

LABIO Y PALADAR HENDIDO



INDICE

| | |
|---|--------------|
| DEFINICION ----- | 3 |
| CLASIFICACION ----- | 3-4 |
| EPIDEMIOLOGIA ----- | 4-5 |
| ETIOLOGIA ----- | 5 |
| FISIOPATOLOGIA ----- | 6 |
| DIAGNOSTICO ----- | 6 |
| COMPLICACIONES ----- | 6-7 |
| TRATAMIENTO NUTRICIONAL ----- | 7-10 |
| TRATAMIENTO MEDICO ----- | 10-13 |
| TRATAMIENTO QUIRURGICO ----- | 3-14 |
| INDICACIONES NUTRICIONALES POSTQUIRURGICAS ----- | 14-15 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ----- | 16 |

DEFINICION

- **Paladar hendido**

El paladar hendido se presenta cuando el techo de la boca no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. Esta hendidura puede comprometer cualquier lado del paladar y puede extenderse desde la parte anterior de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). A menudo también llega a incluir el labio. Debido a que es una anomalía que se presenta dentro de la boca, el paladar hendido no es tan evidente como el labio leporino (Cofiman 2007).

- **Labio leporino**

El labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado de anomalía del labio leporino puede variar enormemente, desde leve (muesca del labio) hasta grave (gran abertura desde el labio hasta la nariz). Para los padres puede ser estresante acostumbrarse a esta anomalía obvia del rostro, ya que suele ser muy evidente (Corbo, et al. 2005).

CLASIFICACION

La clasificación de Veau de fisuras palatinas incluye 4 estadios:

- I) sólo paladar blando
- II) paladar blando y duro
- III) ambos paladares y e reborde alveolar de un solo lado de a zona premaxilar
- IV) paladar blando, duro y ambos lados del reborde alveolar ocasionando la separación del premaxilar (Thornton, et al. 2004).

La clasificación mas aceptada para fisuras labiales son las propuestas por Kernahan (1971) y se clasifican de acuerdo a las estructuras anatómicas afectadas:

Por su localización:

- unilaterales (derecha o izquierda)

- bilaterales
- mediales

Por su extensión:

- incompletas si afectan solo el labio
- completas cuando involucran todas as estructuras de paladar primario incluyendo labio, piso nasal y reborde alveolar
- mixtas: presentes en las fístulas bilaterales, completa de un lado e incompleta del otro (Cofiman F, 2007).

EPIDEMIOLOGIA

El labio y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, representa el 3% a nivel mundial. Es considerada la anomalía craneofacial más frecuente. El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados. El labio hendido con o sin paladar hendido ocurre en 1:1,000 nacidos. El paladar hendido sólo ocurre en aproximadamente 1:2,500 nacidos. Son más comunes en las mujeres. Igualmente, el compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que el derecho (Duque, et al. 2005).

Las fisuras de labios son más frecuentes en los varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son mas frecuentes en mujeres.

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 (Rosillon, 2007).

Se ha planteado que la incidencia global de hendiduras maxilofaciales está comprendida entre 1:500 y 1:700 nacimientos, aunque en los últimos años a causa del control de la natalidad y del asesoramiento genético, la incidencia de estas hendiduras ha disminuido (Rodríguez, et al. 2010).

En México ocurre 1 caso por cada 850 nacidos, 9.6 casos nuevos por día, y 3,521 casos al año. Los mexicanos afectados de labio y paladar hendido son 139,000. 70% de los labios hendidos unilaterales se asocia con paladar hendido. 85% de los labios hendidos bilaterales se asocia con paladar hendido (Trigos, et al. 2007).

En Jalisco en el Instituto de Cirugía Reconstructiva José Guerrerosantos en el 2012 se presentaron a consulta de primera vez 152 pacientes con labio y paladar hendido, de los cuales 71 eran del sexo masculino y 81 del sexo femenino (Instituto Jalisciense de Cirugía Estética y Reconstructiva José Guerrerosantos 2012).

ETIOLOGIA

El problema de la fisura labio-palatina, se produce entre la 6ta. y 10ma. Semanas 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 los paladares duro y blando (Corbo, et al. 2005).

Los factores etiológicos se clasifican en cuatro grupos principales:

- A) Labio y paladar hendido hereditario, variedad que tienen un riesgo de recurrencia mayor a 50% en hijos de padres que presentan la misma malformación.
- B) Labio y paladar hendido asociado a alteraciones en el número o estructura de los cromosomas; se han descrito más de 22 aberraciones cromosómicas conocidas que incluyen labio y paladar hendido.
- C) Labio y paladar hendido asociado a agentes teratógenos como el alcohol, fármacos como los corticoides, infecciones virales y deficiencias vitamínicas.
- D) Causas desconocidas. En nuestro país la presencia de labio paladar hendido y paladar hendido fisurado es más frecuente y se ha asociado a hacinamiento, asimismo el porcentaje es mayor en poblaciones pequeñas que en ciudades grandes (Thornton et al. 2004).

SINDROMES QUE LO PUEDEN PADECER

- Síndrome de Hallerman Streiff
- Síndrome de Sticker
- Síndrome de Cohen
- Síndrome de Vander Woude
- Síndrome de Apert
- Síndrome de Moebius
- Síndrome de Pierre Robin
- Síndrome de Treacher Collins

- Síndrome de Crouzon
- Síndrome de Rapp Hodking

(Manrique, 2003)

FISIOPATOLOGIA

El labio paladar hendido corresponde a un trastorno de la morfogénesis relacionado a la interacción de los factores etiológicos. Las alteraciones estructurales óseas, musculares y de la mucosa se traducen en trastornos funcionales que alteran la alimentación, el amamantamiento, la masticación, la deglución, la respiración, la fonación y la audición, lo cual se refleja en los dominios social, familiar y emocional y constituye la trascendencia pediátrica del labio paladar hendido (Manrique 2003).

DIAGNOSTICO

El examen físico de la boca, la nariz y el paladar confirma la presencia de labio leporino o paladar hendido. Se pueden realizar exámenes médicos para descartar la presencia de otras posibles afecciones.

Un labio leporino puede ser simplemente una pequeña hendidura en el labio. También puede ser una fisura completa en el labio que va hasta la base de la nariz.

Un paladar hendido puede estar en uno o en ambos lados del paladar y puede recorrerlo en toda su extensión (Rodríguez, et al. 2010).

Otros síntomas abarcan.

- Cambio en la forma de la nariz (la magnitud de este cambio varía).
- Dientes desalineados (Duque, et al. 2005).

COMPLICACIONES ASOCIADAS CON EL LABIO Y PALADAR HENDIDO

Los problemas que pueden estar presentes debido a un labio leporino o paladar hendido son:

- **Dificultades para la alimentación:** La alimentación se dificulta con la presencia de anomalías del paladar hendido. Generalmente, el lactante no puede succionar adecuadamente porque el techo de su cavidad bucal no está formado por completo. En la mayoría de los casos existe una insuficiencia para aumentar de peso. Hay flujo de leche a través de las fosas nasales durante la alimentación y todo esto por consecuencia nos lleva a un retardo en el crecimiento o en el peor de los casos en una desnutrición.
- **Infecciones del oído y pérdida auditiva:** Las infecciones de oído se deben a menudo a una disfunción del conducto que conecta el oído medio y la garganta. Se debe tener en cuenta que las infecciones recurrentes pueden producir la pérdida auditiva (Rosillon, 2007).
- **retardo del habla y del lenguaje:** La función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del techo de la boca y del labio, lo que origina un retardo en el habla o habla anormal (Kevin, 2010).
- **problemas odontológicos:** Debido a las anomalías, es posible que los dientes no logren erupcionar normalmente, por lo que a menudo es necesario un tratamiento de ortodoncia (Rodríguez, et, al 2010).

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

La meta del manejo nutricional del niño con labio y paladar hendido es mantener un estado nutricional y crecimiento normales, tratar la desnutrición y el retraso en el crecimiento cuando estén presentes, establecer la vinculación de los padres durante los procesos de reparación quirúrgica y de rehabilitación. (Mendoza, et al 2012) La hora de la comida es un momento importante para el niño y para la madre ya que se establece un contacto que refuerza el vínculo madre-hijo. Debe ser un momento relajado y entrañable para proporcionar al niño un sentimiento de seguridad. Aunque el niño puede tener alguna dificultad mecánica en la succión (más marcada en los casos de paladar hendido que en los de sólo labio) y pase más tiempo que el promedio para conseguir una buena ingesta, es importante mantener el ejercicio de succión por sus múltiples beneficios. En los casos de afectación del paladar se plantean algunos problemas para la alimentación que requieren la ayuda del personal de enfermería para entrenar a la madre en la técnica adecuada durante la lactancia. (Kevin, 2010) Los patrones de deglución y alimentación del niño fisurado

están invariablemente alterados. Los niños con labio hendido quizás tengan problemas al momento de agarrar el pezón. Los niños con fisura del paladar no pueden crear suficiente presión negativa para succionar la leche y pueden tener en algún momento retorno de alimento por la nariz (Rodríguez, et al 2010).

LACTANCIA MATERNA

Todos los niños nacen con el reflejo de succión. Los primeros días necesitarán un periodo de aprendizaje de la succión por ensayo. (Rosillon, 2007) La lactancia materna del niño con labio y paladar hendido requiere prestar atención a la posición apropiada de la madre y el niño o del personal de salud que lo alimenta. La meta es que el niño desarrolle un mayor control de los músculos faciales, orales y faríngeos que se emplean en la alimentación con biberón. Las técnicas utilizadas para la alimentación del niño con labio y paladar hendido ayudarán a que el niño siga una curva de crecimiento adecuada.

1.- La madre masajeará su seno antes de amamantar al niño. Esto ayudará a que la leche baje al pezón y le permita fluir más fácilmente a la boca del niño.

2.-Aplicar cierta presión al área alrededor del pezón con los dedos índice y medio. Esto creará que el pezón salga más, facilitando así que el bebé pueda agarrarlo con el labio y sostenerlo. El pezón sale más a medida que el niño succiona lo que facilita más el amamantamiento (Corbo 2005).

La posición semisentada permite tragar más fácilmente por gravedad y disminuye las pérdidas de alimentación a través de la hendidura; así se evita que la comida vuelva a salir por la nariz., esto reduce la probabilidad de que la leche entre por las trompas de Eustaquio y provoque problemas de oído. El problema del niño con labio fisurado es que no se forma un sello hermético al succionar. Las opciones de solución de este trastorno son apoyar el seno de manera que el pecho llene el defecto palatino y le permita formar el sello apretado alrededor de la areola. Se debe conseguir una posición adecuada para que el niño succione el pecho con la posición del pezón/areola en la cavidad oral ayudar a que aprenda a lograr la succión con movimiento de la lengua, y finalmente del flujo de leche hacia las mejillas o paladar, lejos de la fisura. Existen varias posiciones que ayudan a esto, como colocar la mano en el pecho para cubrir la fisura o proporcionar la estabilización de la barbilla/cabeza y el abdomen. Las madres pueden facilitar el

agarre al dar un masaje de los senos para iniciar la producción de leche y fomentar el amamantamiento al bebe. Las mujeres que hiper lactan tienen un flujo mas rápido y mejor producción de leche. Si el niño se cansa rápidamente al amamantar, puede ser útil tener periodos mas cortos y mas frecuentes. El niño debe ser capaz de amamantar aproximadamente 30 minutos. Periodos más largos pueden ser una señal de que el niño no recibe una ingestión adecuada y se puede exacerbar la ingestión del aire debido a la fatiga. En este caso, la madre puede extraerse la leche después de amamantar a fin de mantener su producción de leche y proporcionar leche materna a través de biberón o sonda (Vásquez 2012).

ALIMENTACION CON BIBERÓN

En la alimentación con biberón los niños utilizan sus encías y, en menor medida, su lengua y paladar, para estabilizar el chupón y generar una presión negativa para extraer la leche de la botella. El uso del biberón puede ser la única fuente de alimentación o puede complementar la lactancia materna (Mendoza et al 2012). La alimentación se hará más fácil si se coloca la mamila del otro lado de la hendidura. De esta manera la mamila podrá apretarse con la lengua contra el lado de las encías que está completa. (Rodríguez et al. 2010) Al igual que con la lactancia materna, la alimentación con biberón se debe limitar a 30 minutos, para minimizar el gasto excesivo de energía. El niño se alimentará mejor si lo sostiene en posición semivertical o semisentado, con una inclinación de 60 a 80 grados, en el arco que forma el brazo de la madre o apoyando este sobre una almohada. Así disminuirá el riesgo de que el niño trague aire y que se le vaya la leche por la nariz. (Corbo 2005)

Los bebes con paladar fisurado requieren de mas practica que los niños con solo labio fisurado. El uso del biberón puede ser facilitado con botellas especiales tales como el alimentador de labio leporino y paladar hendido, el alimentador de Haberman, o la botella Pigeon medica. El alimentador de labio leporino y paladar hendido es una botella de plástico, suave, que es muy fácil de apretar para proveer mayor flujo para el bebe que tiene una succión débil y el cupón tiene un gran corte de cruz para facilitar dicho flujo. Cuando se utilice este alimentador se debe prestar especial hincapié en la capacidad del niño para controlar el flujo, a fin de evitar una aspiración/episodio de asfixia mientras que la madre aprieta la botella. El alimentador de Haberman tiene un cupón alargado con dimensiones únicas. El

cupón tiene una hendidura para facilitar y controlar el flujo, permitiendo que el bebe se adapte al flujo de succión, la deglución y la respiración mientras se reduce la ingestión de aire. La botella Pigeon medica, tiene un corte en cruz en la mamila, que es más grueso por un lado y mas fino por el otro lo que hace posible que los bebes tomen leche al apretar ligeramente la mamila con la boca o la lengua. Estas botellas deben lavarse solo con agua tibia, de lo contrario, el agua caliente dañara la mamila, haciendo que el material se descomponga (Mendoza, et al 2012). El chupón de ortodoncia también esta disponible y puede ser usado según la capacidad del niño. Debe tenerse especial cuidado mientras se alimenta al niño de manera que unas veces se coloque la cabeza a la izquierda y otras a la derecha, esto ayudará en el crecimiento de los músculos de la cara y que aumente la fuerza de los músculos del cuello.

Si siguen persistiendo problemas de alimentación, se confeccionará un obturador (paladar), que facilite la alimentación. El especialista en realizar este obturador es el odontólogo o el cirujano máxilo-facial. Esto Ayudará al niño a formar un sello alrededor de la mamila o pezón, apretando las mejillas del niño hacia la mamila se utilizará el dedo índice y pulgar. Se utiliza el dedo medio para sostener la quijada del bebé (Rodríguez et al 2010).

ADECUACION NUTRIMENTAL

Una situación adecuada se traducirá en un crecimiento óptimo de acuerdo a la edad, sexo y potencial familiar de crecimiento. En algunos casos, la densidad calórica de la leche materna o formula pueden incrementarse debido al mayor gasto energético de los niños con labio y paladar hendido. El monitoreo de rutina para prevenir problemas en el desarrollo debería ser la principal norma de atención (Mendoza, et al 2012).

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento para estas anomalías incluye la cirugía y un abordaje integral del equipo especializado para ayudar con las múltiples complicaciones que pudieran presentarse.

- **cirujano plástico** -cirujano que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las anomalías esqueléticas del cráneo, los huesos faciales y partes blandas. Trabaja en colaboración estrecha con ortodoncistas y otros especialistas para la coordinación de un plan quirúrgico (Cofiman, 2007).
- **pediatra** - controlará al niño durante su crecimiento y ayudará a coordinar la participación de los múltiples especialistas comprometidos su atención (Cofiman, 2007).
- **nutrición** -evaluará el estado nutricio y crecimiento normales, evitara la desnutrición y el retraso en el crecimiento cuando estén presentes (Cofiman, 2007).
- **ortodoncista** - dentista que evalúa la posición y alineación de los dientes del niño y que coordina un plan de tratamiento con el cirujano y otros especialistas (Kevin 2010).
- **odontopediatría** - dentista que evalúa y cuida la dentadura del niño por medio de aparatología odontológica (Kevin 2010).
- **terapeuta del habla y del lenguaje** - profesional que realizará una evaluación integral del niño para determinar su capacidad de comunicación y que lo supervisará estrechamente durante las diferentes etapas de su desarrollo(Kevin 2010)..
- **otorrinolaringólogo** - médico que asistirá en la evaluación y el control de las infecciones de oído y de la pérdida auditiva, que pueden ser efectos secundarios de las anomalías de niño (Kevin 2010).
- **genetista** - profesional que evalúa los antecedentes médicos y familiares y que también examina al niño para ayudar en el diagnóstico. El genetista también aconsejará ala familia acerca del riesgo de recurrencia en futuros embarazos (Kevin 2010).
- **Psicología** – ayudará a los padres y al niño a afrontar este padecimiento ante la sociedad (Kevin 2010)..
- **enfermería** - enfermero registrado que combina la experiencia en enfermería pediátrica con la especialización en el cuidado de su hijo y que actúa como vínculo entre su familia y el equipo médico especializado en el tratamiento de niños con labio leporino y paladar hendido (Kevin 2010)..
- **trabajador social** - profesional que proporciona guía y consejo para el niño y su familia en cuanto a los aspectos emocionales y sociales que acarrear

estos tipos de anomalías y que, además, ayuda a la familia mediante derivaciones y recursos de la comunidad (Kevin 2010).

El tratamiento específico será determinado por el médico del niño basándose en lo siguiente:

- la edad del niño, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- las características específicas de la anomalía del niño
- la tolerancia del niño a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- el compromiso de otras partes o aparatos y sistemas del cuerpo (Manrique 2003).

La edad adecuada para operar a un niño de labio leporino es de 3-6 meses de edad, siendo mas adecuada a los 5 meses edad en los casos de labio bilateral (Cofiman 2007).

Para la mayoría de los niños que solamente tienen labio leporino, la anomalía puede repararse en los primeros meses de vida, cuando el niño pesa entre 4.5 y 5.5 kg, entre 10 y 12 libras. La decisión la tomará el cirujano de niño (Rosillon, 2007). El objetivo es reparar la separación del labio. Se debe informar a los padres de familia que será necesaria una segunda operación o más en el transcurso de los años de acuerdo al crecimiento facial del niño.

Las reparaciones del paladar hendido normalmente se hacen entre los 6 y 18 meses de edad. Es una cirugía más complicada y se realiza cuando el niño es más grande y puede tolerarla mejor. El médico del niño decidirá el momento más conveniente para la cirugía. Su objetivo es reparar el techo de la boca de forma que el niño pueda comer y aprender a hablar normalmente. Se debe tener en cuenta que algunas veces, es necesaria una segunda operación (Thornton, et al. 2004).

Cirugía: El cirujano plástico discutirá los detalles, los riesgos, las complicaciones, los costos, el tiempo de recuperación y los resultados de la cirugía.

Objetivos de la cirugía:

1. la aproximación de los segmentos debe realizarse sin perder las marcas naturales, incluyendo el arco de cupido remanente y el filtrum
2. reseca la menor cantidad posible de tejido

3. el arco de cupido debe quedar en una posición balanceada
4. la cicatriz debe quedar a lo largo de una línea natural
5. los músculos deben unirse y quedar completamente alineados logrando revertir el borde libre del labio
6. la base nasal debe balancearse con la columela y el ala contra lateral. El resultado final debe ser simétrico, estético y funcional. (Manrique 2003)

Tratamiento quirúrgico:

TECNICA DE ROTACION-AVANCE DE MILLARD

Es el procedimiento mas utilizado; se basa en un concepto de rotación avance de modo que se rota el lado no fisurado y se avanza el lado fisurado, mediante la realización de un amplio despegamiento subperiostico para desinsertar todas las alteradas inserciones musculares.

TECNICA DE COLGAJOS TRIANGULARES (TENNISON-RANDALL)

Se trata de un modelo matemático de diseño de colgajos triangulares que aumentan la longitud del labio y que permiten a alineación de los segmentos. Dado que su planificación se basa en un ajuste perfecto de las medidas de ambos segmentos, su ejecución es fácil y precisa, con buenos resultados a largo plazo. Entre sus desventajas esta la introducción de tejido en la zona de filtrum, así como dibujar una columna filtral no recta. Debe asociarse a una rinoplastia primaria.

QUEILORRINOPLASTIA FUNCIONAL DE DELAIRE

Incluye una disección cuidadosa de a mucosa nasolabial, reposición anatómica de todas las estructuras y disección subperiostica amplia de toda la maxila hipoplástica del Llado fisurado.

ADHESION LABIAL

Es un procedimiento auxiliar indicado en casos que la fisura labial es muy amplia, disminuyendo la necesidad de disección maxilar de los elementos del labio, con lo cual se logra dejar una tensión menor al momento del cierre definitivo. Los puntos del marcaje se preservan y no debe alterarse el tejido necesario para el cierre definitivo del labio. Utiliza colgajos rectangulares de bermellón para no interferir en la planificación de la cirugía posterior (Cofiman, 2007).

Después de la cirugía para labio leporino (Queiloplastia): El niño se encontrará irritable. Se utilizará protectores acolchados en los codos con el objeto de restringir su movimiento e impedir que se frote los puntos de sutura y la incisión. Estos puntos de sutura se disolverán por sí solos o se extraerán de cinco a siete días después. La cicatriz desaparecerá gradualmente, sin embargo, nunca por completo. El labio superior y la nariz del niño tendrán puntos de sutura en la zona donde se reparó el labio leporino. La presencia de hinchazón, moretones y sangre alrededor de estos puntos de sutura es normal (Rodríguez 2010).

Después de la cirugía para paladar hendido (Palatoplastia): Es una cirugía más compleja y puede causar más molestias y dolor que la cirugía de labio leporino, es probable que, debido al dolor y a la localización de la incisión, el niño no coma ni beba como solía hacerlo.

El niño tendrá puntos de sutura en el paladar donde se reparó la hendidura, los cuales se disolverán después de varios días y no tendrán que ser retirados por el cirujano tratante; se colocará una compresa quirúrgica en el paladar.

Se producirá un sangrado mínimo por la nariz y la boca, pero disminuirá durante el primer día. También se producirá hinchazón en la zona de la cirugía, pero disminuirá considerablemente en el transcurso de una semana. Durante dos o tres días, el niño sentirá un ligero dolor, que puede aliviarse mediante la administración de medicamentos que no contengan aspirina. Muchos niños muestran señales de congestión nasal después de la cirugía. Estos signos pueden incluir ronquidos nasales, respiración bucal y disminución del apetito. Durante la estadía del niño en el hospital se le administrarán antibióticos para prevenir infecciones (Duque et, al 2005).

INDICACION NUTRICIONAL POST-QUIRUTGICO

Después de la cirugía de labio o paladar, podrá consumir agua natural; si la tolera a la perfección, sin vómito, el siguiente líquido la madre le proporcionará al niño una solución glicosada; vía oral con cuchara o jeringa, después de 1hr ya podrá consumir dieta de líquidos claros (jugo de manzana pediátrico o diluido 50:50). Si el paciente fue operado solo del labio podrá consumir leche después de 4 hrs.;

después de haberse realizado la cirugía; tendrá prohibido el biberón, se le dará la leche en vaso ó cuchara de plástico o jeringa; si el paciente fue operado del paladar o zona naso alveolar, se le prohibirá los lácteos hasta que el medico lo indique; pueden pasar mas de 8 días sin consumo de lácteos; el paciente que es operado de paladar ya cumplió los 12 meses de edad por tal motivo ya consume una dieta familiar, al quitarle los lácteos no perjudica su dieta ya que podrá consumir otros alimentos, todos en consistencia papilla, el primer día se empezara con jugos naturales de frutas y verduras y del segundo al séptimo día podrá consumir las papillas con cuchara de plástico, no metal ni instrumentos filosos, consumir líquidos con vaso, no popotes ni biberón hasta que el médico lo indique podrá modificar la consistencia del alimento (Kevin 2010).

Cada vez que consuma algún alimento la madre deberá limpiar la boca del niño con gasa o manta de cielo y agua, para que no quede ningún residuo de alimento y esto pueda ser un foco de infección (Rodríguez, et al 2010).

Se utilizarán hilos absorbibles, por lo tanto no será necesario el retiro de puntos, el niño puede ser dado de alta hospitalaria el mismo día o un día después de la cirugía, al octavo día el niño con alta media ya podrá consumir todos sus alimentos; seguirá con terapia de foniatría y ortodoncia; depende de la gravedad y del desarrollo facial de cada paciente son la cantidad de cirugías y procedimientos estéticos que se realizaran en el transcurso de su vida (Corbo, et al 2005).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Corbo Rodríguez, Marimón Torres. Labio y Paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Revista Cubana Médica Gen integr 2005 379-385
- 2.- Carlos Rosillon, Cuidados operatorios de labio y paladar hendido, dirigido a los padres con niños de 3 meses a 3 años atendidos por la fundación operación sonrisa. 2007.
- 3.- Cofiman F, Cirugía plástica, reconstructiva y estética en niños con labio y paladar fisurado. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007. Pág. 687-729
- 4.- Duque Ángela María, Estupiñán Betty Astrid. Labio y paladar fisurados en niños menores de 14 años., Piedad Eugenia Huertas. Colombia Médica Vol. 33 N° 3 2005.
5. Ignacio Trigós Micoló, Dra. María Eugenia Guzmán y López Figueroa Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México cirugía plástica Vol. 13, núm. 1 Enero-Abril 2007 pp 35 - 39
- 6.- Instituto Jalisciense de Cirugía Estética y Reconstructiva José Guerrerosantos, estadísticas ingresos de primera vez, pacientes menores de 1 año con labio y paladar hendido 2012.
- 7.- Isaza C, Manrique Anomalías y síndromes asociados con labio y/o paladar hendido. LA.hendido. Colomb Med 2003. pp 55-61.
- 8.-Proposal for a treatment methodology in multidisciplinary care of patient presenting with cleft palate. Revista cubana de Estomatología 2010 143-157.
9. Thornton, Incidencia, clasificación, etiología y embriología de las Fisuras orales, Howard P Sem Ortodon 2004; pp 5-11
- 10.- Use of palatal obturator in patients with cleft lip and palate, a case report in the Naval Medical Center, Lima, Perú Rodríguez Torres, Luis Norabuena Huapaya, Maria Thelma. Odonto Pediatric Vol 9 N° 1 Enero-Junio 2010.
11. Vásquez Garibay Edgar, Mendoza Martha Nutrición Clínica en Pediatría un enfoque práctico, Edt. Intersistemas ed México 2012. pp 253-257

