

Características epidemiológicas en pacientes con fisura labiopalatina

María Dolores Beltrán Carbajal*

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de pacientes con fisura labiopalatina en el Centro de Especialidades Odontológicas. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, en el que se revisaron los expedientes de 1,000 pacientes con diagnóstico de fisura labiopalatina, seleccionados al azar, para estudiar sus características epidemiológicas. **Resultados:** Se encontraron 943 expedientes completos. Al género masculino correspondió el 61% y al femenino el 39%. El 61.6% eran de la región de Toluca. El 54.2% de las madres tenían entre 18 y 27 años de edad y en el mismo grupo de edad se encontraban el 54.4% de los padres. El 82.4% de las parejas tenía menos de cinco años de diferencia en su edad. El 90% de las madres eran amas de casa y el 39.8% de los padres obreros. Los pacientes eran del primer embarazo en el 38.6% y del segundo en el 27.2%. La fisura palatina más frecuente fue la unilateral izquierda en el 39%. **Conclusión:** Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura.

Palabras clave: Fisura labiopalatina, epidemiología.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad son reconocidas las malformaciones congénitas en grabados y figurillas, testigos de pasadas civilizaciones en diversas partes del mundo. Los primeros datos reportados sobre fisuras labiopalatinas aparecen en el año 200 a.n.e.¹ Su primera documentación está representada en la estatua griega del siglo IV a.n.e. identificada por Gunhitt Skog, que refleja fielmente los caracteres de la fisura labial. La fisura bilateral se encontró, según Blair Rogers, en un cráneo peruano del siglo I a.n.e., así

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiology of patients with cleft lip-palate at the Center for Dental Specialities. **Material and methods:** Observational, descriptive, transversal, retrospective, in which records were reviewed of 1,000 patients with cleft lip-palate, randomly selected to study its epidemiological characteristics. **Results:** 943 complete records were found. Were males accounted for 61% and 39% female. 61.6% were from the Toluca region. The 54.2% of the mothers were between 18 and 27 years old and in the same age group were 54.4% of the parents. The 82.4% of couples had fewer than five years apart in age. 90% of mothers were housewives and 39.8% of the parents was a workers. Patients were first pregnancy in 38.6% and 27.2% in the second. Cleft palate was the most common left-sided in 39%. **Conclusions:** Our findings are consistent with those reported in the literature.

Key words: Cleft lip and palate, epidemiology.

como en una cerámica de la cultura maya del siglo IV al VI a.n.e.²

A mediados del siglo XIX nace la teratología y en las últimas décadas se ha introducido el término dismorfolología para referirse a la ciencia que estudia las malformaciones congénitas; éstas constituyen aquellos defectos estructurales presentes en el nacimiento. El labio fisurado (queilosquisis, labio leporino) y el paladar fisurado (palatosquisis, paladar hendido) forman parte del síndrome del primer arco branquial y aparecen con suficiente frecuencia como para constituir un problema de salud pública.

* Cirujano Dentista, Especialista del Centro de Especialidades Odontológicas.

Éstas se producen entre la sexta y décima semana de vida embriofetal; una combinación de falla en la unión normal y desarrollo inadecuado puede afectar los tejidos blandos y los componentes óseos del labio superior, el reborde alveolar, así como el paladar duro y blando.³

ETIOLOGÍA

La fisura labial afecta el labio superior en uno o ambos lados, siendo más frecuente del lado izquierdo. Varía desde la simple fisura labial o facial hasta lesiones que abarcan tejidos blandos y óseos. Por su parte, el paladar hendido consiste en la fisura medial longitudinal de la bóveda palatina, que comunica la cavidad bucal con la nasal; puede estar asociado con el labio leporino o aparecer como una malformación aislada.² Se acepta en general que el factor etiológico principal de estas malformaciones es de carácter genético. En algunos casos se ha sugerido una causa ambiental y/o una causa mixta, razón por la cual se afirma que la fisura labiopalatina es un proceso de origen multifactorial.³

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia varía de 0.8 a 2.7 por cada 1,000 nacimientos en los indígenas americanos, 1.7 a 2 por cada 1,000 nacimientos en orientales y en la raza negra 1 por cada 2,500 nacimientos.⁴

La frecuencia varía de 0.8 a 1.6 casos por 1,000 nacimientos; las variantes de este margen se deben a motivos raciales o geográficos; por razones desconocidas, el sexo masculino se encuentra mayormente afectado.

Drillien señala que la incidencia de fisura palatina es de 3.6%, mientras en la fisura labiopalatina unilateral se encuentra en un 96%. En estudios del Hospital Infantil de México, en 100 pacientes se encontró la fisura-labiopalatina con un 33%, la bilateral 26%, fisura labial izquierda 13%, y 1% fisura en la línea media.

La prevalencia de nacimientos vivos en el Hospital Central Militar y Clínica de la Mujer del 1º de diciembre de 1997 al 31 de mayo del 2000 fue de 1.9 por cada 1,000 nacidos vivos, y la incidencia fue de 1.8. De los casos presentados, siete afectaron el sexo masculino y cinco al femenino. Predominó la fisura unilateral izquierda completa con cuatro casos. El análisis genético mostró que nueve casos fueron de etiología multifactorial y tres con herencia autosómica dominante.

Uno de los estigmas más frecuentes del paciente con secuelas de labio y paladar hendidos, no sólo es la cicatriz resultante del cierre del labio y del paladar o la voz nasal, característica de la inmensa mayoría de estos pacientes; también lo es la deformidad nasal

y la hipoplasia del tercio medio facial que suelen ser parte común de las características faciales de los pacientes con secuelas de labio y paladar hendido (SLPH).¹⁻³ La hipoplasia de maxilar suele ser consecuencia de la cicatriz resultante del cierre primario tanto del labio como del paladar, y se reporta en los diferentes centros de atención mundial y aun con el tratamiento ortopédico temprano, un porcentaje del 15 al 25% de los pacientes persistió con hipoplasia del maxilar,⁴⁻⁶ para lo cual la cirugía ortognática convencional o la distracción ontogénica de maxilar son considerados los tratamientos indicados para la corrección de esta deformidad ósea, presente en los pacientes con LPH. La severidad de la hipoplasia maxilar en pacientes con LPH es variable debido a diferentes causas como la profundidad del defecto embriológico original, la cirugía o cirugías practicadas durante el crecimiento, así como la ortopedia y ortodoncia realizadas.⁷⁻¹⁰ Esta hipoplasia no ocurre solamente en sentido sagital, sino también en planos vertical y transverso o patognomónico de esta anomalía congénita.

CLASIFICACIÓN

La variadísima morfología a que pueden dar lugar las fisuras labio-alvéolo palatinas por implicar la deformidad de 4 estructuras diferentes (el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando), unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral, ha sido siempre un desafío para que se adopte universalmente una clasificación única; y si a esto se añade la moderna idea de que la clasificación debe estar basada no en los hechos anatómicos del feto a término, sino en los datos embriológicos que han dado lugar a la deformidad, resulta que prácticamente cada estudioso de este problema ha hecho su clasificación propia. Stark y Kemahan, en 1958, proponen una ingeniosa y sencilla clasificación de fisuras labio-palatinas que abarca todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario. Para dejar constancia escrita en la historia clínica del paciente, idean una Y, como consta en la figura 1. Con este procedimiento estamos abarcando todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario. Mostramos esta clasificación porque aunque se han hecho otras, consideramos que la clasificación de Stark y Kemahan es la más representativa y completa, y además porque es la utilizada por nosotros en clínica.

La atención integral del paciente con fisura labiopalatina ha sido realizada desde el año 2000 en el Centro de Especialidades Odontológicas, atendiendo un promedio anual de 120 pacientes. Se sabe que la etiología de esta alteración es multifactorial; la frecuencia en relación al sexo varía, así como el tipo de fisura que afecta a la cara. El objetivo del estudio fue determinar las características epidemiológicas de pacien-

tes con fisura labiopalatina en el CEO. El conocer las características epidemiológicas nos mostró un panorama general del paciente atendido. Y servirá para la planeación del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en el que se seleccionaron al azar 1,000 pacientes con fisura labiopalatina, actualmente en tratamiento en el CEO. Los pacientes que no cubrían datos requeridos se eliminaron, quedando una muestra de 943 expedientes. Se estudiaron la edad del paciente al momento de ser atendido por primera vez en el CEO, el sexo, el lugar de procedencia, la edad de la madre y del padre al momento del nacimiento del niño, la ocupación de los padres al momento del nacimiento del niño y el tipo de fisura de acuerdo a la clasificación de Stark y Kemahan, reportando como fisura labiopalatina unilateral derecha, izquierda, bilateral, fisura palatina, fisura labial.

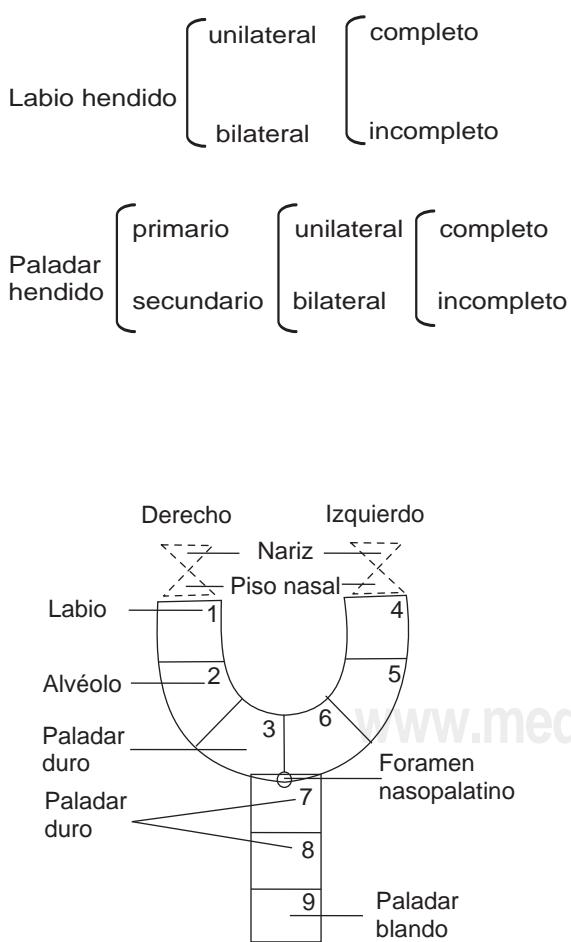


Figura 1. Clasificación de Stark y Kemahan.

La edad de los padres se registró por grupo de edad, considerando desde menores de 15 años y agrupándolos cada 5 años hasta terminar con los mayores de 40 años.

La ocupación de los padres se recabó de lo reportado por trabajo social en el momento del nacimiento del niño.

En relación al lugar de procedencia, se agruparon conforme a las 8 regiones del Estado de México que determina el INEGI.

Diseño de análisis. Estadística descriptiva.

RESULTADOS

De los 1,000 expedientes se eliminaron 57, por lo que la muestra fue de 943. En relación al género, 368 (39%) eran pacientes femeninos y 575 (61%) masculinos, en una relación de 1:1.56. En relación a la edad del paciente, dividida en grupos de edad, fue de 1 paciente (0.1%) menor de un año, 267 (28.3%) de 1 a 5 años, 257 (27.3%) de 6 a 10 años, 214 (22.7%) de 11 a 15 años, 156 (16.5%) de 16 a 20 años, 47 (5%) con más de 20 años y en uno no se identificó la edad.

Al investigar el lugar de procedencia, 581 (61.6%) corresponden a la región I, Toluca; 165 (17.5%) a la región V, Atlacomulco; 92 (9.8%) a la región VI, Coatepec Harinas; 28 (3%) a otros estados; 22 (2.3%) a la región II, Zumpango; 2 (0.2%) a la región III, Texcoco, y en tres no se pudo determinar el lugar de procedencia.

Al investigar la edad de la madre al momento del nacimiento del paciente, encontramos que 40 (4.2%) tenían menos de 18 años, 252 (26.6%) entre 18 y 22 años, 261 (27.6%) entre 23 y 27 años, 220 (23.2%) entre 28 y 32 años, 109 (11.5%) entre 33 y 38 años, 40 (4.2%) entre 39 y 42 años, 17 (1.8%) más de 42 años y en 4 no se pudo identificar la edad de la madre. Por lo que respecta a la edad del padre, 17 (1.8%) tenían menos de 18 años, 163 (17.3%) entre 18 y 22 años, 274 (29.1%) entre 23 y 27 años, 239 (25.3%) entre 28 y 32 años, 120 (12.7%) entre 33 y 37 años, 76 (8.1%) entre 38 y 42 años, 45 (4.8%) mayores de 42 años, y en 9 no se identificó la edad del padre (*Figura 2*).

Con relación a la diferencia de edad de los padres, encontramos que 780 (82.45%) tienen una diferencia de edad entre 0 y 5 años, 109 (11.5%) entre 6 y 10 años, y 36 (3.8%) más de 10 años. En 18 no se pudo establecer la diferencia.

Respecto a la ocupación de la madre en el instante del nacimiento del paciente, se encontró que 855 (90.7%) se dedicaban al hogar, 74 (7.8%) eran obreras, 7 (0.7%) profesionistas, 3 (0.3) campesinas, 2 (0.2%) empleadas, una (0.1%) era profesora y una (0.1%) lavandera. Respecto a la ocupación del padre, 375 (39.8%) eran obreros, 277 (29.4%) campesinos,

83 (8.8%) profesionistas, 61 (6.5%) empleados, 60 (6.4%) albañiles, 48 (5.1%) comerciantes, 27 (2.9%) desempleados, y en 12 (1.3%) no se identificó la profesión.

En relación al número de embarazos de la madre, se encontró que 366 (38.6%) correspondían a la primera gestación, 258 (27.2%) al segundo embarazo, 143 (15.1%) al tercero, 77 (8.1%) al cuarto, 41 (4.3%) al quinto, 55 (5.8%) a más del quinto embarazo; en 3 (0.3%) no se pudo obtener el dato.

Respecto a los antecedentes heredofamiliares, fueron negativos en 822 (86.8%), 11 (1.2%) positivos en primera línea, 103 (10.9%) positivos en segunda línea, y en 7 no se determinaron.

Al investigar el tipo de fisura palatina se encontró que 376 (39.9%) tuvieron fisura labiopalatina unilateral izquierda, 312 (33.1%) fisura labiopalatina unilateral derecha, 185 (19.6%) fisura labiopalatina bilateral, 38 (4%) fisura palatina incompleta, 27 (2.9%) fisura palatina completa y 2 (0.2%) fisura labial. En 3 (0.3%) no se pudo determinar el tipo (*Figura 3*).

En la relación que existe entre el tipo de fisura y el género se encontró que en la fisura labiopalatina unilateral izquierda, el sexo femenino ocupa el 44% y el masculino el 39%. En la fisura labiopalatina derecha el sexo masculino es más frecuente, con un porcentaje de 34.6%; el sexo femenino presenta un porcentaje del 31.42%. En la fisura labiopalatina bilateral predomina el sexo masculino con el 20% y el femenino con el 18% (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

De 943 expedientes revisados de pacientes atendidos en el Centro de Especialidades Odontológicas tomados desde los primeros expedientes, la mayoría ingresados de recién nacidos y que actualmente se encuentran en tratamiento en el Centro de Especialidades Odontológi-

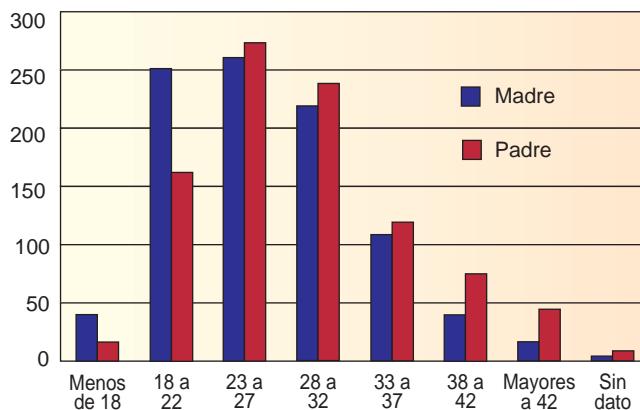


Figura 2. Edad de los padres al momento del nacimiento de los pacientes con problema de fisura labiopalatina.

cas; de acuerdo a los datos recolectados encontramos que el sexo masculino predomina con un 60.9% y el femenino ocupa un porcentaje de 39.1, mientras la literatura menciona una relación de 2 hombres afectados por una mujer.

El grupo de edad que predomina en el Centro de Especialidades es de 1 a 5 años, con un porcentaje de 29% y de 6 a 10 años con el 27%. Cabe mencionar que la mayoría de los niños ingresan al CEO desde recién nacidos.

Los resultados encontrados en relación con el lugar de residencia de acuerdo a las 8 regiones del Estado de México son los siguientes: La región 1 Toluca obtuvo el porcentaje más alto de 61.6%, continuando con la región Atlacomulco con un porcentaje de 17.5%; otros estados (28) reflejan el 3%.

Se menciona que este tipo de problema es multifactorial, por lo que se tomaron algunos datos que mencionan como probables factores y se encontró que la edad de las madres embarazadas fue de 18 a 27 años

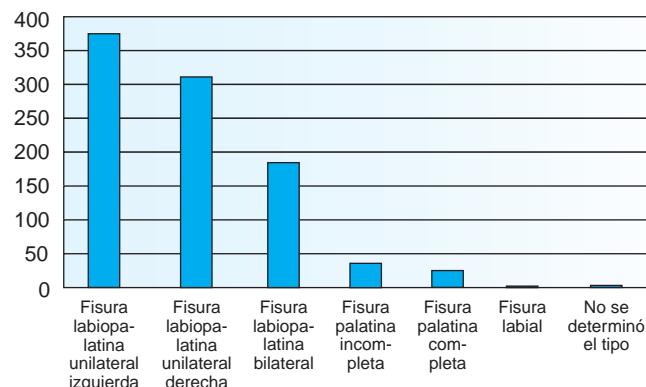


Figura 3. Número de casos presentes por tipo de fisura.

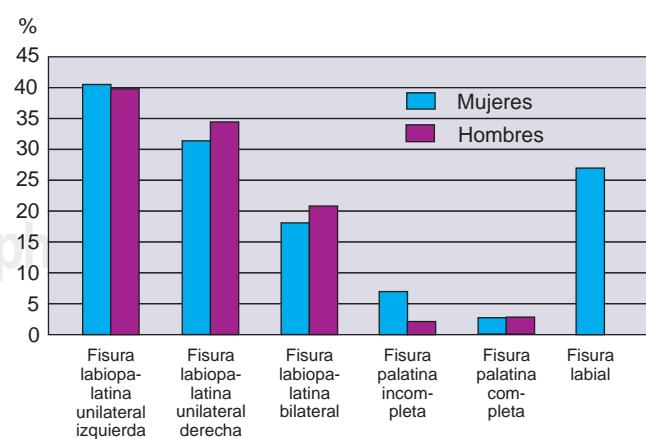


Figura 4. Número de casos de las diferentes fisuras, por género, expresada en porcentajes.

(54.2%). La edad del padre tampoco indica situaciones importantes, debido a que la edad de procreación fue de 18 a 27 años en 54.4%. La diferencia de edad entre los padres fue menor de 5 años en 82.4%.

Entre la ocupación de los padres, el 90% de las madres se dedica al hogar, y es importante señalar que en la ocupación del padre predomina el obrero, con 39.8%, continuando con campesinos con un 29.4%.

En cuanto al número del embarazo que ocupan estos pacientes en su núcleo familiar, el primer embarazo corresponde al 38.6% y el segundo al 27.2%.

Antecedentes heredofamiliares. El 86.8 fueron negados, el 11% de segunda línea, y el 1.16 de primera línea.

Clasificación de las fisuras labiopalatinas. La fisura labiopalatina más frecuente encontrada es la labiopalatina unilateral izquierda con un 39%, continúa la fisura labiopalatina unilateral derecha con un 33.1%, en tercer lugar las fisuras labiopalatinas bilaterales con un 19.6%; la fisura palatina ocupa un 4% y la labial un 2%.

En la relación que existe entre el tipo de fisura y el género se encontró que en las de labiopalatina unilateral izquierda el sexo femenino ocupa el 44% y el masculino el 39%.

En la fisura labiopalatina derecha, el sexo masculino es más frecuente, con un porcentaje de 34.6%; el sexo femenino presenta un porcentaje del 31.42%.

En las fisuras labiopalatinas bilaterales predomina el sexo masculino con el 20% y el femenino con el 18%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ochoa L, Ortiz de A. Casuística de 10 años de labio y paladar hendido en el Hospital Universitario. Medicina Universitaria 2003; 5: 18-24.
2. Guzmán S, Briecke SM. Análisis comparativo del crecimiento craneofacial de pacientes con fisura labiopalatina tratados con ortopedia maxilar temprana, Hospital del Niño Poblano, 2006: 7 (26).
3. Corbo R, Marimono T. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (4): 379-385.
4. Sepúlveda T, Zúñiga. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. Revista de Cirugía Oral 2008-01.
5. Padrón G. Caracterización de una población pediátrica con labio y paladar hendido, Medigraphic Artemisa, Cirugía Oral 2006.
6. Villafuerte GA. Clasificación y tratamiento de fisuras labiales y palatinas que presentan los pacientes con labio y paladar hendido en el Hospital Infantil de México. Tesis 2004, México, D.F.
7. Vinageras E. Tratamiento integral de los pacientes con fisura labiopalatina 1^{era} edición, México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México 1987.
8. Trigos M, López GF. Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio paladar hendido en México. Cirugía Plástica 2003; 13 (1): 35-39.