

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"Dr. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA

Artículo de revisión

Visión del estomatólogo ante las fisuras labiopalatinas

Por:

MSc. Dra. Juana Maritza Hernández Rodríguez ¹, Mireily Alfonso Carrazana ² y Lester A. Rodríguez López ³

1. Especialista de I Grado en Ortodoncia. Máster en Estomatología Infanto-juvenil. Asistente. UCM-VC.
2. Estudiante de Cuarto año de Estomatología. Alumna ayudante de Ortodoncia.
3. Estudiante de Tercer año de Estomatología. Alumno ayudante de Operatoria dental.

Descriptores: Fisura labiopalatina; tratamiento integral; Estomatólogo General Integral.

Las malformaciones congénitas se conocen desde los albores de la humanidad. Algunas eran incompatibles con la vida y otras condenaban al hombre a una muerte precoz y segura.

La fisura labiopalatina es una malformación que fue descrita desde tiempos tan antiguos como el año 2000 a.C. por los egipcios. También han sido encontrados datos en los más disímiles lugares del mundo y en las más diversas épocas. Constituyen malformaciones craneofaciales producidas por defectos embriológicos en la formación de la cara, cuyo grado de compromiso se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente en el labio superior, la premaxila, el paladar duro o el piso de las fosas nasales, que han sido afectadas

por una noxa que actuó entre la cuarta y doceava semanas de gestación, y la sexta fue la de mayor riesgo. Constituyen malformaciones relativamente frecuentes¹⁻⁵.

Entre los aspectos más preocupantes respecto a estas anomalías, se cuentan: las disfunciones en el habla y la deglución, las enfermedades respiratorias a repetición y la disfunción estética, con la consiguiente secuela psicológica^{6,7}. Como puede deducirse de lo anteriormente expuesto, este paciente requiere un largo e intenso tratamiento médico por parte de un equipo multidisciplinario, que incluye diversos especialistas.^{5,8} Al ser la terapia para estos niños de un alto costo a nivel mundial, se considera de vital importancia disponer de un estudio que permita posteriormente intervenir para reducir los factores de riesgo. Es en esta tarea donde el estomatólogo general integral desempeña un rol fundamental, y no solo en el control de los factores etiológicos conocidos para lograr una prevención de estas malformaciones en el futuro, sino también en la atención integral a los pacientes que son afectados por ella.

Considerando la posibilidad que nos ofrece este enfoque, realizamos la presente revisión bibliográfica, cuyo objetivo consiste en profundizar en la visión del estomatólogo general ante las malformaciones labiopalatinas, así como en las características de este tipo de malformación, su causa, patogenia, epidemiología, y necesidad de su atención por parte de un equipo multidisciplinario.

Las anomalías congénitas de labio leporino y paladar hendido ocurren cuando los tejidos del labio, del paladar, o ambas, del feto no crecen a la par y no se fusionan correctamente durante las primeras etapas del embarazo. El labio leporino se presenta como una estrecha abertura o hendidura en la piel del labio superior que se extiende hacia arriba hasta la base de la nariz. El paladar hendido se presenta como una abertura o fisura entre el paladar y la cavidad nasal. En algunos niños, la fisura palatina se extiende a lo largo de todo el paladar, mientras que en otros solo tienen fisuras parciales⁹⁻¹¹. Estas anomalías se pueden dar conjunta o aisladamente:

- Labio leporino sin paladar hendido
- Paladar hendido sin labio leporino
- Labio leporino y paladar hendido

Además, la fisura puede afectar solo a un lado de la boca (unilateral) o a ambos lados (bilateral)^{10,12}.

Patogenia del labio y del paladar hendido

El problema de la fisura labiopalatina se produce entre la sexta y la décima semanas de vida embrionaria. Una combinación de falla entre la unión normal y un desarrollo inadecuado pueden afectar los tejidos blandos y los componentes óseos del labio superior, el reborde alveolar, así como los paladares duro y blando. Se han postulado tres teorías que tratan de explicar la formación de las hendiduras faciales:

- La primera, considerada como clásica, propone la existencia de un error en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara y sugiere como mecanismos patogénicos un retardo o restricción de sus movimientos que evitan que estos procesos se pongan en contacto.
- La segunda teoría, conocida como la de la penetración mesodérmica, fue propuesta inicialmente por Stark, quien sugiere que no existen los extremos libres de los procesos faciales, sino que el centro de la cara está formado por una capa bilaminar de ectodermo, por el interior de la cual migra el mesodermo; si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe y origina una hendidura. Si la migración de estas células no se lleva a cabo, la penetración mesodérmica no ocurre y se produce una hendidura facial, cuya extensión es inversamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. Así, cualquier factor que altere la proliferación o diferenciación tanto del mesénquima como de las células neuroectodérmicas de la cresta neural serán capaces de causar una hendidura facial.
- Otra teoría es la vascular: Los brotes faciales son irrigados por la carótida interna y debe cambiarse por la carótida externa (arteria facial). Si esto no ocurre, hay poca irrigación y, por tanto, se pueden originar fisuras^{11,13,14}.

Etiología

En innumerables estudios clínicos, los factores etiológicos en el labio leporino, con paladar hendido o sin él, no se pueden determinar con exactitud, por lo que se limita a clasificarlos como de tipo “hereditario multifactorial” dependiente de múltiples genes menores con

tendencia familiar establecida, sin seguir ningún patrón mendeliano en el 90% de los casos.^{3,11} Aunque existe controversia sobre las causas de las fisuras labiopalatinas, las más aceptadas admiten que a la participación de múltiples factores mutantes menores se añaden otros medioambientales, tales como: deficiencias de folatos, trastornos del metabolismo del ácido fólico, factores nutricionales, exposición a tóxicos, teratógenos y drogas, infecciones, enfermedades maternas, alcoholismo, tabaquismo y estrés en el embarazo. Investigaciones realizadas por numerosos autores¹⁵⁻¹⁷ aportan que el mayor número de casos con esta alteración refieren antecedentes prenatales de ingestión de medicamentos (diazepam, fenitoína), abortos anteriores, trastornos durante la gestación, trastornos emocionales, metrorragia en el primer trimestre de la gestación o diabetes durante el embarazo. Los genes menores o predisponentes, cuya acción y número son difícilmente identificables, actúan según la teoría de la predisposición genética (poligenia)^{3,18}.

Epidemiología

Según las estimaciones, la frecuencia del labio leporino, con paladar hendido o sin él, varía de 0,8 a 1,6 casos por cada 1 000 nacimientos (valor medio de 1/1 000). Es más frecuente la afectación del labio con afectación palatina que el paladar exclusivamente, así como es más frecuente el labio hendido unilateral sobre el bilateral. En caso de ser unilateral, el lado que más frecuentemente se afecta es el izquierdo.¹⁵ El labio leporino bilateral se asocia con más frecuencia a paladar hendido. Se ha comprobado que las fisuras de labios son más frecuentes en los varones,⁸⁻¹⁰; mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres,¹⁰⁻¹². La causa subyacente de la deformidad se comprende solo de una manera parcial^{11, 18,19}.

Actualmente se estima que el fallo en el cierre del labio o del labio y el paladar juntos ocurre en aproximadamente 1 de cada 700 a 1 000 bebés blancos, en 1,7 de los bebés asiáticos y en un 3,6 de ciertos grupos de indios norteamericanos. En los afroamericanos ocurre en 1 de cada 2 500^{20,21}.

Algunos autores expresan que la edad paterna interviene en la frecuencia de estas malformaciones; otros la han relacionado con la edad materna. Aizpurua¹¹ registró que la mayor frecuencia se daba en madres de 26 a 30 años; sin embargo otros autores²² encontraron que el mayor número de casos se daba entre las madres que eran mayores de

40 años. También se ha relacionado la prevalencia de las fisuras orales con el número de gestaciones de la madre, y han sido más prevalentes en los casos donde la madre es multipara¹⁸.

Complicaciones y funciones bucofaríngeas afectadas

Los niños con labio, paladar, o ambos, hendido enfrentan algunas dificultades de tipo alimentaria, respiratorias, expresivas y psicológicas^{21, 22}. Tienden a ser más proclives a padecer catarros, pérdidas auditivas y defectos del habla o la pronunciación. Los problemas dentales -como la falta o exceso de dientes, las malformaciones, desplazamientos o mal posicionamientos dentarios, y las caries- también son frecuentes en los niños con paladar hendido^{23, 24}.

Existe una mayor susceptibilidad a padecer enfermedades del oído medio, por una mala función de los músculos palatinos, que producen una disfunción de la trompa de Eustaquio, lo que contribuye a una acumulación de líquido a su nivel que ocasiona una pérdida de audición ligera o moderada, y puede originar problemas de aprendizaje en cuanto al desarrollo del habla^{21, 24}. Los pacientes afectados en el labio y paladar desarrollan por lo general mecanismos de compensación que les permiten deglutir y emitir algunos fonemas; estos últimos con alteraciones fácilmente detectables, que son parte del reto que mediante prótesis se procura mejorar, y tienen como marco de referencia la articulación del lenguaje, asesorados en este tratamiento por logopedas expertos²⁵. Alimentarse también puede resultar complicado en un lactante con fisura palatina o labial. Estos pacientes presentan con frecuencia reflujo de los alimentos que reciben; es por eso que alimentarlos genera ansiedad en los padres, y se verifica que la mayoría son alimentados artificialmente; sin embargo, se comprobó que con la leche materna estos lactantes tienen un 25 % menos de infecciones del oído y del tracto respiratorio que los alimentados con biberón^{12,24}. La colocación temprana de la placa ortopédica funcional, permitirá al recién nacido una alimentación oral con ciertas precauciones, la posibilidad de que la madre satisfaga su necesidad psicológica y funcional de amamantar al bebé y, al bebé, la oportunidad de este tipo de alimentación que es indispensable para su buen progreso psicomotor y nutricional²⁶.

Tratamiento

Se han desarrollado muchos avances médicos en el tratamiento de las fisuras palatales y labiales. La cirugía reparadora puede corregir las fisuras, y en los casos más graves, la cirugía plástica puede corregir problemas estéticos específicos.^{1,24} La complejidad de la deformidad que presentan los pacientes con hendiduras maxilofaciales requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario en el que intervienen varias disciplinas con actividades específicas encaminadas a solucionar los diferentes problemas que se presentan. Los servicios participantes son los del departamento dental y los de las siguientes especialidades: Estomatología General Integral, Cirugía maxilofacial y Ortodoncia, Prótesis, Periodoncia, Cirugía plástica, Foniatría, Psicología, Otorrinolaringología, Genética médica, Radiología y los de Trabajo social. Igualmente participan otros servicios llamados consultantes y son los siguientes: Pediatría, Neurología, Laboratorio clínico y Anestesia^{4, 27}. Generalmente, el tratamiento se inicia durante los primeros meses de la vida del bebé, en dependencia de su estado de salud y de la extensión de la fisura. En la actualidad, se enfatizan prioritariamente los propósitos de tratamiento estético y funcional^{3, 24, 27}.

Visión del estomatólogo ante las malformaciones labiopalatinas

Para satisfacer las exigencias actuales del Sistema Nacional de Salud se estructuró la especialidad de Estomatología General Integral, lo que se propuso y aprobó en el Consejo de Dirección del Ministro de fecha 25 de octubre de 1993, la cual tendría un perfil ocupacional diferente a las demás especialidades estomatológicas con una concepción totalmente diferente en la solución de problemas de la comunidad, la familia y el individuo con un enfoque biosocial, en el que prevalecen los criterios de la promoción de salud y la prevención de enfermedades, lo que posibilitaría elevar la calidad de la atención estomatológica que se ofrece a nuestra población, garantizando la superación posgraduada del estomatólogo general básico y la elevación del prestigio internacional de la estomatología cubana.

La atención brindada no se limita al ámbito del servicio, sino que el estomatólogo tiene una proyección comunitaria, que se desarrolla en los hogares, escuelas, centros de trabajo, sustentada en la intersectorialidad, lo que eleva la calidad de la atención y la satisfacción de la población y de los prestadores, en correspondencia con las necesidades de salud bucal identificadas en el análisis de la situación de salud.

La atención estomatológica integral a la población presenta un amplio marco en el desarrollo de la atención primaria de salud, ya que el estomatólogo está más íntimamente relacionado con el médico de la familia que otros especialistas, debido a las características específicas de la atención estomatológica, con un amplio contenido de atención primaria y con más del 90 % de carácter ambulatorio²⁸.

Al considerarse las malformaciones congénitas de labio leporino y paladar hendido el cuarto problema de salud en Estomatología, es necesario destacar que el estomatólogo general integral debe encaminar parte de su acción a intervenir en las familias de pacientes con este tipo de malformaciones, así como en el logro de una mayor calidad de vida y un restablecimiento de las funciones que pueden verse afectadas en los pacientes con dicha malformación.

Con el surgimiento en nuestro país de la medicina familiar en el año 1984, se decidió, además, incorporarla a este equipo multidisciplinario para la prevención de esta afección, así como su cooperación en las diferentes fases del tratamiento. Es conocida la estrecha vinculación que debe existir entre el Estomatólogo General Integral con el médico y la enfermera de la familia, al nivel de la comunidad, del consultorio, del policlínico u hospital rural y de las clínicas estomatológicas del área de salud, en las cuales se deben desarrollar actividades de educación y prevención^{27,28}.

Si tenemos en cuenta la prevención, consideramos que el estomatólogo general integral debe, al igual que el médico de la familia, encaminar a la futura madre para que esta se encuentre en las mejores condiciones de salud en el momento de la concepción y durante el embarazo, así como evitar el contacto con fuentes de contagio vírico, exposición a radiaciones, consumo de drogas, hábitos tóxicos y el uso inadecuado de fármacos, o de cualquier agente potencialmente teratogénico o mutagénico, sobre todo en el primer trimestre del embarazo¹².

Una de las funciones fundamentales del estomatólogo general consiste en el conocimiento y estudio, al igual que el médico de la familia, de la población asignada. Su función preventiva ante las malformaciones labiopalatinas comienza mucho antes del embarazo, conociendo las familias con predisposición genética a este tipo de malformación y velando por los factores de riesgo que puedan estar presentes en ellas. En el caso de la mujer embarazada, el

seguimiento por parte del equipo básico de salud, donde se incluye el estomatólogo, es esencial. Se debe velar por el desarrollo de un embarazo normal, eliminando factores desencadenantes de malformaciones. Es necesario conocer que la prevención de estas últimas se realiza mediante la ingesta de ácido fólico antes de la gestación y durante los primeros meses de esta, lo que reduce en un 50% las posibilidades de padecer labio leporino junto a paladar fisurado, y un 25% fisura palatina¹²; también se debe evitar el consumo de alcohol y el tabaquismo en el embarazo y consultar sobre la ingesta de cualquier medicamento a un médico que conozca de su estado¹⁵. El llamado del estomatólogo junto al equipo básico de salud está en la vigilancia de que el embarazo se desarrolle sin la presencia de factores de riesgo, sobre todo externos, que son los más fácilmente modificables, especialmente en el primer trimestre, pues las fisuras labiopalatinas presentan una temprana aparición (entre la cuarta y la octava semanas, y la sexta es la de mayor riesgo). Esta vigilancia debe priorizarse sobre las familias que presenten una determinada predisposición genética¹².

Los niños con fisura palatina o labial a menudo tienen que someterse a tratamientos dentales y de ortodoncia para favorecer la alineación dental y eliminar los espacios interdentes motivados por la fisura²⁴. Entre tantos procedimientos de envergadura, es posible que se pasen por alto los cuidados dentales sistemáticos llevados a cabo por el estomatólogo general básico e integral, pero tener una dentadura sana es fundamental para un niño con fisura palatina o labial porque es necesaria para estimular crecimientos óseos, establecer patrones oclusivos y favorecer otras funciones. Los niños con este tipo de malformaciones generalmente necesitan los mismos cuidados dentales que otros niños: cepillarse regularmente los dientes y utilizar la seda dental a partir de la erupción de los molares en torno a los seis años. Los niños con paladar hendido suelen tener defectos en el borde alveolar y sus defectos pueden desplazar o rotar los dientes permanentes; impedir la erupción de estos, así como la formación del borde alveolar^{3, 12}.

Por la importancia que tiene el cuidado y preservación de las piezas dentarias en pacientes fisurados, una de las labores fundamentales del estomatólogo general integral resulta vigilar la salud bucal de estos pacientes. Además, el íntimo contacto del estomatólogo con la familia y el paciente con fisura labiopalatina le permite, incluso, velar por la integración social de este

último, por su desarrollo interpersonal y por el progreso de sus habilidades comunicativas, ayudando y guiando a los padres en esta etapa de aprendizaje familiar que muchas veces constituye un reto, pues es lógica la alteración en la dinámica familiar que trae consigo el nacimiento de un niño malformado.

El estomatólogo general integral es el máximo responsable de la salud bucal de individuos, familia y comunidad con un enfoque social, y debe caracterizarse por su responsabilidad, sencillez, modestia, integridad y condición humana, características que debe poseer todo profesional de la salud, con el propósito de mantener al hombre sano, actuando sobre los factores que inciden negativamente en el proceso salud-enfermedad. Debe otorgar prioridad a la promoción de salud y la prevención de enfermedades, así como integrarse al equipo básico de salud y dispensarizar al 100% de la población; siempre se debe tener, como premisa fundamental, controlar los factores que pueden conducir a la aparición de una enfermedad, y en el caso de nuestro estudio, aquellos factores medioambientales o externos, capaces de provocar alteraciones embrionarias que se expresen como malformaciones de labio y paladar fisurados. La vigilancia del estado de salud bucal de la población es un método de observación y control dinámico de las personas sanas y enfermas que padecen determinadas afecciones. Es un complejo de medidas educativas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas, dirigidas a mantener la salud bucal²⁸.

Los pacientes con fisuras labiopalatinas requieren un enfoque de rehabilitación multidisciplinario con actividades específicas. El estomatólogo general integral tiene un papel fundamental en la vigilancia y control de los factores etiológicos conocidos de estas malformaciones, en la vigilancia de la salud bucal de estos pacientes, así como en la atención integral, que incluye, además, el asesoramiento de la familia por parte del profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teja Ángeles E de la, Elías Madrigal G, Durán Gutiérrez A. Diagnóstico de paladar hendido submucoso. Características clínicas e informe de un caso. Acta Pediatr Mex [serie en Internet]. 2006 [citado 10 Abr 2009];27(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2006/apm061d.pdf>
2. Alas Castillo IL, Gurrola Martínez B, Díaz Cepeda LF, Casasa Araujo A. Incidencia de dientes ausentes y supernumerarios en pacientes con labio y paladar hendido. Rev Latino Am Ortod y Odontop [serie en Internet]. [citado 10 Abr 2009]. [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/dientes_ausentes_supernumerarios.asp
3. Cruz Rivas Y, Pérez Mateo II MT, León Ojeda NE de, Suárez Bosch F, Llanes Rodríguez M. Antecedentes de empleo de medicamentos durante el embarazo en madres de pacientes con fisura de labio y/o paladar. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2009 [citado 14 sept 2009];46(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Torres Iñiguez AT, Heredia Pérez JM, López Domínguez M, Santiesteban González M, Lorenzo Felipe D. Incidencia de fisuras de labios y/o paladar en la provincia Holguín. Correo Cient Med Holguín [serie en Internet]. 2007[citado 10 Abr 2009];11(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no111/n111ori4.htm>
5. Biblioteca de consulta Encarta 2007.
6. Torres Iñiguez AT, Heredia Pérez JM, López Domínguez M, Santiesteban González M, Lorenzo Felipe D. Incidencia de fisuras de labios y/o paladar en la Provincia Holguín. 1996-2002. Correo Cient Med Holguín [serie en Internet]. 2007 [citado 12 dic 2009];11(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no111/n111ori4.htm>
7. Collett BR, Speltz ML. Social-emotion development of infants and young children with orofacial clefts. Infants Young Child [serie en Internet]. 2006[citado 10 Abr 2009];19(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/2006/10000/Social_Emoional_Development_of_Infants_and_Young.2.aspx

8. Limiñana Gras RM, Corbalán Berná J, Patró Hernández. R. Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. An Psicol [serie en Internet]. 2007 [citado 12 dic 2009];23(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/04-23_2.pdf
9. Silva Filho OG de, Alves de Albuquerque Rosa. Rita de Cássia M Carvalho Lauris. Influence of isolated cleft palate and palatoplasty on the face. J Applied Oral Scien [serie en Internet]. 2007 [citado 5 jun 2009];15(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: www.scielo.br/pdf/jaos/v15n3/a09v15n3.pdf
10. Cruz Rivas Y, Pérez Mateo MT, León Ojeda NE de, Suárez Bosch F, Llanes Rodríguez M. Antecedentes de enfermedades maternas en pacientes con fisura de labio y/o paladar en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol. 2009;46(2):23-43
11. Aizpurua R. Incidencia de Labio Leporino y Paladar Hendido en una región de Venezuela. Rev Latino Am Ortod y Odontop [serie en Internet]. [citado 10 Abr 2009]. [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/incidencia_labio_leporino_paladar_hendid_o_venezuela.asp
12. Mejorías en el tratamiento de la fisura labio palatina [sitio en Internet] citado 10 Abr 2009]. Disponible en: www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/S9701Articulos/S0101200311/news3338.htm.
!
13. Nogueira Moreira A, Silami de Magalhães C, Conceição Ferreira R. Enfermedad periodontal en el paciente con hendidura del labio y/o paladar: una revisión de la literatura. [sitio en Internet] citado 10 Abr 2009]. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/fisura_palatina/pdf/ENFERMEDAD_PERIODONTAL.pdf
14. Kearney PM, Griffin T. Between joy and sorrow: being a parent of a child with developmental disability. J Adv Nurs [serie en Internet]. 2001[citado 10 Abr 2009];34(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380726>

15. Colectivo de Autores. Procederes básicos en prótesis bucomaxilofacial. La Habana: Editorial Cimeq; 2008.
16. Consultas médicas [página de Internet]. Cuba: CITMATEL; c1997-2009 [citado 10 Abr 2009]. Disponible en:
http://consultas.cuba.cu/consultas.php?id_cat=3&id_cons=376
17. Garmendía Hernández G, Felipe Garmendia AM, Vila Morales D. Queilonaso y estafilorrafia precoz en un tiempo quirurgico: resultados postoperatorios. 1990-2006. Rev Habanera Cienc Med [serie en Internet]. 2008 [citado 7 jun 2009];7(1): [aprox. 1 p.] . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2008000100007&script=sci_abstract
18. Mañes Ferrer JF, Martínez González A, Oteiza Galdón B, Bouazza Juanes K, Benet Iranzo F, Candel Tomás A. Uso de las coronas telescópicas en el tratamiento de un paciente adulto con fisura labio-palatina: puesta al día de la etiología y el tratamiento. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [serie en Internet]. 2006 [citado 20 mar 2010];11: [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i4/medoralv11i4p358e.pdf>
19. Sepúlveda Troncoso H, Palomino Zúñiga J, Cortés Araya G. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. Rev Esp Cirug Oral Maxilofac [serie en Internet]. 2008 [citado 7 jun 2009];30(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582008000100002&script=sci_arttext
20. Vila MD. Presentación de una nueva clasificación integradora de las maloclusiones craneofaciales. Rev Habanera Cienc Med. 2006;3:5.
21. Limiñana R, Corbalán J, Patró R. Personality styles, woman and psychological adaptation in disability. Comunicación presentada en el 9th European Congress of Psychology. Granada; 2005.
22. Estrada Sarmiento M, Espinosa Fonseca R, Pérez Perdomo E. Resultados del manejo multidisciplinario del labio y paladar fisurado unilateral. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac [serie en Internet]. 2007 [citado 10 abr 2009];29(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2348674>

23. Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health J* [serie en Internet]. 2006[citado 10 Abr 2009];27(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112778063/abstract>
24. Monasterio Aljaro L. Tratamiento interdisciplinario de las fisuras labio palatinas. Santiago de Chile. *Cir Plást Iberolatinoam* 2009;35(1): 1-5.
25. Simón Chibás N, Valcárcel Llerandi J. Estudio clínico-epidemiológico y logo foniátrico de niños operados por fisura labio palatina [tesis]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas "Comandante Manuel Fajardo, 2008.
26. Confección de placa ortopédica funcional [sitio en internet] Acceso el 18 de diciembre 2007. Disponible en:
http://www.encolombia.com/otopedia_alimenta8.htm
27. Romero S de. Rehabilitación integral del palato fisurado. [sitio en Internet] citado 10 Abr 2009]. Disponible en:
www.ecuaodontologos.com/revistaaorybg/vol1num1/rehabilitacion_integrala.html
28. Castañeda S, Fleites T. Estomatología General Integral. Un reto de estos tiempos. Habana; Ciudad Habana 2005.