

## PATOLOGÍA MAXILO FACIAL EN EL RECIÉN NACIDO

**Dra Carmen Gloria Morovic**

**Fisura labial y/o palatina:** Constituye la tercera causa más frecuente de malformaciones congénitas, siendo en nuestro país 1 por cada 580 recién nacidos vivos. De etiología genética en 1/3 de los casos y 2/3 de causa desconocida pudiendo reconocerse factores predisponentes de riesgo, como son el uso de antiinflamatorios no esteroideos, hipervitaminosis A, alcohol, tabaco y stress materno.

El modo de presentación más frecuente es la fisura labial unilateral con fisura palatina completa (60%), seguido por la fisura palatina aislada (25%), fisura labial aislada (10%) y fisuras raras de la cara (5%). Las fisuras labiales bilaterales corresponden al 25% del total de las fisuras.

La fisura palatina aislada se asocia a otras malformaciones congénitas en un 30% de los casos, constituyendo frecuentemente parte de un síndrome, siendo el más común la secuencia Pierre Robin.

### **Manejo del recién nacido fisurado:**

1) **Diagnóstico prenatal:** cada vez es más común que el ecografista haga el diagnóstico de labio leporino en forma prenatal desde aproximadamente las 20 semanas de gestación. Aún no existen procedimientos terapéuticos seguros que justifiquen intervenir en etapa fetal.

### 2) **Diagnóstico:**

2.1) Nomenclatura según tipo de fisura:

2.1.1) uni o bilaterales

2.1.2) según el grado de compromiso labial:

1/3 sólo afecta el rojo labial

2/3 sobrepasa el rojo labial sin llegar a la nariz

3/3 o completa si alcanza el piso nasal

2.1.3) paladar: completas: cuando comprometen velo, paladar óseo y reborde alveolar

incompletas: pueden afectar el velo y/o paladar óseo en diversos grados.

2.2) Malformaciones asociadas: es importante un cuidadoso examen físico del recién nacido para pesquisar otras malformaciones; ej. esqueléticas, del SNC o de extremidades. Se deberán buscar asociaciones con otras malformaciones que podrían constituir síndromes genéticos como el Pierre Robin, Treacher Collins, síndrome de Nager, la trisomía 13 y otros.

3) **Información a los padres:** entregada por el neonatólogo a ambos padres, debe ser precoz, clara y completa enfatizando que se trata de un bebé sin riesgo vital, que requerirá varias operaciones.

4) **Alimentación:** preferentemente por lactancia materna. En casos de fracaso del pecho preferir el uso de biberón exprimible con chupete largo para facilitar la succión del recién nacido. Asegurar que la madre adquiera una buena técnica de alimentación antes de dejar la maternidad.

5) **Derivación:** se recomienda la derivación dentro del 1<sup>er</sup> mes de vida a un centro especializado para evaluar la necesidad de algún procedimiento prequirúrgico; por ejemplo, para lograr el alineamiento de los segmentos óseos en casos muy severos de labio leporino bilateral con premaxila muy protruida o fisura labial unilateral con segmentos óseos muy separados, se está realizando ortopedia prequirúrgica entre la 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> semana de vida.

6) **Cirugía:**

3 meses: cierre del labio y rinoplastía primaria

12 a 18 meses: cierre del total del paladar

4 a 5 años: retoque de labio y/o nariz

5 años: faringoplastía en caso de insuficiencia velofaríngea

10 años: injerto óseo alveolar cuando exista fístula vestibular

14 años: rinoplastía definitiva

7) **Otros:** para lograr una rehabilitación completa se requerirá de la participación de un equipo multidisciplinario de especialistas entre los que se encuentran: otorrino, genetista, pediatra, odontopediatra, ortodoncista, máxilofacial, fonoiatra, kinesiólogo, cosmetóloga clínica y psicólogo.

**Secuencia Pierre Robin:** Constituida por micrognatia, macroglosia y fisura palatina amplia (en herradura). En casos de obstrucción respiratoria se debe mantener al recién nacido en decúbito ventral para evitar la caída de la lengua hacia atrás. En casos excepcionales de severa obstrucción de vía aérea se deberá plantear la elongación mandibular precoz mediante distracción ósea. La cirugía palatina se realizará al año de vida.

**Craneosinostosis:** La fusión temprana de las suturas craneanas determinarán una falta de crecimiento de la bóveda craneana, deformidad y en algunos casos hipertensión endocraneana debiendo ser tratado precozmente con cirugía. Pueden estar afectadas una o varias suturas determinando la modalidad de deformación y severidad de la hipertensión. En algunos casos se asocian craneofaciosinostosis como S. Crouzon o Apert, que pueden presentar además un exorbitismo extremo con exposición corneal debiendo tratarse con sello ocular, ungüentos o tarsorrafia. También pueden presentar una importante retrusión del 1/3 medio de la cara con dificultad respiratoria severa. El S. de Apert se asocia a malformaciones de mano y pies que deberán ser evaluadas dentro de los primeros 6 meses de edad.

**Cirugía:** El tratamiento quirúrgico actual consiste en la remodelación craneana dentro del primer año de vida, o en algunos casos avance frontofacial en monoblock. En casos de S. Apert con malformaciones de mano y pies se corregirán dentro del primer año de vida.

**Microsomía hemifacial:** El síndrome de 1<sup>er</sup> y 2<sup>do</sup> arco branquial puede tener una gama de manifestaciones muy variada sin constituir una emergencia en el recién nacido. Presentan hipoplasia variable de la mandíbula, maxilar superior, zigoma, malformación del pabellón auricular (microtia), macrostomía, atrofia de tejidos blandos, parálisis facial y en algunos casos microorbitismo y/o displasia orbitaria. La cirugía correctora de la macrostomía se realizará durante el 1<sup>er</sup> año de vida y el alargamiento mandibular alrededor del 3<sup>er</sup> año.

**Malformaciones auriculares:** Pueden ser menores o mayores (microtia/anotia). En período neonatal se debe informar a los padres las posibilidades de corrección quirúrgica, que generalmente se realiza a los 6 a 7 años. Durante los primeros 6 meses de vida debe ser enviado al otorrino para evaluar audición.

#### Bibliografía:

- 1.- Strauss RP, Broder H: Interdisciplinary team care of cleft lip and palate: social and psychological aspects. Clin Plast Surg 1985 Oct;12(4):543-551
- 2.- Witt PD, Hardesty RA: Rotation-advancement repair of the unilateral cleft lip. One center's perspective. Clin Plast Surg 1993 Oct;20(4):633-645.
- 3.- Millard DR Jr: Introduction, clefts 1993. Past, present, and future. Clin Plast Surg 1993 Oct;20(4):597-598
- 4.- Millard DR Jr, Latham R.: Improved primary surgical and dental treatment of clefts. Plast Reconstr Surg. 1990 Nov; 86(5): 856-871.