

DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE LA FDI

Gestión del labio leporino y el paladar hendido

Para la aprobación de la Asamblea General de la FDI:
del 27 al 29 de septiembre de 2021 Sidney, (Australia)

CONTEXTO

El labio leporino (también referido comúnmente como “labio hendido” o “fisura labial”) y el paladar hendido (también denominado “fisura palatina”) son las deformaciones congénitas más frecuentes de cabeza y cuello.¹ Los datos disponibles indican que la prevalencia total de las fisuras labio-palatinas es de aproximadamente 1 de cada 700 recién nacidos vivos, con variaciones considerables de carácter étnico y geográfico.²

Las fisuras bucofaciales tienen que ver con el tejido blando o defectos del esqueleto o dentales.^{3,4} Es posible que los niños y niñas nacidos con fisuras labio-palatinas tengan maloclusión de moderada a grave,^{5,6} y pueden tener dificultades graves en la lactancia, al comer, al hablar, al escuchar, al sonreír e incluso al respirar, y todo ello puede tener efectos tanto físicos como psicosociales, y puede afectar a su calidad de vida.⁷⁻⁹

Las fisuras labio-palatinas están asociadas con morbilidad social y psiquiátrica que afecta a pacientes y cuidadores.¹⁰

Los dentistas, los ortodoncistas y los cirujanos dentales y maxilofaciales deben intervenir en distintas etapas del crecimiento y el desarrollo del paciente, junto con otros profesionales sanitarios.

El trabajo en equipo a largo plazo resulta imprescindible para conseguir unos resultados de tratamiento exitosos. Los equipos que trabajan con fisuras de este tipo deben centrarse en evaluar los resultados, y todos los miembros del equipo deben entender la importancia de hacer evaluaciones continuas para mejorar los protocolos clínicos en el futuro.

ALCANCE

La presente declaración de política destaca la gestión multidisciplinar y secuencial que se requiere para tratar el labio leporino, el paladar hendido y las fisuras labio-palatinas, así como el papel destacado que desempeñan los profesionales dentales en el equipo de atención multidisciplinar.

PRINCIPIOS

El tratamiento para las fisuras labio-palatinas tiene un carácter multidisciplinar que exige una coordinación de esfuerzos por parte de los especialistas en distintas etapas del crecimiento y el desarrollo de los pacientes. Este trabajo coordinado del equipo resulta esencial para optimizar los resultados del tratamiento. Con el paso del tiempo, los dentistas generalistas, los odontopediatras y los ortodoncistas desempeñan un papel muy importante como miembros del equipo que trata las fisuras mencionadas.

POLÍTICA

La FDI recomienda lo siguiente:

- la creación o inclusión de un módulo de salud bucodental para fisuras labio-palatinas en el currículo comunitario para los dentistas generalistas, así como el desarrollo de programas de educación continua para dentistas y ortodoncistas que se centren en el tratamiento de las fisuras labio-palatinas como parte de un esfuerzo multidisciplinar;
- que las asociaciones dentales nacionales en países donde aún no se disponga de un sistema de atención organizado para pacientes con fisuras labio-palatinas establezcan centros o redes de profesionales sanitarios que participen en la atención de las fisuras labio-palatinas, entre ellos cirujanos plásticos, dentales o maxilofaciales, dentistas y ortodoncistas;
- la creación de directrices de atención para las fisuras labio-palatinas para los profesionales de la salud bucodental y de otros ámbitos que tratan a pacientes con fisuras labio-palatinas;
- que el equipo de atención dental ayude a padres y madres a centrarse en la importancia de una buena salud bucodental para sus hijos desde el nacimiento, haciendo hincapié en la importancia de cuidar la dentición primaria;
- que se haga hincapié en que un buen resultado de tratamiento ortodóncico depende de mantener una higiene bucodental excelente y una dentición sana bien restaurada;
- ser consciente de la posibilidad de intercepción ortopédica desde el nacimiento y ortodoncia interceptiva entre los 5 y los 10 años, así como de sellar la fisura de los primeros molares permanentes. La infección periapical de la dentición primaria adyacente a la fisura alveolar se debería tratar antes de realizar el inserto óseo;
- que se haga especial hincapié en el régimen de prevención de enfermedades dentales durante la transición de la dentición primaria a la dentición permanente, así como una evaluación continua del crecimiento facial de los pacientes pediátricos con un ajuste adecuado del plan de tratamiento en curso, según se requiera;

- que haya contacto regular del equipo de salud bucodental (dentistas generalistas, odontopediatras y ortodoncistas) con otros profesionales sanitarios, así como formación y asesoramiento para niños con fisuras labio-palatinas, y también para sus cuidadores.

PALABRAS CLAVE

Labio leporino, fisuras labio-palatinas, gestión multidisciplinar, salud bucodental, calidad de vida, atención de la salud bucodental

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

La información contenida en esta declaración de política está basada en las pruebas científicas más fidedignas disponibles en el momento de su elaboración. Dicha información puede interpretarse de forma que refleje sensibilidades culturales y limitaciones socioeconómicas actuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coupland MA, Coupland AI. Seasonality, incidence, and sex distribution of cleft lip and palate births in Trent Region, 1973-1982. *Cleft Palate J.* 1988;25(1):33–37.
2. Organización Mundial de la Salud. “Addressing the global challenges of craniofacial anomalies: Report of a WHO meeting on International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies”. OMS: Ginebra (Suiza), 2006.
3. Shapira Y, Lubit E, Kuftinec MM. Hypodontia in children with various types of clefts. *Angle Orthod.* 2000;70(1):16-21.
4. Harris EF, Hullings JG. Delayed dental development in children with isolated cleft lip and palate. *Arch Oral Biol.* 1990;35(6):469-473.
5. Friede H. Growth sites and growth mechanisms at risk in cleft lip and palate. *Acta Odontol Scand.* 1998;56(6):346–351.
6. Normando AD, da Silva Filho OG, Capelozza Filho L. Influence of surgery on maxillary growth in cleft lip and/or palate patients. *J Craniomaxillofac Surg.* 1992; 20(3):111– 118.
7. Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2005;27(3):274–285.

115 8. Antonarakis GS, Patel RN, Tompson B. Oral health-related quality of life in non-
116 syndromic cleft lip and/or palate patients: a systematic review. *Community Dent*
117 *Health*. 2013;30(3):189–195.

118
119 9. Pisek A, Pitiphat W, Chowchuen B, Pradubwong S. Oral health status and oral
120 impacts on quality of life in early adolescent cleft patients. *J Med Assoc Thai*.
121 2014;97:10-16.

122
123 10. Fadeyibi IO, Coker OA, Zacchariah MP, Fasawe A, Ademiluyi SA. Psychosocial
124 effects of cleftlip and palate on Nigerians: the Ikeja-Lagos experience. *J Plast Surg*
125 *Hand Surg*. 2012;46(1):13–8.