



**Universidad Abierta Interamericana**

**Sede Regional Rosario**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Título: “Características de pacientes sometidos a cirugías correctivas de labio leporino”.**

**Alumno: Germán Suriano**

**Tutor: Dra. Gustafsson, Mónica**

**Fecha de presentación: diciembre de 2010**

## Índice

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Índice-----              | 1  |
| Resumen -----            | 2  |
| Introducción-----        | 4  |
| Marco teórico-----       | 6  |
| Problema -----           | 12 |
| Objetivos -----          | 12 |
| Material y métodos ----- | 13 |
| Resultados -----         | 15 |
| Discusión -----          | 30 |
| Conclusión -----         | 32 |
| Bibliografía -----       | 33 |
| Anexos-----              | 35 |

## Resumen

El presente es un estudio de tipo descriptivo en base a historias clínicas correspondientes a 59 pacientes de edad pediátrica con labio leporino o labio leporino asociado a paladar hendido sometidos a cirugía reparadora por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "V. J. Vilela" de la ciudad de Rosario, Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del "Hospital Provincial de Rosario" durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2009 al 1º de enero de 2010.

Con el objetivo de conocer las características de pacientes sometidos a cirugías correctivas de labio leporino asociado o no a paladar hendido, analizar los resultados obtenidos de acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada, conocer la frecuencia de reintervención quirúrgica e indagar sobre la aparición de complicaciones.

Se arribó a las siguientes conclusiones:

- Se estudiaron 59 pacientes, 50.8% correspondía al sexo femenino. La edad varió entre 4 y 24 meses, con mayor frecuencia del intervalo de hasta 6 meses de edad (49.2%).
- El 61% correspondía a fisura labiomaxilar sin división palatina (con mayor probabilidad en pacientes de 12 meses o menos) y el 39% con división palatina, (con mayor probabilidad en pacientes de 13 meses o más).
- En cuanto a la técnica quirúrgica utilizada, el 61% correspondió a Millard II (fisuras labiomaxilares sin división palatina) y el 39% a Veau Wardill Kilmer (fisuras labiomaxilares con división palatina).
- En el 78% el resultado obtenido fue bueno y en el 22% no fue satisfactorio.

- Se presentó complicaciones en el 22% de la muestra (dehiscencias y fístulas palatinas, hematomas e infecciones).
- El 18.6% de los pacientes necesitaron reintervención quirúrgica.

**Palabras clave: labio leporino, paladar hendido, cirugía, complicaciones.**

## Introducción

El labio leporino es una malformación relativamente frecuente, siendo aproximadamente el 15% de todas las malformaciones; con una frecuencia, asociado o no a paladar hendido, entre 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos. <sup>(1)</sup>

El sexo masculino se encuentra más afectado, en una relación de 7:3, con un predominio del labio hendido unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo que el derecho; siendo la malformación más frecuente el labio leporino asociado al paladar, que cada uno por separado; de tal forma que la asociación más frecuente es el labio leporino unilateral total con fisura palatina. <sup>(1)</sup>

Actualmente se acepta la teoría de la interrupción de la migración mesodérmica; o bien, no llegó en cantidad suficiente para conformar la boca y los procesos maxilares laterales, no teniendo la oportunidad de fusionarse al proceso frontonasal, causando hendidura labial o labiopalatina. <sup>(2)</sup>

La cirugía del labio hendido es uno de los mayores retos en la cirugía plástica; combina una técnica depurada con la elección de la técnica según la experiencia del cirujano, pero en general debe evitarse las técnicas que introducen tejidos laterales en la línea media, puesto que invariablemente producirán labios largos y tensos a largo plazo, con cicatrices muy evidentes, prefiriéndose realizar el cierre en tres planos. <sup>(3)</sup>

En todos los casos y mientras llega la fecha de la intervención, es fundamental tranquilizar y orientar a los padres sobre la patología del hijo,

sobre todo acerca del calendario de intervenciones y la forma de alimentación, que en la mayor parte de los casos puede ser con tetinas normales.

## **Marco teórico**

### **Labio leporino**

El labio leporino es una anomalía en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. <sup>(4)</sup>

### **Paladar hendido**

El paladar hendido se presenta cuando el techo de la boca no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. Esta hendidura puede comprometer cualquier lado del paladar y puede extenderse desde la parte anterior de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). A menudo también llega a incluir el labio. <sup>(4)</sup>

El labio leporino y paladar hendido son especialmente notables debido a que originan un aspecto facial anómalo y defectos en el habla. <sup>(5)</sup>

### **Embriogenia**

Los procesos nasomediales participan en la formación de la porción medial del maxilar superior, del labio y del paladar primario. <sup>(3)</sup>

En la sexta semana ocurren progresos muy notables en el desarrollo. Los procesos maxilares se hacen prominentes, crecen hacia la línea media, acercándose a los procesos nasales, los cuales, a su vez, han crecido hasta la porción inferior del proceso frontal, ambos procesos quedan en contacto. Los procesos nasolaterales se mueven hasta ponerse en contacto con los procesos maxilares en ambos lados. <sup>(3)</sup>

En la séptima semana se originan los tabiques palatinos, que tienden a crecer y reunirse en la línea media. <sup>(3)</sup>

Se han postulado dos teorías que tratan de explicar la formación de las hendiduras faciales: <sup>(2)</sup>

- La primera, propuesta por Waarbrick, sugiere como mecanismos patogénicos un retardo o restricción de sus movimientos que evitan que estos procesos se pongan en contacto, causando una hendidura. Este mecanismo ha sido aceptado como causante del paladar hendido.
- La segunda teoría o de la penetración mesodérmica: Fue propuesta inicialmente por Stark, quien sugiere que el centro de la cara está formado por una capa bilamelar de ectodermo, por el interior de la cual migra el mesodermo, y si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura.

La hendidura labial resulta de un error en la unión de los procesos nasomedial y nasolateral. <sup>(2)</sup>

El cierre palatino es impedido por la lengua. <sup>(2)</sup>

### Etiología

Los factores etiológicos en el labio leporino, con paladar hendido o sin él, no se pueden determinar con exactitud, por lo que nos limitamos a clasificarlos como de tipo "hereditario multifactorial". <sup>(6)</sup>

- La malformación es más frecuente en los parientes de los sujetos afectados, cuanta más rara es en la población general.
- Las madres que hayan tenido un hijo afecto tienen 2 ó 3 veces mayor riesgo de tener otro hijo malformado.
- Existe predisposición en cuanto al sexo; es más frecuente hallarse afectados los varones en el labio y paladar hendido, mientras corresponde a la mujer el presentar con más frecuencia el paladar hendido.

- Dentro de los factores ambientales se incluyen la hipoxia (tabaco, altitud), alcohol, talidomida, etc.
- Dentro de los sindrómicos (sólo un 3% de las fisuras palatinas forman parte de un síndrome):
  - Se incluyen las trisomías del 13 y 21.
  - Síndrome de Waardenburg (sordera, hipoplasia del ala nasal, piebaldismo, heterocromía del iris, telecanto) de carácter autosómico dominante.
  - Síndrome de Van Der Woude (labio con paladar hendido) con carácter autosómico dominante.

La edad de los progenitores se ha relacionado con mayor índice de afectación, y dentro de ellos particularmente la edad del padre.

### Epidemiología

Según las estimaciones, la frecuencia del labio hendido, con paladar hendido o sin él, varía de 0,8 a 1,6 casos por cada 1000 nacimientos (valor medio de 1/1000). <sup>(7)</sup>

- La forma de presentación, es más frecuente la afectación del labio con o sin afectación palatina que el paladar exclusivamente:
  - 21% de labio leporino aislado.
  - 33% de fisura palatina aislada.
  - 46% de ambas malformaciones congénitas simultaneas.
- Es más frecuente el labio hendido unilateral sobre el bilateral, y con mayor frecuencia el lado izquierdo es el afectado. <sup>(7)</sup>
- Relación al sexo: del 60-80% de los afectados son varones (relación de 7:3). <sup>(7)</sup>
- La edad de los padres: Al parecer es la edad paterna la que interviene.

- Incidencia estacional: Mayor incidencia en los meses de enero y febrero.<sup>(7)</sup>

### Anatomía en el labio leporino

Las descripciones de los elementos anatómicos fueron realizadas correctamente por Millard:<sup>(8)</sup>

#### ***LABIO LEPORINO UNILATERAL.***

El septum nasal se desvía hacia el lado no fisurado, quedando la narina del lado fisurado ensanchada y la otra comprimida. El labio contiene en el lado no fisurado musculatura normal que tracciona y contribuye a la distorsión labial; en el lado fisurado se inserta en el borde de la fisura y a lo largo de ella. La columela se encuentra acortada y acompaña a la desviación septal. El suelo nasal está ensanchado.<sup>(8)</sup>

#### ***LABIO LEPORINO BILATERAL.***

En esencia se encuentran alteraciones similares. El labio en su porción central se encuentra evertido y muestra una gran hipoplasia regional. La porción central no contiene músculo, salvo pequeños haces. La columela está muy acortada pareciendo clínicamente ausente.<sup>(8)</sup>

### Musculatura

El músculo orbicular labial contiene dos porciones:

- Profunda: Actividad esfínter que funciona coordinadamente con la orofaringe.
- Superficial: Moviliza los labios durante el habla.

Las fibras de la porción profunda no se anclan en el bermellón, sino que, simplemente, se interrumpen de forma que piel y bermellón se van adelgazando a cada lado de la fisura.

### Aporte sanguíneo

La fisura interrumpe las anastomosis normales entre la arteria labial superior, la arteria etmoidal anterior, la arteria septal posterior y la arteria palatina. En el labio leporino bilateral completo, el aporte sanguíneo del prolabio se debe a la arteria septal posterior, por ello puede liberarse de la espina nasal sin otras complicaciones. <sup>(8)</sup>

### Clasificación del labio y paladar hendidos

Según la clasificación de Millard o Byrd: <sup>(5)</sup>

- Labio leporino cicatricial o forma larvada.
- Labio leporino unilateral. Proviene de la falta de fusión de la prominencia maxilar en el lado afectado con las prominencias nasales mediales.
- Labio leporino bilateral. Procede de un fallo del acercamiento y unión de las masas mesenquimatosas de las prominencias maxilares con las prominencias nasales mediales fusionadas.
- Labio leporino central (forma inusual, agenesia total del pro labio).

Las formas unilateral o bilateral pueden ser:

- ✓ Incompleto.
- ✓ Completo. Es el grado máximo de hendidura de cualquier tipo.

Existen dos grupos principales de labio leporino y paladar hendido.

- Hendiduras que afectan el labio superior y la parte anterior del maxilar superior, con o sin afectación de parte del resto del paladar duro o blando.
- Hendiduras que afectan al paladar duro y blando.

### Tratamiento del labio y paladar hendidos

#### *Tratamiento Primario.*

Consiste en la reconstrucción del labio y el paladar en dos o más intervenciones quirúrgicas separadas. <sup>(2)</sup>

### *Tratamiento Secundario.*

Es definido como, las medidas terapéuticas, quirúrgicas y no quirúrgicas, que se efectúan después de haber practicado cierre labial y palatino. <sup>(2)</sup>

#### Momento quirúrgico del labio y paladar hendidos

El paciente debe estar en buen estado de salud, libre de cualquier infección. La palatorrafia tiene como objetivo darle una anatomía correcta para que se puedan llevar a cabo las funciones de fonación, masticación y deglución en forma correcta lo más pronto posible. <sup>(2)</sup>

En la actualidad se corrigen quirúrgicamente en niños con un promedio de 2 años, para evitar que adquieran hábitos no deseados de lenguaje y evitar la otitis media. <sup>(2)</sup>

Es muy importante tener en cuenta que estos pacientes deben tener un seguimiento y control para darles un tratamiento ortopédico y ortodóncico post-quirúrgico. <sup>(2)</sup>

## **Problema**

¿Cuáles son las características de pacientes sometidos a cirugías correctivas de labio leporino asociado o no a paladar hendido en el Hospital V. J. Vilela y del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Conocer las características de pacientes sometidos a cirugías correctivas de labio leporino asociado o no a paladar hendido en el Hospital V. J. Vilela y del Hospital Provincial de la ciudad de Rosario, durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2009 y el 1º de enero de 2010.

### **Objetivos específicos**

- Analizar las características generales de la población en estudio.
- Analizar los resultados obtenidos de acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada.
- Conocer la frecuencia de reintervención quirúrgica.
- Indagar sobre la aparición de complicaciones.

## **Material y métodos**

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo en base a historias clínicas correspondientes a pacientes de edad pediátrica con labio leporino o labio leporino asociado a paladar hendido sometidos a cirugía reparadora por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “V. J. Vilela” de la ciudad de Rosario, Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del “Hospital Provincial de Rosario” durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2009 al 1º de enero de 2010.

Para el uso de las historias clínicas, previo a la cirugía se solicitó el consentimiento informado del tutor o encargado del menor. Ver anexo 1

La muestra quedó constituida por la totalidad de las historias clínicas (59 casos) de pacientes de ambos sexos sometidos a cirugía durante el periodo de estudio.

Se analizaron las siguientes variables:

- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento de la consulta.
- Fisura labiomaxilar: sin división palatina o con división palatina
- Clasificación de la anomalía: fisura maxilar unilateral total, fisuras labiales unilaterales incompletas, fisuras labiales bilaterales totales, fisuras labiales bilaterales incompletas.
- Técnica quirúrgica utilizada: Millard II o Veau Wardill Kilmer.
- Necesidad de reintervención: sí o no

- Complicaciones: sí o no, especificando tipo de complicaciones.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 2). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación  $p < 0,05$ .

## Resultados

### **Sexo**

**Tabla 1:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población en estudio.

| <b>Sexo</b>  |           |       |
|--------------|-----------|-------|
|              | f         | %     |
| Femenino     | 30        | 50,8% |
| Masculino    | 29        | 49,2% |
| <b>Total</b> | <b>59</b> |       |

Del total de la muestra estudiada (n=59), el 50.8% corresponde al sexo femenino y el 49.2% al sexo masculino.

### **Edad**

La muestra presenta edades comprendidas entre los 4 y 24 meses, con un promedio de 10.2 meses (DS  $\pm$  6.1), una mediana de 7 meses y un modo de 6 meses.

**Tabla 2:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población en estudio.

| <b>Edad</b>    |           |       |
|----------------|-----------|-------|
|                | f         | %     |
| hasta 6 meses  | 29        | 49,2% |
| 7 a 12 meses   | 7         | 11,9% |
| 13 a 18 meses  | 18        | 30,5% |
| 19 meses o más | 5         | 8,5%  |
| <b>Total</b>   | <b>59</b> |       |

El 49.2% corresponde al intervalo de hasta 6 meses de edad; el 30.5% al intervalo de 13 a 18 meses; el 11.9% al intervalo de 7 a 12 meses y el 8.5% al intervalo de 19 meses o más.

## ***Fisura labiomaxilar***

**Tabla 3:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de fisura labiomaxilar en la población en estudio.

| <b>Tipo de Fisura labiomaxilar</b> |           |       |
|------------------------------------|-----------|-------|
|                                    | f         | %     |
| Sin división palatina              | 36        | 61,0% |
| Con división palatina              | 23        | 39,0% |
| <b>Total</b>                       | <b>59</b> |       |

El 61% corresponde a fisura labiomaxilar sin división palatina y el 39% corresponde a fisura labiomaxilar con división palatina.

- ***Tipo de fisura labiomaxilar y sexo***

**Tabla 4:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de fisura labiomaxilar en relación al sexo de la población en estudio.

| <b>Tipo de Fisura labiomaxilar y sexo</b> |                              |       |                              |       |
|---|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
|   | <b>Sin división palatina</b> |       | <b>Con división palatina</b> |       |
|   | f                            | %     | f                            | %     |
| Femenino                                  | 16                           | 44,4% | 14                           | 60,9% |
| Masculino                                 | 20                           | 55,6% | 9                            | 39,1% |
| <b>Total</b>                              | <b>36</b>                    |       | <b>23</b>                    |       |

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar sin división palatina (n=36), el 55.6% corresponde al sexo masculino y el 44.4% al sexo femenino.

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar con división palatina (n=23), el 60.9% corresponde al sexo femenino y el 39.1% al sexo masculino.

Las diferencias entre sexos no son estadísticamente significativas.

- **Tipo de fisura labiomaxilar y edad**

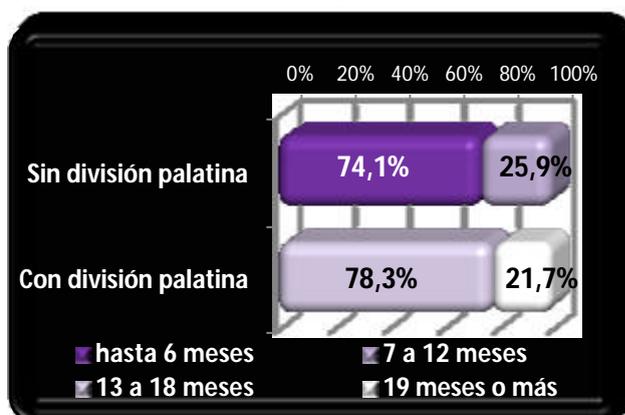
**Tabla 5:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de fisura labiomaxilar en relación a la edad de la población en estudio.

| Tipo de Fisura labiomaxilar y edad |                       |       |                       |       |
|------------------------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
|                                    | Sin división palatina |       | Con división palatina |       |
|                                    | f                     | %     | f                     | %     |
| hasta 6 meses                      | 29                    | 80,6% | 0                     | 0,0%  |
| 7 a 12 meses                       | 7                     | 19,4% | 0                     | 0,0%  |
| 13 a 18 meses                      | 0                     | 0,0%  | 18                    | 78,3% |
| 19 meses o más                     | 0                     | 0,0%  | 5                     | 21,7% |
| <b>Total</b>                       | <b>36</b>             |       | <b>23</b>             |       |

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar sin división palatina (n=36), el 74.1% corresponde al intervalo de hasta 6 meses y el 25.9% al intervalo de 7 a 12 meses.

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar con división palatina (n=23), el 78.3% corresponde al intervalo de 13 a 18 meses y el 21.7% al intervalo de 19 meses o más.

**Gráfico 1:** distribución de las frecuencias relativas del tipo de fisura labiomaxilar en relación a la edad de la población en estudio.



## **Clasificación de la anomalía**

**Tabla 6:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la clasificación de la anomalía en la población en estudio.

| <b>Clasificación de la anomalía</b>       |           |       |
|---|-----------|-------|
|   | f         | %     |
| fisura maxilar unilateral total           | 33        | 55,9% |
| fisuras labiales unilaterales incompletas | 6         | 10,2% |
| fisuras labiales bilaterales totales      | 9         | 15,3% |
| fisuras labiales bilaterales incompletas  | 11        | 18,6% |
| <b>Total</b>                              | <b>59</b> |       |

El 55.9% corresponde a fisura maxilar unilateral total; el 18.6% a fisuras labiales bilaterales incompletas; el 15.3% a fisuras labiales bilaterales totales y el 10.2% a fisuras labiales unilaterales incompletas.

- **Tipo de fisura labiomaxilar y clasificación de la anomalía**

**Tabla 7:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de fisura labiomaxilar en relación a la clasificación de la anomalía en la población en estudio.

| <b>Tipo de fisura labiomaxilar y clasificación de la anomalía</b> |                              |       |                              |       |
|---|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
|   | <b>Sin división palatina</b> |       | <b>Con división palatina</b> |       |
|   | f                            | %     | f                            | %     |
| fisura maxilar unilateral total                                   | 17                           | 47,2% | 16                           | 69,6% |
| fisuras labiales unilaterales incompletas                         | 4                            | 11,1% | 2                            | 8,7%  |
| fisuras labiales bilaterales totales                              | 6                            | 16,7% | 3                            | 13,0% |
| fisuras labiales bilaterales incompletas                          | 9                            | 25,0% | 2                            | 8,7%  |
| <b>Total</b>  | <b>36</b>                    |       | <b>23</b>                    |       |

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar sin división palatina (n=36), el 47.2% corresponde a fisura maxilar unilateral total; el 25% a fisuras labiales bilaterales incompletas; el 16.7% a fisuras labiales bilaterales totales y el 11.1% a fisuras labiales unilaterales incompletas.

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar con división palatina (n=23), el 69.6% corresponde a fisura maxilar unilateral total; el 13% a fisuras labiales bilaterales totales; el 8.7% a fisuras labiales unilaterales incompletas y el 8.7% a fisuras labiales bilaterales incompletas.

- **Clasificación de la anomalía y sexo**

**Tabla 8:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la clasificación de la anomalía en relación al sexo en la población en estudio.

| Clasificación de la anomalía y sexo |                  |       |                          |       |                     |        |                         |        |
|-------------------------------------|------------------|-------|--------------------------|-------|---------------------|--------|-------------------------|--------|
|                                     | unilateral total |       | unilaterales incompletas |       | bilaterales totales |        | bilaterales incompletas |        |
|                                     | f                | %     | f                        | %     | f                   | %      | f                       | %      |
| Femenino                            | 7                | 21,2% | 3                        | 50,0% | 9                   | 100,0% | 11                      | 100,0% |
| Masculino                           | 26               | 78,8% | 3                        | 50,0% | 0                   | 0,0%   | 0                       | 0,0%   |
| <b>Total</b>                        | <b>33</b>        |       | <b>6</b>                 |       | <b>9</b>            |        | <b>11</b>               |        |

Del total de fisuras labiales unilaterales totales (n=33) el 78.8% corresponde al sexo masculino y el 21.2% al sexo femenino.

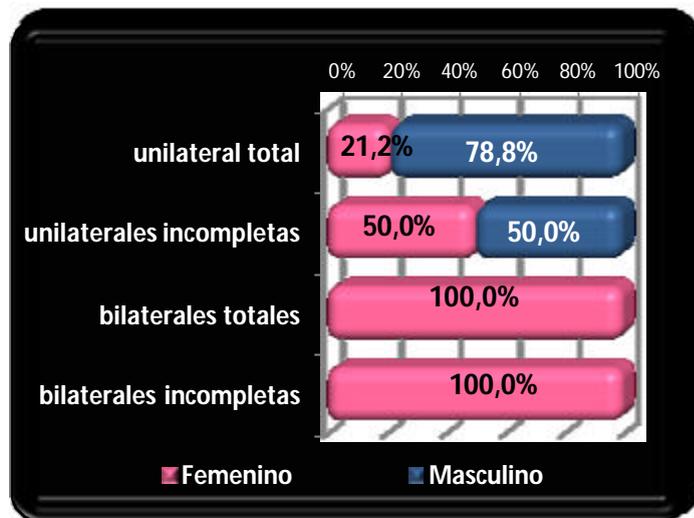
Del total de fisuras labiales unilaterales incompletas (n=6) el 50% corresponde al sexo masculino y el 50% al sexo femenino.

La totalidad de fisuras labiales bilaterales totales (n=9) corresponde al sexo femenino.

La totalidad de fisuras labiales bilaterales incompletas (n=11) corresponde al sexo femenino.

La relación entre clasificación de la anomalía y sexo es altamente significativa ( $p < 0.001$ ). Es decir, que los pacientes de sexo femenino presentaron con mayor frecuencia fisuras bilaterales a diferencia de los pacientes de sexo masculino. Chi cuadrado con corrección de Yates=26.35 (siendo 6.63 el percentilo 99 de la distribución chi cuadrado con 1 grado de libertad, podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99% de que haya asociación entre las dos variables).

**Gráfico 2:** distribución de las frecuencias relativas de la clasificación de la anomalía en relación al sexo en la población en estudio.



- **Clasificación de la anomalía y edad**

**Tabla 9:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la clasificación de la anomalía en relación a la edad en la población en estudio.

| Clasificación de la anomalía y edad |                   |       |                          |       |                     |       |                         |       |
|-------------------------------------|-------------------|-------|--------------------------|-------|---------------------|-------|-------------------------|-------|
|                                     | unilaterial total |       | unilaterales incompletas |       | bilaterales totales |       | bilaterales incompletas |       |
|                                     | f                 | %     | f                        | %     | f                   | %     | f                       | %     |
| hasta 6 meses                       | 14                | 42,4% | 3                        | 50,0% | 5                   | 55,6% | 7                       | 63,6% |
| 7 a 12 meses                        | 3                 | 9,1%  | 1                        | 16,7% | 1                   | 11,1% | 2                       | 18,2% |
| 13 a 18 meses                       | 12                | 36,4% | 2                        | 33,3% | 2                   | 22,2% | 2                       | 18,2% |
| 19 meses o más                      | 4                 | 12,1% | 0                        | 0,0%  | 1                   | 11,1% | 0                       | 0,0%  |
| <b>Total</b>                        | <b>33</b>         |       | <b>6</b>                 |       | <b>9</b>            |       | <b>11</b>               |       |

Del total de fisuras labiales unilaterales totales (n=33) el 42.4% corresponde al intervalo de hasta 6 meses; el 36.4% al intervalo de 13 a 18 meses; el 12.1% al intervalo de 19 meses o más y el 9.1% al intervalo de 7 a 12 meses.

Del total de fisuras labiales unilaterales incompletas (n=6) el 50% corresponde al intervalo de hasta 6 meses; el 33.3% al intervalo de 13 a 18 meses y el 16.7% al intervalo de 7 a 12 meses.

Del total de fisuras labiales bilaterales totales (n=9), el 55.6% corresponde al intervalo de hasta 6 meses; el 22.2% al intervalo de 13 a 18 meses; el 11.1% al intervalo de 19 meses o más y el 11.1% al intervalo de 7 a 12 meses.

Del total de fisuras labiales bilaterales incompletas (n=11) el 63.6% corresponde al intervalo de hasta 6 meses; el 18.2% al intervalo de 13 a 18 meses y el 18.2% al intervalo de 7 a 12 meses.

### ***Técnica quirúrgica utilizada***

**Tabla 10:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la técnica quirúrgica utilizada en la población en estudio.

| <b>Técnica quirúrgica utilizada</b> |           |       |
|-------------------------------------|-----------|-------|
|                                     | f         | %     |
| Millard II                          | 36        | 61,0% |
| Veau Wardill Kilmer                 | 23        | 39,0% |
| <b>Total</b>                        | <b>59</b> |       |

De las técnicas quirúrgicas utilizadas, el 61% corresponde a Millard II (fisuras labiomaxilares sin división palatina) y el 39% a Veau Wardill Kilmer (fisuras labiomaxilares con división palatina).

### ***Resultados obtenidos***

**Tabla 11:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en la población en estudio.

| <b>Resultados obtenidos</b> |           |       |
|-----------------------------|-----------|-------|
|                             | f         | %     |
| bueno                       | 46        | 78,0% |
| no satisfactorio            | 13        | 22,0% |
| <b>Total</b>                | <b>59</b> |       |

En el 78% el resultado fue bueno y en el 22% no fue satisfactorio.

- **Resultados obtenidos y tipo de fisura labiomaxilar**

**Tabla 12:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en relación al tipo de fisura labiomaxilar en la población en estudio.

| <b>Resultados obtenidos y tipo de fisura labiomaxilar</b> |                              |       |                              |       |
|---|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
|   | <b>Sin división palatina</b> |       | <b>Con división palatina</b> |       |
|   | f                            | %     | f                            | %     |
| bueno   | 29                           | 80,6% | 17                           | 73,9% |
| no satisfactorio  | 7                            | 19,4% | 6                            | 26,1% |
| <b>Total</b>  | <b>36</b>                    |       | <b>23</b>                    |       |

Del total de fisuras labiomaxilares sin división palatina (n=36), el 80.6% presentó buenos resultados y en el 19.4% los resultados no fueron satisfactorios.

Del total de fisuras labiomaxilares con división palatina (n=26.1%), el 73.9% presentó buenos resultados y en el 26.1% los resultados no fueron satisfactorios.

- **Resultados obtenidos y clasificación de la anomalía**

**Tabla 13:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en relación a la clasificación de la anomalía en la población en estudio.

| <b>Resultados obtenidos y clasificación de la anomalía</b> |                         |        |                                 |       |                            |       |                                |       |
|--|-------------------------|--------|---------------------------------|-------|----------------------------|-------|--------------------------------|-------|
|  | <b>unilateral total</b> |        | <b>unilaterales incompletas</b> |       | <b>bilaterales totales</b> |       | <b>bilaterales incompletas</b> |       |
|  | f                       | %      | f                               | %     | f                          | %     | f                              | %     |
| bueno  | 33                      | 100,0% | 5                               | 83,3% | 6                          | 66,7% | 2                              | 18,2% |
| no satisfactorio   | 0                       | 0,0%   | 1                               | 16,7% | 3                          | 33,3% | 9                              | 81,8% |
| <b>Total</b>   | <b>33</b>               |        | <b>6</b>                        |       | <b>9</b>                   |       | <b>11</b>                      |       |

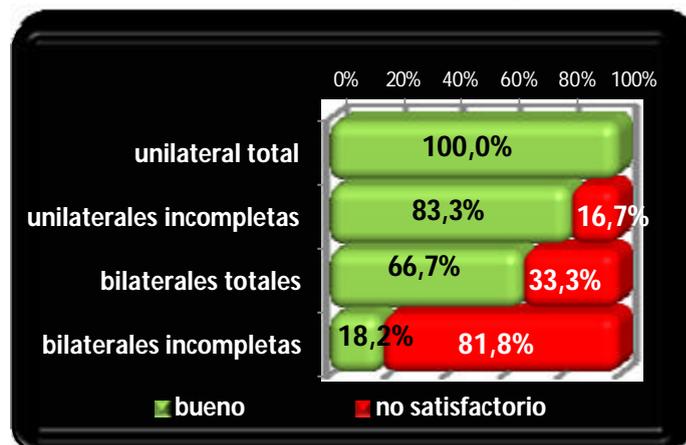
El total de fisuras labiales unilaterales totales (n=33) corresponde a buenos resultados obtenidos.

Del total de fisuras labiales unilaterales incompletas (n=6), el 83.3% corresponde a buenos resultados y en el 16.7% los resultados obtenidos no fueron satisfactorios.

Del total de fisuras labiales bilaterales totales (n=9), el 66.7% corresponde a buenos resultados y en el 33.3% los resultados obtenidos no fueron satisfactorios.

Del total de fisuras labiales bilaterales incompletas (n=11), en el 81.8% los resultados obtenidos no fueron satisfactorios y en el 18.2% los resultados fueron buenos.

**Gráfico 3:** distribución de las frecuencias relativas de los resultados obtenidos en relación a la clasificación de la anomalía en la población en estudio.



- **Resultados obtenidos y técnica quirúrgica utilizada**

**Tabla 14:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los resultados obtenidos en relación a la técnica quirúrgica utilizada en la población en estudio.

| <b>Resultados obtenidos y técnica quirúrgica utilizada</b> |                   |       |                             |       |
|--|-------------------|-------|-----------------------------|-------|
|  | <b>Millard II</b> |       | <b>Veian Wardill Kilmer</b> |       |
|  | f                 | %     | f                           | %     |
| bueno  | 29                | 80,6% | 17                          | 73,9% |
| no satisfactorio   | 7                 | 19,4% | 6                           | 26,1% |
| <b>Total</b>   | <b>36</b>         |       | <b>23</b>                   |       |

Del total de pacientes donde se utilizó la técnica de Millard II (n=36), el 80.6% obtuvo buenos resultados y el 19.4% resultados no satisfactorios.

Del total de pacientes donde se utilizó la técnica de Veian Wardill Kilmer (n=23), el 73.9% obtuvo buenos resultados y el 26.1% resultados no satisfactorios.

## Complicaciones

**Tabla 15:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de aparición de complicaciones en la población en estudio.

| Complicaciones |           |       |
|----------------|-----------|-------|
|                | f         | %     |
| Sí             | 13        | 22,0% |
| No             | 46        | 78,0% |
| <b>Total</b>   | <b>59</b> |       |

Del total de la muestra (n=59), el 78% no presentó complicaciones y en el 22% se presentó algún tipo de complicación.

- **Complicaciones y tipo de fisura labiomaxilar**

**Tabla 16:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de aparición de complicaciones en relación al tipo de fisura labiomaxilar en la población en estudio.

| Complicaciones y tipo de fisura labiomaxilar |                       |       |                       |       |
|--|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
|  | Sin división palatina |       | Con división palatina |       |
|  | f                     | %     | f                     | %     |
| Con complicaciones                           | 7                     | 19,4% | 6                     | 26,1% |
| Sin complicaciones                           | 29                    | 80,6% | 17                    | 73,9% |
| <b>Total</b>                                 | <b>36</b>             |       | <b>23</b>             |       |

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar sin división palatina (n=36), el 80.6% no presentó complicaciones y el 19.4% presentó algún tipo de complicaciones.

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar con división palatina (n=23), el 73.9% no presentó complicaciones y el 26.1% presentó algún tipo de complicación.

- **Complicaciones y clasificación de la anomalía**

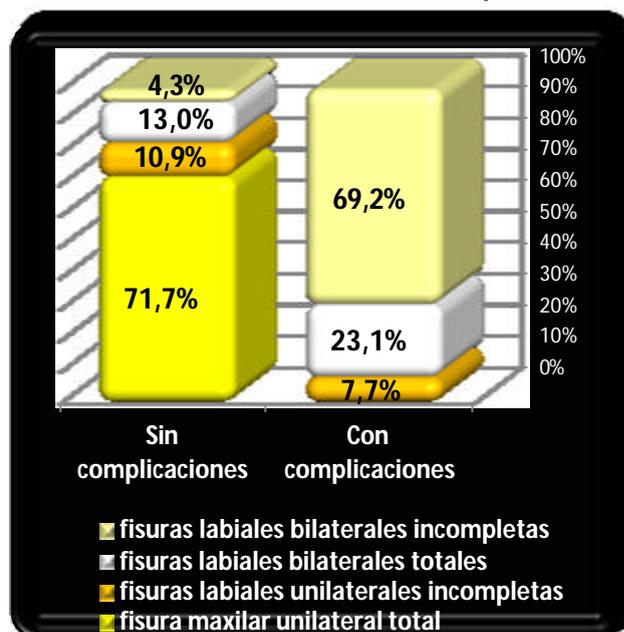
**Tabla 17:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de aparición de complicaciones en relación a la clasificación de la anomalía en la población en estudio.

| <b>Complicaciones y clasificación de la anomalía</b> |                           |          |                           |          |
|--|---------------------------|----------|---------------------------|----------|
|  | <b>Con complicaciones</b> |          | <b>Sin complicaciones</b> |          |
|  | <b>f</b>                  | <b>%</b> | <b>f</b>                  | <b>%</b> |
| fisura maxilar unilateral total                      | 0                         | 0,0%     | 33                        | 71,7%    |
| fisuras labiales unilaterales incompletas            | 1                         | 7,7%     | 5                         | 10,9%    |
| fisuras labiales bilaterales totales                 | 3                         | 23,1%    | 6                         | 13,0%    |
| fisuras labiales bilaterales incompletas             | 9                         | 69,2%    | 2                         | 4,3%     |
| <b>Total</b>   | <b>13</b>                 |          | <b>46</b>                 |          |

Del total de pacientes con complicaciones (n=13), el 69.2% corresponde a fisuras labiales bilaterales incompletas; el 23.1% a fisuras labiales bilaterales totales y el 7.7% a fisuras labiales unilaterales incompletas.

Del total de pacientes sin complicaciones (n=46), el 71.7% corresponde a fisura maxilar unilateral total; el 13% a fisuras labiales bilaterales totales; el 10.9% a fisuras labiales unilaterales incompletas y el 4.3% a fisuras labiales bilaterales incompletas.

**Gráfico 4:** distribución de las frecuencias relativas de aparición de complicaciones en relación a la clasificación de la anomalía en la población en estudio.



### ***Tipo de complicación***

**Tabla 18:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del tipo de complicación en la población en estudio.

| <b>Tipo de complicación</b> |   |       |
|-----------------------------|---|-------|
|                             | f | %     |
| Dehiscencias                | 5 | 38,5% |
| Fístulas palatinas          | 5 | 38,5% |
| Hematomas                   | 3 | 23,1% |
| Infecciones                 | 2 | 15,4% |

Del total de pacientes que presentan complicaciones (n=13), el 38.5% corresponde a dehiscencias; el 38.5% a fístulas palatinas; el 23.1% a hematomas y el 15.4% a infecciones.

### ***Necesidad de reintervención***

**Tabla 19:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la necesidad de reintervención en la población en estudio.

| <b>Necesidad de reintervención</b> |           |       |
|------------------------------------|-----------|-------|
|                                    | f         | %     |
| Sí                                 | 11        | 18,6% |
| No                                 | 48        | 81,4% |
| <b>Total</b>                       | <b>59</b> |       |

El 18.6% de los pacientes necesitaron reintervención quirúrgica.

- ***Necesidad de reintervención y tipo de fisura labiomaxilar***

**Tabla 20:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la necesidad de reintervención en relación al tipo de fisura labiomaxilar en la población en estudio.

| <b>Necesidad de reintervención y tipo de fisura labiomaxilar</b> |                              |       |                              |       |
|--|------------------------------|-------|------------------------------|-------|
|  | <b>Sin división palatina</b> |       | <b>Con división palatina</b> |       |
|  | f                            | %     | f                            | %     |
| sí   | 6                            | 16,7% | 5                            | 21,7% |
| No   | 30                           | 83,3% | 18                           | 78,3% |
| <b>Total</b>   | <b>36</b>                    |       | <b>23</b>                    |       |

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar sin división palatina (n=36), el 83.3% no necesitó reintervención y el 16.7% requirió reintervención quirúrgica.

Del total de la muestra con fisura labiomaxilar con división palatina (n=23), el 78.3% no necesitó reintervención y el 21.7% requirió reintervención quirúrgica.

- ***Necesidad de reintervención y tipo de complicación***

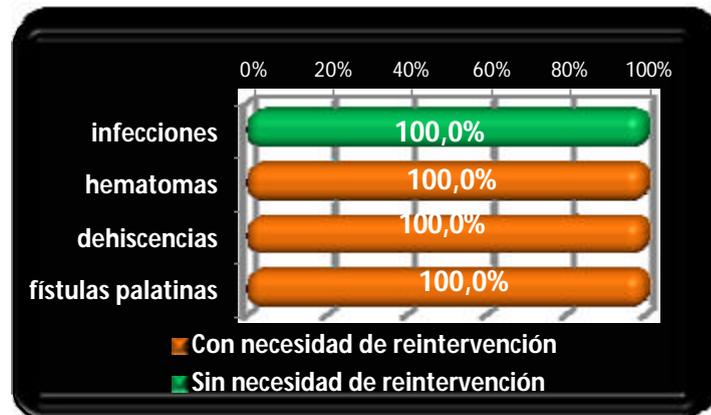
**Tabla 21:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la necesidad de reintervención en relación al tipo de complicación en la población en estudio.

| <b>Necesidad de reintervención y tipo de complicación</b> |                    |        |                  |        |                     |        |                           |        |
|---|--------------------|--------|------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------|--------|
|   | <b>infecciones</b> |        | <b>hematomas</b> |        | <b>dehiscencias</b> |        | <b>fístulas palatinas</b> |        |
|   | f                  | %      | f                | %      | f                   | %      | f                         | %      |
| Con necesidad de reintervención                           | 0                  | 0,0%   | 3                | 100,0% | 5                   | 100,0% | 5                         | 100,0% |
| Sin necesidad de reintervención                           | 2                  | 100,0% | 0                | 0,0%   | 0                   | 0,0%   | 0                         | 0,0%   |
| <b>Total</b>  | <b>2</b>           |        | <b>3</b>         |        | <b>5</b>            |        | <b>5</b>                  |        |

La totalidad de los pacientes que presentaron como complicación dehiscencias (n=5), fístulas palatinas (n=5) y hematomas (n=3) requirieron reintervención quirúrgica.

Los pacientes que presentaron infecciones (n=2) no requirieron reintervención quirúrgica.

**Gráfico 5:** distribución de las frecuencias relativas de la necesidad de reintervención en relación al tipo de complicación en la población en estudio.



## Discusión

La bibliografía consultada señala una prevalencia de fisura labiomaxilar de 0.8 a 1.6 casos por cada 1000 nacimientos. Sin embargo, algunos países presentan prevalencias superiores: la población asiática 1/450, chilena 1/500 y Estados Unidos 1/700, según estudios realizados por Chávez F., Salete P., Dimare E. y Seager. <sup>(9)</sup>

Del total de la muestra estudiada (n=59), el 50.8% correspondía al sexo femenino. La edad varió entre 4 y 24 meses, con mayor frecuencia del intervalo de hasta 6 meses de edad (49.2%). En otros estudios predomina el sexo masculino. <sup>(9)</sup>

Se halló que el 61% correspondía a fisura labiomaxilar sin división palatina y el 39% con división palatina, no encontrándose diferencias entre sexo.

En cuanto al tipo, el 55.9% correspondía a fisura maxilar unilateral total, seguida en orden de frecuencia por fisuras labiales bilaterales incompletas, bilaterales totales y unilaterales incompletas. Según un estudio de la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, durante el periodo 2005-2006 se halló una frecuencia de fisura unilateral total del 60%, seguida por fisuras bilaterales totales (16%), bilaterales incompletas (14%) y unilaterales incompletas (10%). <sup>(10)</sup>

La unilateral total predominó tanto en fisuras labiomaxilares sin división palatina como en fisuras labiomaxilares con división palatina.

En cuanto a la técnica quirúrgica utilizada, el 61% correspondió a Millard II (fisuras labiomaxilares sin división palatina) y el 39% a Veau Wardill Kilmer (fisuras labiomaxilares con división palatina).

En el 78% el resultado obtenido fue bueno y en el 22% no fue satisfactorio. Los pacientes con fisuras labiales unilaterales (totales o incompletas) y bilaterales totales presentaron resultados buenos, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.

Se presentó complicaciones en el 22% de la muestra. Se halló que las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en pacientes con fisuras labiales unilaterales incompletas y bilaterales totales e incompletas, independientemente si existe o no división palatina.

Las complicaciones fueron: dehiscencias y fístulas palatinas (38.5% respectivamente), hematomas (23.1%) e infecciones (15.4%). En el estudio del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sobre 30 casos se halló una frecuencia de complicaciones del 26.6% (8 casos), los cuales correspondían en el 50% a fístulas palatinas, en el 37.5% a dehiscencias y en el 12.5% a hematomas. <sup>(10)</sup>

El 18.6% de los pacientes necesitaron reintervención quirúrgica.

Dentro de la clasificación de la anomalía se halló como más frecuente la fisura unilateral total (55.9%), seguida por las bilaterales incompletas, las bilaterales totales y la unilateral incompleta en orden de frecuencia.

## Conclusión

- Se estudiaron 59 pacientes, 50.8% correspondía al sexo femenino. La edad varió entre 4 y 24 meses, con mayor frecuencia del intervalo de hasta 6 meses de edad (49.2%).
- El 61% correspondía a fisura labiomaxilar sin división palatina (con mayor probabilidad en pacientes de 12 meses o menos) y el 39% con división palatina, (con mayor probabilidad en pacientes de 13 meses o más).
- En cuanto a la técnica quirúrgica utilizada, el 61% correspondió a Millard II (fisuras labiomaxilares sin división palatina) y el 39% a Veau Wardill Kilmer (fisuras labiomaxilares con división palatina).
- En el 78% el resultado obtenido fue bueno y en el 22% no fue satisfactorio.
- Se presentó complicaciones en el 22% de la población (dehiscencias y fístulas palatinas, hematomas e infecciones).
- El 18.6% de los pacientes necesitaron reintervención quirúrgica.

## **Bibliografía**

1. Levignat J. "Cirugía de los Labios". 1º Edición Española. Masson S.A. Barcelona, 1992.
2. Huffstadt A.J.C. Malformaciones Congénitas. Volumen 4. Editorial El Manual Moderno. S. A. México. D. F., 1981
3. Langman Sadler, T. W. Embriología Médica con Orientación Clínica. Novena Edición. Editorial médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2004
4. Vílchez Ochoa K. A., Vílchez Zumarán A. C., Kobayashi Gutiérrez K. N. y Tandaypam Gamarra E. Influencia del programa "SONRISAS" en la socialización y autoestima de los niños y niñas con labio y paladar fisurado intervenidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, periodo 2008 y 2009. Universidad César Vallejo. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/34336702/Proyecto-Para-Imprimir-y-Empastar>
5. Moore K., Persaud T. V. N. Embriología Clínica 7º edición. Editorial Elsevier España. S. A. Madrid. España. 2004.
6. Cameron A.C. y Widmer R.P. Manual de odontología pediátrica. 3ª edición. Elsevier. España, S.A.; 2010.
7. Zarante lastillo M. Análisis clínico epidemiológico de factores asociados a malformaciones congénitas ECLAMC-Hospital Universitario San Ignacio Junio-Diciembre 2001.

8. Suárez Nieto C. Tratado De Otorrinolaringología Y Cirugía De Cabeza Y Cuello. Tomo 3. 2ªedición Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid, 2008.
9. Chaves F, Salette P, Dimare D, Jaeger C. Fisuras Labiopalatais: Aspecto Epidemiológicos e Etiologia-Revisao da Literatura. Rev Odonto Ciencia 1999;(28)2:121-28
10. Castilla EE, López Camelo JS, Paz J. Atlas geográfico de las malformaciones congénitas en Sudamérica. Río de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1995.

## Anexos

### Anexo 1: Consentimiento informado.

Por la presente presto mi consentimiento autorizando al Sr. Germán Suriano a tomar datos de la historia clínica n°.....correspondiente al paciente.....para ser usados en un estudio estadístico, correspondiente a la realización de una tesis, a presentar en la Universidad Abierta Interamericana.

.....

Firma y aclaración padre/madre o tutor.

Fecha.....

## Anexo 2: Tabulación de los datos

|    | Sexo | Edad (en meses) | Fisura labiomaxilar sin división palatina | Fisura labiomaxilar con división palatina | Clasificación de la anomalía | Técnica quirúrgica utilizada | Resultados obtenidos | Complicaciones | Tipo de complicación | Necesidad de reintervención |
|----|------|-----------------|---|---|------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|
| 1  | F    | 4               | x   |   | 3                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 2  | F    | 4               | x   |   | 3                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 3  | F    | 4               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | b                    | sí                          |
| 4  | F    | 5               | x   |   | 3                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 5  | F    | 5               | x   |   | 4                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 6  | F    | 5               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | c                    | sí                          |
| 7  | F    | 5               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | c                    | sí                          |
| 8  | F    | 6               | x   |   | 3                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 9  | F    | 6               | x   |   | 3                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 10 | F    | 6               | x   |   | 4                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 11 | F    | 6               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | c                    | sí                          |
| 12 | F    | 6               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | c                    | sí                          |
| 13 | F    | 7               | x   |   | 3                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 14 | F    | 7               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | a                    | no                          |
| 15 | F    | 7               | x   |   | 4                            | 1                            | no satisfactorio     | sí             | bc                   | sí                          |
| 16 | F    | 8               | x   |   | 2                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 17 | F    | 16              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 18 | F    | 16              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 19 | F    | 16              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 20 | F    | 16              |   | X   | 4                            | 2                            | no satisfactorio     | sí             | d                    | sí                          |
| 21 | F    | 17              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 22 | F    | 17              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 23 | F    | 17              |   | X   | 2                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 24 | F    | 17              |   | X   | 2                            | 2                            | no satisfactorio     | sí             | a                    | no                          |
| 25 | F    | 18              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 26 | F    | 18              |   | X   | 3                            | 2                            | no satisfactorio     | sí             | bd                   | sí                          |
| 27 | F    | 18              |   | X   | 3                            | 2                            | no satisfactorio     | sí             | d                    | sí                          |
| 28 | F    | 18              |   | X   | 4                            | 2                            | no satisfactorio     | sí             | d                    | sí                          |
| 29 | F    | 19              |   | X   | 3                            | 2                            | no satisfactorio     | sí             | d                    | sí                          |
| 30 | F    | 20              |   | X   | 1                            | 2                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 31 | M    | 4               | x   |   | 1                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 32 | M    | 4               | x   |   | 1                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 33 | M    | 4               | x   |   | 1                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 34 | M    | 4               | x   |   | 1                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |
| 35 | M    | 4               | x   |   | 1                            | 1                            | bueno                | no             |                      | no                          |

|    |   |    |   |   |   |   |       |    |  |    |
|----|---|----|---|---|---|---|-------|----|--|----|
| 36 | M | 4  | x |   | 2 | 1 | bueno | no |  | no |
| 37 | M | 5  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 38 | M | 5  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 39 | M | 5  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 40 | M | 5  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 41 | M | 5  | x |   | 2 | 1 | bueno | no |  | no |
| 42 | M | 6  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 43 | M | 6  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 44 | M | 6  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 45 | M | 6  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 46 | M | 6  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 47 | M | 6  | x |   | 2 | 1 | bueno | no |  | no |
| 48 | M | 7  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 49 | M | 8  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 50 | M | 8  | x |   | 1 | 1 | bueno | no |  | no |
| 51 | M | 15 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 52 | M | 16 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 53 | M | 16 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 54 | M | 18 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 55 | M | 18 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 56 | M | 18 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 57 | M | 19 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 58 | M | 19 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |
| 59 | M | 24 |   | X | 1 | 2 | bueno | no |  | no |

**Referencias:**

Clasificación de la anomalía: 1- fisura maxilar unilateral total, 2-fisuras labiales unilaterales incompletas, 3-fisuras labiales bilaterales totales, 4-fisuras labiales bilaterales incompletas.

Técnica quirúrgica utilizada: 1-Millard II, 2-Vean Wardill Kilmer

Complicaciones: a- infecciones, b-hematomas, c-dehiscencias, d-fístulas palatinas