

Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 añosAngela María Duque, O.D.¹, Betty Astrid Estupiñán, O.D.², Piedad Eugenia Huertas, O.D.²**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo en menores con labio y paladar fisurados atendidos en el Hospital Universitario del Valle entre enero 1, 1996 y diciembre 31, 2001. La información se obtuvo mediante los registros disponibles, entrevistas telefónicas e interrogatorio persona a persona dirigido a las madres. La población objeto de estudio fueron 192 menores de 14 años. Se indagó sobre predisposiciones hereditarias, ambientales y los posibles factores de riesgo durante el primer trimestre de embarazo (consumo de alcohol, cigarrillo, medicamentos, exposición a radiación sin protección y enfermedades) sin resultados estadísticamente significativos; 13.5% de los niños tenía otras anomalías o síndromes asociados. La presente investigación determinó que durante el período de estudio, el labio y paladar unilateral izquierdo fue la fisura que se presentó con mayor frecuencia y el género más afectado fue el masculino.

Palabras clave: Anomalías congénitas. Labio fisurado. Paladar fisurado.

El labio o el paladar fisurados son malformaciones congénitas graves. Se puede decir que las fisuras naso-labio-alvéolo-palatinas son malformaciones craneofaciales congénitas producidas por defectos embriológicos en la formación de la cara cuyo grado de compromiso se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio superior, la premaxila, el paladar duro o el piso de las fosas nasales. Se trata, por tanto, de una malformación producida a nivel de las estructuras orofaringonasales que han sido afectadas por una noxa que actuó entre la cuarta y doceava semana de gestación, siendo la sexta la de mayor riesgo¹.

Este defecto es comúnmente encontrado en los nacidos vivos, y por tanto, ha sido objeto de innumerables estudios a nivel mundial. Se ha informado una incidencia de 1:500 nacidos vivos en Europa y 1:1.000 en Estados Unidos²⁻⁴. En Colombia se ha informado una prevalencia de 1:1.000 nacidos vivos^{5,6}.

La etiología de esta anomalía es de carácter multifactorial y en su apari-

ción juegan un papel importante los factores genéticos y ambientales⁴. El labio o el paladar fisurados es más común en hombres que en mujeres encontrándose una proporción de 2:1, mientras que el labio fisurado aislado es de 1.5:1². Se ha encontrado que las fisuras de labio o paladar son las más comunes representando 50% de los casos, mientras que el labio fisurado aislado y el paladar fisurado sólo corresponden a 25% respectivamente⁶.

Considerando que la mayoría de estudios conocidos se han dirigido a caracterizar esta alteración en países desarrollados, existe una necesidad latente de orientar trabajos investigativos tendientes a proporcionar datos de esta malformación en Colombia partiendo de su descripción.

Por la limitada información concerniente a las características de las fisuras de labio o paladar en el Hospital Universitario del Valle (HUV), se ha considerado de fundamental importancia para la labor del odontopediatra en la atención integral del niño con esta anomalía, realizar este estudio con el pro-

pósito de describir los casos de los menores atendidos en el HUV durante el período comprendido entre enero 1, 1996 y diciembre 31, 2001.

Además se ha buscado caracterizar por género, clasificar los diferentes tipos de fisuras y estimar cuál es el defecto que con mayor frecuencia se presenta, identificar algunos de los factores de riesgo más frecuentemente relacionados con la aparición del labio o paladar fisurados en la población objeto de estudio como ingesta de medicamentos, alcohol, cigarrillo, exposición a radiación y enfermedades durante el primer trimestre del embarazo, edad de la madre al momento del parto e historia familiar positiva con respecto a fisuras orales).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo teniendo en cuenta, como criterios de inclusión, todos los niños y niñas con diagnóstico de labio o paladar fisurados atendidos en el HUV que tenían registros médicos disponibles (historias clínicas de las madres, historias clínicas de los niños, registros médicos perinatales y fichas odontológicas) y que durante el

1. Profesora Auxiliar, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Odontóloga, candidata al título de Especialista en Odontología Pediátrica y Ortopedia Maxilar, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
e-mail: piedad943@hotmail.com

período descrito eran menores de 14 años. Los criterios de exclusión fueron pacientes con paladar submucoso y con paladar fisurado aislado, por ser causalmente diferentes a la fisura de labio o paladar.

El HUV autorizó el acceso a la información y a través del Departamento de Sistemas y de la Fundación CIRENA (Cuidados Intensivos del Recién Nacido), se obtuvo una lista de los pacientes con los códigos 7491 y 7492 que identifican los casos con fisuras labiales y con fisuras de labio o paladar, respectivamente. Se elaboró un formato donde se consignó la información requerida, utilizando un sistema de códigos creados específicamente para este estudio.

Cuando se terminó la recolección de datos de las historias clínicas, se prosiguió a contactar a las madres de los niños objeto de estudio que tenían un número telefónico disponible en la historia clínica o personalmente con el fin de confirmar y completar la información. A estas madres se les solicitó consentimiento verbal, según sugerencia del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle quien avaló esta investigación.

Las variables estudiadas fueron: variable numérica (edad de la madre) y variables nominales (tipo de fisura, género, tipo de medicamento, síndromes asociados, parentesco, nacimiento en el HUV, asistencia al programa odontológico de labio o paladar fisurados, enfermedades, ingesta de alcohol, consumo de cigarrillo y exposición a radiaciones durante el primer trimestre del embarazo). Se sistematizó la información y se procesó con el programa SPSS (Stadistic Packet Social Science). La prueba estadística utilizada fue el Chi² (c²) para buscar relación entre las variables.

RESULTADOS

Del total de 192 menores, 111

(57.8%) son varones, 79 (41.1%) mujeres y en 2 (1%) no se pudo determinar el sexo al momento de nacer. Al analizar las proporciones de hombres y mujeres se encuentra una diferencia significativa de 0.02.

Los tipos de fisuras se distribuyeron en 8 grupos. La más frecuente fue la fisura de labio o paladar unilateral izquierda y la menos frecuente fue la de labio bilateral (Figura 1). La edad promedio de las madres al momento del parto en casos de labio y paladar fisurado es de 24.8 años con un mínimo de 13 años y un máximo de 50 años. De los 192 niños incluidos en el estudio, 47 nacieron en el HUV, 116 niños procedieron de diferentes hospitales, y en 29 pacientes no se pudo determinar su lugar de nacimiento. En cuanto a la asistencia al programa odontológico, 89 pacientes accedieron a él.

Sólo a 165 niños se les registró información sobre la presencia de síndromes; de ellos, 28 (17%) niños presentaron algún síndrome asociado, mientras que 137 (83%) no. Las malformaciones asociadas fueron las que predominaron seguidas por el síndrome de Patau o trisomía 13.

Acerca de la historia familiar positiva de 95 casos informados en relación con el grado de parentesco, 26 (17.4%) presentaron familiares con historia positiva de fisuras y 69 (72.6%) no; 11 (11.6%) casos se presentaron en tíos o primos de segundo grado.

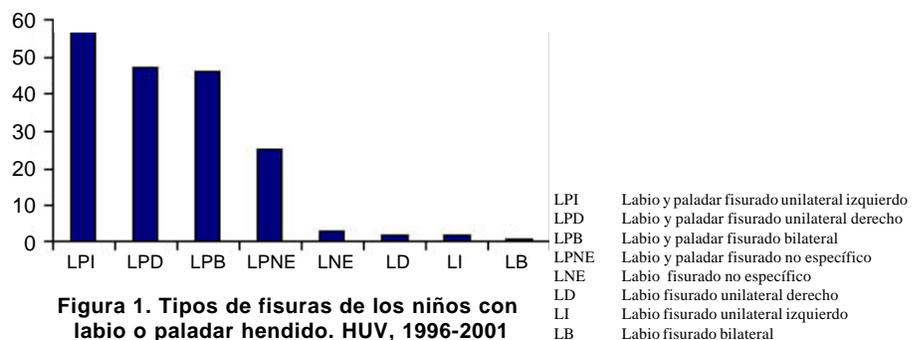


Figura 1. Tipos de fisuras de los niños con labio o paladar hendido. HUV, 1996-2001

En relación con el consumo de medicamentos en el primer trimestre del embarazo la muestra es de sólo 84 historias. El medicamento más consumido por las madres durante éste período fue de tipo antimicrobiano (Cuadro 1). En cuanto a la presencia de alguna enfermedad durante el primer trimestre del embarazo, 70 (72.9%) madres no informaron enfermedades y 26 (27.1%) sí. De ellas, 11 (11.5%) presentaron infecciones bacterianas.

Cuadro 1 Medicamentos consumidos durante el primer trimestre de embarazo por las madres de los niños con labio o paladar fisurado. HUV, 1996-2001

Tipo	Nº	%
Antibacterianos	9	4.7
AINES	7	3.6
Antiheméticos	2	1.0
Anticonceptivos	2	1.0
Antigripales	2	1.0
Perejil	2	1.0
Antimaláricos	1	0.5
Anticonvulsivantes	1	0.5
Antihipertensivos	1	0.5
Broncodilatadores	1	0.5
Bloqueadores SG	1	0.5
Vacunas	1	0.5
No	54	28.1
Datos perdidos	108	56.3
Total	192	100.0

Como otros posibles factores de riesgo se analizaron el haber recibido radiación sin protección, el consumo de cigarrillo y el consumo de alcohol. Sólo 2 madres manifestaron ser fuma-

doras y el consumo de alcohol se observó en 5 (2.6%) casos.

Considerando el tipo de fisura según género, aunque los valores no identifican significancia estadística, en el grupo de fisura de labio y paladar unilateral izquierdo se presentaron 57 casos, de los cuales 31 (54.4%) son de género masculino y 26 (45.6%) de género femenino. En el grupo de fisuras de labio y paladar unilateral derecho hubo 47 casos donde 27 (57.4%) eran hombres y 20 (42.6%) mujeres. Las fisuras de labio y paladar bilateral se informan en 46 casos, de ellos, 28 (60.9%) son hombres y 18 (39.1%) son mujeres. No se especificó el lado afectado en 25 casos, de los cuales, 15 corresponde a hombres y 10 a mujeres. Las fisuras labiales se presentaron en 4 hombres y en 4 mujeres.

De los 47 niños nacidos en el HUV, 13 (29.5%) no asisten al programa y 31 (70.5%) si lo hacen. En 3 de los casos no fue posible confirmar la asistencia o no al programa. Se encuentra significancia de $p=0.004$, lo que indica asociación estadística entre la asistencia al programa y el haber nacido en el HUV. Referente a la correlación entre el tipo de fisura y el medicamento consumido por las madres, no se encontró significancia estadística.

DISCUSIÓN

El labio o paladar fisurado es una malformación congénita grave⁷ cuya incidencia considerada en conjunto varía entre cifras que van de 1/600 a 1/1.200 nacimientos dependiendo del país o el grupo racial del que se trate. Esta afección se manifiesta a través de síntomas característicos que afectan los mecanismos respiratorios, deglutorios, articulatorios, del lenguaje, la audición y la voz. Esta malformación repercute notablemente no sólo a nivel estético, sino también en el plano afectivo y

social porque puede verse, oírse y palparse¹. A pesar de ocupar el octavo lugar entre las malformaciones congénitas que más se presentan en el HUV⁵ y de ser la malformación congénita de cabeza y cuello más frecuente^{4,8}, son limitados los estudios que se han realizado en la institución sobre el tema^{5,6}.

Al realizar esta investigación se encontró dificultad en cuanto a la disponibilidad y organización de los datos consignados en las historias clínicas; en muchos casos no se había registrado toda la información necesaria para el estudio, partiendo de datos básicos como tipo de fisura, teléfono y edad de la madre.

Los hallazgos de este estudio coinciden con la literatura pues el género masculino es en el que más se presentan fisuras de labio o paladar^{1,6,8-10}.

La clasificación utilizada para el análisis del tipo de fisura fue la descriptiva, que es comúnmente usada en el HUV porque no existe un estándar al respecto. Se encontró concordancia con otros informes en cuanto al tipo de fisura de mayor aparición, en su orden, labio y paladar fisurado unilateral izquierdo, labio y paladar fisurado unilateral derecho y labio y paladar fisurado bilateral^{1,4,10}.

Aunque en general las malformaciones en recién nacidos aumentan con la edad de la madre, esta variable no mostró asociación con las fisuras orales, dato que coincide con el encontrado por Henrikson⁴. En el presente estudio no se observó la aparición de la entidad en edades extremas (madres muy jóvenes o madres añosas), el promedio de edad fue 24.8 años, edades consideradas normales para la concepción. En otros estudios se habla de un mayor riesgo en adolescentes¹ y se afirma que lo más común en Colombia es encontrar esta malformación en hijos de madres jóvenes (16 a 20 años)¹¹.

Se ha encontrado que uno de cada

cinco pacientes en diferentes poblaciones tiene una historia familiar positiva de labio y paladar fisurado, y se piensa que los factores genéticos juegan un papel importante en la etiología de este defecto de nacimiento. Cancini⁸ refiere que Fogh-Andersen en 1942 presentó el primer estudio basado en la evidencia que el labio y paladar fisurados tienen un fuerte componente genético. Aunque el patrón hereditario del labio y paladar fisurados ha sido investigado por muchos años, los resultados obtenidos parecen ser controversiales. Esta discrepancia es probablemente debida tanto a las muestras como a los modelos empleados; las muestras recolectadas incluían sujetos afectados quienes venían de diferentes áreas geográficas o de la misma región pero con diferentes orígenes étnicos y raciales⁸. El bajo registro de historia familiar positiva informado en el presente estudio (17.4%) coincide con los valores encontrados por Hagberg *et al.*⁴ en 248 familias de las cuales 65 (26.2%) informaron historia familiar positiva para labio y paladar fisurado. Andrews-Casal *et al.*⁹ describieron 117 familias con historia de labio o paladar fisurado no sindrómico, de ellas 49 (42%) tenían otro miembro de la familia afectado y 68 (58%) no tenían historia de fisuras en la familia.

Muchas han sido las causas que se han enumerado como factor etiológico de esta anomalía congénita como son las infecciones, las irradiaciones, los químicos, medicamentos, factores nutricionales, consumo de alcohol y cigarrillo^{4,11-13}.

Parece que los pocos registros respecto a factores de riesgo encontrados en este estudio, se deben más a la falta de informes en las historias clínicas o al olvido de las madres, que a la no correlación de ellos con la anomalía, pues la literatura publica algún tipo de relación entre el consumo de cigarrillo, alcohol

y medicamentos durante el primer trimestre de embarazo y la aparición de fisuras orales. En la revisión publicada por Andrews-Casal *et al.*⁹ se encontró que sólo seis artículos informados sobre labio y paladar fisurado mostraron significancia estadística.

Kallén¹³ indicó que el cigarrillo durante el embarazo está asociado con el aumento de riesgos de fisuras de labio y paladar al igual que el consumo de licor y de anticonvulsivantes.

Wyszynski¹², en su meta-análisis concluye que el consumo de cigarrillo durante el primer trimestre de embarazo está asociado con un alto riesgo de tener niños con labio o paladar fisurado. El alcoholismo y el embarazo están asociados con un patrón de anomalías en la descendencia conocida como síndrome de alcohol fetal (SAF)¹³. La presente investigación encontró un solo caso de este síndrome.

Las enfermedades más comunes fueron las infecciones bacterianas, del mismo modo los medicamentos más consumidos fueron los antibacterianos. Los agentes antimicrobianos son usados con frecuencia durante el embarazo. Infortunadamente, pocos antimicrobianos han comprobado ser completamente inocuos cuando se suministran a las embarazadas. Los antimicrobianos y su potencial uso durante el embarazo son discutidos pues la información disponible es limitada¹⁰.

El labio y paladar hendidos no son siempre una entidad aislada, sino que pueden asociarse con otro tipo de malformaciones que comprometen sobre todo la cara y los miembros⁶. La frecuencia de defectos congénitos en investigaciones previas informa un rango entre 7.5% y 26.2%¹⁵ lo que apoya los hallazgos de la presente investigación donde la frecuencia fue 13.5%. En previos estudios se encontró conexión entre fisuras orales y malformaciones adi-

cionales; las fisuras completas bilaterales estaban asociadas con otras malformaciones en 35% de los casos⁴.

Se vio la necesidad de sistematizar la información de los pacientes a través de un formato donde se consignen los datos necesarios para su adecuado registro, lo que permite conocer la caracterización del paciente y facilite determinar sus necesidades de tratamiento. Este registro facilitará además, futuras investigaciones sobre el tema.

CONCLUSIONES

Los hallazgos permiten observar que:

1. El género masculino es en el que más se presentan fisuras de labio o paladar.
2. Las fisuras se presentaron en el siguiente orden descendente: labio y paladar fisurado unilateral izquierdo, labio y paladar fisurado unilateral derecho y labio y paladar fisurado bilateral.
3. En 13.5% de los casos se observó la aparición de malformaciones congénitas o síndromes asociados.
4. Las variables edad de la madre, historia familiar positiva, consumo de medicamentos, alcohol, cigarrillo, radiación y enfermedades durante el primer trimestre de embarazo no presentaron significancia estadística en este estudio.
5. La mayor dificultad en la realización de este tipo de estudio es la disponibilidad de la información en las historias clínicas.
6. Es necesario desarrollar estudios posteriores que permitan determinar la asociación de los factores de riesgo con la presencia de labio y/o paladar fisurados teniendo en cuenta que los estudios descriptivos permiten identificar la frecuencia de estos factores y generar hipótesis para futuras comprobaciones.

SUMMARY

This study described the cleft lip and/or Palate cleft, tended in the Valle University Hospital between Januaryst 1996 and December 3st 2001 period. The information was obtained through available data telephone interviews and person to person surveys between mothers, using the same format for either one of the three cases. The target populations were 192 patients. This research focused on heritage and environmentally predispositions and exposure to possible risk factors during the first three months of pregnancy (alcohol consumption, smock, prescribed drugs, radiation without protection, and diseases): There were no significant results from this variables. The 13.5% suffer from another anomaly or associated syndromes. We have determined through this investigation, that the most frequent presented cleft was, during this period, the unilateral left lip and palate cleft. Male was the most affected gender.

Key words: Congenital anomalies. Cleft lip. Cleft palate.

REFERENCIAS

1. Habbaby A. *Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina*. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000.
2. Cohen MM. Etiology and pathogenesis of orofacial clefting. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2000; 12: 379-383.
3. Thornton JB, Nimer S, Howard P. Incidencia, clasificación, etiología y embriología de las fisuras orales. *Sem Ortoped* 1996; 2: 5-11
4. Hagberg C, Larson O, Milerad J. Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 35: 40-45.
5. Isaza C, Martina D, Estupiñán J, Starck C, Rey H. Prevalencia de malformaciones congénitas diagnosticadas en las primeras 24 horas de vida. *Colomb Med* 1989; 20: 156-159.
6. Isaza C, Manrique LA. Anomalías y síndromes asociados con labio y/o paladar hendido. *Colomb Med* 1991; 20: 55-61.

7. McDonald R, Avery D. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
8. Carinci F, Pezzetti F, Scapoli L, Martinelli M, Carinci P, Tognon M. Genetics of non-syndromic cleft lip and palate: A review of international studies and data regarding the Italian population. *Cleft Palate Craneofac J* 2000; 37: 33-39.
9. Andrews-Casal M, Johnston D, Fletcher J. Cleft lip with or without cleft palate: effect of family history on reproductive planning, surgical timing, and parental stress. *Cleft Palate Craneofac J* 1997; 35: 52-57.
10. Meyer JM. Safety and toxicity of antimicrobials during pregnancy. *Infect Med* 1995; 12: 600-602, 606, 618.
11. Ramírez G. Manejo odontológico integral del paciente con labio y paladar fisurados. Academia Colombiana de Odontología Pediátrica [magazín en línea] 1997 [fecha de acceso 2002 May 02]1: [7 páginas]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/ortopedi-manejo5.htm>
12. Wysznski D, Duffy D, Beaty T. Maternal cigarette smoking and oral cleft: a meta-analysis. *Cleft Palate Craneofac J* 1997; 34: 206-209.
13. López L, Rentería M, Villalobos EL. Incidencia de fisuras labiopalatinas en recién nacidos en el Hospital Central Militar y su manejo inicial por el Servicio de Odontopediatría. Informe de 11 casos. *Med Oral* 1999; 1: 113-117.
14. Källén K. Maternal smoking and orofacial cleft. *Cleft Palate Craneofac J* 2000; 34: 11-15.
15. Stoll C. Associated malformations in cases whit oral cleft. *Cleft Palate Craneofac J* 2000; 37: 41-47.