

## Guía de seguimiento del paciente con fisura labioalvéolopalatina (FLAP)

Dr. Gerardo Elías-Madrigal\*

**L**a fisura labioalveolopalatina, es el defecto congénito más frecuente de la cabeza y el cuello<sup>1,6</sup>. En la República Mexicana, ocurre en un caso por cada 800 nacidos vivos, con ligeras variantes según el autor<sup>2</sup>.

La FLAP se debe a la falta de fusión de los maxilares y la premaxila entre la cuarta y la doceava semanas de gestación, causada por un descenso tardío de la lengua durante la formación de la cara<sup>3</sup>.

Puede presentarse como malformación única o como parte de algún síndrome genético. Su clasificación depende de que la fisura sea completa o incompleta; si afecta el labio y el paladar, si se presenta sólo en el labio o sólo en el paladar, si es unilateral o bilateral (Figura 1).

Es más frecuente en hombres, con relación de 2:1. La fisura completa, unilateral y del lado izquierdo es la más frecuente. En mujeres es más frecuente la fisura palatina aislada, en proporción 2:1; se le puede detectar por ultrasonido<sup>3</sup>.

Otra forma es la fisura palatina submucosa, que requiere diversos métodos de diagnóstico para su detección oportuna<sup>4</sup>. Los estudios de ultrasonido permiten detectar este trastorno antes del nacimiento.

Este padecimiento debe ser atendido por un equipo interdisciplinario para coordinar los tiempos adecuados



Figura 1. Fisura labioalveolopalatina.

del tratamiento y obtener resultados óptimos. El pediatra ha de canalizar al paciente a las diversas especialidades para su atención y seguimiento.

La intervención del estomatólogo es fundamental en los primeros días de vida del niño debido al problema de falta de succión y los trastornos que causa en la alimentación. Una vez conocida la historia clínica y hecho el registro y clasificación de la fisura, se procede a fabricar un obturador ortopédico individual que tenga las siguientes funciones (Figura 2):

\* Servicio de Estomatología, Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. Gerardo Elías-Madrigal. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 10 84 09 00.

Recibido: enero, 2012. Aceptado: febrero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Elías-Madrigal G. Guía de seguimiento del paciente con fisura labio-alvéolo-palatina (FLAP). Acta Pediatr Mex 2012;33(2):98-100.



**Figura 2.** Obturador ortopédico.

1. Separar la cavidad oral de la cavidad nasal para evitar posibles infecciones.
2. Sellar la fisura para permitir la succión y alimentación del paciente.
3. Mejorar la relación que debe haber entre los segmentos mediante implementos ortopédicos, facilitando eventuales procedimientos quirúrgicos necesarios.
4. Mejorar la aceptación psicológica de los padres.

Elías y Esteva, en 1999, realizaron un seguimiento de peso y talla en 20 pacientes con FLAP a quienes se colocó un obturador palatino; todos mantuvieron peso y talla dentro de las porcentiles normales de crecimiento<sup>4</sup>.

Cabe mencionar que también la alimentación con pecho materno puede llevarse a cabo. Esto es posible aconsejando a la madre tener paciencia y poniendo al recién nacido en posición vertical durante la lactancia<sup>7</sup> (Figura 3).

También existen aditamentos que pueden ser adaptados al biberón para sellar las fisuras durante la alimentación



**Figura 3.** Alimentación en posición vertical.

(Figura 4). Son de plástico, lo que permite recortarlos. También existen chupones especiales que cierran los escapes de aire durante la succión, permitiendo que el paciente se alimente más rápidamente, lo que evita que se queden dormidos y la desesperación de la madre (Figura 5).

La fabricación de los obturadores palatinos se realiza tomando impresiones de la boca del paciente, con lo que se obtienen modelos en yeso que reproducen las fisuras. Posteriormente se elaboran con acrílico o a base de placas de acetato. Cuando es necesario, se incorporan aditamentos ortopédicos para efectuar movimientos en los segmentos maxilares y en la premaxila. Los obturadores se irán cambiando conforme el crecimiento del paciente o cuando se requieran algunos procedimientos quirúrgicos (Figura 4).



Figura 4. Biberón.



Figura 5. Chupón especial.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toloravá MM. Classification and birth prevalence of orofacial clefts. *J Med Genet* 1998;75:126-37.
2. Clementi M. Evaluation of prenatal diagnosis of cleft lip with or without cleft palate and cleft palate by ultrasound: experience from 20 European registries. Wiley Online Library, 2000.
3. Shprintzen RJ. The occult submucous cleft palate and the musculus uvulae. *Cleft Palate J* 1978;15:5.
4. Elías G, Esteva P. Growth in cleft lip/palate related to obturator. *Inter J Paediatr Dent* 1999;24:3-5.
5. Vanders AP. Incidence of cleft lip, cleft palate, and cleft lip and palate among races: a review. *Cleft Palate J* 1987;15:1-5.
6. Jakobi P. Objectives and criteria for the management of cleft lip and palate and the delivery of management services. *Cleft Palate J* 1978;15:1-5.
7. Trost JE. Articulatory additions to the classical description of the speech of persons with cleft palate. *Cleft Palate J* 1981;18:193-6.
8. Ortiz F. El labio leporino se corregirá en el feto. *Diario "El País"*. Madrid, 6 junio, 1990.