

### FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA

C. Giugliano

La incidencia de fisura labio alveolar palatina, en nuestro país, varía entre 1 por 550 a 1 por 600 nacidos vivos, siendo una de las más altas entre los países de origen indoamericano, sólo superado en el mundo por las razas de origen asiático.

**Etiopatogenia.** Se desconocen las causas exactas que determinan esta malformación pero se postula que pudieran existir factores genéticos y ambientales capaces de interactuar en la etiopatogenia del trastorno.

**Factores genéticos.** EL ORIGEN ÉTNICO, LA HERENCIA FAMILIAR Y EL GÉNERO PARECEN TENER IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO DE LA FISURA LABIO ALVEOLAR PALATINA. Es más frecuente en asiáticos, indoamericanos y negros. Existe una mayor incidencia en familiares de fisurados y afecta de preferencia a los hombres.

**Factores ambientales.** Estos actuarían en el PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, atribuyéndose algún rol a las DROGAS (anticconvulsivantes, sedantes, esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, vitamina A); a las RADIACIONES, desnutrición y otros factores que actuarían en un sujeto genéticamente predispuesto.

El defecto se debe a una falla en la formación de la cara del embrión, entre la cuarta y octava semana. Esto podría ser el resultado de una alteración de la fusión o de la penetración de los procesos faciales.

**Falla en la fusión.** El ectodermo que cubre los diferentes procesos faciales que avanzan alrededor del estomeo (boca del embrión) no se lisa IMPIDIENDO LA FUSIÓN DE ÉSTOS.

**Falla en la penetración.** El mesodermo que contiene cada uno de estos procesos no produciría las mitosis y el crecimiento suficiente para que avancen y se unan con el proceso vecino.

**Expresión clínica.** La fisura labio-palatina puede ser única o asociada a otras malformaciones en otros territorios. La fisura puede ser aislada o formar parte de un síndrome genético. EXISTEN MÁS DE 200 SÍNDROMES RELACIONADOS CON FISURAS FACIALES (trisomía 13, 18 y 21, Pierre Robin, Treacher Collins, entre otros).

**Fisura de labio.** La fisura puede ser uni o bilateral y comprometer total o parcialmente el labio, interrumpiendo el paso del músculo orbicular. Puede estar aislada o asociada a fisura palatina. En la mayoría de los casos hay una rinodeformación característica que afecta el ala y la punta nasal (labio unilateral) y la columela nasal (labio bilateral).

**Fisura palatina.** El compromiso del paladar puede ser primario o anterior (labio y reborde alveolar) y secundario o posterior (paladar óseo y velo). La FISURA DEL VELO (interrumpe los 5 pares de músculos que lo componen) puede ser parcial o total y está asociada a FISURAS PARCIALES O TOTALES DEL PALADAR ÓSEO. La FISURA ALVEOLAR puede estar asociada a una fisura labial, pero generalmente se observa junto con todo el paladar fisurado en casos completos labio palatinos.

Además de las deformidades nasolabiales y del trauma psicológico que significa esta malformación facial, ella afecta la succión, la deglución y la fonación. No son raros los trastornos otológicos (otitis serosa, hipoacusia) y dentales (ortodóncicos).

**Tratamiento.** Debe ser interdisciplinario e incluir el equipo médico-quirúrgico y odontológico. EN LA REHABILITACIÓN DEBEN PARTICIPAR TAMBIÉN EL FONOAUDIÓLOGO Y EL PSICÓLOGO, ENTRE OTROS.

La pauta del tratamiento quirúrgico no es única ni universal existiendo muchas alternativas, desde la rotación y avance, útil en la fisura labial, hasta téc-

Tabla 27-1  
CRONOGRAMA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS  
EN FISURA LABIO ALVÉOLO PALATINA

OPERACIONES QUIRÚRGICAS PRIMARIAS	EDAD DEL PACIENTE
Gingivoperiosteoplastia primaria y adhesión	Primero o segundo mes
Plastía de labio	3 a 6 meses
Operación del velo	6 a 12 meses
Operación al paladar óseo	2° a 3er año
OPERACIONES QUIRÚRGICAS SECUNDARIAS	
Rinoplastía alar y columelar	Tercero a cuarto año
Retoques de labio	Edad preescolar
Faringoplastía	Antes de siete años
Rinoplastía completa	Después de 14 años

nicas de alta complejidad, en las fisuras completas. El cronograma quirúrgico consiste en realizar operaciones primarias: gingivoperiosteoplastia, plastía de labio, operación del velo y del paladar óseo para continuar con operaciones secundarias como rinoplastía, retoques de labio, faringoplastía. ESTAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SE REALIZAN A UNA EDAD PREESTABLECIDA Y TERMINAN DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS DE EDAD (Tabla 27-1).

Mientras se corrige la anomalía según el cronograma propuesto el fisurado debe alimentarse semisentado, en forma fraccionada, con un chupete largo o mediante sonda nasogástrica teniendo presente que es necesario mantener una adecuada nutrición y evitar las infecciones del tracto respiratorio. El apoyo psicológico se mantendrá hasta los 18 años o más si es necesario.

**Pronóstico.** Los resultados estéticos dependen de la magnitud del defecto.

## PATOLOGÍA DEL PIE

P. Núñez

El pie es un órgano que se debe considerar como: soporte esencial para la posición bípeda humana, pieza fundamental para la marcha, estructura tridimensional variable, base del servimecanismo antigraavitatorio

Ha evolucionado a través de los siglos desde la aleta lobulada de los anfibios primitivos (sauríferos) —de quienes proviene la pentadactilia— que se hicieron terrestres hace 350 millones de años. Desde entonces existió una evolución del pie, pasando por las distintas etapas prehistóricas: mamíferos primitivos, primates, hasta llegar al *homo sapiens* 40.000 años atrás.

La evolución principal más reciente del pie humano es el desarrollo de los arcos, como eficientes brazos de palanca en su adaptación morfológica a la vida en la tierra. Se logró la estabilidad total del cuerpo del hombre actual, dejando en libertad la mano para iniciación de la cultura. Su capacidad para dar pasos y correr con eficiencia condujo al desarrollo de una organización social avanzada a través de nuevos tipos de caza y reunión.

La evolución del pie podemos explicarla con la LEY DE WOLFF que dice: «LOS HUESOS EN SU CONTORNO EXTERNO Y ARQUITECTURA INTERNA SE ADAPTAN A LA INTENSIDAD Y DIRECCIÓN DE LAS TENSIONES A LAS QUE AQUÉLLOS ESTÁN HABITUALMENTE SOMETIDOS». Esta ley es importante porque además nos explica muchas deformidades ortopédicas presentes en el niño y sus tratamientos.

Las características del pie humano que lo diferencian de los antropoides son:

— El pie antropoide y pre-antropoide tienen un borde interno aplanado que en el humano es arqueado.