

Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos

Ana Carola Mejía Ayala,* Doria Edith Suárez Vergara**

RESUMEN

Introducción: El labio y paladar hendido son defectos congénitos del macizo facial que constituyen una patología de relevancia. La calidad de vida de estos pacientes ha mejorado con el advenimiento de las Unidades de Cuidados Neonatales, las técnicas de cierre y el manejo multidisciplinario. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo materno predominantes, asociados a labio y paladar hendido en los recién nacidos del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. **Método:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo de casos durante un periodo de 18 meses (2010-2011) de pacientes con diagnóstico de labio y paladar hendido que nacieron en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM. **Resultados:** Fueron 39 pacientes con el diagnóstico de labio y paladar hendido, el 64.1% fue del género masculino, el peso al nacimiento tuvo una media de 2,700 gramos, la edad gestacional promedio fue de 37.5 semanas, la mayoría de las madres fueron multigestas, con un rango de edad entre los 18 y 35 años, con antecedentes positivos a toxicomanías, ingesta de medicamentos y con hijos previos con el mismo defecto. **Conclusiones:** El trabajo demuestra que el labio y paladar hendido son un defecto frecuente en la población mexiquense, que los antecedentes maternos son determinantes para la presentación del defecto y que muchos de ellos son modificables, además representa un padecimiento grave por las secuelas y complicaciones que ésta conlleva, por lo que se requiere tratamiento de alta especialización.

Palabras clave: Labio leporino y paladar hendido, epidemiología, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and palate is a craniofacial birth defect that is a pathology of relevance. The quality of life of these patients has improved with the advent of neonatal care units, closing techniques and multidisciplinary management. **Objective:** We sought to determine the predominant maternal risk factors associated with cleft lip and palate at the Hospital of Gynecology and Obstetrics Maternal-Child Institute of the State of Mexico. **Methods:** An observational, prospective, transversal and descriptive cases of patients with cleft lip and palate who were born at the Hospital of Gynecology and Obstetrics IMIEM for a period of 18 months (2010-2011). **Results:** There were 39 patients with cleft lip and palate, was 64.1% male, birth weight had an average of 2700grams. The average gestational age was 37.5 weeks, the predominant maternal risk factors were found to be similar to those reported in the literature. **Conclusions:** The study shows that the lip and palate is a common defect Mexiquense population and represents serious disease sequel and complications involved and therefore requires highly specialized treatment

Key words: Cleft lip and palate, epidemiology, risk factors.

* Pediatra, Ex residente de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

** Pediatra Neonatóloga adscrita al Servicio de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

INTRODUCCIÓN

Las fisuras labiopalatinas se constituyen como deficiencias estructurales congénitas a causa de la falta de unión entre algunos procesos faciales embrionarios en formación. Las fisuras del paladar primario y las fisuras de la cara —las cuales incluyen los procesos faciales— ocurren en el periodo embrionario, a partir de la sexta semana de vida intrauterina, mientras que las fisuras del paladar secundario ocurren a partir de la octava semana de vida prenatal.

El labio y paladar hendido son las malformaciones congénitas más frecuentes e importantes de todas las afecciones de la cara, en México ocupan el primer lugar entre todas las malformaciones congénitas de la cara.¹

En el labio hendido existen todos los elementos anatómicos, sólo que no están bien ubicados. El labio hendido puede localizarse en uno u otro lado de la línea media, en la cual el proceso maxilar debería haberse unido con el proceso nasomediano. También se pueden producir hendiduras medias, las cuales son causadas por la fusión incompleta de los procesos medianos o ausencia parcial o total de ellos.^{2,3}

El paladar hendido representa un trastorno de la fusión incompleta de las masas mesenquimatosas de los procesos palatinos, ya sea por ausencia de la fuerza de penetración del tejido conjuntivo, interferencia mecánica ejercida por la lengua o diferencia de tamaños de las partes afectadas. El paladar blando y la úvula se forman como una extensión posterior de los procesos palatinos, así que una hendidura en estas estructuras es básicamente una extensión posterior de los procesos palatinos.⁴

El agujero incisivo se considera la línea divisoria entre las deformaciones anteriores y posteriores del paladar. Las deformaciones anteriores al agujero incisivo que comprenden el labio hendido y el proceso alveolar, se denominan afecciones del paladar primario. Los defectos situados por detrás del agujero incisivo dependen de la falta de fusión de las crestas palatinas, velo y úvula que comprenden el paladar hendido secundario. La tercera categoría se forma por la combinación de hendiduras tanto anteriores como posteriores al agujero incisivo, dado que las crestas palatinas se fusionan aproximadamente una semana después de haberse formado por completo el labio superior, y dado que los mecanismos de cierre del labio y del paladar secundario difieren completamente, las hendiduras anteriores y posteriores deben considerarse diferentes desde el punto de vista embrionario.^{5,6}

La clasificación de Kernaham y Stara del labio y paladar hendido comprende:

Grupo I: Hendido del paladar primario (labio y premaxila).

1. Unilateral (total y subtotal).
2. Mediana (total y subtotal).
3. Bilateral (total y subtotal).

Grupo II: Hendiduras del paladar secundario (total, subtotal y submucoso).

Grupo III: Hendiduras de paladar primario y secundario.

1. Unilateral (total y subtotal).
2. Mediana (total y subtotal).
3. Bilateral (total y subtotal).

Del total de las hendiduras faciales, las hendiduras de labios representan del 20 al 30%; las hendiduras labio palatinas, del 30 al 50% y las hendiduras de labio y/o paladar se presentan en uno de cada 1,000 nacimientos. Otras estadísticas refieren una incidencia entre uno por cada 500 y uno por cada 700 nacimientos. Se refiere que la incidencia para la raza amarilla es de uno por cada 750 nacimientos, la caucásica uno por cada 1,000 y la raza negra uno por cada 2,500 nacimientos.⁷

Las zonas comprometidas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando. Ligeramente más del 50% son fisuras combinadas del labio y el paladar, y aproximadamente la cuarta parte de ellos es bilateral. Las fisuras aisladas del labio y el paladar constituyen el resto de las variedades que se ven. De acuerdo con la literatura, la incidencia de dichas malformaciones en países latinoamericanos es: fisura del labio y paladar, uno por cada 1,300 nacimientos; la fisura del labio por sí sola, uno por cada 1,000; y la fisura del paladar por sí sola, uno en 2,500. Del 60 al 80% de los afectados son varones con una relación de 7:3. El lado más afectado es el izquierdo sobre todo en varones. Cuando es bilateral, se asocia a fisura palatina en el 86% y cuando es unilateral, la asociación es del 68%.⁶

Se ha comprobado que las fisuras de labios son más frecuentes en los varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres (10 de cada 12). Igualmente, el compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que el derecho (nueve de 13).⁸

Estos fenómenos carecen de explicación y la causa subyacente de la deformidad se comprende sólo de una manera parcial. La literatura sugiere que las hendiduras de labio y paladar ocurren más frecuentemente en el sexo masculino y de raza blanca. Las hendiduras sólo de paladar son más frecuentes en el sexo femenino de raza blanca y asiática. Aproximadamente, el 85% de las hendiduras de labio son unilaterales y, de ellas, 2/3 ocurren del lado izquierdo. Es mucho más frecuente el labio hendido o labio y paladar hendidos en el sexo masculino, mientras que el paladar hendido aislado es más frecuente en el sexo femenino.^{9,10}

El problema de la fisura labiopalatina se produce entre la sexta y décima semana de vida embrionaria. 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. Hay evi-

dencia que una predisposición hereditaria junto a la conjugación de factores ambientales puede precipitar la aparición de esta anomalía. Aproximadamente un 30% de los casos se debe a factores hereditarios.

La mayoría de los casos observados de labio y paladar hendido presentan etiología multifactorial que implica la interacción de varios agentes o factores del medio ambiente y herencia.^{6,7}

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento,⁸ se considerarán los siguientes factores de riesgo para la prevención de los defectos craneofaciales: tabaquismo, edad materna menor de 20 años o mayor de 35, edad paterna mayor de 45 años, periodo intergenésico menor de dos años, consanguinidad, uso de fármacos nocivos durante el embarazo (anticonvulsivos o anticoagulantes), toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes (TORCH), radiaciones, fertilizantes y plaguicidas, hijo previo con defecto congénito estructural, metabólico o cromosomopatía, padres portadores de alteración cromosómica balanceada y embarazo múltiple.

Otros estudios en países centroamericanos sugieren que el factor de herencia está presente en un 20 a 25% de los casos como factor dominante.

Se ha asociado al labio y paladar hendido como característica de numerosos síndromes. La mayoría de estos síndromes se presentan con paladar hendido aislado que no involucra el labio y se ha calculado que menos del 3% de estos casos caen dentro de esta categoría.^{10,11}

En cuanto a los factores ambientales se mencionan las enfermedades infecciosas sufridas durante el primer trimestre del embarazo, tales como la rubéola; otros son los agentes físicos entre los cuales se encuentran las radiaciones. Éstas pudieran producir o no la malformación de acuerdo con la intensidad, duración y frecuencia de las exposiciones de la mujer embarazada. Los regímenes dietéticos inadecuados han producido fisuras de desarrollo en animales. La administración de dietas bajas en riboflavina y ácido fólico en ratas grávidas produjo también una descendencia con elevada frecuencia de hendiduras palatinas. Ella tiene la propiedad de atravesar la barrera placentaria llegando al embrión donde su deficiencia produce alteraciones de la organogénesis, apreciando malformaciones del tipo división palatina.

El estrés se menciona como factor de riesgo por generar un aumento en la actividad adrenocortical con la consiguiente liberación de cortisona; si esta liberación se presenta durante alguna etapa de la organogénesis, puede producir variados tipos de malformaciones.¹²

Otros factores de riesgo son el uso de medicamentos (diazepam, fenitoína), abortos anteriores, trastornos durante la gestación, trastornos emocionales, edad mayor que 40 años en la madre, metrorragia en el primer trimestre de la gestación o diabetes en el embarazo, aporte vascular deficiente en la zona afectada,

alguna perturbación mecánica en la cual el tamaño de la lengua impida la unión de las partes, sustancias que circulan en el organismo como alcohol, drogas o toxinas y falta de fuerza intrínseca de desarrollo.

Cabe mencionar que la prevalencia de las fisuras orales ha sido relacionada con el número de gestaciones de la madre, siendo más prevalentes en los casos donde la madre es multípara. En relación con la edad materna, se registró que la mayor frecuencia se daba en madres de 26 a 30 años (50%). Por otra parte, en un estudio realizado en una población latinoamericana se encontró que el mayor número de casos se daba entre las madres que eran mayores de 40 años.¹³

El diagnóstico es evidente al nacimiento por la simple inspección y no requiere cirugía correctiva urgente. En la actualidad, la ecografía prenatal se realiza en la mayoría de las embarazadas y esta prueba puede identificar la mayoría de los defectos del macizo facial. Esta identificación proporciona la oportunidad de aconsejar a la familia y de preparar el cuidado postnatal óptimo; sin embargo, la exactitud de la ecografía prenatal para diagnosticar los defectos del macizo facial, se ve afectada por la cronología y por los objetivos del estudio, la posición del feto, la experiencia y pericia del operador.^{12,14-16}

El labio leporino y paladar hendido, para su tratamiento, requiere de un equipo multidisciplinario. Esta interacción de las diferentes disciplinas de la salud tiene como función ofrecer un tratamiento integral a dichos pacientes. Las intervenciones quirúrgicas para la corrección del paladar hendido son procedimientos electivos y el paciente debe estar en buen estado de salud y libre de cualquier infección.¹⁷

La palatorrafia del paladar fisurado tiene como objetivo darle una anatomía correcta para que se puedan llevar a cabo las funciones de fonación, masticación y deglución en forma correcta lo más pronto posible. La ortopedia precoz del maxilar fue iniciada en Londres por McNeil, en el año 1954, cuando diseñó una placa ortopédica de dos aletas articulares que presionan los hemipaladares para corregir los segmentos maxilares.¹⁸

En la actualidad, la mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente, en niños cuyas edades están entre 18 meses y tres años, con un promedio de dos años, para evitar que adquieran hábitos no deseados de lenguaje y evitar la otitis media.¹⁹

El equipo multidisciplinario para el tratamiento deberá estar formado por el obstetra (es uno de los especialistas más importantes, ya que realiza el seguimiento del embarazo y puede orientar a la madre tan pronto sospeche la presencia de una malformación), el pediatra-neonatólogo (estos niños deben ser examinados por un experto con mayor detenimiento que un niño normal, ya que además de la hendidura labial o palatina se pueden encontrar otras complicaciones tales como cardiopatías congénitas y defectos en las extremidades), el odontopediatra y el ortopedista (los

cuales son muy importantes para ayudar a los niños recién nacidos que presentan esta malformación).¹⁸

El problema más grave de estos niños es la alimentación, razón por la cual el odontopediatra es indispensable, ya que puede participar inmediatamente en el proceso de rehabilitación durante el tratamiento, confeccionando la prótesis, placa acrílica, semejante a la base de una dentadura total superior, con la cual logramos dos propósitos: separar la cavidad bucal de la nasal para facilitar la alimentación por vía oral y estimular el crecimiento óseo del maxilar superior.

A su vez, el papel del psicólogo también es importante como terapia de apoyo para estos niños y su familia; el apoyo del otorrinolaringólogo también es de gran relevancia debido a que, por lo general, estos pacientes sufren trastornos auditivos (hipoacusia, otitis secretora); el cirujano maxilofacial y el cirujano bucal, son responsables de la reconstrucción anatómica, el aspecto estético y funcional de las estructuras relacionadas con la fisura, y los encargados de vigilar la oclusión permanente pueden intervenir en etapas de dentición mixta si fuese necesario con el fin de obtener una mejor función estética, fonética y psicológica; por último, el foniatra y terapista del lenguaje se encargan de enseñar al paciente a emitir los fonemas en forma correcta para articular las palabras.²⁰

A los tres meses de edad, se efectúa la reparación de la fisura del paladar primario. Se opera el labio (queiloplastia o plastia labial), cerrando el defecto cutáneo y haciendo una reposición y cierre del músculo orbicular defectuoso. Además, en esta etapa se efectúa una reparación de la nariz (nasoplastia) y se cierra la porción más anterior del paladar óseo, si es que éste se encuentra abierto.

Cerca del año de edad se efectúa la reparación de la fisura del paladar secundario, es decir, se reparan el paladar óseo y el paladar blando (palatoplastia) con el fin de separar la cavidad oral de la cavidad nasal y, sobre todo, con el fin de proveer al niño de una adecuada caja de resonancia y de un paladar móvil para articular los fonemas y poseer así un lenguaje normal. Idealmente, el paladar debe estar reparado cuando se inicia la adquisición del lenguaje, que es a partir de los 12 meses de edad. Algunos grupos operan más precozmente a estos niños, con el fin de obtener un mejor desarrollo del lenguaje; sin embargo, estas operaciones muy tempranas producen defectos en el crecimiento facial y, por ello, este tema está en constante estudio y discusión.

En términos generales, podemos decir que un paladar cerrado completamente al año de edad, más o menos en el 70% de los casos hablará bien y no necesitará de otros tratamientos.²¹

Las complicaciones que se pueden presentar son:

- Dificultad para el amamantamiento y la alimentación. Es más difícil con las anomalías de LPH, el bebé tiene dificultades para succionar adecuadamente por el paladar.

- Infecciones del oído o pérdida auditiva. Debido a una disfunción y horizontalización de la trompa de Eustaquio que conecta el oído medio y la faringe se pueden producir infecciones recurrentes que ocasionan pérdida de la audición.¹⁷
- Retardo del habla y del lenguaje. Por la mala implantación de los músculos del paladar y la disminución en algunos casos de la audición, la función muscular se ve reducida y puede ocasionar habla tardía y anormal.
- Problemas odontológicos. Debido a las anomalías, en ciertas ocasiones, los dientes no pueden salir normalmente y se requiere tratamiento de ortodoncia.^{22,23}
- Problemas emocionales. La mala información que existe alrededor de una malformación como LPH provoca a los padres culpa, rechazo, miedo, sobreprotección, etcétera, tanto que llegan a bloquear el desarrollo emocional del niño.¹²

El pronóstico es bueno, pero depende del grado del defecto, así como a las malformaciones asociadas y de un diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno. Se reporta una sobrevida mayor del 97%.²¹

El Hospital de Ginecología y Obstetricia es un hospital que cuenta con el Servicio de Neonatología, donde se reciben un gran número de pacientes con múltiples patologías, siendo el labio y paladar hendido una de ellas, por lo que es importante investigar los factores de riesgo maternos para el desarrollo de ésta, para así enriquecer la experiencia y conocer la estadística.

El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo materno predominantes asociados al desarrollo de labio y paladar hendido en neonatos que ingresaron al Servicio de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia de marzo de 2010 a marzo de 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente fue un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, en el que se incluyeron a los recién nacidos con el diagnóstico de labio y paladar hendido, que ingresaron al Servicio de Neonatología del Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM, durante el periodo comprendido del primero de marzo del 2010 al 31 de agosto del 2011. Se investigaron los antecedentes de edad materna, tabaquismo, periodo intergenésico corto, embarazo múltiple, uso de anti-convulsivantes o anticoagulantes, TORCH, exposición a radiación o a fertilizantes, consanguinidad y antecedente de hijo previo con labio y paladar hendido.

Con previa autorización del protocolo por el Comité de Enseñanza e Investigación del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, se procedió a realizar el diagnóstico en el área del quirófano mediante una inspección y una exploración física, para lo cual requerimos un abatelenguas y una lámpara

para la exploración de la cavidad oral; posteriormente, se envió al paciente al Servicio de Hospitalización de Neonatología, donde permaneció hasta ser valorado por los especialistas del Centro de Especialidades Odontológicas del IMIEM para la elaboración de la placa obturadora, la cual permitió la alimentación del paciente por succión.

Se realizó a la madre del paciente la encuesta, tomando en cuenta todas las variables de estudio; posteriormente, se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos y, de ese modo, se obtuvo la relación de los factores de riesgo y presencia de labio y paladar hendido. Todos los datos se consignaron en la hoja recolectora de datos previamente diseñada para el estudio.

Se realizó estadística descriptiva con base en frecuencias y porcentajes en las variables nominales y se presentaron en gráficas. En las variables numéricas se utilizó de acuerdo con la distribución que tenga la población: media o mediana, como medidas de tendencia central.

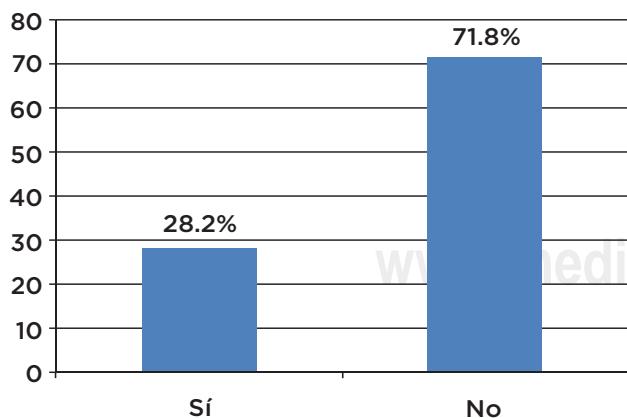
Los datos se vaciaron en una hoja de trabajo de Excel y se pasó al paquete estadístico SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se encontraron 39 casos de niños con labio y paladar hendido, el total de neonatos que nacieron en este periodo fue de 11,142, con una tasa de 3.5 casos por 1,000 nacidos vivos.

De acuerdo con la fecha de nacimiento, el 28.2% nacieron en los meses de enero a abril, 46.2% en los meses de mayo a agosto y 25.6% nacieron en los meses de septiembre a diciembre.

La edad gestacional tuvo un rango de 36.4 a 42.1 semanas de gestación, tres (7.7%) pacientes se cata-



Fuente: Encuesta del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Figura 1. Antecedente de madres con consumo de trabajo positivo en 11 (28.2%).

logaron como pretérmino, 35 (89.7%) fueron de término y postérmino uno solo (2.6%).

La mayoría de los pacientes fueron del género masculino (64.1%). El peso al nacimiento tuvo un rango de 1,750 a 3,825 gramos y el 87.2% tuvo un peso adecuado.

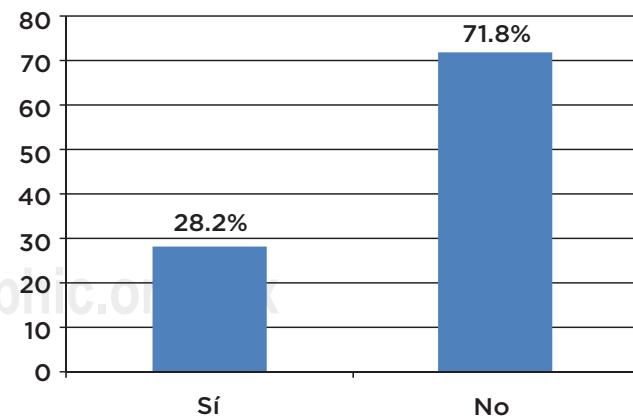
El 53.8% de las madres estuvieron en el rango de edad de 18 a 35 años. En la mayoría de los pacientes, sus madres fueron multigestas (41%). El 28.2% de las madres tuvieron antecedente de consumo de tabaco durante la gestación (*Figura 1*). El 59% tuvo antecedente de periodo intergenésico corto. El 28.2% tuvo antecedente de exposición a radiaciones y/o fertilitantes durante la gestación (*Figura 2*).

El 15.4% presentó ingesta de anticoagulantes y/o anticonvulsivantes durante la gestación. Tenían antecedente de TORCH el 5.1% de las pacientes. El antecedente de tener un hijo previo con labio y paladar hendido estuvo presente en el 20.5% (*Figura 3*). El 2.6% de los pacientes tuvieron antecedente de consanguinidad.

El 70.5% de los neonatos no presentaron malformaciones asociadas. Entre los que las presentaron, la persistencia de conducto arterioso fue la más común, presente en tres pacientes (7.7%), pie equinovaro en dos pacientes (5.1%) e hidrocefalia en dos pacientes (5.1%) y el 7.6% tuvo embarazo múltiple. El 58.2% presentó defecto del labio del lado izquierdo (*Figura 4*).

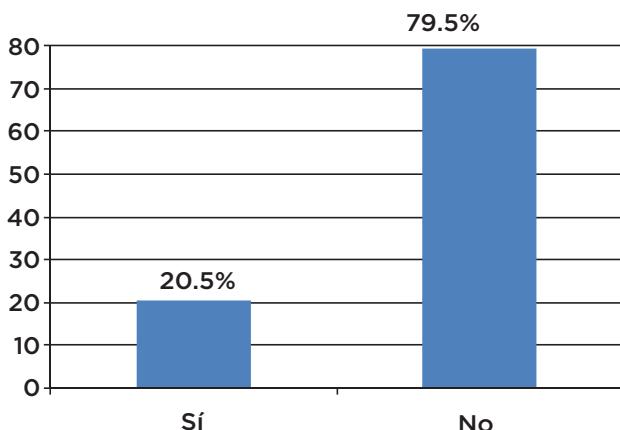
DISCUSIÓN

El labio y paladar hendido son defectos presentes en los recién nacidos que ingresan a las Unidades de Cuidados Neonatales. En el estudio en relación al género se encontró que el masculino fue el más afectado, lo cual coincide con lo referido por Chaves



Fuente: Encuesta del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Figura 2. Antecedente de exposición a radiaciones y/o fertilitantes en las madres de los pacientes estudiados fue positivo en 11 (28.2%).



Fuente: Encuesta del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Figura 3. El antecedente de un hijo previo con labio leporino y paladar hendido en las madres de los pacientes estudiados estuvo presente en ocho (20.5%).

F y colaboradores, quienes estudiaron los aspectos epidemiológicos de recién nacidos en países centroamericanos con labio y paladar hendido, donde se menciona al sexo masculino como el más afectado en dicha patología.¹²

La mayoría de nuestros pacientes fueron recién nacidos de término, similar a lo referido en la literatura mundial, donde se observó una mayor incidencia en pacientes de término.¹⁻³

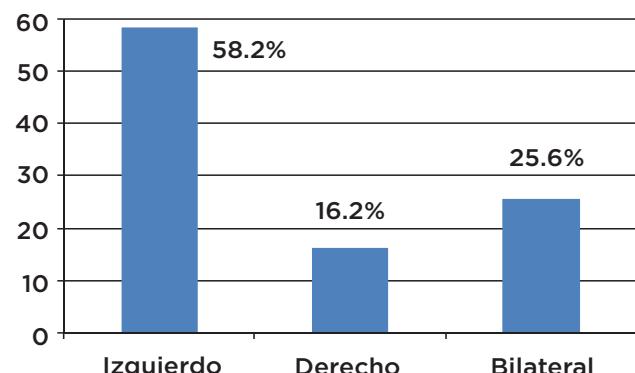
En el estudio, la mayoría de nuestros pacientes fueron de peso adecuado, lo que coincide con la mayoría de la literatura revisada donde los pacientes afectados tuvieron un peso mayor de 2,500 gramos.^{1-3,5,24}

De acuerdo con el estudio de Rasmad *et al.* realizado en recién nacidos norteamericanos, determinadas malformaciones tienen una predisposición estacional y, en relación con el labio y paladar hendido, se observa mayor incidencia en los meses de primavera; en el estudio los meses en los cuales se presentaron más casos fue de mayo a agosto.⁵

La edad materna reportada en la mayoría de los estudios revisados fue de 26 a 30 años, lo cual es similar en este estudio, donde la mayoría de las madres estuvieron en el rango de edad de 18 a 35 años.^{1-3,10,11,23}

La mayoría de las madres de los pacientes tuvieron el antecedente de ser multigestas, situación muy similar a lo consignado por Morales Hurtado y colaboradores en su estudio realizado en recién nacidos, en donde la prevalencia del labio y paladar hendido ha sido relacionada con el número de gestaciones de la madre, siendo más prevalentes en los casos donde la madre es multípara.³

Las madres del 28.2% de los pacientes tuvieron el antecedente de toxicomanías (tabaquismo) durante el embarazo, la mayoría de la literatura revisada menciona que las madres fumadoras tienen un riesgo mayor de tener productos con defectos congénitos.^{1,2,11,24}



Fuente: Encuesta del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

Figura 4. El defecto de labio fue izquierdo en 23 (58.2%), derecho en 6 (16.2%) y bilateral en 10 pacientes (25.6%).

En cuanto al antecedente materno del periodo intergenésico corto, este estudio reportó que la mayoría de las madres de los pacientes estudiados lo tuvieron, lo cual es similar a los resultados del estudio de Varandas *et al.* en niños latinoamericanos, en donde se menciona que el periodo intergenésico corto es un factor predisponente para el desarrollo del defecto.¹³

El 28.2% de los pacientes tuvieron antecedente materno de exposición a radiaciones y/o fertilizantes durante la gestación, lo que concuerda con el estudio de Toranzo Fernández y colaboradores realizado en recién nacidos chilenos; quienes refieren que la exposición a éstos durante el periodo de organogénesis incrementa el riesgo de presentar el defecto.¹¹

En cuanto al antecedente materno de ingesta de anticoagulantes y/o anticonvulsivantes, el 15.4% de nuestros pacientes lo presentaron, similar a lo reportado en el estudio chileno de Nazer y colaboradores, quienes mencionan que la ingesta de dichos medicamentos actúa como teratógenos en la formación de fisuras bucales.¹

Báez R y colaboradores indicaron que el riesgo de tener un niño con labio y/o paladar fisurado cuando se consume medicamentos durante la gestación, incrementa el riesgo cinco veces más que cuando no se consumen.²⁵

La mayoría de nuestros pacientes no tuvieron antecedente materno de TORCH, semejante a lo reportado en el estudio de Toranzo *et al.* que reportan una baja incidencia de infecciones maternas (TORCH) como predisponentes a dicho defecto.¹¹

En este estudio encontramos ocho pacientes (20.5%) con antecedente familiar de labio y paladar hendido, que coincide con lo reportado en el estudio de Condorcet y colaboradores en recién nacidos cubanos. Mencionan que tener una historia familiar positiva de malformaciones se asocia con un aumento de

labio y paladar hendido en los hijos, además el riesgo de tener un niño con labio y/o paladar fisurado es dos veces más alto cuando hay antecedentes de malformaciones familiares que cuando no los hay.⁷

La mayoría de los pacientes no presentaron malformaciones asociadas (70.5%), siendo las más frecuentes las cardíacas (PCA) en un 7.7%, lo cual constituye un rasgo característico de la población mexiquense.

De acuerdo con el estudio de Nazer *et al* realizado en recién nacidos latinoamericanos con respecto a la presencia de otra malformación, se encontró que el 18.2% de las fisuras orales están asociadas a otra malformación congénita.¹

De los 39 pacientes, el 2.6% tuvo antecedente de consanguinidad, un porcentaje bajo en comparación a lo reportado en la literatura, donde el coeficiente de consanguinidad media de la familia de los individuos afectados es superior al de la población general hasta en un 10%.^{1,2,11,24}

La mayoría de los pacientes no tuvo antecedente materno de embarazo múltiple, lo cual no coincide con lo reportado en los estudios revisados donde no hay asociación de embarazo múltiple y defecto.²²

Con respecto a la lateralidad del labio y paladar hendido, encontramos un mayor predominio del lado izquierdo, concordando con lo descrito en la mayoría de la literatura.^{6,8,9}

CONCLUSIONES

1. El trabajo demuestra que el labio y paladar hendido es un defecto frecuente en la población mexiquense y que representa un padecimiento grave por las secuelas y complicaciones que conlleva, por lo que requiere tratamiento de alta especialización.
2. Las variables epidemiológicas de los pacientes concuerdan en general con lo hallado en la literatura médica, los factores de riesgo maternos predominantes fueron madres multigestas, con periodo intergenésico corto, con antecedentes de hijos previos con el mismo defecto, además de tabaquismo positivo; no hubo relación en la asociación a embarazo múltiple y consanguinidad.
3. Existe una fuerte relación con cardiopatías en la población, lo cual no se reporta en otras series, de aquí la importancia de un abordaje multidisciplinario.
4. Es importante realizar estudios descriptivos en diferente tiempo y espacio porque dan información valiosa en cuanto al comportamiento de las enfermedades en diferentes poblaciones y permiten elaborar estrategias de diagnóstico, tratamiento y presupuestales.

RECOMENDACIONES

1. Toda mujer embarazada debe llevar control prenatal para así detectar a tiempo cualquier defecto y/o malformación en el recién nacido.

2. Toda mujer gestante debe de evitar el consumo de drogas para así tener menor factor de riesgo de malformaciones en el producto.
3. Todas las madres con antecedente de un hijo previo con labio y paladar hendido deben recibir consejo genético.
4. Toda mujer embarazada debe evitar exposición a fertilizantes, radiaciones e ingesta de anticoagulantes y anticonvulsivantes durante la etapa embrionaria.
5. Las mujeres embarazadas con diagnóstico prenatal de labio y paladar hendido deben ser atendidas en un hospital de tercer nivel donde se cuente con todo lo necesario para la atención del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nazer HJ, Villa VJJ, Van Deer Baars MR, Cifuentes OL. Incidencia de labio leporino y paladar hendido en Latinoamérica: periodo 1982-1990, *Pediatría*, 1995; 37 (1-2): 13-19.
2. Colás CR. Prevalencia del labio y del paladar fisurados en pacientes de la provincia Guantánamo: 1975-1984, *Rev Cubana Estomatol*, 1990; 27 (2): 226-236.
3. Morales HCC. Prevalencia de hendidura labio palatina, *Acta Odontol Venez*, 1992; 30 (1-2): 35-40.
4. Gómez-García R, Lara-Navarro R. Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006, *Revista ADM*, 2008; 65 (6): 309-313.
5. Rasmad T, Jendal T. A long-term study of transverse stability of maxillary teeth in patients with unilateral complete cleft lip and palate, *J Oral Rehabil*, 1997; 24 (9): 658-665.
6. Kimura T. *Atlas de cirugía ortognática maxilofacial pediátrica*. Editorial Médico-Odontológica; 1995: 35-142.
7. Condorcet QS, Achabal HR. *Incidencia de fisura labio palatina en menores de 15 años 1990-1994*. Cochabamba: sn; 1995.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
9. Shafer. *Tratado de patología bucal*. 2^a edición, Interamericana; 1986: 13-18.
10. Richman LC, Millard T. Brief report: cleft lip and palate: longitudinal behavior and relationships of cleft conditions to behavior and achievement, *J Pediatr Psychol*, 1997; 22 (4): 487-494.
11. Toranzo Fernández JM, Metlich M, Sandro Díaz MA, Vega Estrada NL. Fisura palatina. Análisis epidemiológico de 121 pacientes, *Rev ADM*, 1993; 50 (3): 165-167.
12. Chaves F, Salete P, Dimare D, Jaeger C. Fisuras labiopalatais: aspecto epidemiológicos e etiología-revisão da literatura, *Rev Odonto Ciencia*, 1999; 28: 121-128.
13. Varandas ET, Silva SC. Fisuras labio-palatinas: análise epidemiológica no hospital Universitário Lauro Wanderley, *CLS*, 1995; 14 (4): 94-103.
14. Hafner E, Sterniste W, Scholler J, Schuchter K, Philipp K. *Prenatal diagnosis of facial malformations*, *Prenat Diagn*, 1997; 17: 51-58.
15. Benacerraf BR, Mulliken JB. Fetal cleft lip/palate; sonographic diagnosis and postnatal outcome, *Plast Reconstr Surg*, 1993; 92: 1045-1051.
16. Cash C, Set P, Coleman N. *The accuracy of antenatal ultrasound in the detection of facial clefts in a low-risk screening population*, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2001; 18: 432-436.

17. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies, *Official Publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, 2009*. In: http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf
18. León-López JA. Cierre de labio hendido sin suturas externas en la piel, *Cirugía Plástica*, 2006; 16: 19-23.
19. Witt PD, Marsh JL. Advances in assessing outcome of surgical repair of cleft lip and cleft palate, *Plast Reconstr Surg*, 1997; 100 (7): 1907-1917.
20. Miloro M, Larsen P, Waite P, eds. *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*. 2th ed. USA: Gopsons Papers; 2004.
21. Olalde-Mena J. Nuevo método para cirugía del labio hendido, *Cirugía Plástica*, 2006; 16: 146-152.
22. Paparella MM, Shumrick DA. *Otorrinolaringología*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1982: 2137.
23. Regezi-Sciubba. *Patología bucal*. 2^a edición, Editorial Ateneo; 1995: 504-507.
24. Collares M, Weestphalen A, Costa TC, Goldin JR. Fisuras labio-palatinas: incidencia y prevalencia de patología no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: un estudio de 10 años, *Rev AMRIGS*, 1995; 39 (3): 183-188.
25. Báez R, Bastidas R, Monserat E. Labio y paladar hendido, *Act Odont Ven*, 2000; 38 (3): 15-20.

Correspondencia:

Dra. Doria Edith Suárez Vergara
E-mail:doria_ed@hotmail.com