

# Protocolo odontológico en paciente con labio y paladar hendido: Caso Clínico

## Dental management in a patient with cleft lip and palate: Clinical case

Karen Cuevas Carrillo<sup>1</sup>  
Tonanthzin Aleli Sandoval Ledezma<sup>2</sup>  
Santiago Sandoval Vázquez<sup>3</sup>  
Andréa Dolores Correia Miranda Valdivia<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, Posgrado de Odontopediatría, código postal: 44160, Guadalajara - México. Correo electrónico: [karencuevascarrillo@gmail.com](mailto:karencuevascarrillo@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, Posgrado de Odontopediatría, código postal: 44160, Guadalajara - México. Correo electrónico: [tona\\_asl@hotmail.com](mailto:tona_asl@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, Posgrado de Odontopediatría, código postal: 44160, Guadalajara - México. Correo electrónico: [santiago.sandoval@edu.uag.mx](mailto:santiago.sandoval@edu.uag.mx)

<sup>4</sup>Universidad Autónoma de Guadalajara, Facultad de Odontología, Departamento de Odontología Especializada, Posgrado de Prosthodontia, código postal: 44160, Guadalajara - México. Correo electrónico: [andrea.correia@edu.uag.mx](mailto:andrea.correia@edu.uag.mx)

**Editado por / Edited by:** Camilo Pulido

**Recibido / Received:** 09-06-2022

**Aceptado / Accepted:** 22-09-2022

**Publicado en línea / Published online:** 15-10-2022

**DOI:** <https://doi.org/10.18272/oi.v8i2.2727>

## Resumen

El labio y paladar hendido (LPH) es la malformación craneofacial congénita más frecuente con una incidencia en la población en general de aproximadamente 1:500; en México es de 1:700 nacidos vivos, estos pacientes presentan una mayor incidencia de malformaciones congénitas, las cuales requerirán más de una cirugía reconstructiva como tratamiento, además de un tratamiento interdisciplinario. En éste artículo se presenta el caso de un paciente masculino de 2 años 11 meses de edad con LPH, en el cual se le realizó un tratamiento de operatoria integral que incluyó pulpotomías, restauraciones con coronas de acero, topicación de flúor, selladores y la colocación de una placa obturadora con tornillo transversal, la cual se mantiene con revisiones periódicas. El tratamiento tuvo resultados favorables al ya haber alcanzado una expansión en el maxilar superior, además de recibir una atención multidisciplinaria con lo que se logró mejorar la calidad de vida del paciente.

**Palabras clave:** Fisura Del Paladar, Labio Leporino, Odontología Pediátrica, Protocolos Clínicos.

## Abstract

Cleft lip and palate (CLP) is the most frequent congenital craniofacial malformation with an incidence in the general population of approximately 1:500; in Mexico is 1:700 live births, these patients have a higher incidence of congenital malformations, which will require more than one reconstructive surgery as treatment, in addition to a multidisciplinary treatment. This article presents the case of a 2 years 11 months old male patient with CLP, in which he underwent a comprehensive operative treatment that included pulpotomies, restorations with steel crowns, fluoride topication, sealants, and the placement of an obturator plate with transversal screw, which is maintained with periodic revisions. The results of the treatment were favorable, since the patient's upper jaw had already been expanded, in addition to receiving multidisciplinary care, which improved the patient's quality of life.

**Keywords:** Cleft Palate, Cleft Lip, Pediatric Dentistry, Clinical Protocols.

## Introducción

El labio y paladar hendido (LPH), también conocido como fisura labio palatina<sup>1</sup>, es la malformación craneofacial congénita más frecuente<sup>2,3</sup> con una incidencia en la población general de aproximadamente 1:500; en México es de 1:700 nacidos vivos<sup>4</sup>, también es de las más importantes de todas las afecciones de la cara<sup>5</sup>, causadas por la falta de unión entre los procesos faciales embrionarios que ocurre entre la sexta y doceava semanas de vida embrionaria<sup>6</sup>.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud cambió la anterior denominación de "Labio leporino" que se presentaba en la tercera edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología, por la de "LPH".<sup>5</sup> Se ha determinado que la etiología de la malformación congénita es muy diversa y variada<sup>7</sup>. La base etiológica incluye la interacción de varios factores como: ingesta de medicamentos en el primer trimestre de gestación (anticonvulsivantes, benzodiazepinas, salicilatos), factores infecciosos como enfermedades virales y bacterianas, déficit nutricionales así como también la irradiación, que ha demostrado su efecto teratogénico.<sup>4</sup>

Asociadas a las anomalías de LPH estos pacientes presentan una mayor incidencia de malformaciones congénitas, principalmente síndromes craneofaciales como el Síndrome de Treacher Collins o Pierre Robin, lo cual conlleva a vías aéreas de difícil acceso que desencadenan intubaciones complicadas, básicamente por la presencia de micrognatia y paladar hendido.<sup>8</sup> La frecuencia por sexos es levemente más alta en el varón que en la mujer con una proporción de 7:6.<sup>9</sup> Existe una alta prevalencia de anomalías dentales en niños con condición de LPH que en la población general.<sup>3</sup> Se ha demostrado que tanto la genética como la reparación quirúrgica del paladar influyen en la aparición de estas anomalías dentales.<sup>1</sup> Los pacientes requerirán más de una cirugía reconstructiva como tratamiento, además de frecuentes visitas al odontólogo, tratamientos de audición, terapias de lenguaje, de crecimiento facial y psicológicas.<sup>2</sup>

Las malformaciones por LPH afectan los mecanismos respiratorios, deglutorios, de articulación, del lenguaje, de la audición y la voz en los pacientes que la padecen. En estos pacientes suelen existir secuelas que comunican la cavidad oral con la nasal, dando como resultado deformidades faciales<sup>6</sup> con gran compromiso estético.<sup>4</sup> Esta mal formación impacta al paciente desde el punto de vista psicológico y socio-afectivo, el cual presenta ansiedad, depresión, baja autoestima, sobreprotección por parte de los padres,<sup>1,2</sup> entre otros.

El objetivo de este artículo es presentar el protocolo utilizado en un paciente pediátrico con secuelas quirúrgicas de LPH, al cual se le realizó tratamiento de operatoria dental con apoyo multidisciplinario de diferentes profesionales para lograr mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico.

## Descripción del caso

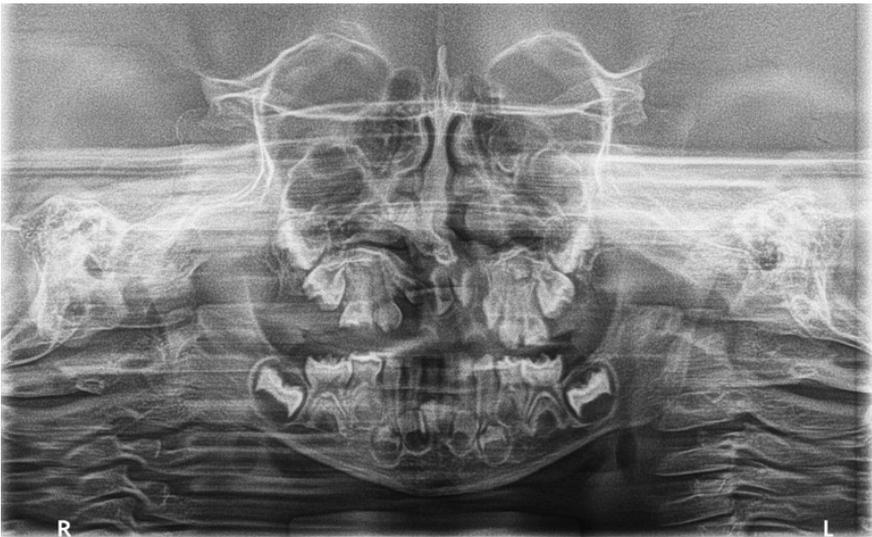
Paciente masculino de 2 años 11 meses acude a las Clínicas Odontológicas Integrales de la Universidad Autónoma de Guadalajara, al departamento de Odontopediatría acompañado de su madre, con el motivo de consulta: "Necesita su tratamiento por el LPH". Se procedió con la autorización del consentimiento informado de la madre para la realización de los tratamientos, así como para la toma de fotos y posterior difusión del caso clínico.

Al realizar la historia clínica ella mencionó información relevante del caso como que durante el embarazo presentó algunas enfermedades como gripe, garganta, infección vaginal e infección urinaria, para lo cual recibió tratamiento con medicamentos, sin embargo desconoce cuáles fueron los mismos, pero la madre atribuye que sean la posible causa del LPH de su hijo. Actualmente el paciente presenta trastorno del lenguaje como consecuencia del LPH. Cuenta con el cuadro de inmunización completo, no presenta alergias a ningún medicamento, alimento y/o anestésico. No recibió lactancia materna, su alimentación fue con biberón por motivo del LPH hasta los 3 meses de edad con leche materna y fórmula, no usó chupón, la ingesta de azúcares es solamente una vez al día al momento del postre, lleva una alimentación mixta. Sus hábitos de higiene son deficientes, ya que recibe cepillado por parte de su madre solamente 1 vez al día con un cepillo infantil y pasta dental fluorurada (1100ppm). Refiere que el paciente es respirador bucal. Se le interroga también sobre los conocimientos del manejo multidisciplinario que debe llevar su hijo, a lo que refiere que ya ha sido sometido a 2 cirugías correctivas anteriormente, por lo que existen cicatrices y secuelas en la cavidad oral y facial del paciente (Figura 1), pero que no fue indicado que buscara ayuda de otro profesional del área de salud para soporte en el caso. El paciente ya acudía a atendimento para tratamientos ortopedicos en otra institución en la cual cada mes le hacian cambio de placa con tornillo de expansión sin embargo, ella desconocia la funcionalidad de dicha placa.



**Figura 1:** Fotografía extraoral del paciente, se observa cicatrices, debidas a cirugías previas, en el labio superior, en zona de filtrum y arco de cupido, con asimetría de labio superior.

En la clínica de la especialidad de Odontopediatría se realizan fotografías intraorales iniciales y se le solicita una radiografía panorámica inicial (Figura 2) con el fin de realizar el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado. En la radiografía panorámica inicial, se observa presencia de órganos dentales: segundo molar permanente superior derecho sin erupcionar, primer molar permanente superior derecho en proceso de erupción, segundo molar temporal superior derecho con corona destruida, primer molar temporal superior derecho, canino temporal superior derecho retenido, central superior derecho con corona destruida, centrales y laterales superiores permanentes retenidos, primer molar temporal izquierdo permanente, segundo molar temporal superior izquierdo, primer molar permanente superior izquierdo en proceso de erupción, segundo molar permanente superior izquierdo sin erupcionar, formación de segundo molar permanente inferior izquierdo, primer molar permanente inferior izquierdo erupcionado, segundo molar temporal inferior izquierdo erupcionado, primer molar temporal inferior izquierdo erupcionado, canino temporal inferior izquierdo erupcionado, laterales y centrales temporales inferiores erupcionados, primer molar temporal inferior derecho erupcionado, segundo molar temporal inferior derecho erupcionado, primer molar permanente inferior derecho erupcionado, formación de segundo molar permanente inferior derecho, formación de los germenes de centrales inferiores permanentes (Figura 3).



**Figura 2.** Radiografía panorámica inicial del paciente.

Radiográficamente se detectó que presenta un retraso en la cronología de la erupción, retención de órgano dental (OD) 13 por palatino.

Clinicamente presenta inflamación gingival, mordida cruzada anterior, lesiones de caries extensas en el OD 51 y 61, lesiones cariosas en oclusal de 54 y 64 y ausencia

clínica de 55 y 65. Una fisura palatina de 2mm aproximadamente como secuela de las cirugías anteriores con retención del OD 53. En base a éstas herramientas diagnósticas se trazó el siguiente plan de tratamiento en 4 citas: pulpotomías y coronas de acero-cromo en OD 51 y 61, sellador en OD 64, profilaxis, placa obturadora con tornillo de expansión transversal.



**Figura 3.** Fotografías intraorales iniciales del paciente. Observamos lesiones cariosas en OD 51, 61, 53, 54, 64, mordida cruzada anterior, ausencia de OD 52, presencia de cierre de paladar con una fisura en línea media a nivel de paladar blando.

Se informa a la madre sobre la variedad de alteraciones que puede presentar un paciente con LPH, que es un tratamiento a largo plazo, con un abordaje de equipo multidisciplinario para lograr los mejores resultados físicos y psicológicos del paciente. Se obtiene su consentimiento informado para la realización del tratamiento propuesto y la publicación de las fotografías clínicas y radiografías con fines científico/didácticos. En la primera cita se realizaron las pulpotomías con formocresol de OD 51 y 61, bajo aislamiento absoluto, se obturaron con un material restaurativo temporal a base de óxido de zinc y eugenol con endurecedor (IRM Dentsply Sirona, Salzburgo, Austria). El formocresol es un material que ha sido utilizado por más de 60 años en pulpotomías debido a su efectividad a largo plazo y bajo costo; además la cantidad empleada es menor a una gota, la cual es transportada por una mota de algodón, ligeramente humedecida en este medicamento, su exposición directa con el remanente pulpar es mínima, sin exceso y cumple el objetivo de control de hemostasia y cicatrización de remanente pulpar.<sup>10</sup>

Para las restauraciones de los incisivos centrales superiores se le propusieron 2 opciones: coronas de acero-cromo o coronas estéticas de zirconia, la mamá decidió coronas de acero-cromo (3M Two Harbors, Minnesota, Estados Unidos) por motivos

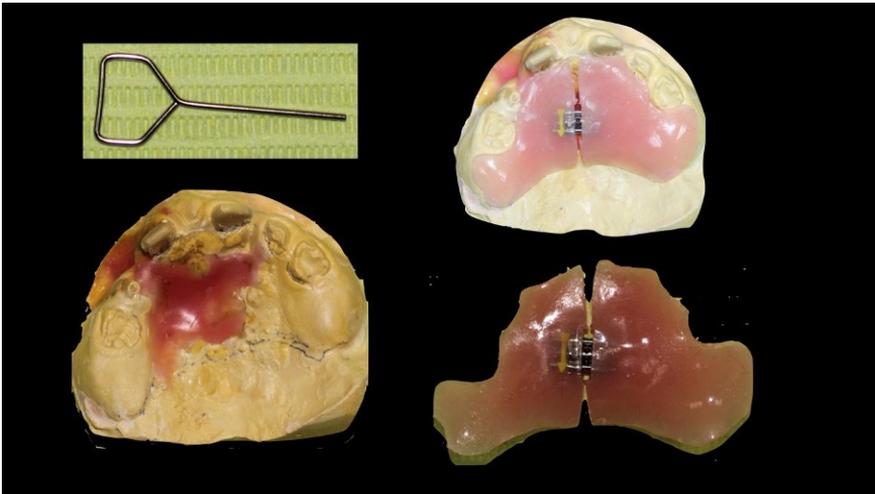
financieros. Se rehabilita mediante la técnica de Hall, que consiste en el cementado de las coronas de acero sin realizar desgastes ni eliminación de caries en las piezas, se cementan con ionómero de vidrio tipo 1 (Ketac Cem 3M, Minnesota, Estados Unidos) (Figura 4). Se dan las indicaciones y los cuidados que deben tener con la higiene bucal.



**Figura 4.** Fotografía intraorales del paciente con coronas de acero en dientes 51 y 61.

En una segunda visita se realiza la profilaxis con pasta, cepillo, uso de hilo dental, topicación de flúor en barniz. Se coloca sellador en OD 64 Clinpro Sealant (3M ESPE, Minnesota, Estados Unidos) en la cara oclusal bajo aislamiento relativo con rollos de algodón debido a que por la falta de erupción del OD fue imposible colocar grapa para el aislamiento absoluto. Se dan indicaciones a la mamá de no ingerir alimentos sólidos ni líquidos durante 20 minutos. El paciente continuó presentando inflamación gingival generalizada debido a la escasa higiene, por lo que se repitieron las indicaciones a la mamá ya que no se podría tomar impresión para la fabricación de la placa obturadora con tornillo de expansión, si persistía la inflamación gingival.

En la tercera cita se tomó impresión con alginato Kromopan (Lascod S.p.A. Firenze, Italia) y cubeta superior no. 2 para la elaboración de placa obturadora. Se realizó el llenado de la impresión con yeso piedra (Magnum, MDC Dental, Guadalajara, Jalisco, México). Se elaboró placa obturadora con acrílico autocurable color R2V (Nictone, MDC Dental, Guadalajara, Jalisco, México) y tornillo transversal (Dentaurum, Ispringen, Alemania). Para la elaboración de la placa obturadora, se colocó cera en el modelo de yeso, de lado derecho del paladar, para promover la comodidad del paciente en el uso (Figura 5).



**Figura 5.** Fotografías de modelo y placa obturadora con tornillo transversal.

En la cuarta cita se instaló la placa obturadora, se realizaron pruebas, verificando que no existiera ninguna molestia al momento de colocar y retirar la placa, se capacita a la mamá para su correcta colocación y se entrega la placa junto con la llave para activarla. Se le indica activar con  $\frac{1}{4}$  de vuelta a la semana. Se refuerzan medidas de higiene tanto para el paciente como los que debe tener con la placa obturadora (Figura 6).



**Figura 6.** Fotografías intraorales del paciente con placa obturadora instalada.

Las citas para monitoreo fueron una vez al mes, hasta que el paciente consiguiera la cita para su próxima cirugía reconstructiva para el cierre de la fisura palatina. Control a los 2 meses (Figura 7); donde se puede observar un resultado favorable ya que se ha logrado expandir 2 mm en sentido transversal en el maxilar superior que favorecerá el desarrollo craneofacial del paciente.

La placa obturadora instalada logró el propósito de obtener una expansión transversal del maxilar del paciente, aprovechando sus etapas del crecimiento, mejorando así, las condiciones del maxilar estética y funcionalmente. Además, la placa obturadora ayuda a mantener la fisura palatina cubierta y evitar así que se introduzcan restos de alimentos.



**Figura 7:** Fotografías intraorales de Placa obturadora después de 2 meses de colocada y activada  $\frac{1}{4}$  de vuelta por semana.

## Discusión

La etiología del LPH es multifactorial, involucra factores genéticos teratógenos<sup>1</sup> y ambientales,<sup>11</sup> sin embargo, no existen estudios decisivos que auxilien a determinar con exactitud las causas que la provocan, de manera que no se cuenta con medios predictivos eficaces que permitan su prevención.<sup>1</sup> La frecuencia mundial del mismo es de 15,3 por cada 10.000 nacidos vivos.<sup>11</sup> El LPH puede o no, ser parte de las manifestaciones de un síndrome (LPH sindrómico).<sup>1,11</sup> Sin embargo, de acuerdo con la literatura, un mayor porcentaje de los casos no tiene un origen sindrómico.<sup>11</sup>

En México ocurre 1 caso por cada 850 nacidos, 9.6 casos nuevos por día, y 3521 casos al año, datos actualizados al 2010. El 70% de los labios hendidos unilaterales se

asocian con paladar hendido, mientras que el 85% de los labios hendidos bilaterales se relacionan con paladar hendido.<sup>12</sup> Según estudio realizado en el Hospital Clínico San Borja Arriarán en Chile en el año 2015, se observa que tan solo un 10% de los casos corresponde a LPH asociadas a síndromes. También se describe una mayor prevalencia de las fisuras en hombres (56,8%) en comparación a las mujeres (43,2%). Cuando se compara el tipo de fisura, se observa que un 52,66 % de los pacientes tiene fisuras labiales con o sin compromiso del paladar, mientras que los pacientes afectados con fisura palatina aislada solo corresponden a un 47,34 % del total. De acuerdo a la distribución por el sitio afectado, un 57 % presenta fisura del lado izquierdo, mientras que un 25 % presenta fisura bilateral y un 17 % fisura del lado derecho.<sup>11</sup>

Pueden ser considerados como algunos factores de riesgo para tener un hijo portador de LPH, el estrés post catástrofe natural, la presencia de afecciones crónicas, la ingesta de fármacos, tabaco o alcohol durante el primer trimestre del embarazo y residir o tener una ocupación que exponga a las madres a tener un contacto con pesticidas.<sup>11</sup> Habitualmente, se pueden encontrar anomalías dentales en pacientes con LPH, las cuales se enlistan a continuación:

**Dientes supernumerarios.** Son definidos como un aumento en el número de órganos dentales, comparado con la dentición normal que para dentición temporal es de 20 dientes y para permanente de 32, es frecuente que se presenten en pacientes con LPH.<sup>1</sup> En Chile se encontró que el 64,7 % de 71 pacientes con LPH presentaron dientes supernumerarios ubicados en su mayoría en el lado de la fisura, siendo más frecuente en el sexo masculino. En Colombia, la prevalencia reportada fue de 42,6 % de 258 pacientes con LPH y el supernumerario más común fue el diente incisivo lateral superior. En Costa Rica se presentó una prevalencia de 100 %, con el supernumerario ubicado dentro de la zona de la hendidura en el 77 % de los casos y específicamente en la región del canino.<sup>1</sup>

**Ausencia congénita.** Los pacientes con LPH también presentan ausencia o falta de uno o más dientes en la premaxila (hipodoncia, agenesia dental u anodoncia), esto se argumenta puesto que al haber una deficiente unión de los procesos palatinos existe una alteración de la lámina dental que trae como consecuencia la ausencia de la formación del germen dentario, existiendo una relación directa entre la fisura y las anomalías.<sup>1,2</sup> Lo anterior se evidenció en un estudio realizado en Colombia donde de 79 pacientes con LPH, el 85 % de los pacientes presentaron agenesia, el 81 % del diente del lateral superior y 7 % de premolares, en el estudio se afirma que hay una relación directa y biológica entre lado de la hendidura y el lado en que se presenta la agenesia ya que el 47 % de hendiduras se presentaron en el lado derecho y el 47 % de agenesias se presentó en el mismo lado.<sup>1</sup>

**Anomalías de forma.** En los pacientes con LPH pueden presentarse algún diente cónico y fusión dental. En Colombia, de 30 pacientes, el 30 % presentó por lo menos un diente cónico y en el 6.7 % se encontró fusión dental. En Australia, de 162 pacientes, se evidencia que las anomalías dentales que afectan la forma de los dientes ocurrieron exclusivamente en el lado afectado por la hendidura y la anomalía de forma más frecuente fue diente cónico (95 %) principalmente el diente incisivo lateral.<sup>1</sup>

**Anomalías de posición.** Este tipo de irregularidades se presentan cuando las estructuras dentarias erupcionan de forma alterada u ocupan un lugar en el arco dentario diferente al de su posición habitual.<sup>1</sup> Reportes indican que aun tras una corrección quirúrgica temprana, estos pacientes están condicionados a que la dentadura permanente surja con un deslizamiento de órganos dentarios muy evidente.<sup>1,2</sup>

**Anomalías de tamaño.** Se presentan cuando la pieza dental tiene más o menos volumen que las demás. En una investigación prospectiva realizada en Venezuela se evidenció una prevalencia de microdoncia del 47 %, en Brasil de 296 pacientes la microdoncia se encontró en 12 %. En otro estudio en Colombia, con 178 pacientes, se encontró en un 15 %.<sup>1</sup>

**Anomalías de estructura.** Las mutaciones en los genes que controlan la formación del esmalte y codifican la expresión de sus proteínas, producen alteraciones de estructura en los dientes. Los dientes anteriores superiores presentan una prevalencia alta de defectos del esmalte, el mayor porcentaje en el lado de la hendidura. Se sugiere que la hendidura influye en la aparición de defectos del esmalte en los dientes permanentes.<sup>1</sup>

La finalidad del abordaje terapéutico de esta malformación es proveer al paciente una capacidad óptima para la deglución y succión, mejorar su desarrollo del lenguaje y obtener un resultado estético beneficioso.<sup>2,3</sup> El tratamiento de estas malformaciones es complejo y a largo plazo.<sup>13</sup> El tratamiento integral del LPH debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario<sup>11,13</sup> formado por: cirujanos, otorrinolaringólogos, odontopediatras, psicólogos, foniatras, entre otros<sup>3,14</sup> Este equipo debe de estar constituido por una unidad donde en conjunto se programe cada paso del tratamiento y donde el paciente ingrese prácticamente al nacer.<sup>3,13,14</sup> No solo se trata de corregir la deformidad anatómica con procedimientos quirúrgicos, sino de promover un lenguaje adecuado y un desarrollo psicológico favorable para la integración del paciente tanto en su escuela como en la sociedad.<sup>13</sup> Dentro de este equipo interdisciplinario se destaca el rol del odontólogo desde un diagnóstico temprano de la malformación, orientando a las familias en el manejo acertado del paciente en su crecimiento y desarrollo.<sup>14</sup> Uno de los retos del odontólogo frente a estos pacientes, es reconocer los tipos de anomalías dentales que estos presentan con el fin de darles el tratamiento respectivo rehabilitando la forma y función dental necesaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes en aspectos estéticos y funcionales.<sup>1</sup>

La literatura coincide en que la reparación quirúrgica de un paciente con labio hendido no es una urgencia. Actualmente la reparación primaria de labio hendido se realiza aproximadamente a los 3 meses de edad. Se recomienda que los niños sean mayores de 10 semanas de edad, peso por lo menos de 4.5kg y valores de hemoglobina mayor a 10g/dL.<sup>12</sup> El abordaje quirúrgico se realiza en tres tiempos. Durante los primeros 3 a 6 meses de vida se aborda la reconstrucción del labio afectado, posteriormente al año se aborda la reconstrucción del paladar, y en algunos casos se efectúan cirugías de seguimiento entre los 2 y 21 años.<sup>2</sup>

El procedimiento que se realiza en los primeros 6 meses de vida consiste en diseñar y movilizar una serie de colgajos gingivoperiódicos desde los márgenes laterales

de la fisura ocluyéndola a manera de túnel o cilindro, de este modo favorece el crecimiento y desarrollo facial y se recupera la forma del componente maxilar debido a la neoformación ósea.<sup>2</sup> En las diferentes guías de manejo los pacientes requieren ser intervenidos quirúrgicamente para lograr el cierre de la hendidura. Entre las técnicas quirúrgicas descritas en la literatura para lograr la restauración completa del reborde alveolar hendido, se incluyen los injertos óseos primarios y secundarios.<sup>3</sup>

En nuestro enfoque actual consideraremos tres fases fundamentales de tratamiento de los pacientes con fisuras labio palatinas:

1. La ortopedia prequirúrgica (OPQ) desde el nacimiento para reducir las dimensiones de las fisuras tanto labiales como palatinas (sin producir colapso), seguida de plastia labial a los 7 y 8 meses con técnica de líneas naturales (vide infra).
2. Plastia palatina en dos tiempos con plastia de paladar blando a los 18-20 meses, y plastia de paladar duro a los 6 y 7 años, según el caso.
3. Plastia de la punta nasal a los 7 y 8 años con injerto cartilaginoso y rinoplastia definitiva a los 15-16 años con tratamiento dental continuo y terapia de lenguaje si fuera necesario.<sup>13</sup>

Dentro del abordaje para pacientes que presentan LPH podemos recomendar que el protocolo de control, y plan de tratamiento sea iniciado lo más pronto posible para el paciente; ya que será fundamental para su alimentación. Además, se debe proporcionar la información necesaria a los padres de familia o tutores sobre el caso, opciones de tratamiento y probable duración del mismo, ya que pueden necesitarse procedimientos escalonados y diferidos para preservar el crecimiento, y la necesidad primaria de facilitar y promover una mejor alimentación con placas palatinas.<sup>13,15</sup> Es importante que el paciente sea derivado a consulta con un especialista para una correcta valoración y contar con un equipo multidisciplinario que provea todo el soporte necesario al paciente lo que influenciará directamente en una buena calidad de vida y adaptación social.

## Conclusiones

Existen diferentes protocolos en todo el mundo acerca de cómo tratar las fisuras de labio y paladar; no se ha estandarizado cuáles son los procedimientos quirúrgicos ideales para tratar estas patologías, seguramente por ser tan diversas en cuanto a su presentación anatómica. Lo que sí está aceptado es que estos pacientes deben ser tratados por equipos multidisciplinarios, pues no solo se trata de corregir el aspecto físico/estético del paciente, sino también funcional, a la vez que es necesario brindarles apoyo psicológico para que puedan integrarse a la sociedad y tener una buena calidad de vida.

## Referencias bibliográficas

1. Sánchez PMK, Galvis AJA. Anomalías dentales de los pacientes con labio y paladar hendido: Revisión de la literatura. *Rev. nac. odontol.* [Internet]. 29 de diciembre de 2019 [citado 27 de julio de 2021];16 (1): 1-17. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/3343>.
2. Palmero PJ, Rodríguez GM. Labio y paladar Hendido. Conceptos actuales. *Cleft and palate. Current concepts. Acta Med.* 2019; 17 (4): 372-9. Recuperado 7 de enero del 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2019/am194j.pdf>
3. Bedón RM, Villota GL. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. *Archivos de Medicina.* 2012; 12 (1): 107-119. Recuperado 8 de enero del 2021 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2738/273824148010>.
4. Lopera RN, Hernández CJR. Ortopedia prequirúrgica en pacientes recién nacidos con labio y paladar hendido. *Rev Mex Ortodon.* 2016; 4 (1): 43 - 8. Recuperado 8 de enero del 2021 de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-ortopedia-prequirurgica-pacientes-recien-nacidos-S2395921516300666>
5. Gómez GR, Lara NR. Incidencia de labio y paladar hendido en México. *Medigraphic Artemisa Revista ADM.* 2008; 65 (6): 309-313. Recuperado 8 de enero 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2008/od086f.pdf>
6. Torres TF, Marín LC, Jimenez CR, Alvarado GE, Urive QE. Elaboración de una sobredentadura modificada para paciente con secuelas quirúrgicas de labio y paladar hendidos: reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana.* 2013; 17 (3): 181-4. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-elaboracion-una-sobredentadura-modificada-paciente-S1870199X13720366>
7. Durón RD, Granados MA, Canseco LJ, Cuairán RV, Canseco JJF. Ortopedia prequirúrgica en pacientes de labio y paladar hendido unilateral: presentación de casos clínicos. *Revista Mexicana de Ortodoncia.* 2017; 5 (2): 89-99. Recuperado 8 de enero del 2021 de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-ortopedia-prequirurgica-pacientes-labio-paladar-S2395921517300582>
8. Muñoz PA, Castro LL. Ortopedia tridimensional y manejo preoperatorio de tejidos blandos en labio y paladar hendido. *Cirugía plástica.* 2006; 16 (1), 6-12. Recuperado 8 de enero del 2021 de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=11408>
9. España LAJ., Martínez PA., Fernandez VR., Guerrero LC., Cortés SR., García MB. Tratamiento ortopédico con moldeador nasoalveolar prequirúrgico en la fisura labiopalatina unilateral. *Revista Española de Cir Oral Maxilofacial.* 2012; 34 (4), 166-171. Recuperado 8 de enero 2021 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582012000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582012000400005)
10. Buzo P, Manríquez J, González B, Prieto M, Gutierrez I, Palacios F. Comparación del uso de formocresol vs biodentine /mta en pulpotomías; revisión sistemática. *RODYB.* 2021; 10 (2),15-21.
11. Cordero E., Martínez G., Espinoza I., Pantoja R. Estudio Retrospectivo de Fisuras Labio-Máxilo-Palatina en Chile, 12 Años de Seguimiento. *Int. J. Odontostomat.* 2021; 15 (1), 88-93.
12. Alarcon AJ. Labio y Paladar Hendido. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2010; 33 (1), 76-78. Recuperado 8 de enero 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101r.pdf>
13. Singler A. Protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos de la República Mexicana. *Cirugía Plástica Ibero-Americana.* 2017; 43 (3), 313-325. Recuperado 8 de enero 2021 de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922017000400313](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000400313)



14. Torres MEA. Guía de manejo y línea de investigación en pacientes con labio y/o paladar hendido, en la universidad Santo Tomás en Bucaramanga. *Usrasalud Odontología*. 2005; 4 (2), 109-115. Recuperado 8 de enero 2021 de: [http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD\\_ODONTOLOGIA/article/view/1829](http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/1829)
15. Velázquez JM, Berlanga F, Estrada H, Álvarez J, Flores M. Prevención de las malformaciones postquirúrgicas en pacientes con labio y paladar hendidos. *Fundamentos y protocolo. Cirugía Plástica*. 2012; 22 (2), 57-66. Recuperado 8 de enero 2021 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2012/cp122c.pdf>