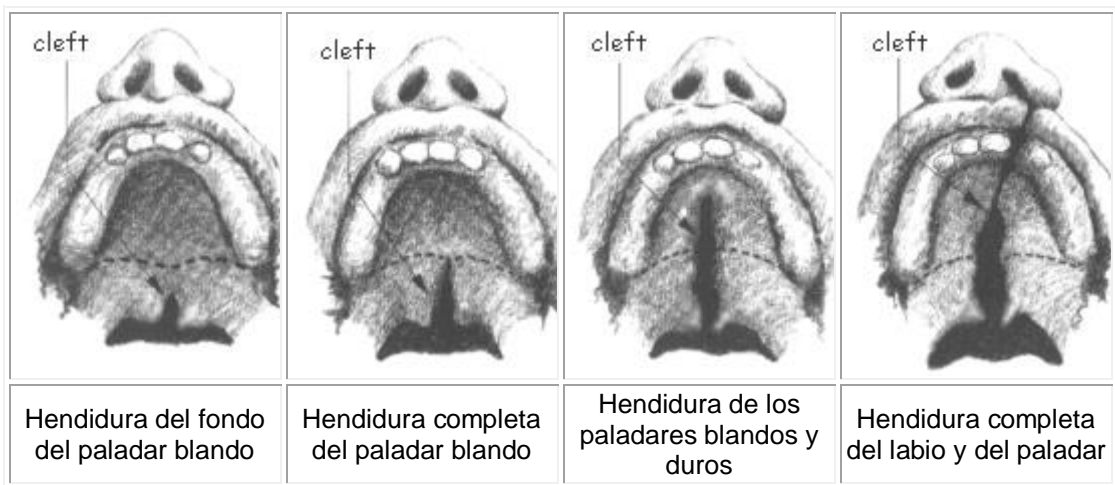
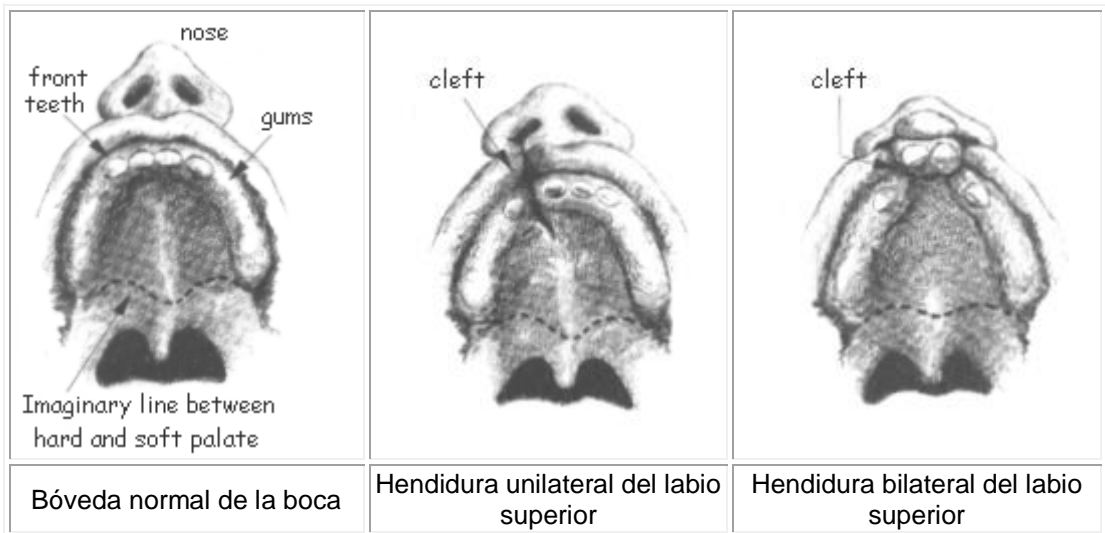
Unilateral Incompleto



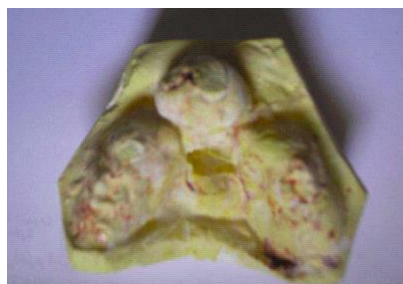
Unilateral Completo



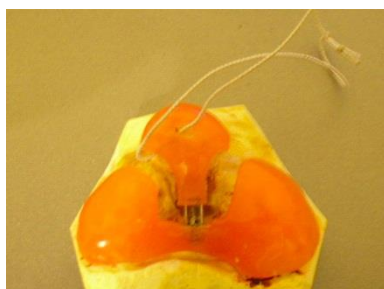
Bilateral Completo



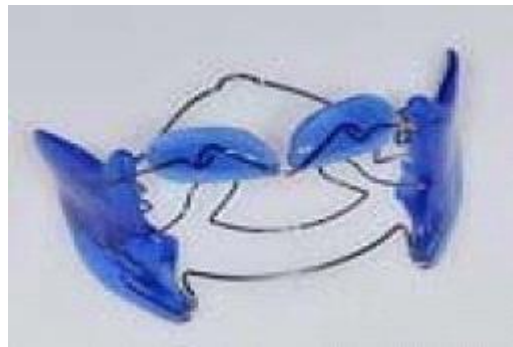
Modelo del paladar de un paladar hendido; el prognatismo, la fístula nasopalatina y la hendidura bilateral



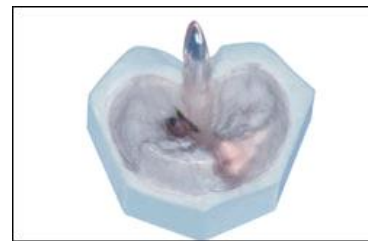
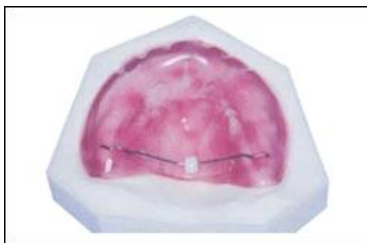
El aparato BCP para la tracción del prognatismo.



Ortopedia maxilar



Placa de estimulación Placa obturadora para paladar hendido



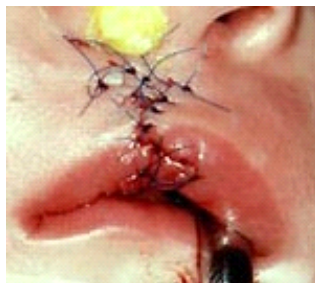
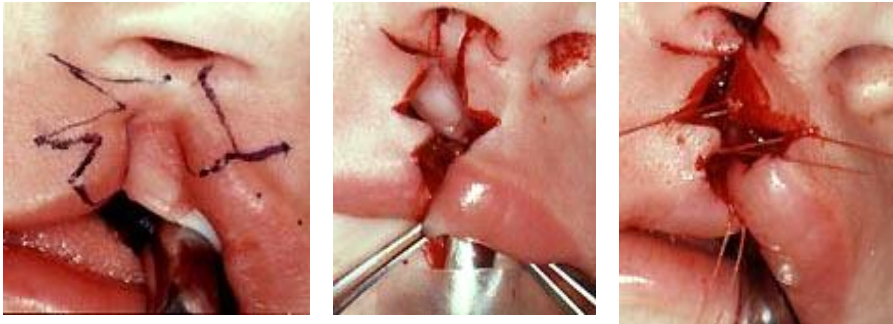
Ortopedia prequirúrgica. Preparación injerto óseo alveolar (labio y/o paladar hendido)



Placa de expansión en forma de abanico con distintos tornillos y aplicaciones



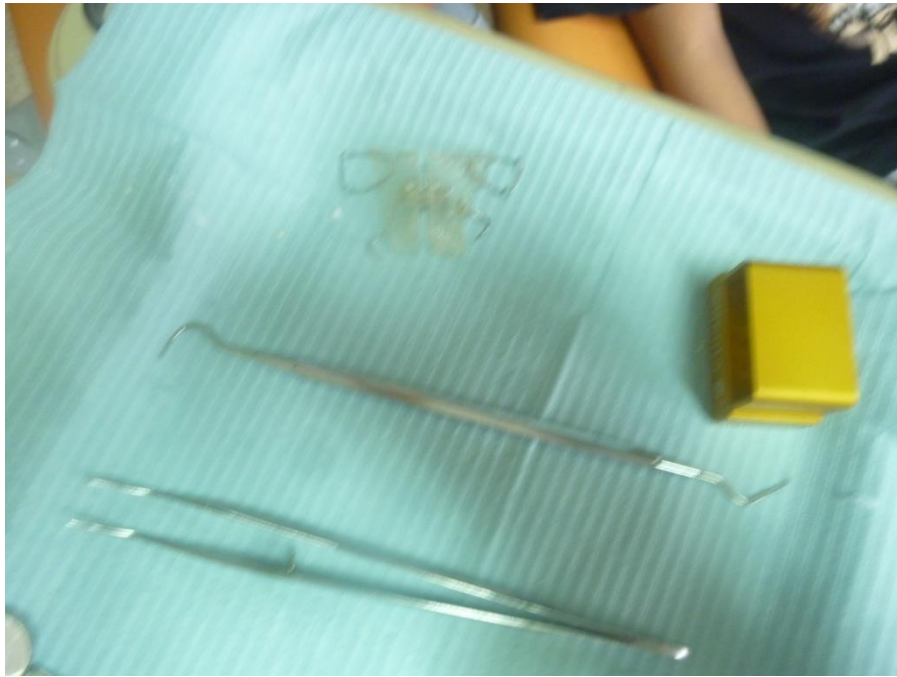
CIRUGIA QUIRURGICA

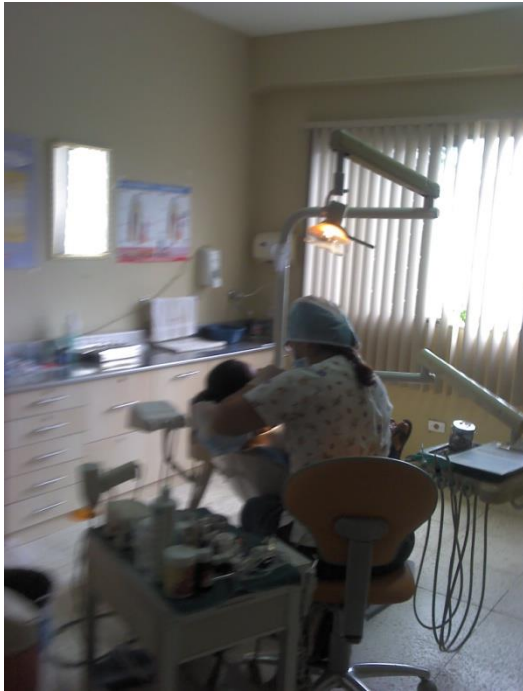


ANEXO 4

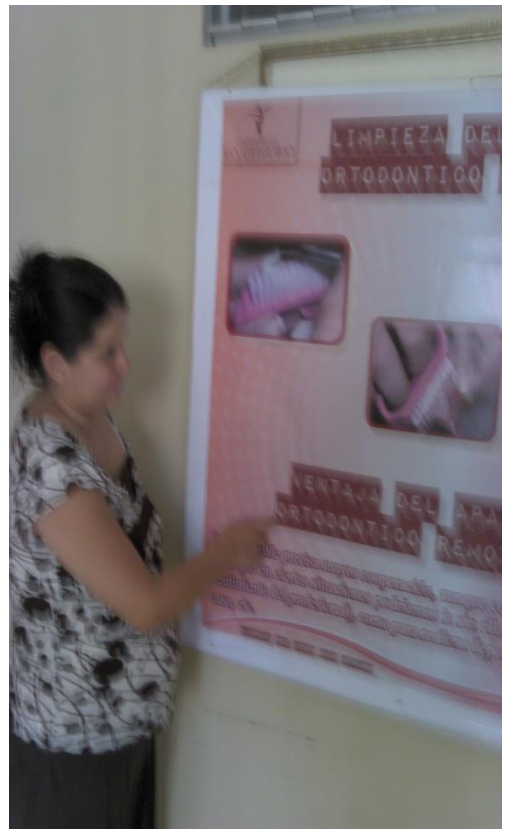
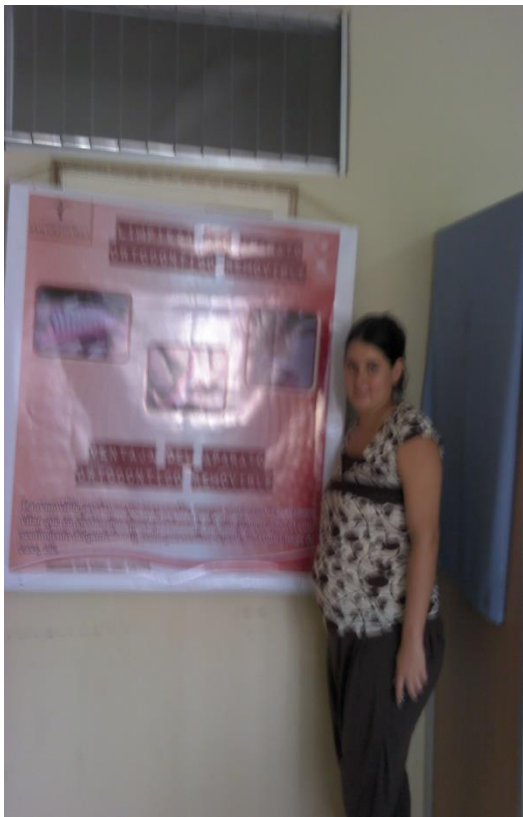








COLOCACIÓN Y CHARLA CON LA GIGANTOGRAFIA





CHARLA EDUCATIVA CON LOS PADRES DE FAMILIA

