

***ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA JORNADA ROTAPLAST REALIZADA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE PARA PACIENTES CON LABIO Y
PALADAR HENDIDOS***

INTEGRANTES:

*ÁNGELA MARCELA CORREA TORO
MARITZA MARULANDA ARIAS
EIBER ANDRÉS LÓPEZ JARAMILLO
WILSON SOTO RAMIREZ*

ASESOR:

*DR. CARLOS ENRIQUE HOYOS SALAZAR.
CIRUJANO PLÁSTICO.*

*PEREIRA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA QUIRÚRGICAS
CIRUGÍA GENERAL
MAYO 16 DEL 2006*

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA JORNADA ROTAPLAST REALIZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE PARA PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDOS

INTRODUCCIÓN

ROTAPLAST

“Rotaplast Internacional fue fundada en 1992 por el Presidente del Club Rotario Peter Lagarias y el Dr. Ángelo Capozzi en colaboración con el Club Rotario de San Francisco para facilitar un programa de cirugía en La Serena, Chile para tratar niños con defectos de labio y paladar quienes no podrían recibir intervención quirúrgica de otro modo. Este inicio histórico de la misión tomo lugar en enero de 1993. Cientos de voluntarios médicos y no médicos quienes aportaron su valioso tiempo y organizaciones generosas así como hospitales y compañías de equipo medico, las cuales dieron su aporte, apoyan el suceso consistente y la expansión de las misiones de Rotaplast. Por supuesto, Rotaplast no podría existir sin el apoyo esencial y vital provisto por los Clubes Rotarios nacionales e internacionales, individuos, compañías filántropas, y las fundaciones corporativas y privadas. En 1999, la Fundación Rotaplast estaba formada como una institución caritativa para manejar las fundaciones las cuales sostienen la misión de Rotaplast internacional. Aunque es una organización con base en San Francisco, Rotaplast trabaja nacional e internacionalmente con Clubes Rotarios, otras organizaciones e individuos a través de los Estados Unidos y en los sitios de misión. Provee un vehículo para profesionales médicos y voluntarios no médicos para entrar en proyectos que construyan amistades internacionales y promuevan el bienestar y el entendimiento entre las personas en el mundo”¹.

FUNDACION SONRIE

“Es una entidad sin ánimo de lucro que busca satisfacer las necesidades de las personas con anomalías craneofaciales en lo referente a su atención física, psicológica y de integración familiar y social que se ajuste a las exigencias actuales de la legislación en salud. Tiene su sede en Pereira”².

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA

“La Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano es una agrupación científica y gremial, sin ánimo de lucro que desde 1956 se ha preocupado por avalar la idoneidad como cirujanos plásticos de sus

miembros mediante investigación de su curriculum, rigurosas pruebas de ingreso, actividades de educación continuada y vigilancia del ejercicio ético.

Asimismo, asesora a las universidades y entidades estatales en los procesos de aprobación de títulos y programas académicos en Cirugía Plástica.

Uno de sus principales objetivos es entonces el velar porque la comunidad reciba una atención de alta calidad dentro de la especialidad de la Cirugía Plástica”³.

CONSIDERACIONES SOBRE EL LABIO Y PALADAR HENDIDOS

“El labio hendido es una malformación relativamente frecuente, siendo aproximadamente el 15% de todas las malformaciones; con una frecuencia, asociado o no a paladar hendido, entre 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos. El sexo masculino se encuentra más afectado, en una relación de 7:3, con un predominio del labio hendido unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo que el derecho; siendo la malformación más frecuente el labio hendido asociado al paladar, que cada uno por separado; de tal forma que la asociación más frecuente es el labio hendido unilateral total con fisura palatina.

Fisiológicamente la cavidad nasal trabaja como una cámara de resonancia en armonía funcional con la resonancia de la cavidad bucal. El paciente con paladar hendido tiene alterada la resonancia nasal y es incapaz de una oclusión velofaríngea eficiente, para evitar el escape del aire a través de la nariz. Esto da la característica de la voz con hipernasalidad del paciente fisurado. Para que haya un cierre efectivo velofaríngeo es necesario un paladar largo, movable y competente desde el punto de vista de su contracción.

Se requiere todo un equipo interdisciplinario para lograr darle una mejor calidad de vida a las personas afectadas por esta malformación.”⁴

JUSTIFICACIÓN

El trabajo que se realiza en el área de Subespecialidades quirúrgicas en Cirugía Plástica, pretende brindar un apoyo de valoración, clasificación, y seguimiento a los pacientes que se intervendrán quirúrgicamente para la patología de labio y paladar hendidos, ya que en el manejo quirúrgico de esta patología pueden aparecer complicaciones, por lo tanto es importante visualizarlo para complementar el sistema de vigilancia de estos pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el manejo pre, trans y postoperatorio inmediato de los pacientes seleccionados para la jornada de cirugías correctivas de labio y paladar hendidos

realizada en el HUSJ durante el periodo comprendido entre el 16 y el 23 de Febrero del 2006 (ROTAPLAST).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Describir el proceso de selección de los pacientes que participarán de la jornada ROTAPLAST.*
- *Clasificar el grado de severidad de la enfermedad congénita de labio y paladar hendidos en la población a estudiar..*
- *Describir Las técnicas quirúrgicas utilizadas en los diferentes pacientes además de las posibles complicaciones en el intra y postoperatorio.*
- *Observar y describir el postoperatorio inmediato y a corto plazo.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La zona geográfica de Risaralda, tiene una gran influencia económica por tener una alta actividad agrícola, destacándose en mayor medida el cultivo del café y de otros productos del sector agrario, al igual que la industrialización que ha venido presentando en sus ciudades más importantes en los últimos años, de esta manera se ha visto afectada de una manera cada vez mas significativa por una patología de tipo congénito: las hendiduras de labio y paladar (queilosquisis y palatosquisis), que hasta el momento se han convertido en un tipo de patología cada vez mas frecuente, especialmente entre nuestra población con menores recursos y menos favorecida, hasta el momento se desconoce en que porcentaje exacto afecta a la población, por lo cual una empresa privada ROTAPLAST, en asocio con la SCCP y la Fundación SONRIE, ha implementado una campaña masiva y gratuita y la ha puesto en practica en un gran número de personas afectadas, aunque hasta el momento no se ha implementado un sistema de vigilancia o seguimiento para estos pacientes.

MARCO TEORICO

EMBRIOLOGÍA ₅

La cara

La cara se forma a partir de cinco procesos o primordios faciales que levanta el ectodermo de la extremidad cefálica del embrión, alrededor de la boca primitiva, conocida como estomodeo, estructura central alrededor de la cual se formará la cara. Este proceso se inicia alrededor de la cuarta semana.

Los procesos faciales son: el proceso frontonasal, dos procesos maxilares superiores y dos procesos maxilares inferiores o mandibulares. (figura 1)

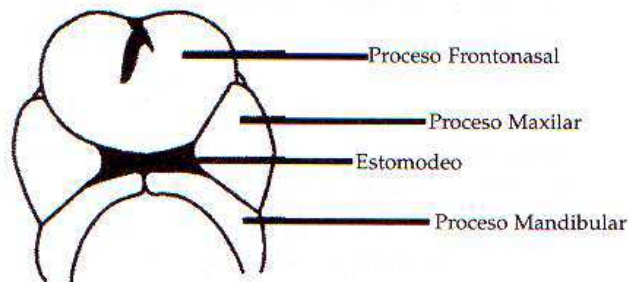


Figura 1: Primordios faciales

El **Proceso Frontonasal** es una proliferación del mesénquima de localización ventral y anterior al lugar donde se desarrolla el prosencéfalo. Se encuentra por encima del estomodeo y forma la mitad superior de la cara, el septum nasal, el filtrum labial, la premaxila y el paladar duro (anterior).

Los dos **Procesos Maxilares Superiores** se derivan del primer arco branquial y son los límites laterales del estomodeo. Dan origen a la mitad superior de las mejillas, las porciones laterales del labio superior y el paladar posterior.

Los dos **Procesos Mandibulares** (Maxilares Inferiores) también provienen del primer arco branquial. Son el límite inferior del estomodeo y forman la mandíbula, la mitad inferior de las mejillas y parte de la lengua.

Al final de la cuarta semana de desarrollo aparecen en el **Proceso Frontonasal**, en su porción inferoexterna, dos engrosamientos ovalados (uno a cada lado), llamados placodas nasales que forman rebordes en herradura conocidos como Procesos Nasales Externo e Interno (Figura 2).

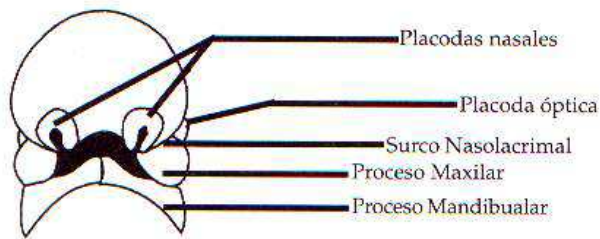


Figura 2: 4ª semana de desarrollo

La porción central de la placoda origina las Fosas Nasales. Durante la 7ª semana los procesos nasales internos se unen entre sí y forman el segmento intermaxilar (Figura 3) que da origen a:

- *El filtrum: parte media del labio superior*
- *Componente Gnatogingival que forma la premaxila*
- *Componente Palatal: da origen a al paladar primario o anterior.*

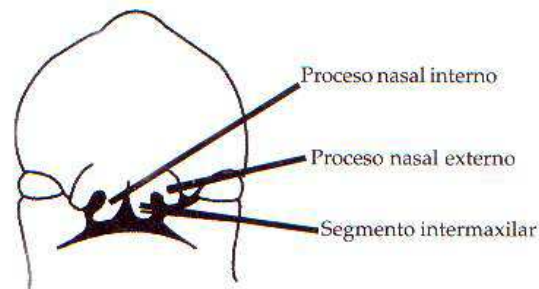


Figura 3. 7ª semana de desarrollo

Desarrollo del Paladar

El paladar inicia su desarrollo al mismo tiempo que el proceso frontonasal y los procesos maxilares lo están haciendo para formar la cara, a partir de la quinta semana de vida embrionaria. El paladar anterior o paladar primario se desarrolla de la porción interna del segmento intermaxilar y se fusiona con los procesos maxilares superiores. El paladar secundario o posterior se forma a partir de dos porciones de mesoderma de los procesos maxilares. La separación entre paladar primario y paladar secundario es el agujero incisivo (Figura 4).

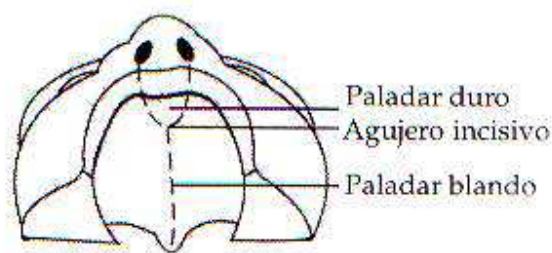


Figura 4. Paladar normal.

El paladar primario da origen a la premaxila superior donde aparecen los incisivos y se forma el paladar duro.

¿Cuáles son las causas del labio y el paladar hendido? 5

La causa exacta del labio y del paladar hendidos aún no se conoce por completo. En la etiología de las hendiduras labio-palatinas se han encontrado factores genéticos y factores ambientales. Se ha encontrado una clara asociación entre el estado socio-económico con la aparición de estas anomalías; un alto porcentaje de los pacientes son desnutridos. A su vez, la exposición de la madre durante el primer trimestre del embarazo a plaguicidas, herbicidas, fungicidas, rociamientos antimaláricos y antidengue con DDT como el consumo de drogas estimulantes del SNC, tranquilizantes opiáceos, alcohol, cigarrillo, isotretinoína (acutane), difenilhidantoinato de sodio, antidepresivos se han reportado como posibles causantes de las anomalías labio-palatinas. También las enfermedades eruptivas

durante el primer trimestre de la gestación, así como el consumo indiscriminado de antibióticos y antieméticos, deficiencias de vitamina A, Riboflavina, Ácido Fólico, la hipoxia y el uso de corticosteroides

Finalmente, algunas entidades genéticamente determinadas se presentan acompañadas de labio y paladar hendido: Síndrome de Pierre- Robin, Síndrome de Treacher Collins y Síndrome de Stickler.

Debido a su carácter genético, las probabilidades de que se vuelva a presentar un labio leporino o paladar hendido en una familia son elevadas, y dependen de qué cantidad de miembros de esa familia presente una o ambas anomalías. Si los padres que no padecen labio leporino o paladar hendido tienen un bebé con estos trastornos, las probabilidades de que estos se repitan en otro bebé varían entre el 2 y el 8 por ciento. Si uno de los padres tiene una hendidura, pero ninguno de sus hijos presenta esta anomalía, las probabilidades de tener un bebé con una son del 4 al 6 por ciento. Si uno de los padres y un hijo presentan una hendidura, las probabilidades de que otro hijo nazca con esta anomalía son aún mayores. Consulte estas posibilidades con un especialista en genética.

CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS FACIALES ⁵

Anomalías del Labio:

✓ Labio hendido Completo:

Cuando no ha habido fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha formado (está abierto).

✓ Labio Hendido Incompleto:

Hay fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está cerrado, pero el músculo orbicular de los labios no está debidamente orientado en forma circular y aparece una hendidura parcial del labio en su porción inferior.

✓ Labio Hendido Cicatricial:

Hay fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial pero hay una pequeña hendidura, en forma de cicatriz en el rollo rojo labial. Estas anomalías pueden presentarse unilaterales (derechas o izquierdas) o bilaterales.

✓ Labio Hendido Bilateral:

No hay fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores. Puede ser hendidura completa si existe compromiso total del espesor del labio y del piso de la nariz o parcial cuando el piso nasal está cerrado y el labio está parcialmente abierto.

Anomalías del Paladar:

✓ Tipo I:

Hendidura del paladar blando (incluidas las de úvula solamente)

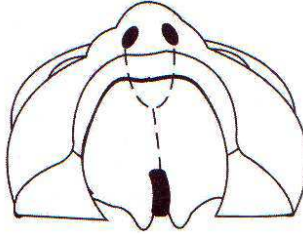


Figura 5. Palatosquisis I

✓ **Tipo II:**

Hendidura de paladar blando y duro que comprometen solo el paladar secundario, es decir llegando sólo hasta el foramen incisivo.

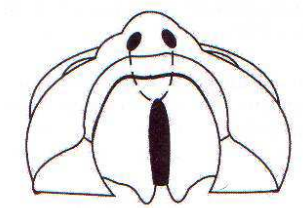


Figura 6. Palatosquisis II

✓ **Tipo III:**

Hendidura completa unilateral, desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los dos lados de la premaxila (hacia el alvéolo que debería ocupar el incisivo lateral). Con mucha frecuencia se acompaña de hendidura unilateral del labio del mismo lado.

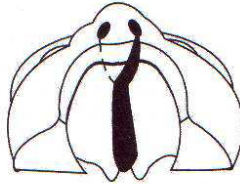


Figura 7. Palatosquisis III

✓ **Tipo IV:**

Hendidura completa bilateral, desde la úvula, pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila. Se asocia frecuentemente con labio hendido completo bilateral.

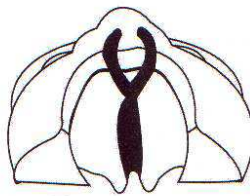


Figura 8. Palatosquisis IV

¿Cuáles son los signos y síntomas del labio leporino y el paladar hendido?

Los síntomas de estas anomalías son visibles en el primer examen que realice el médico de su hijo. El grado de deformación puede variar, sin embargo, es posible notar la anomalía mediante la simple inspección de la boca y los labios ya que existe un cierre incompleto del labio superior o inferior, del techo de la boca, o de ambos.

Complicaciones asociadas con el labio y paladar hendidos

Además de la anomalía estética, existen otras posibles complicaciones que pueden relacionarse con el labio y paladar hendidos, entre las que se encuentran las siguientes:

- **Dificultades en la alimentación:** Generalmente, el lactante no puede succionar adecuadamente porque el techo de su cavidad bucal no está formado por completo.
- **Infecciones de oído debidas a** disfunción del conducto que conecta el oído medio y la garganta con la consecuente **pérdida auditiva** dada su recurrencia.
- **Retardo del habla y del lenguaje:** dado que la función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del techo de la boca y del labio.
- **Problemas odontológicos:** Es posible que los dientes no logren erupcionar normalmente, por lo que a menudo es necesario un tratamiento de ortodoncia.

Manejo del Paciente con paladar hendido:

Es importante tener en cuenta que el manejo de este paciente es multidisciplinario y debe involucrar el grupo familiar por la ansiedad y trastornos emocionales que causan entre las personas que rodean al paciente. Igualmente el manejo es realizado por un grupo que debe incluir a los siguientes profesionales:

- Médico General	- Ortodoncista	- Trabajadora Social
- Pediatra	- Otorrinolaringólogo	- Fonoaudiólogo
- Genetista	- Psicólogo	- Cirujano Plástico
- Odontólogo	- Enfermera	- Cirujano Oral

Cuidados con el paciente:

- ✓ Mantener a los bebés en posición erguida (semisentado) para evitar que el alimento se le salga por la nariz o se broncoaspire.
- ✓ Puede utilizar otros dispositivos para la alimentación.
- ✓ Se recomiendan ingestas frecuentes y cortas.
- ✓ Hoy en día existen muchos tipos de biberones y chupos (tetinas) en el mercado que pueden ser útiles para facilitar la alimentación de un bebé con paladar hendido.

TECNICAS QUIRURGICAS

TRATAMIENTO

Momento de la intervención

La “regla del 10” es una buena guía.

Regla de los diez:⁵

- ✓ Más de 10 semanas de vida.
- ✓ Más de 10 g Hb.
- ✓ Más de 10 libras de peso (4,5 Kg de peso).
- ✓ Más de 10.000 leucocitos/ mm³.

“Algunos autores sugieren el tratamiento quirúrgico intra-útero basados en que la cirugía sobre el ectodermo del feto no produce cicatriz. No es del todo conocida la causa, pero parece estar en relación con la ausencia de células inflamatorias en el feto, que lleva consigo la ausencia de depósito de colágeno; además no se produce contracción de la cicatriz, de forma que el mecanismo reparativo es la regeneración; pero en cambio, implican un importante riesgo de lesión fetal, por lo que la cirugía intra-útero se reserva para malformaciones vitales en las que la intervención postnatal no dé, generalmente, buen resultado.”⁴

➡ **“Técnicas quirúrgicas”**⁴

El primer caso reportado fue desarrollado en el año 390 A.C por un médico Chino desconocido. El gran auge vino a finales del s. XIX y principios del s. XX con los aportes de LeMesurier, Tennison y Millard, este último diseñó la técnica más comúnmente usada en la reparación de fisura unilateral cuyos resultados son cirujano-dependientes.

• **Labio hendido cicatricial**

- a) Una pequeña depresión del borde mucoso o muesca.
- b) Un surco vertical en el labio.
- c) Puede haber asociada deformidad nasal.

La cirugía de las formas cicatriciales consiste en el cierre en línea recta mediante: decorticación y cierre de los bordes de la fisura. (Técnica de Rose-Thonson) (Figura 9). El factor crítico para valorar el cierre directo es la altura vertical del labio. Si la longitud del lado afectado es aproximadamente igual al lado sano, la imperfección del bermellón puede ser extirpada fuera de la cicatriz mediante incisión elíptica y suturada en línea recta (Figura 10).



Figuras 9 y 10.

- **Labio hendido unilateral**

En general deben evitarse las técnicas que introducen tejidos laterales del labio desplazados a la línea media, o que deformen el arco de Cupido, manteniendo una simetría labial y nariz balanceada, todo ello con mínima cicatriz.

Las técnicas más empleadas actualmente son:

1. *Técnica de los colgajos cuadrangulares de Le Mesurier.*
2. *Técnica de colgajos triangulares: Técnica de Tennison-Randall*
3. *Técnica de los colgajos triangulares equiláteros de Malek.*
4. *Técnica de rotación avance de Millard.*

Los procedimientos de 1 al 3 dejan cicatrices inferiores (Z-plástias) más visibles, mientras que la técnica de Millard la Z-plástia es superior.

- **Técnica de los colgajos cuadrangulares de Le Mesurier:** Esta técnica crea un arco de Cupido artificial al desviar el colgajo a través del borde inferior del labio, no resuelve la malformación nasal. (Figura 11).

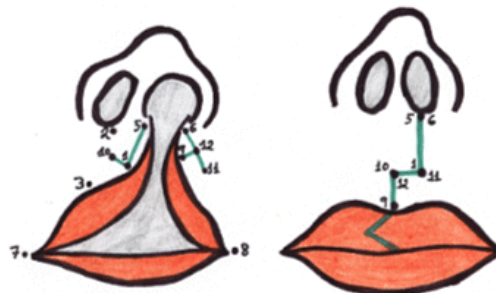


Figura 11.

- **Técnica de colgajos triangulares de Tennison-Randall:** Esta técnica de Z-plastia inferior, preserva el arco. Su finalidad es descender la línea cutáneomucosa interna del labio fisurado y colocar el arco de Cupido en posición normal, mediante un colgajo triangular inferior desde el lado externo de la fisura interdigitado (Figura 12).



Figura 12.

- **Técnica de rotación-avance de Millard:** Consiste en la rotación de un colgajo de la vertiente interna y avance de la externa, introduciendo tejido lateral en la vertiente externa de la fisura labial, permitiendo el tratamiento de la deformidad nasal asociada disecando la base alar y avanzándola a medial en el mismo acto quirúrgico. Tiende a corregir las asimetrías del piso de la nariz y a disimular las suturas (Figura 13).



Figura 13.

- **Labio hendido bilateral**

Se asocia generalmente a fisura completa del paladar primario, no existiendo alteración del paladar secundario; y cuando exista, se debe tener en cuenta que se asocia en este caso con anomalías del oído medio.

En este tipo de fisura, además de la ausencia de restos del arco de Cupido, muestra una disminución, en sentido vertical, de distinta intensidad desde la punta nasal al punto más inferior del prolabio; bien en el prolabio, la columnela o en ambos, incorporar el prolabio al labio tiene ciertas ventajas evidentes, pero hace descender la punta de la nariz. Una de las normas principales en el tratamiento de la fisura bilateral es que el prolabio ha de constituir la totalidad de la altura del nuevo labio en su parte central. Cuando este sea muy hipoplásico, habrá de ser alargado mediante procedimiento plástico.

1. **Métodos de reparación labial en el labio hendido bilateral**

- **Colgajo de Abbè primario:** Sólo se utiliza secundariamente para labios tensos.
- **Método de Tennison adaptado:** Técnica en dos tiempos. Utiliza Z-plastia en la porción inferior, deja cicatrices en “zigzag”, con prolabio protruido al alargarse el labio. Tiene pocos partidarios pues la corrección posterior de las cicatrices es difícil.
- **Método de Millard para fisuras incompletas y completas:** Puede ser aplicado para labios con hendiduras incompletas o completa.

➡ **Complicaciones**

- Infección de la herida
- Dehiscencia o cicatriz
- Retrusión de la premaxila
- Labio largo
- Colapso de los segmentos laterales

CIRUGIA DE PALADAR HENDIDO UNILATERAL

“Momento quirúrgico:”⁶

Las intervenciones quirúrgicas para la corrección del paladar hendido son procedimientos electivos y el paciente debe estar en buen estado de salud, libre de cualquier infección. 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 mas pronto posible.

En la actualidad la mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en niños cuyas edades están entre 18 meses a 3 años, con un promedio de 2 años, para evitar que adquieran hábitos no deseados de lenguaje y evitar la otitis media².

Es muy importante tener en cuenta que estos pacientes deben tener un seguimiento y control para darles un tratamiento ortopédico y ortodóncico post-quirúrgico, porque necesitan expansores palatinos para poder estimular y guiar el desarrollo correcto del maxilar superior.

Tratamiento quirúrgico del Paladar Hendido Unilateral

Hace aproximadamente doscientos años comenzó el tratamiento quirúrgico del paladar fisurado, el cual ha venido mejorando hasta nuestros días.

En 1861 Von Langenbeck utilizó también el periostio en el colgajo para obtener mejor irrigación, consiguiendo mejores resultados. La técnica se puede hacer en dos tiempos; primero, desprendiendo los colgajos mucoperiosticos y se movilizan hacia la línea media para hacer el cierre, practicándose incisiones laterales de relajación que cicatrizan rápidamente por segunda intención. En el segundo tiempo se hace el cierre del paladar blando, se practican incisiones para separar la mucosa nasal y exponer la capa muscular. A continuación, se hacen las incisiones laterales de relajación, se cierra la mucosa nasal y se fractura el gancho de la apófisis pterigoides para movilizar el tendón del periestafilino externo. Luego se procede a hacer el cierre de la mucosa nasal, capa muscular y mucosa bucal. Figura No 14.

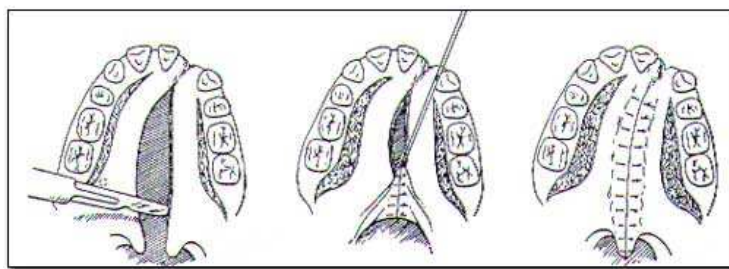


Figura N°14.

Fuente: Cirugía Bucal de H. Archer

La finalidad de practicar la técnica en dos tiempos con un intervalo de tres meses, radica en tratar de minimizar la cicatriz contráctil que tiende a desplazar el paladar blando hacia delante. En la actualidad los cirujanos prefieren operar en un solo tiempo y contrarrestar la retracción de la cicatriz con ortopedia funcional de los maxilares.

Leonard Furlow, en el año 1985, presentó una técnica que consiste en utilizar una doble "z" plastia opuesta, facilitando la disección y reposición de los músculos del paladar. Se construye una hamaca para alargar el paladar blando sin tomar tejidos del paladar duro. Esta es recomendable en el cierre de hendiduras del paladar blando. Figura N°15.

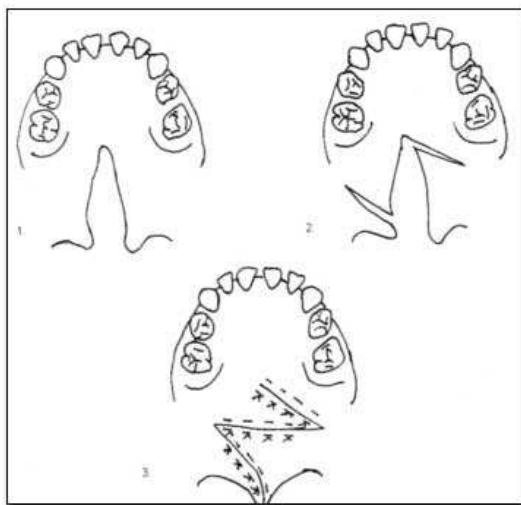


Figura N° 15.

1. Paladar hendido
2. Incisiones
3. Sutura.

METODOLOGÍA

El Club Rotario, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, ROTAPLAST y la Fundación Sonríe han convocado la población con labio y paladar hendidos a una jornada quirúrgica programada entre el 16 y el 26 de Febrero del 2006. Esta población será evaluada y clasificada por medio de un formato según edad, sexo y demás datos relevantes para el estudio. Posteriormente se obtendrá información respectiva a las técnicas quirúrgicas utilizadas por los cirujanos durante la jornada mediante encuestas y videos. Finalmente con los datos obtenidos durante la jornada se contactarán los pacientes para vigilar y reportar su evolución a corto plazo.

Acciones prejornada

Para coordinar las actividades en la ciudad de Pereira, Rotaplast Internacional coordina actividades con la fundación SONRIE, la cual se encarga de realizar la divulgación de la jornada y la convocatoria de la población con el fin de cubrir la mayor cantidad de personas posibles, además se encarga de generar vínculos con el HUSJ el cual a su vez proporcionó 2 quirófanos dobles, el servicio de consulta externa y una sala para la recuperación de los pacientes.

Día 17 de febrero de 2006

Cerca de 220 personas con defectos de labio y paladar entre los que se contaron niños, jóvenes y adultos de ambos sexos asistieron al Hospital Universitario San

Jorge de la ciudad de Pereira en respuesta a la convocatoria realizada por la fundación SONRIE para ser evaluadas por los estudiantes de cirugía plástica y los funcionarios de ROTAPLAST, la SCCP y SONRIE , los cuales seleccionaron 140 pacientes teniendo en cuenta su estado general y los objetivos de la jornada.

Semana de cirugías (febrero 17- 24 de 2006)

Los pacientes seleccionados se citaron en grupos de 20 pacientes por día durante 7 días. Se creó un formato para coordinar los procedimientos (anexo 1). En cada uno de los dos quirófanos se realizaban 2 procedimientos simultáneamente, luego se llenaban los formularios con los datos de la evolución de los pacientes en el postoperatorio inmediato (anexo2). Recuperados los pacientes, eran trasladados a observación, sala donde se seguía su evolución antes de dar el alta.

RESULTADOS

De acuerdo a los datos recolectados por parte de los estudiantes de VIII Semestre de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, a partir de las historias clínicas de todos los pacientes que se presentaron a cirugía electiva para la corrección del Labio y Paladar Hendido (Queilopalatosquisis) brindada por la empresa ROTAPLAST, se observo que la cobertura realizada de una manera activa logró captar una población de 193 habitantes de las regiones cafeteras de Risaralda. Conjuntamente con la realización de una base de datos hecha en Microsof Office Excel, se observo los siguientes resultados:

- ✓ *De la población a estudio se vio una población de 193 habitantes de los cuales 89 (46,11%) correspondían al género femenino y 104 (53,88%) del género masculino (Fig. 17).*

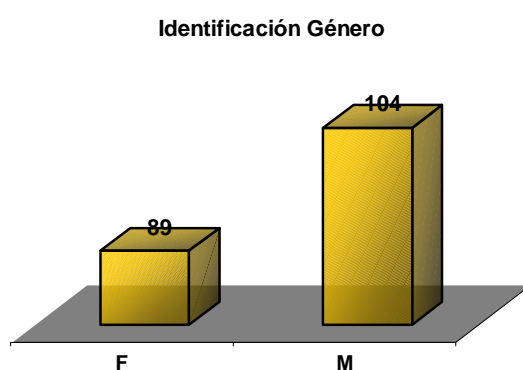


Figura 17.

- ✓ *Se delimitó una frecuencia relativamente mayor en hombres con una relación hombre : mujer de 1.2 : 1, al igual que la incidencia por grupos etáreos el grupo de mayor representatividad de la población fue la mayor de 15 años, esto*

quizá debido a que está población la mayoría eran de estratos 3 y menores, (Fig. 18) por lo que los recursos no eran ni son los adecuados para una cirugía correctiva por parte de una Institución o de especialista, mediante cruce de variables en este grupo etáreo se observó una incidencia de 151 personas que corresponden al 78 % de toda la población a estudio (Fig.19), de esta población se observó una incidencia de Labio Hendido Completo de 55 personas afectadas (28,49%), para Labio Hendido Incompleto fue de 12 personas afectadas (6,21%), (Figura 21), para este grupo etáreo se observa también que la incidencia de Paladar Hendido fue mayor para el de grado 3 con una población de 31 personas (16,06%) (figura 22), de esta población el número de personas que tenían ambas patologías fue de 25 correspondientes al 13% de toda la población.

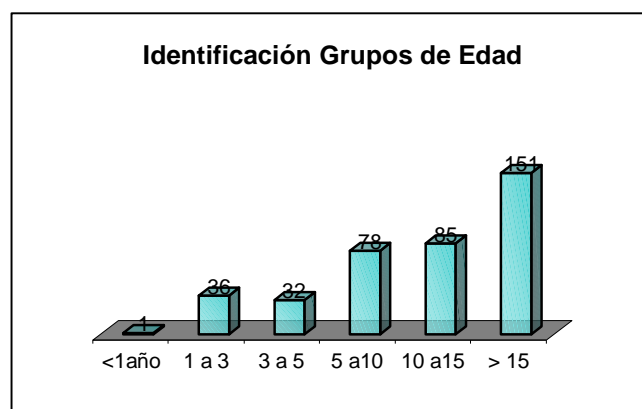


Figura 18.

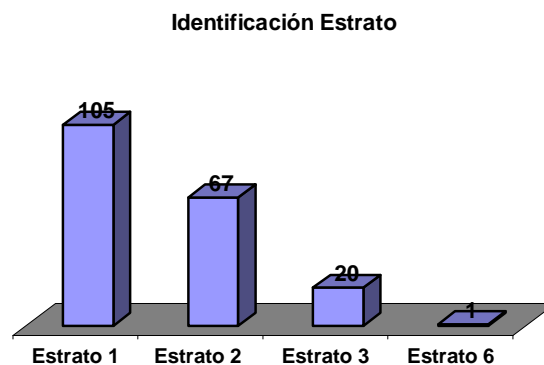


Figura 19.

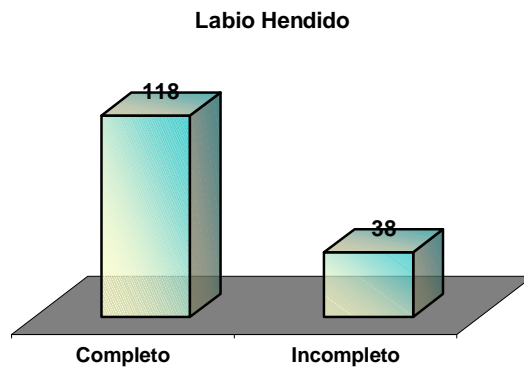


Figura 20

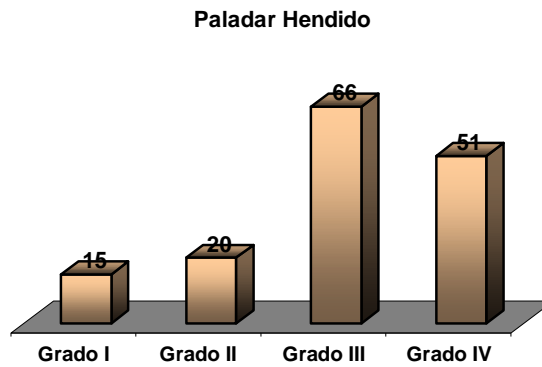


Figura 21

- ✓ Ya analizando la población general se puede observar en cuanto a los antecedentes personales, la historia previa de Labio y Paladar hendido en la familia del paciente, que hubo una fuerte asociación de la presencia de esta patología en tíos, seguidos por hermano, padre, madre y abuelo, además la frecuencia de otras patologías relacionadas a la enfermedad en sí estuvieron fuertemente correlacionadas con la presencia de Otitis (28%), Amigdalitis (19%), Bronquitis (16%), Faringitis (6%), Reflujo Gastroesofágico (5%) como se puede observar en la Figura 22.

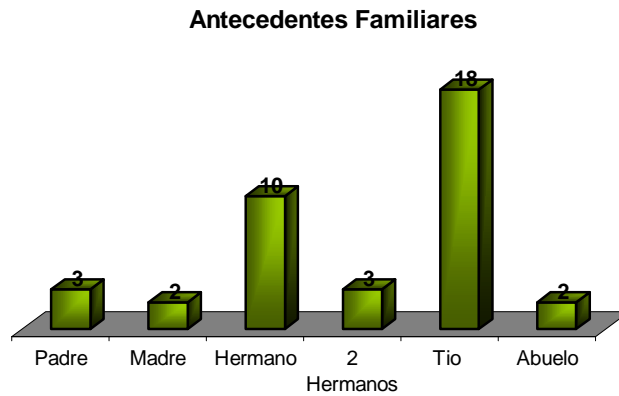


Figura 22.

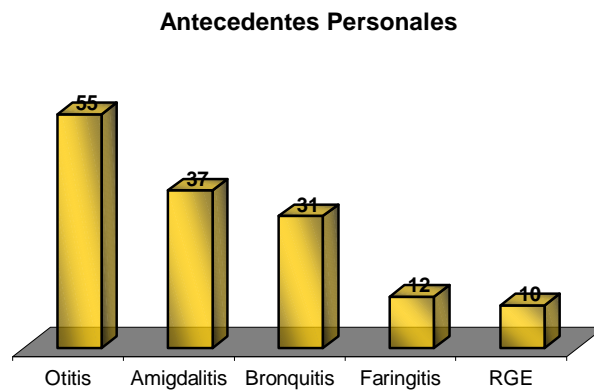


Figura 23.

- ✓ Por último para metas del estudio se delimitó las complicaciones que tuvieron los pacientes a nivel de la cirugía, (Fig. 24) se pudo observar que se realizaron 121 cirugías de las cuales 89 personas (73%) no tuvieron ninguna complicación observándose buena tolerabilidad al procedimiento, mientras que en orden de frecuencia se observó que la mayor complicación fue el dolor (11%), seguido de formación de fístulas (6,6%), luego seguía en porcentajes similares y menores al 2 % las complicaciones de Infección, Sangrado, Dehiscencia y sepsis, los tratamientos de estas complicaciones fueron médicas y en algunos quirúrgicas.

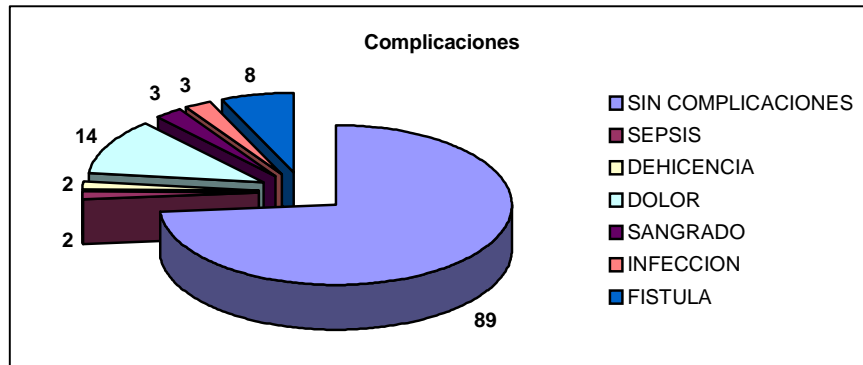


Figura 24.

CONCLUSIONES

- ✓ *Rotaplast, la Sociedad Colombiana de cirugía plástica y la fundación Sonríe se unieron para realizar sin ánimo de lucro procedimientos quirúrgicos en la población risaraldense afectada con Labio y paladar hendidos.*
- ✓ *Alrededor de la 4ª semana comienza la formación de la cara a partir de cinco procesos o primordios faciales cuyo desarrollo puede verse afectado por diferentes factores genéticos y ambientales con la consecuente formación de labio y paladar hendidos, malformaciones que afectan de manera tanto física, como fisiológica y emocional a las personas afectadas.*
- ✓ *Las técnicas utilizadas en la reparación del labio hendido son para el Labio hendido cicatricial principalmente la Técnica de Rose-Thonson, para Labio hendido unilateral las técnicas de los colgajos cuadrangulares de Le Mesurier, colgajos triangulares: Técnica de Tennison-Randall, y la Técnica de rotación avance de Millard. Finalmente para el labio hendido bilateral las más usadas corresponden a la técnica de Colgajo de Abbè primario, el Método de Tennison adaptado y el Método de Millard para fisuras incompletas y completas.*
- ✓ *En la población estudiada se delimitó una frecuencia relativamente mayor en hombres con una relación hombre : mujer de 1.2 : 1.*
- ✓ *La incidencia por grupos etáreos el grupo de mayor representatividad de la población fue la mayor de 15 años, con una incidencia de Labio Hendido Completo de 28,49%, Labio Hendido Incompleto 6,21%. Además para este grupo etáreo se observa que la incidencia de Paladar Hendido fue mayor para el de grado 3 con un 16,06% de la población. Finalmente el número de personas que tenían ambas patologías corresponde al 13% de toda la población.*
- ✓ *Los antecedentes personales y familiares del paciente mostraron una fuerte asociación con estas alteraciones.*
- ✓ *Encontramos entre las patologías más frecuentemente relacionadas con el Labio y paladar hendido las siguientes: Otitis (28%), Amigdalitis (19%), Bronquitis (16%), Faringitis (6%), Reflujo Gastroesofágico (5%).*
- ✓ *73% de los pacientes intervenidos no presentaron complicaciones post quirúrgicas observándose buena tolerabilidad al procedimiento, mientras que en orden de frecuencia se observó que la mayor complicación fue el dolor (11%).*

CRONOGRAMA

	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
DURACIÒN - ACTIVIDADES																				
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X																	
JUSTIFICACIÒN				X																
OBJETIVOS			X																	
MARCO TEÒRICO				X	X															
METODOLOGÍA							X	X	X	X	X	X	X	X						
ELABORACIÒN DOCUMENTO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANEXOS

ANEXO 1

JORNADA ROTAPLAST - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE - UTP

A. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE			
EDAD	< 1 AÑO	1 A 3 AÑOS	
	3-5 AÑOS	5 A 10 AÑOS	
	10 A 15 AÑOS	> 15 AÑOS	
SEXO	FEMENINO	MASCULINO	
PESO		TALLA	IMC
NIVEL SOCIOECONÓMICO			
ESTRATO 1	ESTRATO 2	ESTRATO 3	
ESTRATO 4	ESTRATO 5	ESTRATO 6	

B. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES FAMILIARES

LABIO	PALADAR
LABIO Y PALADAR	OTRO?
CUAL	
PADRE	MADRE
HERMANO	TIO
ABUELO MATERNO	ABUELO PATERNO

ANTECEDENTES AMBIENTALES

CONTACTO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CON:

PLAGUICIDAS	DDT
OTRO	CUAL?

ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

CONSUMO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE:

ANTIBIÓTICOS	HIERRO + ACIDO FOLICO
ANTICONVULSIVANTES	ESTIMULANTES DEL SNC
ANTIDEPRESIVOS	TRANQUILIZANTES
OTRO?	CUAL?

ANTECEDENTES TOXICOALÉRGICOS

CONSUMO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE:

ALCOHOL	SI	NO	CUANTO?
CIGARRILLO	SI	NO	CUANTO?
OTROS?	SI	NO	CUALES?

C. ANTECEDENTES PERSONALES

OTITIS	FARINGITIS
--------	------------

AMIGDALITIS
BRONQUITIS
CUAL?

REFLUJO GASTROESOF.
OTRO

D. EXAMEN FISICO

LABIO HENDIDO:	COMPLETO		INCOMPLETO
PALADAR I	II	III	IV

FISTULA NASOLABIAL:		
DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL

FISTULA ORONASAL:		
DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL

HIPOPLASIA		
TERCIO MEDIO		
DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL
TERCIO INFERIOR		
DERECHA	IZQUIERDA	BILATERAL

CUANDO FUE DIAGNOSTICADO?		
NACIMIENTO	< 1 MES	1-6 MES
6 - 12 MESES	OTRO?	CUAL?

E. CRECIMIENTO

MANEJO DE ALIMENTOS:	
SEMISENTADO	SENTADO

ALIMENTACIÓN CON:	
CHUPO NORMAL	CHUPO VETERINARIO
FERULA FIJA	FERULA DINÁMICA
OTRO	CUAL?

DIGITOSUCCIÓN	SI	NO	
INMOVILIZACIÓN	SI	NO	CUÁL?

F. CIRUGIAS PREVIAS

LABIO	CUANTAS	EDAD
PALADAR	CUANTAS	EDAD
FISTULAS	CUANTAS	EDAD
NARIZ	CUANTAS	EDAD
CICATRICES	CUANTAS	EDAD
HUSOS DE LA CARA	CUANTAS	EDAD
COLGAJOS		

REGLA DEL 10	SI	NO
--------------	----	----

CITAS PREVIAS	SI	NO
---------------	----	----

MEDICINA GENERAL
PEDIATRA
GENETISTA
ODONTÓLOGO
ORTODONCIA
OTORRINOLARINGÓLOGO

PSICÓLOGO
TRABAJO SOCIAL
FONOAUDIÓLOGO
CIRUJANO PLÁSTICO
CIRUJANO ORAL

ANEXO 2

ROTAPLAST INTERNACIONAL UNA SONRISA POR COLOMBIA Pereira, Febrero 14-26 2006

ORDENES MÉDICAS POST-OPERATORIAS

Nombre _____ Peso _____
Edad _____ Procedimiento quirúrgico _____
Nº Historia Clínica: _____ Fecha _____

2. *Trasladar a sala de Rotaplast*
3. *Líquidos intravenosos.*
4. *Acetaminofén con codeína _____ cada 4-6 horas si hay dolor.*
5. *Acetaminofén simple _____ cada 4-6 horas si hay dolor.*
6. *Otro medicamento para dolor _____*
7. *Antibiótico _____ cada _____*
8. *Iniciar líquidos claros vía oral con vaso o jeringa*
9. *Dieta _____*
10. *Signos vitales cada _____ horas*
11. *Limpiar labio con agua oxigenada y aplicar ungüento antibiótico*
12. *No dejar tocar herida quirúrgica con las manos o poner las manos dentro de la boca.*
13. *Prohibido uso de biberón o chupos*
14. *Avisar cambios al medico avisar si hay sangrado fresco o vomito*
15. *Otras órdenes médicas*

ROTAPLAST EVALUATION

Patient _____
Last Name(s) _____ First Name _____
DOB ____/____/____ Age ____/____ Male ____ Female ____ DD ____ MM ____ YY ____ Yrs ____
Mos ____ Address _____ City _____ Phone _____
Problem _____
Vital signs: Resp ____ BP ____ Pulse ____ Hgb/ Hct ____ Weight ____

HISTORY

Surgeries _____
Illnesses _____
Allergies _____
Meds _____
Physical Exam _____
Diagnosis _____

TREATMENT PLAN

Name _____ Signature _____ Date _____

BRIEF OPERATIVE NOTE

(Include technique, problems, sketches)

Procedure _____
Surgeon (s) _____
Complications _____
Descriptions _____

SKETCHES: PRE-OP Date _____

POST-OP Date _____

Days Post- operative _____

Progress _____

Treatment _____

Future Treatment _____

M.D. Name _____ Date _____

Rotaplast Intl. Medical Records Form 1 – 10/16/03
Rotaplast International. Inc. is not a project of Rotary international , which assumes no liability therefore

ROTAPLAST INSTRUCCIONES POST OPERATORIAS - EN ALTA

Nombre _____ Edad _____

Quirúrgico _____ Fecha _____

1. Regresare el día sábado a las 9am para revisión.
2. Reposar por 2 semanas. No correr, montar en bicicleta, saltar, jugar con pelota, etc.
3. No tocar la herida quirúrgica (cortada) o meter las manos en la boca.
4. Enjuagar la boca con agua después de que se tome líquido o comida.
5. No limpiar dentro de la nariz por dos semanas.

PACIENTES OPERADOS DE LABIO HENDIDO

1. Pueden ser amamantados (seno materno, pecho) en posición sentada.
2. Pueden alimentarse con biberón (cortar chupón en cruz).
3. Limpiar la herida con agua y jabón 2 veces al día (sin tallar y aplicar crema antibiótica).

DIETA:

PRIMERA SEMANA: Dieta blanda (Como Gerber o comida molida en la licuadora), sopas, jugos, leche, gelatina.

DESPUES DE LA PRIMERA SEMANA: Dieta normal.

PACIENTES OPERADOS DE PALADAR HENDIDO : Deben alimentarse **SOLO** con VASO.

DIETA:

PRIMEROS TRES DIAS: Dar solo líquidos como agua, caldos claros o consomé, jugo de frutas (colado), leche. Nada caliente. Y SIEMPRE limpiar con agua después de tomar o comer. Después de tres días, puede empezar dieta blanda (todo en la licuadora) o bien cocinado y aplastado, continuar con comida molida por 3 semanas y luego dieta normal pero nada duro de morder (como zanahorias, frutas sin cocer, ni nueces) por un mes.

PACIENTES OPERADOS DE PALADAR HENDIDO Y LABIO HENDIDO

Deben alimentarse SOLO con vaso. PROHIBIDO EL USO DE BIBERON, CUCHARA Ó JERINGA; SUCCION DEL SENO MATERNO.

1. Limpiar la **CICATRIZ** DEL LABIO con agua y jabón 2 veces al día y aplicar crema antibiótica.

DIETA

PRIMEROS TRES DIAS: Dar solo líquidos como agua, caldos claros o consomé, jugo claro de frutas (colado), leche. Nada caliente. Y SIEMPRE limpiar con agua después de tomar o comer. Después de tres días, puede empezar dieta blanda (todo en la licuadora) o bien cocinado y aplastado, continuar con comida molida por 3 semanas y luego dieta normal pero nada duro de morder (como zanahorias, frutas sin cocer, ni nueces) por un mes. No lácteos por 10 días.

MEDICINA

DOSIS

FRECUENCIA

Recomendación de seguimiento:

MEDICO: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.rotaplast.org/>
2. Folleto Fundación SONRIE
3. <http://www.sccp.org/>
4. <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2023.html>
5. HOYOS, Carlos Enrique. Labio y Paladar Hendidos: Orientaciones para su diagnóstico y manejo. Rev med Risaralda, 7(1), mayo de 2001. p 32-36.
6. http://www.actaodontologica.com/40_3_2002/paladar_hendido.asp