



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ
CHIS.

CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS

TEMA:

**“LABIO Y PALADAR
HENDIDO”**

DOCENTE:

DR. ALFREDO LOPEZ

ALUMNO: OSCAR ZEBADUA LOPEZ

MEDICINA HUMANA

7MO. SEMESTRE

Labio y Paladar

El Paladar Hendido es una malformación congénita caracterizada por hendidura del paladar superior duro y/o blando. La fusión del paladar secundario (paladar duro y blando) se da entre las 7 y 10 SG, no se completa.

Cuadro clínico

La hendidura del labio es visible al nacer. Puede ser desde un simple hoyuelo en el borde bermellón del labio hasta una separación completa que se extiende hasta el suelo de la nariz.

El defecto puede ser unilateral o bilateral y puede producirse de forma aislada o en combinación con un defecto del paladar hendido.

También pueden estar presentes distintos grados de deformidad nasal.

Los defectos del paladar hendido son menos evidentes cuando no coexisten con labio leporino y pueden no ser detectados en el momento de nacer el niño.

La hendidura del paladar duro da lugar a una abertura continua entre la boca y la cavidad nasal, puede ser unilateral o bilateral y afecta sólo al paladar blando o al paladar duro y al blando.

Diagnostico

El PH se identifica mediante una exploración visual de la cavidad bucal o cuando el examinador coloca un dedo enguantado directamente en el paladar.

Las hendiduras del paladar duro y blando forman una abertura continua entre la boca y la cavidad nasal. La gravedad del PH ejerce impacto sobre la alimentación; el lactante no puede crear la succión en la cavidad oral que es necesaria para la alimentación.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, la capacidad del niño para tragar es normal.

El diagnóstico prenatal con ecografía fetal no es fiable hasta que los tejidos blandos de la cara fetal pueden visualizarse entre las semanas 13 y 14. Alrededor del 20-30% de los lactantes con PH se diagnostican prenatalmente mediante ecografía (Robbins, Damiano, Druschel, et al.).

Regla de los 10s

Tradicionalmente, el procedimiento es planeado en relación con la regla de los 10: 10 semanas de vida, 10 libras (4.5-5 kg) y 10 gr/dL de hemoglobina. Peso por debajo de los 4.5 kg se ha identificado como un factor de riesgo de complicaciones anestésicas

Tratamiento Qx

Corrección quirúrgica PH, antes de los 12 meses de edad. (Procedimiento de Veau-Wardill-Kilner y la plastia en Z de doble oposición de Furlow)

Aproximadamente el 20-30% de los niños con PH reparado necesitarán una intervención secundaria para mejorar el cierre del velo de la faringe para hablar.

Las intervenciones secundarias pueden incluir el alargamiento del paladar, el colgajo faríngeo, la faringoplastia del esfínter o el aumento de la pared faríngea posterior

BIBLIOGRAFIA: Bradicardia, C.. (2015). *principios de cirugía*. México, D .F: MC GRAW HILL

Hoyos, C.. (2013). Labio y paladar hendidos: Orientaciones para su diagnóstico y manejo. *Revista médica de Risaralda*, (7), pp. 32-36,