

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL MANEJO
INTEGRAL DE PACIENTES CON FISURA
LABIO ALVEOLO PALATINA”**

**POSTULANTE: Dr. Fidel Honorio Tancara
TUTORES: Mg. Sc. Lourdes Campos Tarqui
Dra. Carla Larrea Eyzaguirre**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Odontopediatria**

La Paz - Bolivia

2024

DEDICATORIA

A DIOS que, con su infinito amor y bendiciones, ilumina cada segundo de mi vida.

A LA FAMILIA JAEN Y SARMIENTO quienes me guiaron por el camino del saber, ofreciéndome de esta forma un mejor porvenir.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, que con su infinito amor nos da la fortaleza necesaria para caminar erguidos y con el deseo de volar cada vez más alto.

A MIS PADRES. Q.E.P.D. que desde el cielo me guiaron en este proyecto.

A MI FAMILIA mi esposa Ángela mis hijos Alejandro, Valentina que de una u otra manera fueron un apoyo y una gran ayuda.

A LA ESPECIALIDAD DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UMSA a sus docentes, quienes sembraron los conocimientos científicos.

AL HOSPITAL SAN GABRIEL a su Directora Lic. Barragán por su apoyo y darme las facilidades correspondientes.

A todo el personal médico del Hospital San Gabriel que me ayudaron incondicionalmente a lo largo de mi proyecto..

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	1
3. JUSTIFICACIÓN	4
3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	4
3.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	4
3.3 JUSTIFICACIÓN SOCIAL	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
5. OBJETIVOS	5
5.1 OBJETIVO GENERAL	5
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
6. DISEÑO METODOLÓGICO	6
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	6
6.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	6
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	7
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	7
6.5 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.....	7
7. RESULTADOS.....	8
7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS	8
7.2 RESULTADO DE LA REVISIÓN	40
8. DISCUSIÓN	43
9. CONCLUSIONES	50
10. RECOMENDACIONES	53
11. BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	1
Protocolo Clínico	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda adecuada al modelo de preguntas clínicas PICOS.....	6
Tabla 2. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario	10
Tabla 3. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas.....	12
Tabla 4. Importancia del manejo interdisciplinario de pacientes con fisura labio palatinas.....	14
Tabla 5. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina	16
Tabla 6. Intervención Odontopediátrica en Niños Fisurados Labio Máxilo Palatinos	18
Tabla 7. Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alveolo palatinas	20
Tabla 8. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido ...	22
Tabla 9. Tratamiento multidisciplinario de la fisura palatina: papel del odontólogo	24
Tabla 10. Importancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento del labio y paladar hendido	26
Tabla 11. Características de los pacientes con labio paladar hendido y de la atención brindada en el hospital infantil universitario de Manizales (Colombia)	28
Tabla 12. Características de pacientes con fisura labio palatinas atendidos en el hospital pediátrico de centro de Habana.....	30
Tabla 13. Características de tratamientos recibido por los niños con fisura labio alveolo palatina en Argentina	32
Tabla 14. Resultados del manejo multidisciplinario del labio y paladar fisurado unilateral	34
Tabla 15. Cuidados bucales de pacientes con fisura del labio y/o paladar	36
Tabla 16. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina.....	38

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo 8

RESUMEN

La fisura labio-alveolo-palatina (FLAP) es una deficiencia estructural debida a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios que se forman entre la 4^a y 8^a semana de desarrollo intrauterino, por tanto, es una malformación congénita de la cara que afecta al labio superior, la región alveolar (encías) y al paladar duro y blando en una amplitud variable, el tratamiento multidisciplinario, incluye al odontopediatra desde un inicio, así, mejor el pronóstico y funcionalidad de la cavidad oral del paciente. Se realizó una revisión sistemática que incluyó estudios aleatorios. El **objetivo** del estudio consistió en identificar el rol del odontopediatra en el manejo de pacientes con fisura labio alveolo palatina. La **metodología**, tuvo diferentes etapas, iniciando el proceso con la búsqueda electrónica avanzada en diferentes bases de datos tales como: Pubmed, Google Academic, Scielo. La estrategia de búsqueda estuvo guiada por las medidas sugeridas por el Modelo de preguntas clínicas (PICOS Model of Clinical Questions). El análisis y control de datos fueron efectuados conforme los ítems de informes preferidos para revisiones sistemáticas. De 100 estudios potencialmente elegibles, se incluyó 15 artículos relevantes de texto completo y se desechó aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión. En los **resultados**, se observó que la detección de las FLAP se inicia en la edad gestacional, de manera que: Se incluya al odontopediatra dentro del equipo multidisciplinario desde el primer momento de vida. Se favorezca el apego precoz de la lactancia materna y una adecuada técnica de higiene oral, guiada prácticamente por el odontopediatra, Seguir en cada etapa del desarrollo del niño con intervenciones que lo preparen para una reparación quirúrgica, que repare las lesiones provocadas por el FLAP y restaurar la funcionalidad buco dento facial. Estudios revisados **concluyen**: El rol del odontopediatra, debe ser considerado como integrante de este equipo, asumiendo la responsabilidad sobre la salud bucal del niño desde los primeros días de vida, se inicia con su colaboración en la promoción de la lactancia materna y se continúa con la

profilaxis, el mantenimiento o la restauración de las diferentes estructuras y funciones bucales, que servirán posteriormente como sustrato fundamental en el buen éxito de los tratamientos necesarios, sean éstos ortopédicos, quirúrgicos, fonaudiológicos o kinesiológicos.

Palabras claves: fisura labio alveolo palatina, odontopediatría, tratamiento multidisciplinario.

ABSTRACT

Cleft lip-alveolo-palatine (FLAP) is a structural deficiency due to the lack of coalescence between some of the embryonic facial processes that form between the 4th and 8th week of intrauterine development, therefore, it is a congenital malformation of the face. that affects the upper lip, the alveolar region (gums) and the hard and soft palate to a variable extent, multidisciplinary treatment includes the pediatric dentist from the beginning, thus improving the prognosis and functionality of the patient's oral cavity. A systematic review that included randomized studies was performed. The objective of the study was to identify the role of the pediatric dentist in the management of patients with cleft lip and palate. An advanced electronic search was carried out in different databases such as: Pubmed, Google Academic, Scielo. The search strategy was guided by the measures suggested by the PICOS Model of Clinical Questions. Data analysis and control were performed according to the preferred reporting items for systematic reviews. Of 100 potentially eligible studies, 15 relevant full-text articles were included and those that did not meet the inclusion criteria were discarded. It was observed that the detection of FLAP begins at gestational age, so that the pediatric dentist is included in the multidisciplinary team from the first moment of life, which favors early attachment, breastfeeding, adequate oral hygiene technique, guided practically by the pediatric dentist, and continue at each stage of the child's development with interventions that repair it for a surgical repair, that repairs the lesions caused by the FLAP and restores oral-dental-facial functionality. Reviewed studies conclude: The role of the pediatric dentist should be considered as a member of this team, assuming responsibility for the child's oral health from the first days of life, beginning with their collaboration in the promotion of breastfeeding and continuing with the prophylaxis, maintenance or restoration of the different oral structures and functions, which will later serve as a fundamental substrate in the success of the necessary treatments, be they orthopedic, surgical, speech therapy or kinesiological.

Keywords: cleft lip alveolo palate, pediatric dentistry, multidisciplinary treatment.

1. INTRODUCCIÓN

En el manejo integral de pacientes con fisura labio alveolo palatina, es primordial identificar el rol del odontopediatra para lograr un tratamiento exitoso de rehabilitación en las diferentes etapas de su evolución, desde el diagnóstico precoz y prolongando por los largos periodos de tiempo en el tratamiento multidisciplinario. (1)

La fisura labio alveolo palatina es una de las malformaciones congénitas de mayor incidencia, considerada como la anomalía craneofacial más frecuente, puede afectar el labio de uno o ambos lados, el paladar o ambos. Esta malformación, anatómicamente presenta alteraciones en estructura, afectando a tejidos que conforman la cavidad oral, lo que provoca que haya un incremento de los problemas en la salud oral y de función, como la alimentación, deglución, succión, dicción. Es una situación compleja por lo que requiere de una intervención multidisciplinaria que planifique y tome decisiones en respuesta a las necesidades individuales del paciente y accesibilidad de sus familias. (3)

El presente trabajo tiene como objetivo, identificar el rol del odontopediatra en el manejo integral de pacientes con fisura labio alveolo palatina, a través de una revisión sistemática actualizada, se realizó una búsqueda integral en bases de datos digitales científicas y reconocidas a nivel mundial.

2. ANTECEDENTES

Salas, 2015 Venezuela. (4), en la investigación titulada: Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina; concluye: se presentó una mayor frecuencia de fisura labio alveolo palatina unilateral específicamente del lado izquierdo que bilateral. Los niños afectados con agenesia dentaria presentaron en su mayoría la ausencia de 1 o 2 dientes, así como los niños afectados por dientes supernumerarios presentaron en su mayoría 1 solo diente en exceso.

Ventiades, 2015 Bolivia. (6), en el estudio titulado: Importancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento del labio y paladar hendido; concluye indicando que la participación del estomatólogo permite lograr el tratamiento integral y la rehabilitación total de los pacientes con labio leporino en diferentes etapas. Así mismo las rutinas integradas deben responder a las condiciones socioeconómicas predominantes, que contribuyan al adecuado tratamiento integral de los pacientes.

Puebla, 2016, Chile. (2) en su trabajo titulado: Intervención odontopediátrica en niños fisurados labio maxilo palatinos; concluye aseverando que el labio y paladar hendido como malformación congénita continua siendo un foco de investigación en el mundo por su alta incidencia en la población general, por lo que el éxito de los tratamientos integrados con tendencias actuales repercute en el impacto de un buen pronóstico de los pacientes con la mejora el desarrollo de la oclusión, la dicción, el crecimiento de los maxilares, permitiendo la deglución correcta para asegurar una buena alimentación de los pacientes.

Gutiérrez, 2016 Venezuela. (8). En su trabajo titulado: Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias, determino, que de la población estudiada el 95.1% presentaron anomalías dentarias, el sexo que más predominó fue el masculino con 64.5%, la anomalía con mayor frecuencia es la agenesia con un 67.7%, seguido de microdoncia con un 29%. La fisura labial que más se observo fue la Fisura Unilateral Derecha Completa (41.4%) seguido de la Fisura Unilateral Incompleta Izquierda (33.74%), en cuanto a la fisura alveolo palatina la que más predominó fue la Fisura Bilateral Completa Derecha e Izquierda (30.2%).

Barrios y cols. 2017, Venezuela. (4) en su trabajo titulado, frecuencia de la anomalía dentaria y diente más afectado en los niños que presentan fisura labio palatina que asisten a la Clínica de Labio y Paladar Hendido de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes en Mérida, Venezuela, determino

que de todas las anomalías dentarias estudiadas en la población con fisura labio palatina se presentó anomalías dentarias de posición, siendo el mayor porcentaje el 83%, con un predominio de mesoversión con un 60%, y en cuanto al diente más afectado en el Incisivo central Superior Derecho de los casos.

Lombardo, 2017, Mexico. (7) en su trabajo titulado: La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido, concluye indicando que la propuesta presenta una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio alveolo palatina satisface la conformidad de los padres, se manifiestan felices al ver a sus hijos operados tempranamente donde intervienen un equipo de especialistas.

Cisneros, 2019, Colombia. (5) en el trabajo titulado: Importancia del manejo interdisciplinario de pacientes con fisura labio palatinas, Colombia; concluye indicando que, Son escasas las guías clínicas publicadas y es evidente la falta de unificación de criterios, lo que da lugar a numerosas formas de intervención y conformación de equipos interdisciplinarios. Por lo tanto, es necesario que se lleguen a consensos sobre el abordaje terapéutico para la creación de protocolos de atención con estándares de calidad y basados en la evidencia.

Cipolla, M. 2020. Venezuela. (9) En su trabajo titulado: Características de tratamientos recibido por los niños con fisura labio alveolo palatina en Argentina, concluyo: Se tuvo como resultado de su estudio: 1) Indicador interdisciplina: de los 100 niños solo 29 que estaban en seguimiento con las tres especialidades: FOC (fonoaudiología, odontología y cirugía). 2) Indicador oportunidad: El 30 % de los niños iniciaron tratamiento precoz dentro de las 48 de vida por las especialidades de odontología, cirugía y fonoaudiología. 3) Indicador integralidad: El 54% realiza habitualmente un control interdisciplinario en primer nivel de atención. Finalmente, el nivel educativo materno se asoció con mayor probabilidad de tener tratamiento interdisciplinario y oportuno.

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El presente trabajo al ser una revisión sistemática de información actualizada sobre el rol del odontopediatra en el manejo multidisciplinario de pacientes con Fisura Labio Alveolo Palatina, aportara a los odontólogos y odontopediatras conceptos y protocolos más precisos enmarcados dentro de una base científica integral como parte de un equipo de salud.

3.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La presente investigación permitirá proponer un protocolo clínico para el manejo del paciente con fisura labio alveolo palatina, mismo documento científico estará diseñado en base a los factores de riesgo propios y adquiridos de la malformación. Así mismo, brindara al profesional, instrumentos de manejo clínicos, como: procedimientos, ficha de seguimiento odontopediátrico y cronograma terapéutico integral para el manejo de los pacientes con FLAP.

3.2 JUSTIFICACIÓN SOCIAL

La integración del odontopediatra en el equipo multidisciplinario permitirá que los padres o tutores de los pacientes con fisura labio alveolo palatina, reciban orientación y capacitación especializada sobre los cuidados y medidas de promoción y prevención oportuna en cada fase del proceso de rehabilitación, contribuyendo a mejorar la salud oral de esta población vulnerable, en consecuencia, disminuirán las enfermedades prevalentes de la cavidad oral, mejorar la calidad de vida y reducirá los gastos económicos en los hogares.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fisura labio alveolo palatina (FLAP) es causado por un defecto en la embriogénesis por la falta de fusión parcial o completa del proceso maxilar con el proceso nasal medial de uno o ambos lados. Se presenta con prevalencia de

15 por 10.000 recién nacidos y ocupa el sexto lugar entre las malformaciones diagnosticadas al nacimiento según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2010 (1). Es considerada como anomalía craneofacial, que afecta anatómicamente a tejidos que conforman la cavidad oral, lo que provoca que haya un incremento de los problemas en la salud oral, como el mayor riesgo a la caries dental, gingivitis, problemas de función, como la alimentación, deglución, succión, dicción (5).

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Existe insuficiente información sobre el rol del odontopediatra en el manejo multidisciplinario de pacientes con fisura labio alveolo palatina.

4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el rol del odontopediatra en el manejo multidisciplinario de pacientes con fisura labio alveolo palatina?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el rol del odontopediatra en el manejo integral de pacientes con fisura labio alveolo palatina.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Plantear una pregunta estructurada que permita identificar las palabras clave de búsqueda: Fisura labio alveolo palatina, Odontopediatría, Equipo multidisciplinario.
- Realizar la búsqueda en bases de datos digitales como: PubMed, Google académico, Scielo.
- Seleccionar artículos de acuerdo al título y resumen.

- Extraer los datos de los artículos según los criterios de inclusión.
- Analizar los resultados estadísticamente.
- Proponer un protocolo” Rol del odontopediatra en el manejo integral de pacientes con fisura labio alveolo palatina”.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo una revisión sistemática de evidencia científica, con una pregunta clínica de investigación específica: ¿Cuál es el rol del odontopediatra en el manejo integral de pacientes con fisura labio alveolo palatina?, realizando la búsqueda electrónica avanzada en diferentes bases de datos, la cual abarcó revisiones sistemáticas.

La siguiente investigación se realizó siguiendo las medidas sugeridas por el Modelo de Preguntas Clínicas (P.I.C.O.S, Model of Clinical Questions), el cual sirvió como guía para la estrategia de búsqueda. El análisis y control de datos se hizo de acuerdo a los ítems de informes preferidos para revisiones sistemáticas.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda adecuada al modelo de preguntas clínicas PICOS.

P	Pacientes con fisura labio alveolo palatina
I	Odontopediatra en el manejo integral del FLAP
O	Integrantes del equipo multidisciplinario
S	Revisiones sistemáticas

Fuente: Elaboración propia.

6.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Se realizó la búsqueda de evidencia científica, con el objetivo de recabar información actualizada y verídica sobre el tema de estudio. Se llevó a cabo una

búsqueda integral en las bases de datos digitales y reconocidas a nivel mundial, como: Pubmed, Google académico y Scielo; se utilizó las palabras claves: fisura labio alveolo palatina, odontopediatría, tratamiento multidisciplinario

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tipo de estudio: Revisiones sistemáticas.
- Población: Pacientes con fisura labio alveolo palatina
- Protocolos de tratamiento interdisciplinario, técnicas, guías y/o instrumentos
- Tratamiento multidisciplinario
- Antigüedad de 10 años de la publicación
- Seguimientos de estudios
- Efectividad de la intervención multidisciplinaria
- Indicaciones relacionadas otras especialidades

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Libros, tesis o publicaciones básicas.
- Tratamiento estético.
- Tratamiento ortodóntico.
- Publicaciones con antigüedad mayor a 10 años.

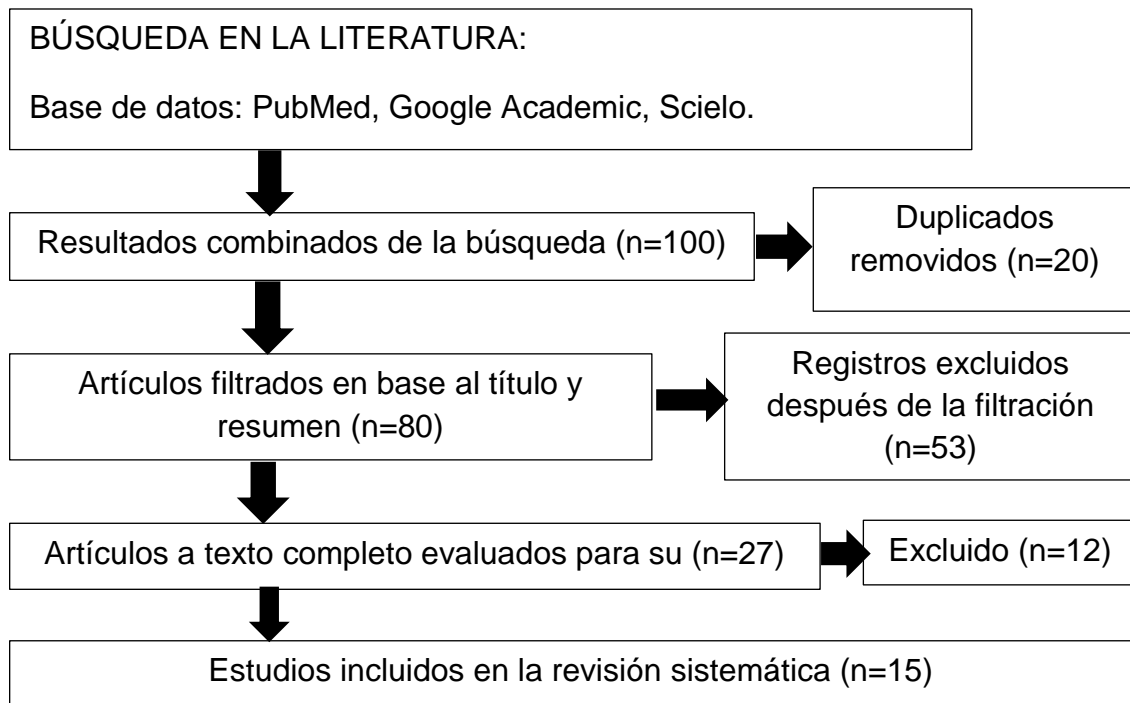
6.5 SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

En una primera fase se llevó a cabo la búsqueda de los artículos, en base a las palabras claves, se obtuvo un total de 100 artículos distribuidos entre las siguientes bases de datos digitales: PudMed, Google académico y Scielo.

En una segunda fase se llevó a cabo la selección de artículos a través de la evaluación de títulos y resúmenes, se sustrajeron en un principio un total de 20 artículos duplicados y 53 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión.

Finalmente, en una tercera fase en base a los criterios de inclusión, se realizó un análisis en profundidad a cada uno de los 27 artículos que se descargaron como artículos de texto completo, de estos 12 no cumplían con dichos criterios, por lo que se analizaron 15 revisiones sistemáticas.

Figura 1. Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración Propia

7. RESULTADOS

7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS

La extracción de datos fue realizada mediante la lectura completa de los artículos y el análisis de los mismos se digitó en hojas (Word 2016, Microsoft), las cuales contienen las siguientes especificaciones:

- Título del artículo.
- Primer autor y año de publicación.
- Características de la muestra.

- Intervención de interés o de estudio.
- Diseño del estudio.
- Resultados.
- Calidad metodológica del estudio.

Tabla 2. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
<p>Monasterio A. Luis. 2016</p>	<p>Chile, un país un país latinoamericano, tiene una incidencia de 1 por 550 nacidos vivos. La clasificación de Kermahan es la que se aplica actualmente por su simplicidad de llenado y lectura. El 50% de los pacientes tienen diagnóstico prenatal permitiendo identificar malformaciones orales después de la semana 16. El enfoque del tratamiento es multidisciplinario.</p>	<p>Alrededor de 2/3 de estos pacientes tienen fisura de labio y paladar, le siguen las fisuras aisladas de paladar y las fisuras aisladas de labio. La fisura labial unilateral es mucho más frecuente que la bilateral. La fisura de labio y paladar es más frecuente en hombres y la fisura de paladar aislada es más frecuente en mujeres. El equipo multidisciplinario</p>	<p>El tipo de estudio es retrospectivo, con equipo multidisciplinario.</p>	<p>El tratamiento odontológico comienza con la prevención desde el periodo de recién nacido y continúa al menos hasta los 15 años. Los pacientes requieren controles frecuentes. El tratamiento exitoso de esta patología es un manejo integral donde los especialistas estén</p>	<p>Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo. En cuanto a las limitaciones del estudio, no presenta grupo poblacional y tampoco detalla metodología de investigación.</p>

	<p>El abordaje terapéutico es de acuerdo a un protocolo de tratamiento con un cronograma definido para cada caso.</p>	<p>está integrado por: enfermera especialista, otorrinolaringólogo, odontopediatra, genetista, fonoaudióloga y cirujano plástico.</p>		<p>profundamente interiorizados en el tema y con una gran interacción en la toma de decisiones. Los equipos deben evaluar sus protocolos de tratamiento de forma periódica para orientar de forma objetiva el manejo de esta enfermedad.</p>	
--	---	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Ford Alison M. 2015	<p>La clasificación de Kermahan es la que se aplica.</p> <p>El enfoque del tratamiento es multidisciplinario.</p> <p>El abordaje terapéutico es de acuerdo a un protocolo de tratamiento con un cronograma definido para cada caso.</p>	<p>El enfoque del tratamiento es multidisciplinario y de forma precoz.</p> <p>El protocolo se basa en un diagnóstico individualizado al cada caso.</p> <p>Dentro del manejo multidisciplinario incluye la ortopedia pre quirúrgica en el primer mes de vida.</p> <p>En el caso de la fisura bilateral,</p>	<p>El tipo de estudio es retrospectivo, con equipo multidisciplinario.</p>	<p>Según la experiencia clínica, debemos abordar el mayor número de problemas de forma precoz y en lo posible de forma definitiva.</p> <p>El desarrollo del protocolo se adecua al diagnóstico de cada caso, basado en la evaluación y orientación precoz al paciente y sus padres por un equipo multidisciplinario.</p> <p>El abordaje precoz incluye la ortopedia</p>	<p>Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.</p> <p>En cuanto a las limitaciones del estudio, no presenta muestra, no refiere que especialista es el dirige el manejo ortopédico.</p>

		<p>el uso de placas de ortopedia en el primer mes de vida mejora sustancialmente la alimentación.</p>		<p>pre quirúrgica tipo Grayson (placas intraorales) iniciada en el primer mes de vida</p> <p>La fisura bilateral genera más dificultades de alimentación y hemos notado una mejoría sustancial con el uso de placas de ortopedia, las cuales ocluyen parte de la fisura.</p> <p>El enfoque de tratamiento disminuye las secuelas y resuelve en forma precoz los eventuales estigmas.</p>	
--	--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Importancia del manejo interdisciplinario de pacientes con fisura labio palatinas

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Cisneros Hidalgo. C. Ariel 2019	Reporte de caso. Paciente de 12 años con secuela de FLP.	La adherencia al tratamiento como problema al que los profesionales de salud se enfrentan y se acentúan en los pacientes FLAP. Antecedentes odontológicos: hábitos de higiene oral deficientes, dieta rica en carbohidratos y alta frecuencia de alimentos azucarados. Examen intraoral presenta secuela de fisura labio palatina unilateral izquierda completa, gingivitis simple no modificada generalizada,	Reporte de caso.	Dos años de tratamiento multidisciplinario donde cada especialidad instauro protocolo de atención y manejo. Se realizó intervenciones coordinadas por la psicología, odontopediatría, ortodoncia, fonoaudiología, otorrinolaringología, y periodoncia; favoreciendo la evolución satisfactoria de este caso.	Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

		<p>acúmulos de placa, múltiples procesos cariosos activos y apiñamiento dental moderado superior e inferior, maloclusión clase II, mordida cruzada anterior y micrognatismo maxilar mandibular, respiración mixta con predominio oral y deglución atípica por empuje lingual. Radiográficamente se evidencia agenesias dentales del 22, 24 y 25.</p>		<p>Las especialidades médicas odontológicas recomendaron cuidar la comunicación entre el paciente, cuidadores y equipo tratante que permita la adherencia adaptación e integración del paciente en la consulta y así establecer una positiva relación del triángulo odontólogo, paciente y padre/cuidador.</p>	
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Salas Jeanette. 2017	La población de estudio estuvo constituida por 48 historias clínicas de pacientes con hendidura labio palatina, desde 2008 hasta el 2015.	Las anomalías en la cavidad bucal relacionadas con variaciones en el tamaño, número y posición de los dientes, interrupciones en la anatomía de la arcada dentaria y en la dimensión transversal del paladar, retardo en la erupción	Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal.	El 58,30% corresponden al sexo masculino, con una edad promedio de 7,27 ± 2,10 años, el 18,80% provienen del Municipio Libertador del Estado Mérida. La Hendidura Labio Palatina Unilateral Izquierda predominó en un 56,30%, dientes	Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

		dentaria, maloclusiones, hipotonía y hábitos bucales no fisiológicos.		con giroversión en un 47,30%, ausencias congénitas en un 52,60%, dientes supernumerarios en un 15,80%, dentición primaria Tipo I y Tipo II en un 20,80%, Clase I molar en un 39,60%, mordidas cruzadas anteriores en un 56% y respiración bucal en un 70,80%.	
--	--	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Intervención Odontopediátrica en Niños Fisurados Labio Máxilo Palatinos

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Puebla P. M. Daniela. 2016	Resumen del espectro de trastornos bucales y máxilofaciales posibles de observar en los niños portadores de fisuras labio máxilo palatinas, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Se hace especial énfasis en las alteraciones susceptible de ocurrir sobre los órganos	El rol del odontopediatra, como integrante del equipo multidisciplinario, asumiendo la responsabilidad sobre la salud bucal del niño desde los primeros días de vida: Se inicia con la profilaxis, el mantenimiento de la restauración de	Estudio descriptivo, observacional, analítico.	La atención odontopediátrica busca orientar, prevenir y educar tanto al niño (a) como a sus padres y familia en todos los ámbitos estomatológicos, fundamentalmente en lo referido a la prevención y tratamiento de las caries, afecciones periodontales y detección precoz	Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo. El estudio no presenta muestra.

	dentarios y el tejido periodontal.	las diferentes estructuras y funciones bucales, que servirán posteriormente como sustrato fundamental en el buen éxito de los tratamientos necesarios, sean éstos ortopédicos, quirúrgicos, fonoaudiológicos y kinesiológico.		de malos hábitos con el objeto de lograr un crecimiento armónico y libre de enfermedades bucales, dentro de las posibilidades de cada paciente y así facilitar la instauración y el desarrollo de los tratamientos correctores y rehabilitadores de la condición de fisurado.	
--	------------------------------------	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alveolo palatinas

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Gutiérrez Guerra Irene. 2016	Se estudió de las alteraciones de número dientes en 71 pacientes entre 2 y 12 años de edad, portadores de Fisura Labio Alvéolo Palatina del Hospital Regional de Antofagasta, atendidos entre Abril del 2004 y Julio del 2010, utilizando las fichas clínicas, radiografías	Se encontró las siguientes variables: preveleció de agenesias, dientes supernumerarios, alteraciones de número por sexo y tipo de fisuras.	Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.	Según el tipo de fisura, la más frecuente fue la fisura labio alvéolo palatina unilateral con un 64,79%. La frecuencia de agenesias en el lado de la fisura fue de un 89,3%. El diente más afectado en las agenesias fue el incisivo lateral	Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

	panorámicas, oclusales periapicales.	o		<p>con un 78,6% en los niños entre 2 a 6 años, y con un 100% en los niños entre 7 y 12 años.</p> <p>Se observó que el 61,5% de los niños con agenesia tenían 1 diente afectado, el 30,8% mostraron 2 dientes afectados y solo el 7,7% presentó 3 o más dientes afectados.</p>	
--	--	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Lombardo-Aburto E. 2017	Describe características epidemiológicas, sintomatológicas, complicaciones y el manejo integral. Describe un cronograma de tratamiento y prevención.	El labio leporino puede tener varios grados o tipos: a) una pequeña muesca en el borde labial superior. b) fisura labial aislada con escasa alteración maxilar, pero habitualmente con mala implantación y mala oclusión dentaria y deformidad del ala	Descriptivo y analítico.	Se encontraron los siguientes grados: a) forma grave (10%), con fisura labial bilateral y hendidura alatina total, tanto del paladar óseo como blando. b) tipo más frecuente (40%) con labio leporino total unilateral y fisura palatina total c) fisura palatina aislada (30%) con	Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo. El estudio no presenta muestra.

		<p>nasal como alteraciones secundarias de la secuencia, lo mismo que la fisura palatina.</p> <p>c) formas graves de la queilosquisis y queilognatosquisis con gran deformidad bucal: labio leporino completo y bilateral.</p>		<p>intensidad variable, pero con participación maxilar.</p> <p>d) fisura del paladar blando (velopalatina) o con hendiduras mucosas (20%); úvula bífida aislada. Si la hendidura es total, el neonato y el lactante tendrán dificultad para la succión y deglución.</p>	
--	--	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Tratamiento multidisciplinario de la fisura palatina: papel del odontólogo

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Anna Trullenque Eriksson. 2019	Describe características de tratamiento integral primario y de secuelas basadas en la clasificación de Tresseerra y un tratamiento multidisciplinario.	Tresseerra realizo una clasificación basada en las características clínicas y morfológicas. El tratamiento debe ser realizado por un equipo multidisciplinario para optimizar los resultados quirúrgicos, dentales y	Transversal, Descriptivo y analítico.	El equipo multidisciplinario debe estar integrado por un odontólogo y un ortodoncista especializados con experiencia y una formación adecuada que desarrollen que desarrollen un plan un plan de tratamiento conjunto para prevención,	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. El estudio no presenta muestra.

		psicosociales y del habla.		rehabilitación una vez cerrada la fisura. Son controvertidos los aspectos del tratamiento de estos pacientes, entre ellos los tiempos quirúrgicos, las secuelas de tratamiento por lo que se debe realizar un acompañamiento de distintas especialidades.	
--	--	----------------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Importancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento del labio y paladar hendido

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Ventiades F. J.; 2015	Análisis acerca de los profesionales que participan en la terapia del labio y paladar hendido, los aportes terapéuticos desde etapas del recién nacido hasta las últimas etapas del crecimiento; estos procedimientos no solo intervienen en las malformaciones dentales sino también de los maxilares y la cara en	El equipo multidisciplinario evoluciona según la necesidad de cada paciente, sean estos: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo general del paciente. • Dentición. • Estética facial. • El equilibrio psicológico. • La audición. 	El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal.	El especialista Odontopediatra es responsable del cuidado de todos los aspectos dentales del paciente a lo largo de su desarrollo. El labio y paladar hendido se acompañan de numerosas anomalías dentales y cuadros de maloclusión que son el resultado de	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. El estudio no presenta muestra.

	<p>su conjunto, además de mejorar la calidad de vida de y desarrollo del paciente y su entorno durante la fase terapéutica.</p>	<p>Desarrollo del habla.</p>		<p>la malformación congénita o puede ser secundaria a la corrección quirúrgica de los defectos primarios. Otros problemas como son las alteraciones en la estructura y morfología dental como: hipoplasia del esmalte, microdontía o macrodontía, fusión de los dientes y alteración en la forma de la corona.</p>	
--	---	------------------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Características de los pacientes con labio paladar hendido y de la atención brindada en el hospital infantil universitario de Manizales (Colombia)

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Charry Imgred. 2010	Las características de la muestra fueron 118 pacientes con labio y paladar hendido atendidos en el Hospital Infantil Universitario “Rafael Henao Toro” de la ciudad de Manizales (Colombia)	El objetivo del presente estudio es registrar las características: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento multidisciplinario de pacientes con labio y paladar hendido, considerando los factores de riesgo para su atención.	Estudio de corte transversal	Se encontró frecuencia del sexo masculino en un 55,1%, un 51,7% procedente del área urbana y en su mayoría de los estratos III y IV, la frecuencia más alta se presentó para labio y paladar hendido grado III con 36,4%.	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

				El aporte del odontopediatra en cuando a cuidados y seguimiento fue fundamental para el tratamiento correcto de los pacientes.	
--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Características de pacientes con fisura labio palatinas atendidos en el hospital pediátrico de centro de Habana

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Valdés Massó. Diana. 2015	Caracterizar las fisuras labio-palatinas en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Pediátrico de Centro Habana en el período comprendido entre enero de 2008 y diciembre de 2013 en un universo de 36 pacientes.	Los pacientes masculinos de piel blanca presentaron la mayor cantidad de fisuras y malformaciones, síndromes y/o alteraciones asociadas, destacándose entre estas las oligodoncias.	Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.	El sexo masculino representó el 54.3% y los pacientes de piel blanca el 65.2% del total de fisurados. De los pacientes con malformaciones asociadas, el 66.7% son de sexo masculino y el 91.7% de piel blanca. Las oligodoncias afectaron al 50% de los pacientes.	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

				<p>Las madres entre 21-26 años constituyeron el 36.1%, y los padres entre 33-38 el 33.3% del total. El 86.1% de las madres presentó algún factor de riesgo.</p> <p>El patrón hereditario estuvo presente en el 38.7% de las madres.</p>	
--	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Características de tratamientos recibido por los niños con fisura labio alveolo palatina en Argentina

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Cipolla María 2020	El estudio presenta una muestra aleatoria de 100 niños de la Red Flap.	El tratamiento se construyeron tres indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Interdisciplina • Oportunidad Integralidad	El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal.	Indicador ineterdisciplina: de los 100 niños solo 29 que estaban en seguimiento con las tres especialidades: FOC (fonoaudiología, odontología y cirugía) Indicador oportunidad: El 30 % de los niños iniciaron tratamiento precoz dentro de las 48 de vida por las especialidades de odontología, cirugía y fonoaudiología.	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

				<p>Indicador integralidad: El 54% realiza habitualmente un control interdisciplinario en primer nivel de atención.</p> <p>El nivel educativo materno se asoció con mayor probabilidad de tener tratamiento interdisciplinario y oportuno.</p>	
--	--	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia

Tabla 14. Resultados del manejo multidisciplinario del labio y paladar fisurado unilateral

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Estrada Sarmiento. M. 2015	El estudio presenta 60 pacientes de 14-22 años de edad, mismo que fue evaluado por un cirujano máxilo facial, un odontopediatra, un ortodoncista, y un foniatra.	El equipo ha perfeccionado el conocimiento entre las disciplinas y definido el papel de cada profesional en el complejo proceso de rehabilitación del paciente con fisura de labio y paladar. No todos los equipos multidisciplinarios para el paciente fisurado funcionan de la misma forma con respecto a los	Transversal, descriptivo y analítico.	Los resultados indicaron que más de la mitad de esos pacientes habían completado el tratamiento por uno de los especialistas. Solo 27 pacientes (16,2%) habían completado el tratamiento por	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

		recursos humanos o dirección institucional.		los tres especialistas.	
--	--	---	--	----------------------------	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15. Cuidados bucales de pacientes con fisura del labio y/o paladar

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Cherfên Peixoto Breno. 2015	La propuesta del estudio fue proporcionar una revisión de los cuidados bucales en pacientes con fisura de labio y/o paladar.	Personas que tienen fisuras de labio y/o paladar muestran problemas: estéticos, fonéticos, auditivos y dentales. Un acompañamiento multidisciplinar en el mantenimiento debe incluir cirugía plástica y/o bucomaxilo facial, acompañamiento pediátrico, odontopediátrico, ortodontico,	Se trata de un artículo de Revisión de Literatura.	Fortalecer el vínculo madre-hijo y evitar infecciones, por tanto, la amamantación es el mejor método. La succión es importante para el desarrollo de la musculatura orofacial. La utilización de la mamadera es reservada a los	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

		fonoaudiológico, psicológico, otorrinolaringológico y asistencia social.		casos en que esta no obtuvo suceso. El biberón debe ser de silicona, y de 1 a 3 agujeros en posición triangular.	
--	--	---	--	--	--

Fuente: elaboración propia

Tabla 16. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	INTERVENCIÓN DE INTERÉS O DE ESTUDIO	DISEÑO DEL ESTUDIO	RESULTADOS	CALIDAD METODOLÓGICA DE ESTUDIO
Salas María. 2015	La población estaba constituida por los niños con fisura labio palatina, de ambos géneros, en edades comprendidas de 3 a 12 años que asisten a la clínica de labio y paladar hendido.	Son malformaciones craneofaciales congénitas producidas por defectos embriológicos localizados en ciertas zonas del macizo facial; como el labio superior premaxila, paladar duro y piso de las fosas nasales; también puede acompañarse de	Investigación descriptiva de tipo transversal.	Se observó el 87% del total de la población estudiada presenta anomalías dentales con predominio en los niños de género masculino. De todas las anomalías dentales el mayor porcentaje se	Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

		<p>anomalías dentarias.</p> <p>Se propone determinar la frecuencia, tipo de anomalía dentaria y diente más afectado en los niños que presentan fisura labio palatina.</p> <p>Determinar el tipo de anomalía presente considerándose solo las observadas clínicamente.</p>		<p>encuentra en las anomalías de posición con 83%, un predominio de mesiodens con 60% siendo el diente más afectado el incisivo central superior derecho el 22% de los casos.</p>	
--	--	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

7.2 RESULTADO DE LA REVISIÓN

La estrategia de búsqueda identifico 100 artículos potencialmente relevantes en base a las palabras claves, excluyendo 20 artículos duplicados y 53 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión. Luego se realizó un análisis en profundidad a cada uno de los 27 artículos que se descargaron como artículos de texto completo, de estos 12 no cumplían con dichos criterios, por lo que se analizaron 15 revisiones sistemáticas. La figura 1 expresa un diagrama de flujo del proceso de selección del estudio y los motivos de las exclusiones.

En cuanto al tratamiento odontológico en pacientes con fisura labio alveolo palatina, este comienza con la prevención desde el periodo de recién nacido y continua al menos hasta los 15 años y será exitoso con un manejo integral donde los especialistas estén profundamente interiorizados en el tema y con una gran interacción en la toma de decisiones. Los equipos deben evaluar sus protocolos de tratamiento de forma periódica para orientar de forma objetiva el manejo de esta enfermedad y los pacientes requieren controles integrales de forma frecuente. (1)

Según la experiencia clínica, el enfoque de tratamiento precoz disminuye las secuelas y resuelve eventualidades estigmas por lo que debemos abordar el mayor número de problemas de forma precoz y en lo posible de forma definitiva. El abordaje precoz incluye al tratamiento de ortopedia pre quirúrgica tipo Grayson (placas intraorales) iniciada en el primer mes de vida para lo cual es importante que el protocolo se adecue al diagnóstico de cada caso, basado en la evaluación y orientación precoz al paciente y sus padres por un equipo multidisciplinario. El diagnóstico de la fisura bilateral trae mayor dificultad en el proceso de alimentación y hemos notado una mejoría sustancial con el uso precoz de placas de ortopedia, las cuales ocluyen parte de la fisura. (3)

Un equipo multidisciplinario debe estar integrado por un odontólogo y un ortodoncista especializados con experiencia y una formación adecuada que

desarrollen un plan de tratamiento conjunto para prevención, rehabilitación una vez cerrada la fisura (10) .

Las especialidades médicas odontológicas, recomendaron cuidar la comunicación entre el paciente, cuidadores y equipo tratante que permita la adherencia adaptación e integración del paciente en la consulta, así establecer una positiva relación del triángulo odontólogo, paciente y padre/cuidador (5)

Una atención odontopediátrica busca orientar, prevenir y educar tanto al niño (a) como a sus padres y familia en todos los ámbitos estomatológicos, fundamentalmente en lo referido a la prevención y tratamiento de las caries, afecciones periodontales y detección precoz de malos hábitos con el objeto de lograr un crecimiento armónico y libre de enfermedades bucales, dentro de las posibilidades de cada paciente y así facilitar la instauración y el desarrollo de los tratamientos correctores y rehabilitadores de la condición de fisurado. (2)

Son controvertidos los aspectos del tratamiento de estos pacientes, entre ellos los tiempos quirúrgicos, las secuelas de tratamiento por lo que se debe realizar un acompañamiento de distintas especialidades. (10)

Las fisuras de labio y paladar hendidos deben ser atendidas por el odontopediatra desde el nacimiento, apoyando psicológicamente a los padres, instruyéndolos sobre la alimentación y cuidados especiales de estos pacientes, preparando y manteniendo la salud dental del paciente para las fases quirúrgicas (10).

El especialista Odontopediatra es responsable del cuidado de todos los aspectos dentales del paciente a lo largo de su desarrollo en cuanto a cuidados y seguimiento fundamental para el tratamiento. (1) (5) (10)

Los resultados de evaluación de la adherencia al tratamiento de los pacientes con FLAP se conoce que más de la mitad habían completado el tratamiento por uno de los especialistas y solo 27 pacientes (16,2%) habían completado el tratamiento por los tres especialistas desde un inicio del tratamiento FOC en el que está presente el odontopediatra, psicólogo, cirujano (11)

Fortalecer el vínculo madre-hijo y evitar infecciones, por tanto, el amamantamiento es el mejor método. Así también la succión es importante para

el desarrollo de la musculatura orofacial. La utilización de la mamadera debe ser reservada a los casos en que esta no obtuvo resultado, esta debe ser de silicona, y de 1 a 3 agujeros en posición triangular (12).

Se encontraron los siguientes grados: a) forma grave (10%), con fisura labial bilateral y hendidura palatina total, tanto del paladar óseo como blando, b) tipo más frecuente (40%) con fisura labio alveolo palatina total unilateral y fisura labio alveolo palatina total, c) fisura palatina aislada (30%) con intensidad variable, pero con participación maxilar. Si la hendidura es total, el neonato y el lactante tendrán dificultad para la succión y deglución (13,14)

El labio y paladar hendido acompañan a numerosas anomalías dentales y cuadros de maloclusión que son el resultado de la malformación congénita o puede ser secundaria a la corrección quirúrgica de los defectos primarios; estas alteraciones de estructura y morfología dental son: hipoplasia del esmalte, microdoncia o macrodoncia, fusión de los dientes y alteración en la forma de la corona (4) (2) (8).

Las alteraciones dentarias identificadas son: predominó en un 56,30%, dientes con giroversión en un 47,30%, ausencias congénitas en un 52,60%, dientes supernumerarios en un 15,80%, dentición primaria Tipo I y Tipo II en un 20,80%, Clase I molar en un 39,60%, mordidas cruzadas anteriores en un 56% y respiración bucal en un 70,80% (15).

La frecuencia de agenesias en el lado de la fisura fue de un 89,3%, el diente más afectado en las agenesias fue el incisivo lateral con un 78,6% en los niños entre 2 a 6 años, y con un 100% en los niños entre 7 y 12 años. También se observó que el 61,5% de los niños con agenesia tenían 1 diente afectado, el 30,8% mostraron 2 dientes afectados y solo el 7,7% presentó 3 o más dientes afectados. (10)

Se observó el 87% del total de la población estudiada presenta anomalías dentales con predominio en los niños de género masculino, de todas las anomalías dentales el mayor porcentaje se encuentra en las anomalías de

posición con 83%, un predominio de mesiodens con 60% siendo el diente más afectado el incisivo central superior derecho el 22% de los casos. (15)

8. DISCUSIÓN

En la revisión sistemática realizada en el presente trabajo, se proponen diferentes modos de intervención en las diferentes etapas en el desarrollo de los niños fisurados labio máxilo palatinos que habitualmente presentan compromiso funcional, psicológico y estético derivado de su condición de malformación, por ello idealmente deben ser tratados de manera integral por un equipo profesional, multidisciplinario, altamente calificados y conocedores de las peculiaridades que ofrece esta condición a fin de prevenir y/o curar estas alteraciones. (2)

Entrando en el análisis del desarrollo óseo, en esta revisión se sabe que las fisuras labio alveolo palatinas originan problemas en las estructuras óseas del maxilar que originan alteración en el perfil facial, comunicaciones oronasales que ocasionan problemas en la deglución, respiración y fonética del paciente, anomalías dentarias tanto en su número y forma, maloclusiones en la totalidad de los pacientes, problemas funcionales y estéticos (8).

Hay muchos autores que a través del tiempo han propuesto diferentes sistemas de clasificación de acuerdo a criterios embriológicos, anatómicos, odontológicos, quirúrgicos, etc. en la presente revisión, se destacan la clasificación de Davis & Ritchie, (14) (2) (8), Kernahan & Stark (1958) (8) (2), se revisa la mejor manera de clasificar el FLAP, Integrando estas clasificaciones con el concepto actual basado en el proceso embriopatogénico. (8).

Las revisiones plantean que los varones son normalmente los más afectados, excepto en el caso de la fisura aislada del paladar, que tiene mayor incidencia en el sexo femenino (8) (14) (16).

Con relación a los tipos de fisura, el más frecuentemente encontrado fue la fisura labiopalatina unilateral (8), el diente más afectado en las agenesias fue el Incisivo lateral y no se presentaron agenesia de caninos. (8) (17), los dientes que se

encuentran ausentes en los pacientes con labio y paladar hendido son los incisivos laterales (8) (17).

Otros estudios muestran que el diagnóstico más frecuente fue el de labio y paladar hendido grado III, seguido de labio y paladar hendido grado II, luego la fisura labiopalatina completa fue la más frecuente, defectos orofaciales fue de labio y paladar unilateral izquierdo finalmente el labio y paladar hendido bilateral (6) (17), también presentan con frecuencia dientes natales, habitualmente incisivos centrales superiores, o se observan dientes supernumerarios sobre todo en las hendiduras completas unilaterales o bilaterales, los más frecuentes son los incisivos laterales temporarios (6) (17).

El odontopediatra debe ser un pilar fundamental desde el inicio de la vida, se plantea también que deber tener un rol importante desde la etapa gestacional en la mujer gestante que en un diagnóstico ecográfico puede determinarse un posible FLAP, y en la primera etapa en la promoción de la lactancia materna, no sólo por su influencia psicológica sino también para lograr en el niño un correcto desarrollo mandibular (2).

El odontopediatra, debe proponer a que la madre utilice lactancia materna exclusiva, y comprender que la dificultad que presenta el niño, no alterará obligatoriamente su amamantamiento.

La importancia de la intervención de la especialidad debe basarse en el pilar de la promoción y motivación en la madre que instruya respecto a un correcto posicionamiento del niño durante la lactancia (de forma vertical frente a la madre tipo jinete o “a caballito” o “posición ortostática”) (6), (2) tal cual mencionan muchos estudios, para que éste logre succionar y deglutir correctamente y disminuir el reflujo alimentario hacia las fosas nasales, presentan trastornos en la alimentación que dificulta una nutrición adecuada, como es la succión insuficiente para extraer la leche del pezón, ingestión de cantidades excesivas de

aire, cuadros de ahogo por eliminación de leche por la nariz y aumento del tiempo requerido para la alimentación (6), (2).

La atención de especialidad según mencionan los diferentes autores, busca orientar, prevenir y educar tanto al niño como a sus padres y familia en todos los ámbitos estomatológicos, fundamentalmente en lo referido a la prevención y tratamiento de las caries, afecciones periodontales y detección precoz de malos hábitos con el objeto de lograr un crecimiento armónico y libre de enfermedades bucales, dentro de las posibilidades que tanto el sistema puede ofertarle a los pacientes y sus familias, como también los riesgos que quieran correr las familias de los pacientes y así facilitar la instauración y el desarrollo de los tratamientos correctores y rehabilitadores de la condición del paciente fisurado. (2)

El odontopediatra debe conseguir una oportuna, suficiente y eficiente intervención en cada una de las etapas del crecimiento y desarrollo del niño y por cada una de las especialidades involucradas, se conseguirá un adulto con toda la capacidad para desenvolverse y enfrentar la vida con la menor dificultad posible. Muchos autores consideran que además de la leche materna, también, la correcta actividad muscular y todo el proceso neurobiológico que se produce únicamente cuando el lactante se alimenta directamente de la madre, es indispensable para estimular su desarrollo, podemos entender la importancia de la lactancia materna exclusiva, lo cual constituye un pilar importante en el tratamiento del FLAP (18).

Durante la lactancia materna exclusiva, el lactante utiliza por lo menos 60 veces más energía ingiriendo su alimento (17) en comparación a aquellos que se alimentan mediante biberón; siendo el esfuerzo y toda la actividad que se produce en el sistema estomatognático durante la lactancia, indispensable para estimular un correcto desarrollo óseo, muscular y articular, otros estudios revisados en este trabajo mencionan que la actividad muscular que se realiza durante la lactancia es tan indispensable para el crecimiento como la alimentación en sí. (17) (12) (8).

Se describe también una asociación significativa entre el paladar profundo con un periodo de lactancia menor a 6 meses, eso se debe a que cuando el lactante se alimenta mediante un biberón, técnicamente el chupo al ser alargado, grueso y duro, aprisiona a la lengua en el piso de la boca y durante el reflejo de deglución la lengua la proyecta hacia adelante; mientras que cuando es un lactante con el seno materno, durante el reflejo de deglución la lengua la proyecta hacia arriba, generando una presión benéfica sobre el paladar la cual actúa como estímulo para el desarrollo del maxilar superior (17) (12) y estimula una mayor fusión de los procesos palatinos (18).

Los estudios revisados respaldan que en presencia de fisura labiopalatina la lactancia materna exclusiva estimula un mejor desarrollo estructural y funcional del sistema estomatognático, además la leche materna mejora el sistema inmunológico y disminuye la tendencia a infecciones gracias a su contenido de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y factor bifidus (12) (18), siendo esta la principal tarea del odontopediatra.

Se toma mucha importancia a la Lactancia Materna, estudios toman mucha importancia terapéutica en el problema de la incapacidad de crear vacío en la boca, proporciona la imposibilidad de succionar que es importante para el desarrollo de la musculatura orofacial, fortalecer el vínculo madre-hijo y evitar infecciones, estimula el desarrollo del sistema estomatognático y el complejo craneofacial, quienes encontraron la tendencia de la lactancia a generar paladar profundo producto de un inadecuado estímulo para el desarrollo del maxilar superior. (12) (18).

Todas estas revisiones demuestran que la lactancia materna exclusiva estimula un mayor aumento del perímetro cefálico y por ende un mayor crecimiento del complejo cráneo-maxilo-facial y presentar facies mesofacial. (18) (8), la utilización de la mamadera es reservada a los casos en que esta no tuvo éxito, el chupón debe ser de silicona, y de 1 a 3 agujeros en posición triangular, se

sugiere que deben ser hechos y graduado de acuerdo con el potencial de succión de cada niño, otra opción terapéutica son las sondas oro gástricas que son utilizadas apenas en los niños que no tienen coordinación de succión y deglución (12) (8) (18).

Avanzando en la edad del paciente fisurado, las revisiones realizadas preconizan determinar el tratamiento más adecuado evaluando cuidadosamente las características clínicas y radiológicas para determinar si el paciente necesitará solo tratamiento ortodóncico o complementarlo con cirugía ortognática (14) se indica que el estado periodontal debe ser evaluado previamente, ya que es frecuente pesquisar como secuela en los pacientes con fisura labiopalatina un defecto en la cresta alveolar de los dientes vecinos a la fisura, con marcada recesión gingival y que es difícil de corregir (14) (6).

Con respecto al tratamiento de la fisura labio palatina incluye la intervención inmediata tanto en el diagnóstico como en la terapéutica temprana e interdisciplinaria, el tratamiento odontológico e idealmente el odontopediatra, comienza con la prevención desde el periodo prenatal, recién nacido y continua al menos hasta los 15 años.

Por tanto la intervención del odontopediatra y de otros especialistas a su debido tiempo mejorará el pronóstico funcional y estético también, los estudios revisados mencionan que la ortopedia pre quirúrgica con placas o bandas de silicona y modelación nasal (1) (17) iniciada en el primer mes de vida es muy beneficioso, se busca alinear y aproximar los segmentos maxilares, levantar y modelar el cartílago alar afectado y en los casos bilaterales, elongar la columela, (1) se requieren controles odontopediátricos regulares, para luego en etapas relativamente precoces (4-5 años) se inician tratamientos dentales ortopédicos para seguir con ortodoncia y tratamientos de rehabilitación dental y en algunos casos cirugía ortognática en la adolescencia (1).

Vale la pena poner en discusión que resultó satisfactorio que al menos en el primer año de tratamiento, mayor porcentaje de los niños que se atendían con equipo completo, eran habitualmente asistidos por las especialidades básicas en el mismo día de consulta, la atención conjunta de los equipos interdisciplinarios está fuertemente recomendada por los expertos. (19) encontrando diferencias muy favorables en los indicadores de calidad de vida postratamiento, en interdisciplinas e integralidad en el tratamiento. también se describieron en varios estudios las barreras de acceso como el abandono de los tratamientos, retardo en tiempo considerable para llegar al lugar de asistencia, las largas distancias como “un problema”, el costo fue otra barrera para realizar la cirugía tardíamente, junto a las características sociales de las familias donde los padres con un trabajo seguro o con mayor nivel educativo, permitió a los niños fisurados acceder a un tratamiento con mejores indicadores, en contraste con las familias con características sociales desfavorables tienen mayor riesgo de concebir un hijo fisurado por lo tanto, si esas familias tienen un niño con FLAP, enfrentan una doble inequidad. (19).

Por el contrario los modelos organizativos de las instituciones del subsector público que también se encuentran en proceso de desarrollo como sucede en nuestro país Bolivia y en cada departamento cada cual por separado, demuestran los estudios revisados que la centralización de los servicios, aumentando el volumen de niños fisurados asistidos en cada equipo, mejora los indicadores de resultado a mediano y largo plazo, objetivado a través de indicadores como el lenguaje, la apariencia física y la dentición. En contraste, con la inconsistencia de la política de regionalización y descentralización de centros tratantes capacitadas para realizar procedimientos quirúrgicos de alta complejidad (19) (16).

Es tan importante la oportunidad de la primera cirugía que se ha propuesto que la edad a la que los niños llegan a esa intervención sea utilizada como un indicador de acceso (2) (14) (19).

De igual modo estudios consideran la Interdisciplinariedad (19) como la modalidad de atención que, en contraste con la multidisciplinariedad (19) implica la concurrencia de varias especialidades con espíritu colaborativo y una mirada compartida, centrada en el paciente, por lo que se debe poner en discusión que definir integralidad (19) focalizada en la responsabilidad del pediatra en el seguimiento longitudinal de la salud del niño, mediante el control de salud y la interconsulta con las especialidades complementarias, para detectar y tratar a tiempo las comorbilidades que acompañan a las fisura orales (19).

Las evaluaciones son necesarias para comprobar los efectos del tratamiento y determinar la necesidad de otras alternativas. Sería prudente que el equipo se reúna después de la exploración física del paciente para comentar los problemas y establece las pautas del tratamiento.

La experiencia y la practica muestran que los padres están tan preocupados por los aspectos del labio y el paladar hendido que consideran la asistencia dental como de baja prioridad, es así que la asistencia dental preventiva debe iniciarse el primer año de vida, y el cirujano en coordinación con el odontopediatra y todas las especialidades involucradas deberían remitir periódicamente al odontopediatra durante todas las etapas de vida (20) (20) (17).

El odontopediatra es uno de los primeros en interactuar con el paciente ya que debe realizar muchas acciones posteriores a una buena evaluación, diagnóstico y planificación de cada caso en particular, varios estudios describen que el odontopediatra debe también contar con formación en prótesis sustituye y rehabilita las estructuras orales ausentes o malformadas, construye diversos aparatos protésicos para rehabilitar la masticación, la estética, la deglución, el sellador o placa palatina del recién nacido hace que pueda succionar y mejora su calidad de vida prequirurgica. (6) (17), se recomienda también confeccionar placas protésicas que funcionan como sellador maxilar intraoral para conseguir un paladar falso que permita al lactante succionar y disminuir la dificultad en la

alimentación. así como la placa maxilar, las tetinas especiales, la extracción manual de leche y la educación sobre la importancia de la lactancia materna, hay estudios que comparan un método u otro con la ganancia de peso (20) (12) (14).

Estudios describen procedimientos y técnicas de impresión con una cubeta adecuada prefabricada para neonatos y la confección de la placa sobre el modelo con acrílico de autocurado o placas de silicona (6) que aseguren una adecuada salud gingival pre-operatoria, el factor más importante en una cirugía de injerto óseo (12), la osteotomía post término del crecimiento se sugiere en pacientes con disturbios severos en el crecimiento maxilar.

Dentro de la terapéutica que sugieren los trabajos revisados, mencionan a los injertos óseos indicados en el mantenimiento de la morfología de la cresta alveolar, facilitando así la erupción dentaria y la suplementación en la cantidad de hueso, condicionado a la eliminación de gingivitis en los lugares de los injertos (12) (20)

El uso de prótesis y aparatos de ortodoncia ejercen papel importante en la rehabilitación del paciente, pero también desencadenan enfermedades periodontales, que se presenta de progresión rápida y de difícil control pacientes. (12) (20).

El éxito terapéutico se encuentra en combinar diferentes técnicas e intervenciones, teniendo una visión holística y combinando las recomendaciones que diversos estudios realizan en diferentes casos, edades y presentaciones de FLAP. (20) (12). así como la placa maxilar, las tetinas especiales, la extracción manual de leche y la educación sobre la importancia de la lactancia materna, hay estudios que comparan un método u otro con la ganancia de peso (20) (12) (14).

9. CONCLUSIONES

Durante la revisión sistemática de estudios sobre las fisuras labio-alveolo-palatina (FLAP) se concluyó que estas deficiencias estructurales en algunos de

los procesos faciales embrionarios, es una malformación congénita de la cara que afecta al labio superior, la región alveolar (encías) y al paladar duro, blando anomalías dentarias de posición, con un predominio de mesoversión, el incisivo central superior Derecho se afecta más (4) presentando una mayor frecuencia de fisura labio alveolo palatina unilateral específicamente del lado izquierdo, agenesia dentaria en su mayoría ausencia de 1 o 2 dientes, así como dientes supernumerarios (17) (20) (16) (4), cuyo tratamiento multidisciplinario debe incluir al odontopediatra desde el inicio, mejorará el pronóstico y funcionalidad de la cavidad oral del paciente (6) (17).

El manejo precoz multidisciplinario, es la única propuesta de consenso en todos los trabajos revisados, donde el odontólogo y en especial el odontopediatra con formación en ortodoncia (16) (14) permitirá obtener resultados favorables de manera integral en la paciente gestante, el recién nacido y el niño en cada etapa de su desarrollo.

El rol del odontopediatra, debe ser considerado como integrante de este equipo, asumiendo la responsabilidad sobre la salud bucal del niño desde los primeros días de vida, se inicia con su colaboración en la promoción de la lactancia materna y se continúa con la profilaxis, el mantenimiento o la restauración de las diferentes estructuras y funciones bucales, que servirán posteriormente como sustrato fundamental en el buen éxito de los tratamientos necesarios, sean éstos ortopédicos, quirúrgicos, fonoaudiológicos o kinesiológicos. (2) brindando un enfoque más amplio de las alternativas de tratamiento para los pacientes, lo cual implica no solo optar por el tratamiento ideal, sino más bien la mejor alternativa tanto funcional como estética y escoger la más adecuada para cada caso.

La atención odontopediátrica busca orientar, prevenir y educar al niño como a sus padres y familia en todos los ámbitos estomatológicos, con el objeto de lograr un crecimiento armónico y libre de enfermedades bucales, dentro de las posibilidades de cada paciente y así facilitar la instauración y el desarrollo de los

tratamientos correctores y rehabilitadores en el paciente fisurado (6) en cada una de las etapas del crecimiento y desarrollo del niño(a) y por cada una de las especialidades involucradas, conseguiremos un adulto con toda la capacidad para desenvolverse y enfrentar la vida con la menor dificultad posible.

En toda intervención el paciente y sus familiares tiene que comprender la importancia de lo que le sucede al paciente y su historia natural de la enfermedad para que haya una buena adherencia terapéutica, en las diferentes etapas de su vida, tanto en la lactancia materna, la relación maternal , el shock psicológico junto al riesgo de ansiedad materna, miedo y sensación de impotencia y todos los dispositivos para estimular una mejor alimentación con lactancia materna exclusiva, uso de prótesis, ganancia de peso y preparación prequirúrgica con la elección de la técnica más adecuada al caso y su seguimiento en el desarrollo bucodental que aseguren una adecuada emergencia de los dientes y la corrección oportuna de cualquier contingencia que dificulte la posición, estética y funcionalidad de las piezas dentarias continuando el seguimiento del paciente fisurado hasta su estabilización orofacial y la funcionalidad social de cada caso en particular.

Es por ello por lo que el sistema de salud, la atención por parte de los profesionales y el acceso a la información, a los servicios y al equipo necesario representan un factor que afecta notablemente al modo de intervención terapéutica como a la estabilidad familiar que brinde contención afectiva y funcional en el paciente fisurado.

Las políticas hospitalarias cada vez son más inclusivas a programas como estos que atienden a malformaciones de diferente origen y en especial con el paciente con fisura labio alveolo palatina.

Se podría concluir que el pequeño tamaño de la muestra de artículos revisados y la ausencia de artículos nacionales no permiten replicar resultados estadísticamente significativos en experiencias nacionales, pero dejamos la

puerta abierta a posteriores estudios en los que se incluyan un mayor número de reportes de niños con este problema y la aplicación de terapéuticas exitosas replicables. (20)

Las iniciativas que surgen en cada servicio hospitalario debe estar motivado por una interdisciplinariedad que permita al paciente beneficiarse de las diferentes especialidades donde el odontopediatra sea incluido desde el inicio del diagnóstico de FLAP hasta conseguir la mayor restauración posible.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la unidad de Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés la difusión del protocolo en base a los distintos tipos de abordajes terapéuticos sugeridos en el presente estudio. Asimismo, en el área de odontopediatría, continuar la línea de investigación en base a las publicaciones y seguimiento realizado en este trabajo.

Se debe difundir los programas existentes en instituciones de segundo y tercer Nivel de salud, mediante el TRIAGE hospitalario para lograr incorporar al sistema de evaluación transdisciplinaria, subvencionada por medio del Seguro Universal de Salud cuyo acceso con gratuidad, permitirá mejorar la sobrevida y funcionalidad del paciente fisurado y su familia.

Incluir un protocolo oficial suscrito en las Normas de Atención Clínica en Salud sobre la Fisura Labio Alveolo Palatina.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Monasterio A L, Ford M. A, Tastes H. ME. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. Revista Médica de la Clínica Las Condes. 2016; 27(1): p. 14 - 21.
2. Puebla MDyc. Intervención odontopediátrica en niños fisurados la bio maxilo palatinos. Revista Dental de Chile. 2016; 95(2): p. 34 - 39.
3. Ford AM. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. Revista Médica. Clin. Condes. ; 15(1).
4. Salas ME, al. e. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina. Revista Odontológica de los Andes. 2015; 10(2).
5. Hidalgo C, Cisneros Hidalgo A. Importancia del manejo interdisciplinario de pacientes con fisura labio palatinas. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2019; 9(1): p. 75 - 90.
6. Vetiades F. J. Importancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento del labio y paladar hendido..
7. Lombardo AE.. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido..
8. Gutierrez Guerra I. Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alveolo palatinas..
9. Valdés Massó D. Características de pacientes con fisura labio palatinas atendidos en el hospital pediátrico de centro de Habana..
10. Singler A. Protocolo para la planificación clínica de labio paladar hendido. 2017.
11. Estrada Sarmiento M, Espinosa Fonseca R, Pérez Perdomo E. Resultados del manejo multidisciplinario del labio y paladar fisurado unilateral..
12. Cherfên Peixoto B, Gomez Ágreda C. Cuidados bucales de pacientes con fisura del labio y/o paladar..

13. Trullenque E. Tratamiento multidisciplinario de la fisura palatina: papel del odontólogo..
14. Leiva V. N. Tratamiento odontológico multidisciplinario de un paciente complejo con fisura labiopalatina bilateral. *Odontología Sanmarquina.* ; 20(2): p. 2012.13934.
15. Salas C. ME, Barrios G. Z, Simancas Y. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina..
16. Fernández C. "Odontología de mínima intervención en EE. UU.: Una actualización desde la perspectiva de la cariólogía"*Br Dent J*;229 (7): 483-486. [Online].; 2020. Acceso 14 de Abril de 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33037373/>.
17. Charry I, Lorena Aguirre M. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales. *Archivos de Medicina.* 2012; 12(2): p. 190-198.
18. Dakusaku López Y, Munayco Magallanes A. Influencia de los Tipos de Lactancia Materna en la Fusión de los Procesos Palatinos en Neonatos con Fisura Labiopalatina..
19. Cipollaa MC. Características de tratamientos recibidos por los niños con fisura labio alveolo palatina en Argentina..
20. Cabello Gómez E. Alimentación en los Niños con Fisura Labiopalatina. Estudio de 31 Casos..
21. Fernandez Sanchez, Jesús. El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina. Universidad Complutense de Madrid. 2016; 50(2): p. 382 - 387.
22. Lobo Vielma C, Murzi M, Salas J. Alteraciones en el Desarrollo y Crecimiento Bucodental de Pacientes con Hendidura Labio Palatina. *Clínica Integral del Niño.* Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología. 2018; 12(1): p. 12-21.
23. Ramos Fuentes FJ, col. Semiología de las malformaciones. *Pediatría Integral.* 2016;: p. 529 - 538.

24. Palmero Picazo. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019; 17(4): p. 372-379.
25. Dakusaku López , Munayco Magallanes A. Influencia de los Tipos de Lactancia Materna en la Fusión de los Procesos Palatinos en Neonatos con Fisura Labiopalatina. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2018; 1(1): p. 53-61.
26. Ford M. A, Monasterio A. L. Fisuras Labio Palatinas Tratamiento Multidisciplinario.. Rev. Med. Clínica Las Condes. 2016; 27(1): p. 14-21.
27. Lombardo-Aburto E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. Acta Pediátrica. 2017; 38(4): p. 267-273.
28. Leiva Villagra. Tratamiento odontológico multidisciplinario de un paciente complejo con fisura labiopalatina bilateral. 2017; 20(2): p. 95-100.
29. Vera..
30. Berman L, Ilan R. Diagnóstico. En Cohen S, Hargreaves K, Berman L, Ilan R. Vías de la pulpa. Los Angeles, California: Elsevier; 2016. p. 27- 30.
31. Puebla P. D. Intervención odontopediátrica en niños fisurados labio maxilo palatinos. Revista Dental de Chile. 2016; 95(2): p. 34-39.
32. Imgrid C. Características de los pacientes con labio paladar hendido y de la atención brindada en el hospital infantil universitario de Manizales (Colombia)..
33. Salas J. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina. Revista Odontológica de los Andes. 2017; 12(1): p. 12-21.
34. Bedón Rodríguez M VGLGL. Labio y Paladar Hendido: Tendencias Actuales en el Manejo Exitoso. Archivos de Medicina. 2018; 12(1): p. 107-119.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Protocolo Clínico

“Rol del Odontopediatra en el Manejo Integral de
Pacientes con Fisura Labio Alveolo Palatina”

POSTULANTE: Dr. Fidel Honorio Tancara

TUTOR TEMÁTICO: Mg. Sc. Lourdes Campos Tarqui

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Carla Larrea Eyzaguirre

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Odontopediatría**

La Paz - Bolivia

2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. DEFINICIÓN	1
2. ETIOLOGÍA.....	1
3. MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS	1
4. DIAGNOSTICO CLÍNICO.....	3
5. CLASIFICACIÓN DE LAS FISURAS	6
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
7. TRATAMIENTO ODONTOPEDIÁTRICO	11
8. TRATAMIENTO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE:	12
9. CRITERIOS DE MANEJO INTEGRAL	13
10. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	14
11. CRITERIOS DE ALTA.....	14
12. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	14
13. CONTROL Y SEGUIMIENTO	15
14. BIBLIOGRAFÍA	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura. 1 Principio de la Clasificación de Víctor Spina	7
Figura. 2 Clasificación embriogénica de Stark y Kemahan en 1958	7
Figura. 3. Clasificación propuesta por el Dr. Victor Veau (5)	8
Figura. 4 Clasificación por Davis y Ritchie en 1922	9
Figura. 5 Síndromes de malformaciones congénitas	9
Figura. 6 Leishmaniasis mucocutánea	10
Figura. 7 Traumatismos orofaciales	10
Figura. 8 Promoción de la lactancia materna exclusiva – Rol del odontopediatra	11

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. 1 Alteraciones Funcionales	1
Tabla. 2 Alteraciones Psicológicas.....	2
Tabla. 3 Alteraciones Estéticas	2
Tabla. 4 Diagnóstico Prenatal	3
Tabla. 5 Semiología Clínica del Recién Nacido	4
Tabla. 6 Semiología Clínica Según la Estructura Afectada	4
Tabla. 7 Diferentes Tipos de Fisuras	6
Tabla. 8. Clasificación embriogénica de Stark y Kemahan en 1958 (7)	7
Tabla. 9 Clasificación por Davis y Ritchie en 1922	8
Tabla. 10 Tratamiento de FLAP según Edad del Paciente	12
Tabla. 11 Cronograma ideal de tratamiento del paciente FLAP (9) (11)	13
Tabla. 12 Promoción y prevención de la fisura labio alveolopalatina	14

1. DEFINICIÓN

Se definen como alteraciones congénitas, caracterizadas por una deficiencia estructural congénita debido a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios en formación que darán origen al labio superior y al paladar durante el desarrollo embrionario. (4)

2. ETIOLOGÍA

Es multifactorial, esta teoría defiende que las interacciones entre las variantes genéticas y los factores teratogénicos epigenéticos determinan la presencia de fisura labio alveolo palatina.

La genética, a través de la herencia y las alteraciones cromosómicas responde solo el 30% de los afectados, mientras que los casos restantes se atribuyen a cualquier otro factor adverso al medio uterino que entre en contacto con el feto durante el periodo embrionario, entre los factores teratogénicos discutidos se mencionan las drogas anticonvulsivante, las infecciones víricas, la epilepsia, radiaciones ionizantes deficiencias nutricionales, alcoholismo y tabaco. (21)

3. MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS

Los pacientes con fisura labio alveolo palatinas presentan habitualmente un compromiso funcional, psicológico y estético derivado de su condición malformativa, razón por la que idealmente deben ser tratados integralmente a fin de prevenir y/o curar estas alteraciones. (2)

Tabla. 1 Alteraciones Funcionales

ALTERACIONES DENTOALVEOLARES
<ul style="list-style-type: none">• Maloclusiones• Microdoncias• Agenesias dentarias

- Retención dentaria
- Dientes supernumerarios
- Hipoplasias dentarias
- Alteraciones en el color de las piezas dentarias vecinas a la fisura.
- Variaciones en la forma de incisivos centrales o laterales en relación a su contralateral.

OTRO TIPO DE ALTERACIONES FUNCIONALES (2) (22) (17)

Alteraciones fonéticas (rinolalias)
 Alteraciones del lenguaje (tartamudeo y mutismo)
 Alteraciones de la audición
 Alteraciones de la respiración
 Hipertrofia de amígdalas y adenoides
 Alteraciones alimentarias

Tabla. 2 Alteraciones Psicológicas

DISFUNCIONES PSICOLÓGICAS (2)

- Dificultades en las relaciones interpersonales
- Dependencia de la figura materna
- Inseguridad e inmadurez emocional
- Rebeldía

Tabla. 3 Alteraciones Estéticas

ALTERACIONES ESTÉTICAS FACIAL (2)

- Asimetría facial
- Desviación del tabique nasal

4. DIAGNOSTICO CLÍNICO

La mayoría de los casos de los pacientes con fisura labio alveolo palatina son diagnosticados inmediatamente después del nacimiento y no requieren pruebas especiales para su diagnóstico, sin embargo, pueden ser diagnosticadas antes del nacimiento.

Tabla. 4 Diagnóstico Prenatal

VENTAJAS	<ul style="list-style-type: none">• Manejo multidisciplinario oportuno• Padres informados respecto a la enfermedad, su manejo y pronóstico.• Padres y familia preparados para enfrentar su situación.
ECOGRAFÍA PRENATAL	<ul style="list-style-type: none">• Es una prueba que usa ondas sonoras para reducir las imágenes del feto en desarrollo.• Permite detectar alteraciones en las estructuras faciales.• Es recomendable realizarla entre las semanas 13 a 16 del embarazo; a más tiempo puede resultar difícil su diagnóstico.
AMNIOCENTESIS	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento para tomar una muestra de líquido amniótico del útero• Este análisis puede indicar que el feto ha heredado un síndrome genético y que puede causar otros defectos congénitos.

Tabla. 5 Semiología Clínica del Recién Nacido

DEFINICIÓN	Estudia los signos y síntomas de las enfermedades y síndromes humanos con el fin de obtener un diagnóstico y establecer un tratamiento.
MÉTODO CLÍNICO DIRECTO	<p>Técnica de exploración extra e intraoral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspección: Facilita la visión de forma localización y tamaño de la lesión. <p>Instrumental requerido: Triada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palpación: permite verificar la consistencia, extensión y bordes de la lesión

Tabla. 6 Semiología Clínica Según la Estructura Afectada

CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS AFECTADAS	<p>Según el tejido afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afección solo de labio (fisura labio alveolo palatino) - Afección solo de paladar (paladar hendido) - Afección de labio y paladar (fisura labio-palatina) - Afección de paladar (paladar hendido) - Afección de labio, alveolo palatino (fisura labio alveolo palatina) <p>Según la localización o lado afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afección unilateral - Afección bilateral <p>Según el tamaño afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incompleto - Completo
	<ul style="list-style-type: none"> - La presencia de mamelón de tejido que puede pasar desapercibida como una pequeña

<p>SIGNOS Y SÍNTOMAS DE BOCA Y REGIÓN PERIORAL (23)</p>	<p>indentación del labio superior paralela al philtrum, puede estar asociada a fisura labio alveolo palatina unilateral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En los casos de labio leporino bilateral, suele existir un mamelón de tejido rudimentario en la línea media, presentan una estrecha abertura en el labio superior. - Mayor presencia de mamelon tejido que se evidencia en alteraciones más graves se asociada a la fisura palatina. - Observar características de la úvula, ya que en la fisura palatina incompleta o posterior puede pasar inadvertida en su variante leve (fisura palatina submucosa) y considerarse característico de esta malformación la presencia de una úvula bífida. - El crecimiento excesivo de zonas de la mucosa oral puede dar lugar a frenulas aberrantes entre las encías y los labios. - Debido a una inadecuada presión sobre la lengua, se da lugar a aun paladar estrecho y elevado denominado paladar ojival. - Presencia de hendidura deja una abertura entre nariz y boca puede ubicarse en paladar blando o paladar duro - Distorsión de un arco dentario, puede ser debida a una excesiva y repetida presión de la lengua sobre uno de los maxilares.
---	---

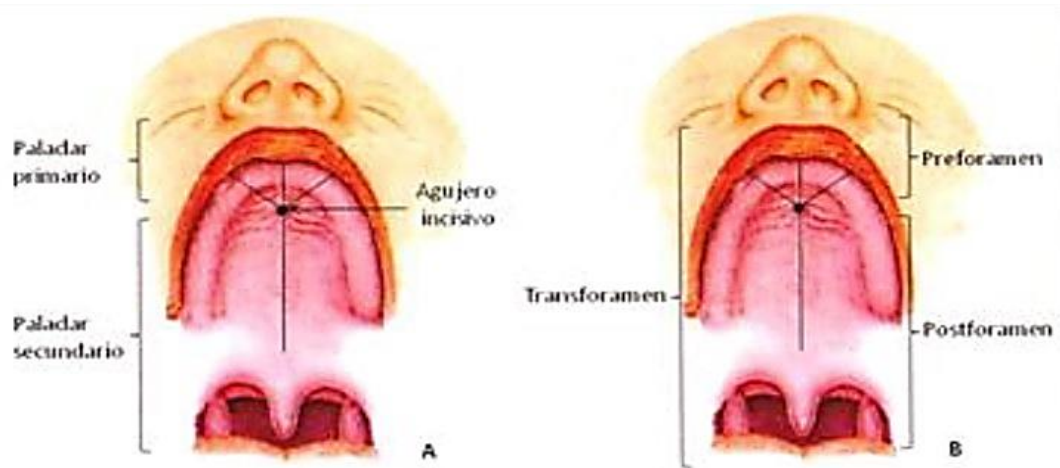
5. CLASIFICACIÓN DE LAS FISURAS

En vista de que el manejo de los pacientes con fisura labiopalatinas es de tipo multidisciplinario, es necesario tener una forma sencilla de comunicarse, en este sentido se presenta diferentes clasificaciones según autores:

Tabla. 7 Diferentes Tipos de Fisuras

Dr. Victor Spina (21) BASADO EN EL CONCEPTO MORFOLÓGICO Y ORÍGENES EMBRIOLÓGICOS	Referencia anatómica: El foramen incisivo que representa el vestigio de lo que la vida intrauterina dividía paladar primario y paladar secundario.	
Grupo I Preforamen incisivo	Unilateral	Incompleta Completa
	Bilateral	Incompleta Completa
	Mediana	Incompleta Completa
Grupo II Transforamen incisivo	Unilateral	Incompleta Completa
	Bilateral	Incompleta Completa
	Mediana	Incompleta Completa
Grupo III Post – foramen incisivo	Incompleta Completa	
Grupo IV Fisuras raras de la cara	Fisuras desvinculadas del paladar primario y secundario.	

Figura. 1 Principio de la Clasificación de Víctor Spina



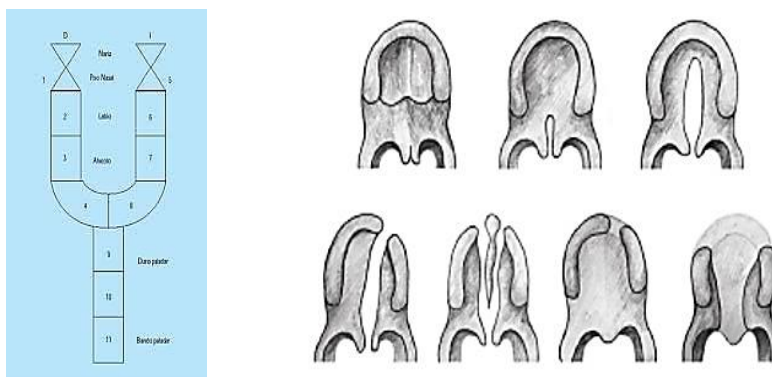
Fuente: Victor Spina

BASADO EN LAS ESTRUCTURAS COMPROMETIDAS (24)

Tabla. 8. Clasificación embriogénica de Stark y Kemahan en 1958 (7)

Hendiduras del paladar primario		Hendiduras del paladar secundario	Hendiduras del paladar primario y secundario	
Unilateral	Total y subtotal	Total	Unilateral	Total y subtotal
Mediana	Total (premaxila ausente) y subtotal (premaxila rudimentaria)	Subtotal	Mediana	Total y subtotal
Bilateral	Total y subtotal	Submucoso	Bilateral	Total y subtotal

Figura. 2 Clasificación embriogénica de Stark y Kemahan en 1958



Fuente: Monasterios (2016)

Tabla. 9 Clasificación propuesta por el Dr. Victor Veau

Anomalías del labio		Anomalías del paladar	
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	Tipo I	Hendidura del paladar blando
Labio hendido incompleto	Cuando 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	Tipo II	Hendidura de paladar blando y duro que compromete sólo el paladar secundario
Labio hendido cicatricial	Cuando hay fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial, pero hay una pequeña hendidura en forma de cicatriz en el rollo rojo labial	Tipo III	Hendidura completa unilateral desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los lados de la premaxila
Labio hendido bilateral	Cuando no hay fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores	Tipo IV	Hendidura completa bilateral desde la úvula pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila

Fuente: Ford Alison

Figura. 3. Clasificación propuesta por el Dr. Victor Veau (5)

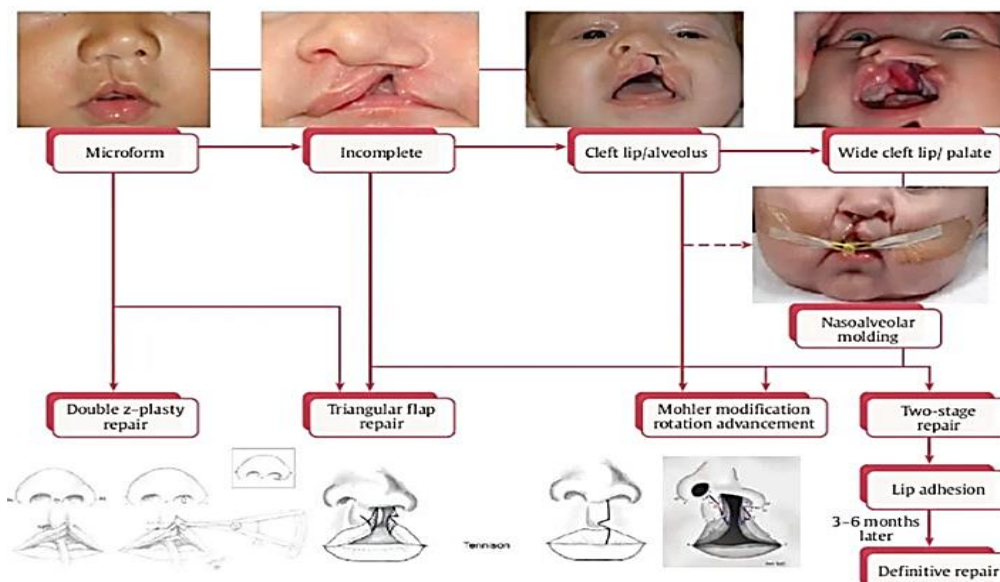
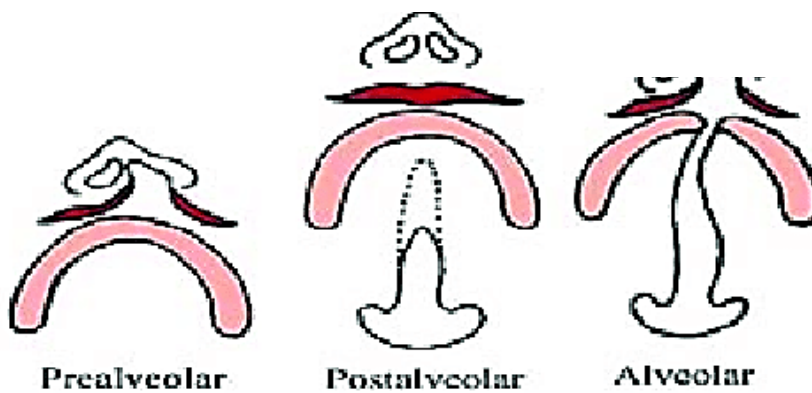


Tabla. 9 Clasificación por Davis y Ritchie en 1922

Grupo I	Hendiduras prealveolares	Unilateral Mediana Bilateral
Grupo II	Hendiduras postalveolares	Paladar blando Paladar blando y duro (reborde alveolar está intacto) Hendidura submucosa del paladar
Grupo III	Hendiduras alveolares	Unilateral Bilateral

Figura. 4 Clasificación por Davis y Ritchie en 1922

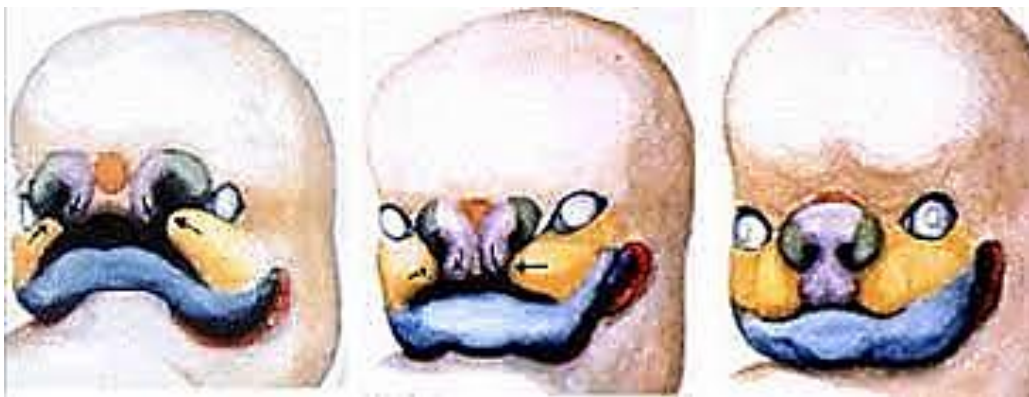


Fuente: Monasterio 2016 (1)

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otros síndromes de malformaciones congénitas

Figura. 5 Síndromes de malformaciones congénitas

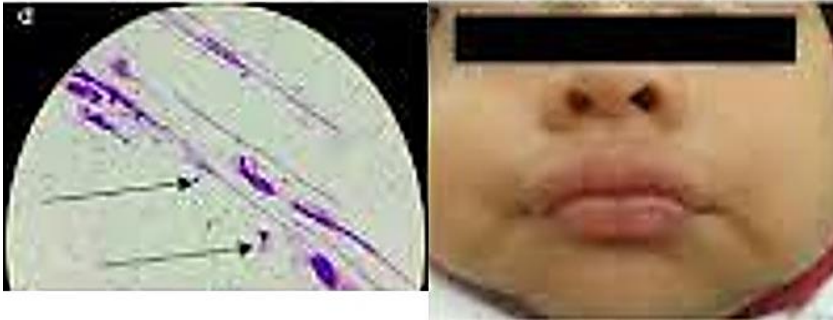


Fuente: Cristina Garcia Vaquero

- Leishmaniasis mucocutánea

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria diseminada por la picadura de un mosquito infectado. Existen varias formas distintas de leishmaniasis. Las más comunes son la cutánea y la visceral. El tipo cutáneo causa llagas en la piel y en mucosas

Figura. 6 Leishmaniasis mucocutánea



Fuente: Andrea Estevanez Corrales

Características:

- Dificultad para respirar.
- Llagas en la piel que pueden convertirse en una úlcera cutánea que sana muy lentamente.
- Congestión, goteo y hemorragia nasal.
- Dificultad para deglutir.
- Úlceras y desgaste (erosión) en la boca, la lengua, las encías, los labios, la nariz y el tabique nasal.
- Traumatismos orofaciales (24)
- Caídas
- Lesiones cortopunzantes
- Lesiones por impacto (violencia física)

Figura. 7 Traumatismos orofaciales



Fuente: Anton Sarrabia Jennifer 2019

7. TRATAMIENTO ODONTOPEDIÁTRICO

ROL DEL ODONTOPEDIATRA EN EL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA: (25) (26) (2)

- Promocionar de la lactancia materna.
- Promocionar de la salud oral.
- Realizar acciones preventivas de profilaxis.
- Realizar acciones preventivas de remineralización dentaria.
- Realizar vigilancia constante de la aparición de enfermedades infecciosas en la cavidad oral.
- Realizar acciones restaurativas integrales.
- Mantener un equilibrio de paciente sano para efectivizar el éxito de otras intervenciones programadas.

Figura. 8 Promoción de la lactancia materna exclusiva – Rol del odontopediatra



Fuente: Lidea Perez Montero

8. TRATAMIENTO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE:

Tabla. 10 Tratamiento de FLAP según Edad del Paciente

• ODONTOPEDIATRÍA		
De 0 a 3 años:		
Orientar, Prevenir y Educar		
<p>Observar y Controlar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de dientes natales/neonatales. 2. Presencia de nódulos de Bohn. 3. Presencia de Pápulas de Epstein. 4. Quistes de la Lámina dental. 5. Micrognasias / macrognasias. 6. Lengua escrotal / L. pelada / L. geográfica. 7. Frenillo lingual. 8. Petequias bucales (púrpura). 9. Edema Angioneurótico (hereditario / no hereditario). 	<p>1. Alimentación y amamantamiento: De 0 a 6 meses: Sin restricción (materna exclusiva). De 6 meses a 2 años: No permitir el uso de agregados dulces a la mamadera. Comenzar enseñanza con vaso desde el año de edad. De 2 a 3 años: Uso de vaso. Adelantar el horario de consumo de leche nocturna.</p> <p>2. Caries tipo biberón: Concepto de ventana de infectividad (no pasar ni probar nada de la boca de un adulto a la boca del niño). Afecta a niños hasta el primer año de vida. Educar a la madre sobre su etiología, para eliminar malos hábitos. Asesoramiento</p>	<p>dietético (no permitir consumo de jugos azucarados, bebidas o golosinas entre comidas y en la noche). Control según dolor. Tratamientos preventivos y curativos (uso de Flúor, en sus distintas presentaciones; ionómeros y sellantes; tratamiento pulpares y exodoncias según sintomatología; observación clínica).</p> <p>3. Limpieza y cepillado: Comenzar limpieza de rodetes antes de la erupción de las piezas dentarias con gasa, algodón o pañal y agua tibia. Comenzar con cepillo cuando erupcionaron los molares (sin pasta dental). Mayor higiene en piezas cercanas a la fisura.</p>
De 3 a 6 años:		
Indicar y Tratar		
<p>Observar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dentición temporaria completa (oclusión de 2^{os} molares temporales). 2. Observar erupción de 1^{os} molares permanentes (llaves de oclusión). 3. Agencias dentarias, dientes supernumerarios. 4. Presencia de manchas blancas. 5. Presencia de hipoplasias dentarias. 6. Control de malos hábitos (succión de dedos y/u objetos, uso de mamadera, respiración bucal). 7. Arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilización de barniz flúor en dentición temporaria y mixta. 2. Sellar surcos dudosos de 1^{os} molares permanentes y de 1^{os} y 2^{os} molares temporarios. 3. Indicar higiene oral contécnica sencilla luego de cada comida (con supervisión de los padres o adultos responsables). 4. Asesoramiento dietético: evitar dulces (bebidas gaseosas, jugos azucarados) 	<p>dos) e hidratos de carbono entre las comidas. Indicar el consumo de frutas y verduras.</p> <p>5. Tratamiento restaurativo en caries de dientes temporales (para lograr una oclusión favorable y para impedir pérdidas de espacios).</p> <p>6. Desgaste de interferencias en caninos (para lograr mejor desarrollo de los maxilares).</p>
De 6 a 14 años:		
Indicar y Tratar		
<p>Observar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erupción de incisivos superiores e inferiores. 2. Erupción del sector lateral (caninos y premolares). 3. Relación de arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía oclusal pasiva (mantenedores de espacio y extracciones seriadas). 2. Derivar a ortodoncista para guía oclusal activa (reganadores de espacio, control de hábitos, ajustes oclusales). 3. Utilización de Flúor diario PH 7. 4. Aplicación profesional de Flúor alta 	<p>concentración PH 3,5 al 1% en forma trimestral o semestral según riesgo.</p> <p>5. Suministrar flúor hogareño durante 45 noches de PH 5,6 al 0,23% durante 45 días para pacientes de riesgo.</p> <p>6. Diagnosticar, tratar y/o derivar las patologías periodontales.</p>

9. CRITERIOS DE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO (27): Dado el compromiso de estructuras anatómicas afectadas se seguirá una planificación y manejo multidisciplinario, integrado por diferentes áreas: (27)

1. Área quirúrgica:

- Cirugía maxilofacial
- Cirugía plástica
- Anestesiología

2. No quirúrgicas:

- Genética
- Neonatología
- Odontopediatría
- Pediatría
- Otorrinolaringología
- Audiología
- Foniatría
- Psicología

Tabla. 11 Cronograma ideal de tratamiento del paciente FLAP (9) (11)

EDAD	MESES												AÑOS																		
ESPECIALIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
CIRUGIA PLASTICA	A		B														C														
ENFERMERIA																															
GENETICA																															
ORTOPEDIA PREQ.																															
KINESIOLOGIA																															
PSICOLOGÍA																															
PSICOPEDAGOGIA																															
ESCUELA DE PADRES																															
COSMETOLOGIA CLINICA																															
AUDITORIA/R. CLINICA																															

10. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Véase (28)

- a. Estudios de imagen.
- b. Estudios genéticos.
- c. Estudio estéreo litográfico

11. CRITERIOS DE ALTA

Según la planificación y manejo integral del equipo multidisciplinario

12. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Es importante el trabajo en este ámbito ya que la fisura labio alveolo palatina puede ser prevenible, diagnosticada y manejada oportunamente, por lo que el odontopediatra actuara en los tres niveles de prevención (25) (21) (2):

Tabla. 12 Promoción y prevención de la fisura labio alveolopalatina

PREVENCIÓN PRIMARIA
<ul style="list-style-type: none">- Promoción de la salud- Protección específica- Detección oportuna de factores de riesgo relacionados con el medio ambiente- Seguimiento a los controles prenatales
PREVENCIÓN SECUNDARIA
<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno- Seguimiento obstétrico- Seguimiento odontopediátrico- Revisión por el odontopediatra para descartar otras malformaciones

- Clasificar el tipo de labio y paladar hendido para su manejo integral dirigido a una adecuada alimentación y el uso de la placa obturadora si requiere el paciente
- Orientar a los padres la técnica de higiene oral de la cavidad oral
- Alertar a los padres sobre el riesgo de bronco aspiración y manejo inadecuado de secreciones.
- Coordinación con el equipo multidisciplinario para el manejo quirúrgico

PREVENCIÓN TERCIARIA

- Rehabilitación y manejo de las complicaciones
- Coordinar oportunamente con los especialistas afines para recibir atención médica, otorrinolaringología, ortopedia y ortodoncia, foniatría y audiología para así disminuir complicaciones y secuelas

13. CONTROL Y SEGUIMIENTO

Trimestral, según cronograma establecido.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Monasterio A L, Ford M. A, Tastes H. ME. Fisuras labio palatinas. Tratamiento multidisciplinario. Revista Médica de la Clínica Las Condes. 2016; 27(1): p. 14 - 21.
2. Puebla MDyc. Intervención odontopediátrica en niños fisurados la bio maxilo palatinos. Revista Dental de Chile. 2016; 95(2): p. 34 - 39.
3. Ford AM. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. Revista Médica. Clin. Condes. ; 15(1).
4. Salas ME, al. e. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina. Revista Odontológica de los Andes. 2015; 10(2).

5. Hidalgo C, Cisneros Hidlago A. Importancia del manejo interdisciplinario de pacientes con fisura labio palatinas. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2019; 9(1): p. 75 - 90.
6. Vetiades F. J. Importancia del abordaje multidisciplinario en el tratamiento del labio y paladar hendido..
7. Lombardo AE.. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido..
8. Gutierrez Guerra I. Alteraciones de número en dentición de pacientes entre 2 y 12 años de edad con disrafias labio alveolo palatinas..
9. Valdés Massó D. Características de pacientes con fisura labio palatinas atendidos en el hospital pediátrico de centro de Habana..
10. Singler A. Protocolo para la planificación clínica de labio paladar hendido. 2017.
11. Estrada Sarmiento M, Espinosa Fonseca R, Pérez Perdomo E. Resultados del manejo multidisciplinario del labio y paladar fisurado unilateral..
12. Cherfên Peixoto B, Gomez Ágreda C. Cuidados bucales de pacientes con fisura del labio y/o paladar..
13. Trullenque E. Tratamiento multidisciplinario de la fisura palatina: papel del odontólogo..
14. Leiva V. N. Tratamiento odontológico multidisciplinario de un paciente complejo con fisura labipalatina bilateral. Odontología Sanmarquina. ; 20(2): p. 20i2.13934.
15. Salas C. ME, Barrios G. Z, Simancas Y. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina..
16. Fernández C. "Odontología de mínima intervención en EE. UU.: Una actualización desde la perspectiva de la cariólogía" Br Dent J;229 (7): 483-486. [Online].; 2020. Acceso 14 de Abril de 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33037373/>.

17. Charry I, Lorena Aguirre M. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales. Archivos de Medicina. 2012; 12(2): p. 190-198.
18. Dakusaku López Y, Munayco Magallanes A. Influencia de los Tipos de Lactancia Materna en la Fusión de los Procesos Palatinos en Neonatos con Fisura Labiopalatina..
19. Cipollaa MC. Características de tratamientos recibidos por los niños con fisura labio alveolo palatina en Argentina..
20. Cabello Gómez E. Alimentación en los Niños con Fisura Labiopalatina. Estudio de 31 Casos..
21. Fernandez Sanchez, Jesús. El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina. Universidad Complutense de Madrid. 2016; 50(2): p. 382 - 387.
22. Lobo Vielma C, Murzi M, Salas J. Alteraciones en el Desarrollo y Crecimiento Bucodental de Pacientes con Hendidura Labio Palatina. Clínica Integral del Niño. Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología. 2018; 12(1): p. 12-21.
23. Ramos Fuentes FJ, col. Semiología de las malformaciones. Pediatría Integral. 2016;; p. 529 - 538.
24. Palmero Picazo. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019; 17(4): p. 372-379.
25. Dakusaku López , Munayco Magallanes A. Influencia de los Tipos de Lactancia Materna en la Fusión de los Procesos Palatinos en Neonatos con Fisura Labiopalatina. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2018; 1(1): p. 53-61.
26. Ford M. A, Monasterio A. L. Fisuras Labio Palatinas Tratamiento Multidisciplinario.. Rev. Med. Clínica Las Condes. 2016; 27(1): p. 14-21.
27. Lombardo-Aburto E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. Acta Pediátrica. 2017; 38(4): p. 267-273.

28. Leiva Villagra. Tratamiento odontológico multidisciplinario de un paciente complejo con fisura labiopalatina bilateral. 2017; 20(2): p. 95-100.
29. Vera..
30. Berman L, Ilan R. Diagnóstico. En Cohen S, Hargreaves K, Berman L, Ilan R. Vías de la pulpa. Los Angeles, California: Elsevier; 2016. p. 27- 30.
31. Puebla P. D. Intervención odontopediátrica en niños fisurados labio maxilo palatinos. Revista Dental de Chile. 2016; 95(2): p. 34-39.
32. Imgrid C. Características de los pacientes con labio paladar hendido y de la atención brindada en el hospital infantil universitario de Manizales (Colombia)..
33. Salas J. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina. Revista Odontológica de los Andes. 2017; 12(1): p. 12-21.
34. Bedón Rodríguez M VGLGL. Labio y Paladar Hendido: Tendencias Actuales en el Manejo Exitoso. Archivos de Medicina. 2018; 12(1): p. 107-119.