

EDICIÓN 2017

LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD



LIBRO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN SALUD

EDICIÓN 2017

FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Mariano Moreno 1240

+54 379 442 2290 / 442 3155

info@med.unne.edu.ar

med.unne.edu.ar



PREVALENCIA E INCIDENCIA DE FISURAS LABIO-ALVEOLO-PALATINAS EN PACIENTES QUE CONCURREN AL SERVICIO DE ODONTOPEDIATRÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO JUAN PABLO II

Díaz NG, Cardoso ML, Galiana AV, Malgor CE

RESUMEN

Introducción:

Se denomina fisura Labio alveolo palatina (FLAP) a aquellas deficiencias estructurales, originadas por la falta de coalescencia entre los procesos faciales embrionarios, que afecta principalmente la región del labio superior, la región alveolar y el paladar duro y blando, en una amplitud y severidad variable. El Hospital Pediátrico Juan Pablo II, brinda un servicio asistencial multidisciplinario, constituyéndose como un centro asistencial de referencia en el NEA sobre el tratamiento de esta patología.

Objetivos:

Determinar la prevalencia e incidencia de fisuras labio alveolo palatinas, en pacientes que concurren al Servicio de Odontopediatría del Hospital Pediátrico en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2015. Cuantificar los casos registrados en dicha institución. Establecer una estadística fehaciente y sólida para posteriores estudios sobre factores e indicadores de riesgo.

Materiales y Métodos:

Para este estudio retrospectivo de prevalencia de FLAP se utilizarán las historias clínicas obtenidas de dicho Servicio, en el periodo comprendido entre el año 2000 al 2015, en pacientes de población infantil (0 a 16 años).

Criterios de inclusión:

Grupo etario mencionado, ambos sexos, sin distinción étnica.

Criterios de exclusión:

Presencia de síndromes asociados.

Resultados y Conclusiones:

Ante la diversidad de formatos y contenidos de las Historias clínicas recabadas en el periodo establecido (años 2000-2015), se inició el cotejo de los datos con las grillas elaboradas previamente para su posterior análisis.

Palabras claves:

Factores de riesgo en fisuras orales - Prevalencia - Malformaciones

ABSTRACT

Introduction:

Palatal alveolar lip cleft (SIGLAS EN INGLES) refers to those structural deficiencies, originated by the lack of coalescence between the embryonic facial processes, which mainly affects the upper lip region, the alveolar region and the hard and soft palate in a variable amplitude and severity. The Pediatric Hospital Juan Pablo II, provides a multidisciplinary care service, constituting as a reference institution in the NEA region on the treatment of this pathology.

Objectives:

Determine the prevalence and incidence of palatal alveolus lip fissures, in patients who attended at the Pediatric Dentistry Service of the Pediatric Hospital in the period between 2000 and 2015. To quantify the cases registered in said institution. Establish reliable and solid statistics for further studies on risk factors and indicators.

Methods:

For this retrospective study of the prevalence of FLAP, the clinical records obtained from this Service will be used, in the period between 2000 and 2015, in patients of children (0 to 16 years old).

Inclusion criteria:

Age group mentioned, both sexes, without ethnic distinction.

Exclusion criteria:

Presence of associated syndromes.

Results:

Given the diversity of formats and contents of the clinical Histories gathered in the established period (years 2000-2015), the comparison of the data with the grids previously prepared for their subsequent analysis was started.

Keywords:

Oral clefts, Prevalence, Congenital Malformation.

INTRODUCCIÓN

Se denomina fisura Labio alveolo palatina (FLAP) a aquellas deficiencias estructurales, originadas por la falta de coalescencia entre los procesos faciales embrionarios, que afecta principalmente la región del labio superior, la región alveolar y el paladar duro y blando en una amplitud y severidad variable.

Durante el desarrollo y crecimiento prenatal de un individuo, se desencadenan una sucesión de eventos morfológicos, fisiológicos y bioquímicos altamente integrados y coordinados.

Cuando se produce alguna interrupción o modificación de este patrón, especialmente en el periodo comprendido entre la cuarta y sexta semana de vida intrauterina, da origen a distintas malformaciones congénitas, entre ellas, la fisura labio alveolopalatina.

El labio fisurado o queilosquisis y el paladar fisurado o palatosquisis forman parte del síndrome del primer arco branquial y aparecen con suficiente frecuencia (Estadísticamente 1,8 cada mil nacimientos). Este defecto es comúnmente encontrado en los nacidos vivos, y por lo tanto, ha sido objeto de innumerables estudios al nivel mundial.

La etiología es multicausal, poligenica, y reconoce numerosos factores de riesgo, como la exposición de la madre a factores ambientales (infecciones durante el primer trimestre del embarazo, deficiencias nutricionales, utilización de fármacos, proximidad a zonas fabriles, utilización de agroquímicos, etc), sustancias tóxicas (alcoholismo, tabaquismo y drogas) y en un menor porcentaje la transmisión genética. Su estudio es actualmente fundamento de numerosos trabajos de investigación.

Esta malformación trae aparejada como consecuencia, trastornos de índole funcionales. También produce dificultad de alimentación, problemas de erupción dentaria y anomalías de desarrollo del maxilar, además del impacto social y psicológico tanto para la familia del portador como para el propio paciente, debido a la falta de estética que acarrea esta malformación.

El tratamiento integral del paciente fisurado es complejo, comprende el trabajo en equipo de una gran variedad de especialistas, y donde además no existen esquemas rígidos de tratamiento. El resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, del patrón de crecimiento craneo facial de cada individuo y muy especialmente de la severidad de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño. El trabajo multidisciplinario es esencial para evitar las secuelas prevenibles. En el equipo participan cirujanos, fonoaudiólogos, genetistas, kinesiólogos, odontopediatras, ortodontistas, otorrinolaringólogos, psicólogos y auxiliares de enfermería.

El Hospital Pediátrico Juan Pablo II, brinda a la comunidad un servicio asistencial interdisciplinario de acceso gratuito, para todos aquellos pacientes que padecen esta alteración. Dichos pacientes concurren al servicio de Odontopediatría (desde distintos puntos de la provincia y de la Capital de Corrientes) y reciben asistencia en las distintas etapas del tratamiento, acompañando al desarrollo del niño, desde el nacimiento hasta alcanzar la etapa de adolescencia, trabajando en conjunto con otras disciplinas, con el fin común de mejorar la calidad de vida del paciente y afrontar adecuadamente las distintas demandas sociales para un óptimo desarrollo global del niño. El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia e incidencia de fisuras labio alveolo palatinas, en pacientes que concurren al Servicio de Odontopediatría del Hospital Pediátrico Juan Pablo II en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2015, de esta forma se cuantificaran los casos registrados en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II; Centro asistencial de referencia en el NEA sobre

esta patología. Por otra parte, al establecer una estadística fehaciente y sólida, se podrá utilizar los datos para posteriores estudios sobre factores e indicadores de riesgo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio retrospectivo de prevalencia de FLAP se utilizan las historias clínicas obtenidas del Servicio de Odontopediatría del Hospital Pediátrico Juan Pablo II, en el periodo comprendido entre el año 2000 al 2015.

Diseño:

Observacional. Retrospectivo.

Población:

Infantil (0 a 16 años), que concurren al servicio en el periodo antes mencionado.

Criterios de inclusión:

Grupo etario mencionado, ambos sexos, sin distinción étnica.

Criterios de exclusión:

Presencia de síndromes asociados.

Recolección de datos:

Fueron consignados en una tabla de frecuencias y porcentajes, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Datos Filiatorios- Anomalías dentarias presentes - Progenitora - Exposición a teratógenos previos y durante el embarazo.

Figura 1. Datos Filiatorios

Paciente	Fecha de Nacimiento	Sexo	Diagnostico especifico

Figura 2. Anomalías dentarias presentes (se especifican las piezas dentarias involucradas)

Agnesia	Supernumerarios	Microdoncia	Macrodoncia	Fusiones/geminaciones	Ectópicos	Taurodontismo

Figura 3. Datos correspondientes a la Progenitora

Edad	Orden de embarazo	Recurrencia de malformaciones en flia.	Consanguinidad parental	Estación del año en que se produjo el parto

Figura 4. Datos correspondientes a la Progenitora

Tabaco	Alcohol	Drogas	Anticonceptivos (*)	Antiinflamatorios (**)	Antibióticos (**)	Irradiaciones (***)	Ocupación (****)

Parámetros y referencias:

(*) Especificar el trimestre en que se consumió.

(**) Especificar la droga utilizada, sobre todo cuando fue por tiempo prolongado y el trimestre de gestación

(***) Especificar si fueron exposiciones prolongadas el tipo de radiografía empleada y el trimestre.

(****) Registrar contacto con productos agrícolas, preparados de aseo industrial, etc.

Figura 5. Durante el embarazo

Intervenciones quirúrgicas	Diabetes gestacional	HTA	Estrés o depresión crónica

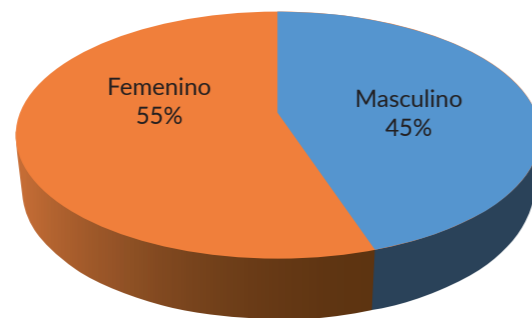
RESULTADOS

Al día de la fecha, se contabilizaron y analizaron 110 Historias clínicas a partir del año 2000. Periodo comprendido (2000-2006) en pacientes desde 0 a 16 años de edad, cuyos datos, tabulados mediante grillas en formato Excel, dieron como resultados parciales los datos detallados a continuación:

Características Demográficas:

El predominio por género correspondió al **Femenino**, estableciéndose un 55% del total de Historias clínicas contabilizadas al día de la fecha. (Fig. 6).

Figura 6. Se expresan las características demográficas de la población estudiada.

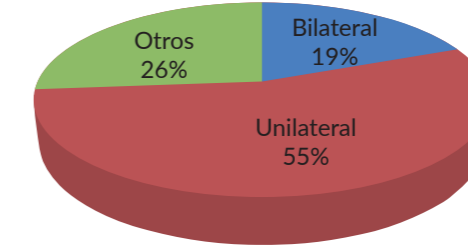


Distribución de pacientes según patología:

Se observa el tipo de malformación presente en los pacientes seleccionados, obteniendo un mayor número de Fisuras Unilaterales (55%) en los nacidos en ese periodo, seguidos por aquellos pacientes que se encuadran en la categoría "Otros", que incluye: fisuras de paladar, fisuras de labio y reborde, con o sin premaxila, con y sin afectación del piso nasal.

Estos últimos representan 26% de la muestra. Y, por último, y en menor porcentaje, los pacientes con fisura Bilateral representan el 19% del total de historias clínicas contabilizadas (110 en total). (Fig.7).

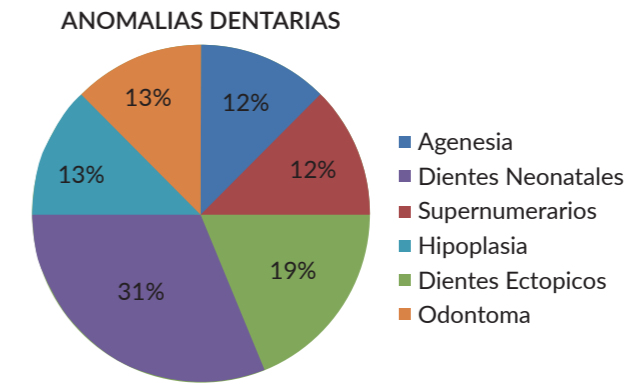
Figura 7. Expresa el porcentaje en que se presentan las distintas patologías.



Anomalías Dentarias presentes:

Se detallan los resultados representativos de las anomalías dentarias que se producen en los pacientes con esta patología. Expresándose el mayor porcentaje en la aparición de dientes neonatales (31%) del tamaño muestral, seguido de piezas dentarias ectópicas. (Fig.8).

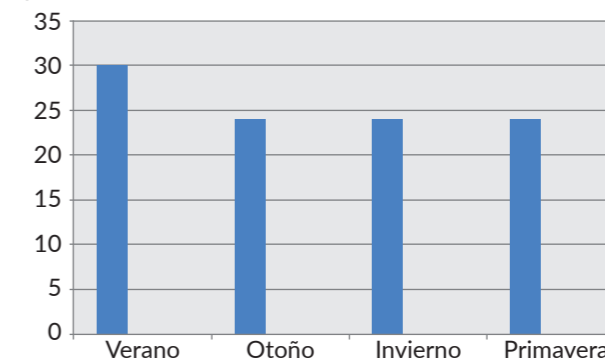
Figura 8. Porcentaje de anomalías dentarias en pacientes con FLAP.



Estación del año donde se produjo el parto:

Se expresa el porcentaje con respecto a la estación del año donde se produjo el parto, obteniendo un mayor número de nacimientos durante la primavera (32 nacimientos); en verano (30 nacimientos) y en otoño e invierno en valores más homogéneos (24 nacimientos). (Fig. 9).

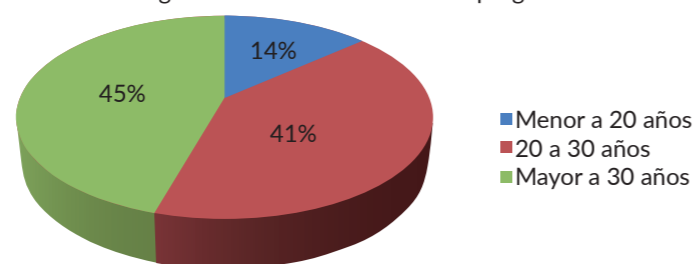
Figura 9. Expresa los datos referidos a la estación del año donde se produjo el parto.



Edad de la progenitora.

Madres menores a 20 años: 15 (14% de 110 historias clínicas)
 Madres entre 20 a 30 años: 45 (41%)
 Madres mayores a 30 años: 50 (45%)

Figura 10. Se manifiestan categóricamente las edades de las progenitoras.

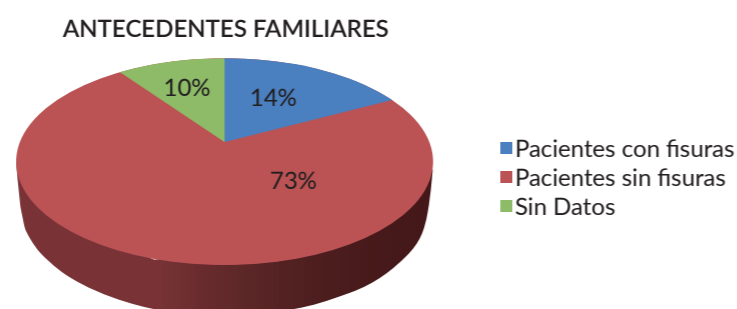


Antecedentes Familiares.

Se observa el porcentaje de pacientes que poseen en su historia familiar alguna de las patologías relacionadas.

Como se grafica en la figura 11 un 73% no poseen antecedentes familiares de dicha patología y solo un 27% tienen familiares con la afección.

Figura 11. Porcentaje representativo de los antecedentes familiares relacionados con la patología.

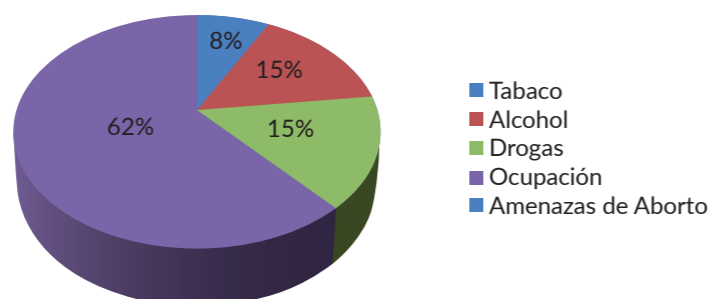


Exposición a teratógenos:

Ocupación: Trabajos agrícolas, cercanías a zonas fabriles (producción de cueros y algodón) 62%
 Consumo de Alcohol: 15%
 Consumo de Drogas: 15 %
 Amenazas de aborto: Indicación de reposo durante la gestación (8%)

AGENTES TERATOGENOS

Figura 12. Porcentaje que expresa la exposición a Teratógenos previos y durante el embarazo.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en forma parcial, de este estudio retrospectivo, son en su mayoría, equiparables con otros trabajos occidentales y a nivel mundial (1). La primera variable estudiada, es en referencia a la distribución por sexo, donde fue porcentualmente predominante el sexo femenino 55%, manifestando discrepancias con respecto a varios estudios sobre el tema, en donde existe una marcada diferencia respecto al sexo masculino. En cuanto a la proporción de fisuras labiales, palatinas (Unilaterales y Bilaterales), varios autores concuerdan con nuestros hallazgos (2).

En cuanto a la prevalencia de anomalías dentarias en los pacientes que padecen esta afección, los dientes neonatales representan el 31% del tamaño muestral, dato que no coincide con los hallazgos de otros estudios, en donde el mayor porcentaje de anomalías registradas fueron las hipodoncias. Los indicadores de riesgo que se han observado se relacionan con un rango etario materno entre los 30 y 40 años sin antecedentes familiares consignados en las historias clínicas o con el desconocimiento de la existencia de las mismas. Trabajos realizados en la República Checa también reporta una asociación de la deformidad con una edad materna en torno a los 15 años, y también refieren otro pico de frecuencia en las madres mayores de 35 años (3). La mayor parte de los estudios realizados antes de la década de los 70 refieren una asociación con la edad materna elevada. Después de esta fecha la documentación publicada muestra ambas asociaciones positivas y negativas con la edad elevada.

Siendo esta patología de etiología multicausal, poligénica, y con numerosos factores de riesgo, como la exposición de la madre a factores ambientales (infecciones durante el primer trimestre del embarazo, deficiencias nutricionales, utilización de fármacos, proximidad a zonas fabriles, utilización de agroquímicos, etc.), sustancias tóxicas (alcoholismo, tabaquismo y drogas) y en un menor porcentaje la transmisión genética, se consideró dentro de las variables estudiadas la estación del año donde se produjo el parto, cuyo resultado nos demuestra que la estación donde más partos se produjo de pacientes con esta malformación es la Primavera, encontrándose una discrepancia con respecto a las discusiones planteadas por diversos autores en la temática, los cuales confirman la asociación de la enfermedad con las concepciones invernales, asociadas probablemente a los fármacos (antibióticos y antiinflamatorios) utilizados para combatir las enfermedades respiratorias más prevalentes en esas épocas del año.

Entre los factores ambientales, el hábito tabáquico de las madres está demostrado en numerosos estudios, con una asociación consistente, moderada y estadísticamente significativa. (4) La exposición a agentes teratógenos en periodos previos y durante el embarazo, como es el caso del contacto con productos químicos agrícolas, residencia próxima a zonas fabriles (Industrias dedicadas a la producción de cueros y algodóneras, propias de nuestra zona especialmente en el interior de la Provincia de Corrientes), presentaron un alto porcentaje (62% del tamaño muestral) con respecto a los demás agentes nocivos (Presencia de hábitos y amenazas de aborto).

Con todo lo expresado anteriormente, se continuara con el proceso de incorporación de registros clínicos a este estudio, con la finalidad de poder determinar, no solamente el número de pacientes fisurados sin síndromes asociados que concurrieron al Servicio de Odontopediatría y recibieron el tratamiento correspondiente y pertinente a cada caso, sino también, cuáles y que grado de compromiso representan los factores de riesgo con la aparición de esta anomalía, para confeccionar estudios y enfoques preventivos de la misma a posteriori, permitiendo desarrollar mayores y mejores recursos para su oportuna intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. McLeod NM, Urioste ML, Saeed NR. Birth prevalence of cleft lip and palate in Sucre, Bolivia. *CleftPalateCraniofac J* 2004;41:195-8.
2. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a metaanalysis. *Bull World Health Organ* 2004;82:213-8.
3. Deacon S. Maternal smoking during pregnancy is associated with a higher risk of non-syndromic orofacial clefts in infants. *Evid Based Dent* 2005;6:43-4.
4. Lorente C, Cordier S, Goujard J, Ayme S, Bianchi F, Calzolari E, De Walle E, Knill-Jones R and the Occupational Exposure and Congenital Malformation Working Group. Tobacco and alcohol use during pregnancy and risk of oral clefts. *Am J Public Health* 2000;90:415-9.
5. Sipek A, Gregor V, Horacek J, Masatova D. Facial clefts from 1961 to 2000: incidence, prenatal diagnosis and prevalence by maternal age. *CeskaGynekol* 2002; 67:260-7.
6. Vieira AR, Orioli IM, Murria JC. Maternal age and oral clefts: A reappraisal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2002;94:530-5.
7. Vrijheid M, Dolk H, Stone D, Abramsky L, Alberman E, Scott JE. Socioeconomic inequalities in risk of congenital anomaly. *Arch Dis Child* 2000;82:349-52.
8. García AM, Fletcher T, Benavides FG, Orts E. Parental agricultural work and selected congenital malformations. *Am J Epidemiol* 1999; 149:64-74.