



Prevalencia de labio y paladar hendidos en un Hospital Pediátrico de Tabasco*

Prevalence of cleft lip and palate in a Pediatric Hospital in Tabasco*

Dr. Edgar García Rojas,** Dra. María Elizabeth Jiménez Hernández,***
Dra. Hidemi Aguilar Mariscal,**** Dra. Teresa Ramón Frías*****

Palabras clave:

Labio y paladar hendidos, malformación congénita, niños, odontopediatría, Tabasco.

Key words:

Cleft lip and palate, congenital malformation, infants, pediatric dentistry, Tabasco.

RESUMEN

La presentación de labio y/o paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más frecuentes a nivel nacional. El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia hospitalaria de niños con fisura de labio y/o paladar hendidos, atendidos en el área de odontopediatría del Hospital del Niño de Alta Especialidad «Dr. Rodolfo Nieto Padrón», ubicado en Tabasco, durante el periodo comprendido entre el año 2002 al 2010. Se diseñó un estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo. Se llevó a cabo una revisión de expedientes clínicos de infantes con malformación de labio y/o paladar hendidos, agrupados acorde a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se recabó en una hoja de volcado con 44 ítems. Se analizaron 327 expedientes con el padecimiento. El labio y paladar hendido unilateral fue la afección más encontrada, con un 50%, mientras que el labio y paladar hendido bilateral, paladar hendido y labio hendido se encontró en un 21, 18 y 11%, respectivamente. El género masculino fue el más afectado con un 58%. Se presentó una prevalencia de 23 nuevos casos por cada 1,000 niños atendidos en el periodo 2002-2010; sin embargo, la mayor prevalencia se presentó en los años 2003 y 2004.

ABSTRACT

The presentation of the lip and/or cleft palate is one of the most common congenital malformations nationwide. The objective of this study is to determine hospital prevalence of infants with cleft lip and/or cleft palate, treated in the odontopediatric area at the Children's Hospital of High Specialty «Dr. Rodolfo Nieto Padrón» located in Tabasco, during the period from 2002 to 2010. An observational, retrospective cross-sectional, analytical study was designed. A review of medical records of infants with malformations of the lip and/or palate was carried out, grouped according to the International Classification of Diseases (ICD-10); using a non-probabilistic sample for convenience. The information was collected on a sheet with 44 items. 327 records with the condition were analyzed. Unilateral cleft lip and palate was the most commonly found condition, with 50%, while the bilateral cleft lip and palate, cleft lip and cleft palate was found in 21, 18 and 11%, respectively. Males were the most affected with 58%. There was a prevalence of 23 new cases per 1,000 children attended in the 2002-2010 period; however, the highest prevalence occurred in 2003 and 2004.

* Trabajo ganador del Segundo Lugar en el XIII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales, A.C. Octubre 2014. Veracruz, Ver. México.
** Médico Cirujano. Estudiante de la Maestría en Ciencias en Salud Pública de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
*** Odontopediatra en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño «Dr. Rodolfo Nieto Padrón».
**** Profesor Investigador. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

INTRODUCCIÓN

El labio y/o paladar hendidos es una de las malformaciones congénitas más frecuentes, cuya incidencia varía de 1/600 a 1/1,200 nacimientos, dependiendo del país o el grupo racial del que se trate. Esta entidad se manifiesta a través de síntomas característicos que afectan los mecanismos esenciales en la vida, como alimentarios, respiratorios, del lenguaje, audición y voz, entre otros.¹

La fisura de labio y/o paladar hendidos es una de las principales malformaciones craneofaciales y es más frecuente en el género

masculino, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en el género femenino.²

En el año 2003, en México, se identificaban 9.6 casos nuevos de labio y paladar hendido por día; esto representaba 3,521 casos nuevos al año, cifra anual de casos por labio y paladar hendido a nivel nacional. Por este motivo, en 2003, Tabasco se une a la cruzada de cirugías extramuros con un total de 80 cirugías realizadas.

En 2006, se reportaron en México un total de 1,250 casos, ocupando Tabasco el octavo lugar a nivel nacional. En 2009, Tabasco tenía una incidencia de labio y/o paladar hendidos

de 0.66 por cada 1,000 habitantes menores de un año.³

Para el año 2007, en México, González Osorio y cols.⁴ menciona la tasa nacional de labio y/o paladar hendidos por cada 1,000 nacidos vivos de 0.77, encontrándose Tabasco con una tasa anual de 0.10 por cada 1,000 nacidos vivos. En 2008, el Estado tuvo un incremento en la tasa anual de pacientes afectados, con cifras de 0.91 por cada 1,000 nacidos vivos, valor que aumentó en 2009 a una tasa de 0.97 por cada 1,000 nacidos vivos.⁴

Para 2011, en el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las defunciones en menores de un año y menores de cuatro años, las complicaciones por malformaciones congénitas ocupaban el segundo lugar.⁵

La edad de detección y reparación temprana es de vital importancia, ya que de ello depende el tiempo de evolución y restitución de la funcionalidad orofaríngea, antes de que se desarrollen las funciones del habla, por lo cual un adecuado control y referencia con cirugía maxilofacial es recomendable.⁶

Uno de los indicadores de riesgo observados en la presentación de la fisura de labio y/o paladar hendidos se encuentra en la edad de las madres en niños que nacen con esta malformación, las cuales se han detallado en un rango de edad de 16 a 42 años. Aunado a esto, el orden de paridad de las madres también influye en la presencia de nacimientos de niños con esta afectación.⁷

En el Hospital Clínico Félix Bulnes, en Santiago de Chile, en 2008, se examinaron 51 casos con diagnóstico de fisura de labio y/o paladar hendidos no sindrómicos ocurridos entre enero de 1998 y junio de 2005, donde el orden de paridad tenía relación significativa con esta malformación; las madres de los pacientes afectados se encontraban cursando entre la primera y hasta una quinta gesta o más.⁸

La ingesta de medicamentos diferentes al ácido fólico o al hierro durante el embarazo, puede intervenir en la presentación de la malformación, aunque el mecanismo no esté bien esclarecido. Ciertos antimicóticos como la nistatina y el clotrimazol son los que se han encontrado con mayor uso en el primer trimestre en madres de niños con labio y paladar hendido; otros de menor consumo son los antibacteria-

nos, analgésicos, anestésicos, tricomonocidas como el metronidazol, sedantes, ansiolíticos y antihipertensivo como metildopa. La manera en cómo intervienen en la patogenia no está descrita, pero se ha encontrado relación significativa en el consumo de fármacos.⁹

La presencia de alguna patología durante la gestación puede ser atribuible como causa en la presentación del labio y/o paladar hendidos, encontrándose las infecciones de vías urinarias en el primer trimestre de la concepción. La incidencia de infecciones intrauterinas se observa en el tercer trimestre del embarazo; esto puede ocasionar que el feto adquiera afección intrauterina. Enfermedades que surgen con menor frecuencia son anemia, amenaza de aborto y rinitis alérgica; la hipertensión arterial predomina en el tercer trimestre de gestación.¹⁰

En Estados Unidos y Reino Unido se ha observado asociación del consumo de tabaco durante el embarazo como causante del cuadro de labio y/o paladar hendidos, lo cual se ve reflejado en el aumento en la incidencia de labio y paladar fetal (riesgo 1.4 a 2.3 veces más).¹¹ En el Centro Médico Nacional «La Raza», en México, se observó un 12.24% de toxicomanías en madres de niños con el padecimiento.¹²

Las causas de índole ambiental se pueden agrupar en tres grandes categorías: físicas, químicas y biológicas. González Osorio y cols.⁴ mencionan la presencia de la malformación con un vínculo con factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación, en donde el perfil de contaminación como los residuos sólidos y sólidos urbanos son factores que predisponen a esta anomalía, ya que al aumentar dichos agentes, la tasa de labio y paladar hendido se incrementa paralelamente.

La detección oportuna resulta un reto en el periodo prenatal, pero es un gran paso para una atención oportuna y eficaz en el tratamiento y reparación del daño en la vida postnatal. García López y cols.¹³ reportan el diagnóstico de un feto de 33.2 semanas de gestación con labio hendido izquierdo, arco alveolar, paladar duro hendido; a través de un ultrasonido en 3D, estos hallazgos promueven el procedimiento multidisciplinario y una corrección temprana del defecto congénito al nacimiento.

Las infecciones óticas son complicaciones que se presentan en los niños con esta ano-

malía. Resulta de la comunicación del oído medio con la garganta; si esta infección no se diagnostica de manera temprana y adecuadamente, se puede presentar en forma recurrente, ocasionando problemas en la audición y se observa entre otras afecciones la desnutrición de primer grado aguda y leve, seguida de procesos respiratorios en su mayoría insuficiencia respiratoria y neumonía.¹⁴

La atención de pacientes con fisura de labio y/o paladar hendidos requiere de un equipo multidisciplinario, mismo que debe de estar integrado por un cirujano maxilofacial, odontopediatra, ortodoncista, protesista dental, pediatra, foniatra, otorrinolaringólogo, audiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, genetista y enfermera especialista.

En la reparación del paladar el desarrollo del habla merece una consideración primordial, cuyo objetivo es cerrar el paladar anatómicamente y reducir al mínimo el retraso en el crecimiento del maxilar, que va acompañado de deformidades alvéolo-dentales. Algunos autores consideran inocua una intervención a los cuatro meses, dependiendo de la afección. Si la cirugía se retrasa hasta los dos años o más, es más probable que el niño tenga problemas permanentes del habla; a los cinco o seis años de edad puede ser necesaria una revisión de la primera intervención, así como una nueva intervención de cirugía estética o rinoplastia entre los 11 y 14 años.

Dada la modernización, se ha intensificado la búsqueda de alternativas que puedan culminar el cierre del defecto. Franco González y Restrepo Munera,¹⁵ emplearon una toma de biopsia incisional palatina en la reparación de un paciente portador de labio y paladar hendido, observando un cierre parcial de la fisura palatina después de seis meses.

De no ser reparada la malformación o tener una evolución inadecuada conduce al uso prolongado de prótesis palatinas en la edad adulta. En Tabasco, en 2012, Gutiérrez Rodríguez y cols. tras un tratamiento ortopédico prequirúrgico con placas obturadoras estimuladoras de Grayson con modificaciones de Friedman, identificaron en 26 neonatos con labio y paladar hendido en los primeros tres meses de vida, una reducción notable de la severidad del padecimiento, mejorando las condiciones estéticas y funcionales de los pacientes.¹⁶

Al conocer la incidencia y prevalencia de labio y/o paladar hendidos tanto a nivel nacional como estatal, se identifica la magnitud real de este problema y se pueden definir las prioridades y planear mejores acciones a futuro. No se trata de números, sino de individuos marginados con derecho a una atención de alto nivel.

Existe un aumento de nacimientos con esta malformación y el daño ocasionado repercute en muchas esferas de la vida, tanto a nivel funcional como estético, aunado al tiempo prolongado, en años, en la reparación de todas las afecciones tanto anatómicas, funcionales y psicológicas. Es necesario continuar las investigaciones sobre labio y paladar hendido. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia hospitalaria de atención en la fisura de labio y/o paladar hendidos en niños atendidos en el Área de Odontopediatría del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño «Dr. Rodolfo Nieto Padrón», del año 2002 al 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico retrospectivo, en el que se revisaron expedientes clínicos de pacientes con fisura de labio y/o paladar hendidos atendidos en el Área de Odontopediatría del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño «Dr. Rodolfo Nieto Padrón», atendidos de junio de 2002 a junio de 2010.

Universo, muestreo y muestra

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El universo fue de 327 expedientes clínicos.

Para obtener la prevalencia de atención hospitalaria, se tomaron en consideración los siguientes datos: número de atención en consulta, número de personal en atención en odontopediatría de niños con la malformación y total de días laborales, total de casos atendidos en los ocho años de investigación.

Criterios de inclusión: pacientes afectados por la presencia de fisura de labio, paladar hendido y labio y paladar hendido; pacientes referidos de otra institución o que hubieran iniciado el tratamiento correctivo en una ins-

titución externa al Hospital del Niño, y expedientes de pacientes menores de edad.

Criterios de exclusión: expedientes clínicos de pacientes que hubieran cumplido la mayoría de edad; expedientes clínicos de pacientes con información incompleta en relación con la malformación.

La revisión de expedientes clínicos se llevó a cabo con un instrumento de medición, el cual fue una hoja de volcado de 44 ítems correspondientes a niños con malformación de labio y/o paladar hendidos, analizando las variables distinción de sexo, edad, tipo de malformación, procedencia y lugar de nacimiento. La revisión de expedientes se llevó a cabo en el área de archivo del nosocomio con autorización del personal encargado del área y de la dirección del hospital, durante el mes de enero de 2014.

Análisis estadístico

Una vez concluida la aplicación del instrumento de medición, los datos se procesaron y analizaron por medio de paquetes estadísticos como Microsoft Excel®, SPSS® y Minitab®. Los resultados se presentan en promedio \pm EEM donde se requiriera. Se empleó la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10) al agruparlos.

Consideraciones éticas

La realización de la presente investigación tiene como objetivo describir la prevalencia en niños con fisura de labio y/o paladar hendidos, para lo cual según la Ley General de Salud, en la **última reforma publicada DOF 04-06-214**, en el Título quinto «Investigación para la Salud» Capítulo único, Artículo 96, menciona a la investigación para la salud como acciones que contribuyen al desarrollo de conocimientos de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social. Aprobado por la dirección y comité de bioética del nosocomio.

RESULTADOS

En relación al género de los pacientes, el masculino predomina con alguna malformación

de labio y/o paladar hendidos, con 189 casos (58%). En cuanto al género femenino, se encontraron 138 casos (42%), con un total de 327 presentaciones de labio y/o paladar hendidos (Figura 1).

En comparación con la edad de primera atención de los pacientes, en el género masculino cursaron con rango de 1 mes hasta 176 meses, con promedio de 45.72 ± 46.02 meses. En el género femenino, con un rango de 3 meses hasta 200 meses, con un promedio de 56.1 ± 44.79 meses. Al agruparlo por grupo de edad de inicio de tratamiento odontopediátrico, se encontró que el 19.2% eran menores de un año, el 20.7% menores de dos años, el 13.5% menores de tres años, el 8.2% menores de 4 años, el 7.8% menores de 5 años, y el 30.6% con edades de seis años o más (Figura 2).

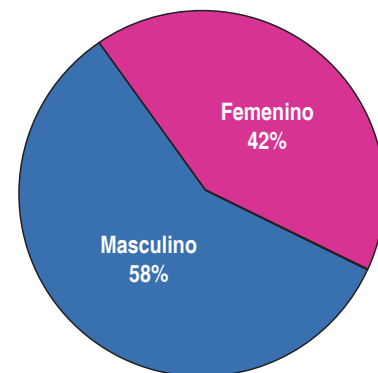


Figura 1. Género de los pacientes.

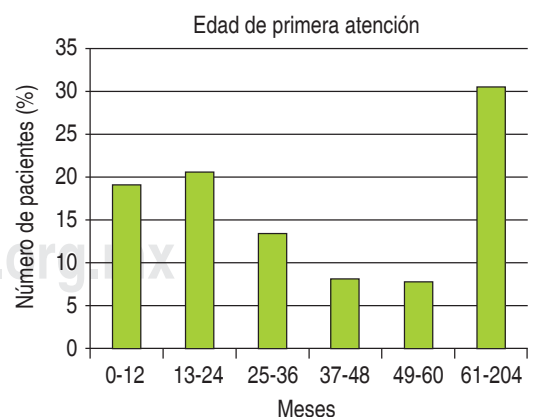


Figura 2. Grupos de edad de primera atención en odontopediatría (n = 327).

En relación con los casos de presentación de la malformación, en 2002 se presentaron 19 casos, de los cuales 2 eran de paladar hendido, 10 de labio y paladar hendido bilateral y 7 de labio y paladar hendido unilateral. En 2003, la cifra ascendió a un total de 87 casos, de los cuales 6 pertenecían a labio hendido, 19 a paladar hendido, 15 a labio y paladar hendido bilateral y 47 a labio y paladar hendido unilateral. En 2004, se evidenciaron 77 casos, de los cuales 12 eran de labio hendido, 13 de paladar hendido, 17 de labio y paladar hendido bilateral y 35 de labio y paladar hendido unilateral. En 2005, el total descendió a 13 nuevos casos, de los cuales uno era de labio hendido, 5 de paladar hendido, 3 de labio y paladar hendido bilateral y 4 de labio y paladar. En 2006, la cifra se elevó más que el año anterior, con un total de 21 casos nuevos, evidenciándose un caso de labio hendido, 3 de paladar hendido, 4 de labio y paladar hendido bilateral y 13 de labio y paladar hendido unilateral. Para 2007, continuó elevándose el número de casos, llegando a 33 nuevos casos, de los cuales 6 eran de labio hendido, 4 de paladar hendido, 7 de labio y paladar hendido bilateral y 16 de labio y paladar hendido bilateral. En 2008 se encontraron 30 nuevos casos, 2 de labio hendido, 4 de paladar hendido, 6 de labio y paladar hendido bilateral y 18 de labio y pala-

dar hendido unilateral. En 2009, la cifra total correspondió a 37 nuevos casos, de los cuales 6 eran de labio hendido, 6 de paladar hendido, 6 de labio y paladar hendido bilateral y 19 de labio y paladar hendido unilateral. Finalmente, para 2010, se evidenciaron 10 nuevos casos, de los cuales 4 eran de paladar hendido, uno de labio y paladar hendido bilateral y 5 de labio y paladar hendido bilateral (Figura 3).

Al evaluar la prevalencia de la atención hospitalaria por cada 1,000 niños atendidos, los pacientes con presentación del labio y/o paladar hendidos por años, en total, reportó una prevalencia de atención hospitalaria de labio y/o paladar hendidos durante el periodo 2002-2010 de 23 casos nuevos por cada 1,000 menores que acudieron a consulta en el nosocomio (Cuadro I).

Fórmula para prevalencia de atención hospitalaria general

(# Atención promedio) (# Consultorio)
 (Total de días laborables)
 Sustitución: (8) (1) (222) = 1,776
 Total de casos/total de año de investigación
 Sustitución: 327/8 = 41
 Prevalencia de atención hospitalaria = (41/1,776) (1,000) = 23 casos por cada 1,000 niños atendidos

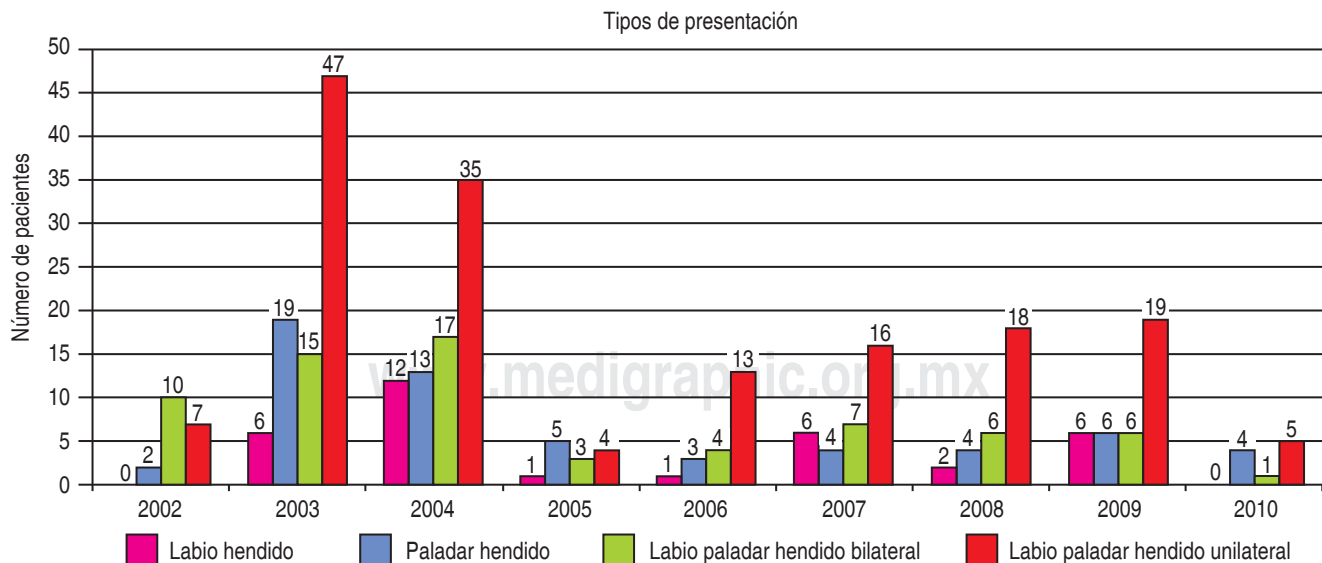


Figura 3. Frecuencia de los tipos de labio y/o paladar hendidos (n = 327).

Cuadro I. Prevalencia hospitalaria de labio y/o paladar hendidos.		
Año	Frecuencia de atención	Casos nuevos por 1,000 infantes atendidos
2002	19	11
2003	87	49
2004	77	43
2005	13	7
2006	21	12
2007	33	18
2008	30	17
2009	37	21
2010	10	6

Fuente: Prevalencia de labio y/o paladar en un Hospital Pediátrico de Tabasco.

En relación con enfermedades adjuntas con los pacientes que cursan labio y/o paladar hendidos, se encontraron 26 casos: 17 con insuficiencia velofaríngea, seis con síndrome dismórfico, dos con ausencia de úvula y un paciente con estenosis del píloro (Figura 4).

En cuanto al lugar de nacimiento, se encontró en menor proporción un número de nacimientos atendidos en alguna Unidad de Salud o en la casa de la partera empírica, cifra que se observa desde 2002 hasta 2009, en menor proporción a los nacimientos que se atendían en Unidades de Primero o Segundo Nivel de Atención en Salud, los cuales se observaron durante todo el estudio (Figura 5).

De acuerdo al lugar de procedencia del usuario, se encontró que el mayor número de pacientes corresponden al municipio del Centro (27.2%), seguido de Cárdenas (11.11%), Macuspana (8.04%), Cunduacán (6.51%), Jalpa de Méndez (5.36%), Comalcalco (4.98%), Paraíso (4.59%), Huimanguillo (4.21%), Nacajuca (3.44%), Emiliano Zapata (2.68%), Jonuta (2.68%), Balancán (1.91%), Teapa (1.91%), Tacotalpa (1.14%), Tenosique (1.14%), y el menor número de casos corresponde a Centla (0.76%) y Jalapa (0.76%). En cuanto a usuarios foráneos, corresponden al estado de Chiapas (5.36%), Pichucalco (1.91%) y Campeche (1.53%) y en menor proporción a Minatitlán

Figura 4. Enfermedades en niños con labio y/o paladar hendidos (n = 327).

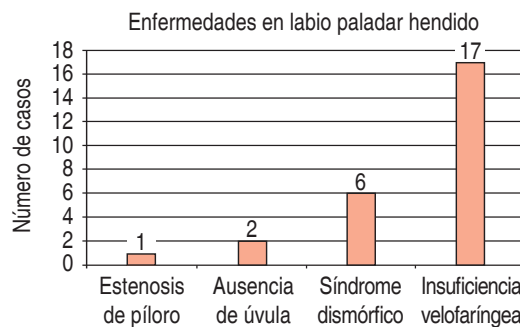
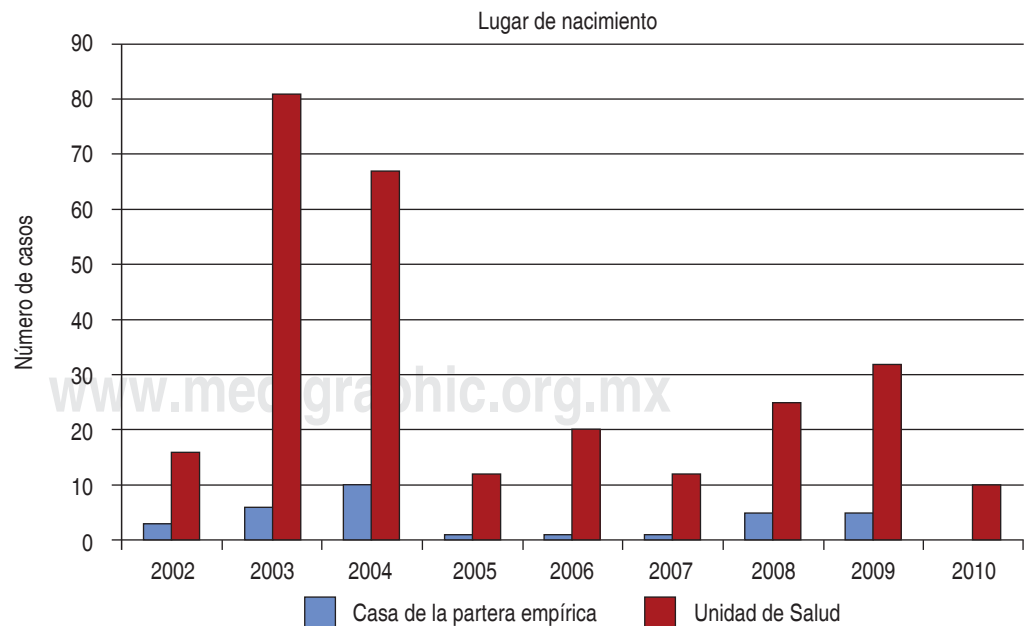


Figura 5. Lugar de nacimiento (n = 327).



(0.38%), Agua Dulce (0.38%) y Coatzacoalcos (0.38%) (Figura 6).

DISCUSIÓN

La presentación de labio paladar hendido constituye una de las primeras malformaciones músculo-esqueléticas. Sepúlveda y cols.⁸ en un estudio realizado en un Hospital en Santiago de Chile con 51 casos, mencionan la presentación de labio y paladar hendido con mayor predominio en un 44%, seguido de la presentación de paladar hendido con 30% y la fisura labial en 30%. En comparación con nuestros resultados, encontramos cifras similares, predominando la presentación de labio y paladar hendido unilateral en 50%, labio y paladar hendido bilateral en 21%, paladar hendido en 18%, y labio hendido en 11%. La presentación es similar en ambos grupos y resulta prioritario abordar el manejo oportuno en la presentación, que implica la afectación del labio y paladar, ya que son las más frecuentes e implica reparaciones con tratamiento a largo plazo.

Encontramos que el género masculino es el más afectado por la malformación en un 58%. Contreras y Ortiz,¹⁷ mencionan al género masculino en 55% de los casos sobre el género femenino. Balderas y cols,¹⁸ reportan el 54.8% que corresponde a los 51 casos reportados del género masculino de predominio sobre el femenino. Estos datos son similares, ya que la malformación se ha observado con más frecuencia en el género masculino a lo largo de los años.

Gutiérrez y cols.¹⁶ mencionan que con un tratamiento quirúrgico continuo a temprana edad, durante los primeros meses de vida, se logra una disminución del cierre del defecto, siendo la mayoría de los pacientes procedentes del municipio del Centro del Estado de Tabasco, seguidos de Macuspana y Cunduacán. Comparados con nuestros resultados, las edades de atención de los niños menores de un año son en gran proporción, pero aún encontramos pacientes con edades mayores de dos años que apenas inician el proceso de corrección maxilofacial, pacientes originarios en mayor proporción del municipio del Centro del estado de Tabasco, seguidos de Cárdenas y Macuspana y en menor proporción pacientes de otros estados como Veracruz, Campeche y Chiapas. Esta discrepancia de edades puede denotar que anteriormente la demanda de atención hospitalaria era excesiva y con escasos recursos. Los pacientes no eran referidos tempranamente para su corrección, por lo cual Tabasco se unió en 2002 a cirugías extramuros, reportando un gran número de cirugías maxilofaciales para la atención en estos pacientes; el lugar de procedencia en ambos estudios es similar. Faltaría detallar si el lugar de residencia tiene relación con zonas consideradas de contaminación o teratógenas.

Gómez y Lara,³ en un estudio retrospectivo a nivel nacional, mencionan a Tabasco en 2003 en el quinto lugar con casos de labio y paladar hendido, en 2004 ocupa el segundo lugar, en 2005 el tercer lugar y en 2006 el oc-

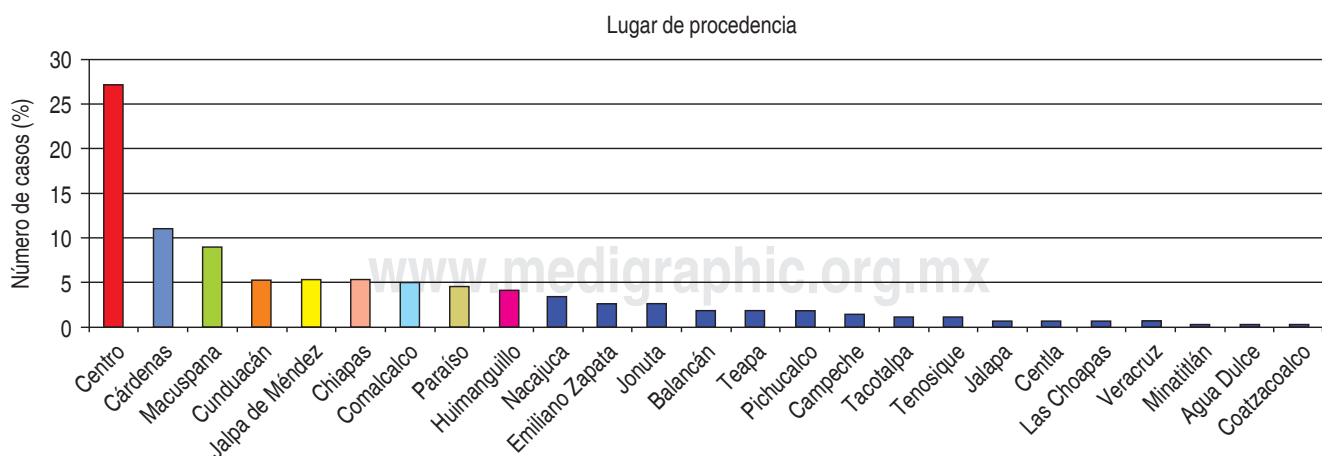


Figura 6. Lugar de procedencia (n=327).

tavo lugar. En comparación, encontramos una prevalencia que aumenta de 2002 a 2003 en forma considerable, disminuyendo en 2004 y 2005, elevándose y manteniéndose de 2006 a 2009. Chavarriaga y cols.¹⁹ en un estudio retrospectivo encontraron una prevalencia de 1.97 casos nuevos durante 2003 a 2008. Los datos se corroboran con los anteriormente expuestos, dado que los datos comparados por Gómez y Lara a nivel nacional corresponden al 59.26% de casos atendido por la Secretaría de Salud, por lo cual los valores son similares a los reportados, En comparación encontramos una prevalencia de atención a niños de 23 nuevos casos por cada 1,000 casos atendidos en el nosocomio, razón por la cual sigue siendo un tema de interés en el diagnóstico y corrección oportuna.

Bonino y cols.²⁰ mencionan a las malformaciones músculo-esqueléticas en pacientes con labio y paladar hendido de mayor predominio, seguidas del aparato digestivo y dismorfias externas. En nuestro estudio observamos la insuficiencia velofaríngea como uno de los casos más frecuentes en la población, seguido de algunas malformaciones congénitas en menor grado, como el síndrome dismórfico o estenosis del píloro. Esta similitud de presentaciones se parece a lo reportado a lo largo de diversas investigaciones.

CONCLUSIONES

La fisura de labio y paladar hendidos fue predominante en el género masculino. La presentación de fisura de labio y paladar hendido unilateral es más frecuente en el número de casos. La edad de primera atención y detección es fundamental para una adecuada corrección de complicaciones fonológicas y de otra índole, encontrándose inicio de corrección en edades tardías. Los datos sugieren que hay que continuar indagando factores de riesgo atribuibles a las zonas con mayor presentación. Existen casos de atención de otras provincias, lo cual data de una gran demanda hospitalaria en diversas partes del país. Se encontraron 23 nuevos casos por cada 1000 niños atendidos anualmente en la entidad durante el periodo comprendido del estudio, el aumento de trabajo profesional en salud es evidente en el nosocomio.

REFERENCIAS

1. Chavarriaga RJ, González CM. Prevalencia de labio y paladar hendido: aspectos generales que se deben conocer. Revisión bibliográfica. *Rev Nal Odontol* 2010; 6 (11): 70-81.
2. Flores NG, Pérez ATV, Pérez BMM. Malformaciones congénitas diagnosticadas en un hospital general. Revisión de cuatro años. *Acta Pediatr Méx* 2011; 32 (2): 101-106.
3. Gómez García R, Lara Navarro R. Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006. *Rev ADM* 2008; 65 (6): 309-313.
4. González OCA, Medina SCE, Pontigo LAP, Casanova RJF, Escoffié RM, Corona TMC y cols. Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores sociodemográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *An Ped (Barc)* 2011; 30 (20): 2-11.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). "Estadísticas a propósito del día de muertos" datos de Tabasco. [Sede Web] México [citado el 23-09-2014] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/muertos27.pdf>
6. Bedón RM, Villota GLG. Labio y paladar hendidos: tendencias actuales en el manejo exitoso. *Arch Med (Col)* 2012; 12 (1): 107-119.
7. Nazer HJ, Ramírez RMC, Cifuentes OL. 38 Años de vigilancia epidemiológica de labio leporino y paladar hendido en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile* 2010; 138: 567-572.
8. Sepúlveda Troncoso G, Palomino Zúñiga H, Cortés Araya J. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2008; 30 (1): 17-25.
9. Cruz RY, Pérez MMT, León ONE, Suárez BF, Llanes RM. Antecedentes de empleo de medicamentos durante el embarazo en madres de pacientes con fisura de labio y/o paladar. *Rev Cubana Estomatol* 2009; 46 (1): 1-10.
10. Cruz Rivas Y, Pérez Mateo MT, León Ojeda NE, Suárez Bosch F, Llanes Rodríguez M. Antecedentes de enfermedades maternas en pacientes con fisura de labio y/o paladar en Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol* 2008; 46 (2): 1-10.
11. Murguía Peniche MT, Peña Alonso YR, García Delgado C. Lactante menor con malformaciones múltiples: hija de madre fumadora. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 112-124.
12. Acosta Rangel M, Percastegi Montes D, Flores Mesa B. Frecuencia y factores de riesgo en labio y paladar hendidos del Centro Médico Nacional "La Raza". *Rev Mex Cir Bucal Max* 2013; 9 (3):109-112.
13. García López MA, Bermúdez Rojas ML, Oaxaca Escobar C. Diagnóstico prenatal de paladar hendido mediante ultrasonografía 3D. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78 (11): 626-632.
14. Méndez Pardo A, López Saavedra E. Patologías prevalentes en hospitalizados con labio leporino y/o paladar hendido del Hospital Materno- Infantil "Germán Urquidi", Julio 2007-Agosto 2011. *Rev Cient Cienc Méd* 2011; 14 (2): 16-19.

15. Franco González LM, Restrepo Múñera LM. Producción y aplicación de equivalentes epiteliales autólogos para la recuperación de un defecto de fisura palatina en un paciente. *Rev Nal Odontol* 2012; 8 (14): 17-23.
16. Gutiérrez Rodríguez MR, Peregrino Mendoza AC, Borbolla Sala ME, Bulnes López M. Beneficios del tratamiento temprano con ortopedia pre-quirúrgica en neonatos con labio y paladar hendido. *Salud en Tabasco* 2012; 18 (3): 96-102.
17. Sacsquispe Contreras S, Ortiz L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. *Rev Estomatol Herediana* 2004; 14 (1-2): 54-58.
18. Balderas Hernández CC, Ramírez Pardo MI, Ortiz Cruz F, Alvarado Salinas MC, Chang Toy JA. Frecuencia de cirugías de labio y/o paladar hendido en el hospital Valentín Gómez Farías. *Odont Act* 2013; 10 (121): 32-34.
19. Chavarriaga Rosero J, González Caicedo MA, Rocha Buelvas A, Posada López A, Agudelo Suárez AA. Factores relacionados con la prevalencia de labio y paladar hendido en la población atendida en el Hospital Infantil "Los Ángeles" municipio de Pasto (Colombia), 2003-2008. *Rev CES Odont* 2011; 24 (2): 33-41.
20. Bonino A, Gómez P, Cetraro L, Etcheverry G, Pérez W. Malformaciones congénitas: incidencia y presentación clínica. *Arch Pediatr Urug* 2006; 77 (3): 225-228.

Correspondencia:

Dr. Edgar García Rojas

Col. Jesús Antonio Sibilla Zurita Manzana 9,

86260, Centro, Villahermosa, Tabasco.

Tel: 3-39-23-86

E-mail: edgarojas.89@gmail.com

www.medigraphic.org.mx