

INVESTIGACION SOBRE PATOLOGIAS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDOS EN PACIENTES DE LA CLINICA NOEL DE MEDELLÍN. ESTUDIO PILOTO (REPORTE DE INVESTIGACIÓN)*

MÓNICA PATRICIA GIRALDO FERNÁNDEZ**, ANGELA MARÍA MESA MONTOYA***

RESUMEN. GIRALDO FERNÁNDEZ MÓNICA P., ANGELA MARÍA MESA M. Investigación sobre Patologías de labio y/o paladar hendidos en pacientes de la Clínica Noel de Medellín. Estudio Piloto. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 8(1) 59-65, 1996.

La presente investigación es un estudio epidemiológico de tipo descriptivo retrospectivo, realizado en pacientes de labio y/o paladar hendidos de la Clínica Noel de Medellín. Se revisaron 370 historias clínicas de los pacientes que fueron sometidos a cirugía para corregir labio y/o paladar entre los años 1984 y 1987, con el fin de detectar factores de riesgo asociados a esta anomalía. Se encontró que la hendidura más frecuente fue la queilopalatosquisis bilateral de paladar primario y secundario, seguida por la del lado izquierdo. La queilopalatosquisis de paladar primario aislado de mayor incidencia también fue al lado izquierdo, seguida por la misma lesión al lado derecho. Las fisuras de labio y paladar, exceptuando palatosquisis y úvula bífida, fueron en todos los casos más frecuentes en hombres que en mujeres. No hubo asociación entre aparición de hendiduras y edad avanzada de los padres, al contrario, la mayor parte de ellos eran menores de 28 años. Las patologías asociadas a ingestión de drogas durante el embarazo y antecedentes familiares no pudieron analizarse por escasez de datos en las historias.

Palabras claves: Estudio epidemiológico, labio y paladar hendidos.

ABSTRACT: GIRALDO FERNÁNDEZ MÓNICA P., ANGELA MARÍA MESA M. Investigation about cleft lip and/or cleft palate pathologies in patients of Noel Clinics in Medellín. Pilot study. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 8(1): 59-65, 1996.

This investigation is an epidemiological retrospective and descriptive study. It was realized in patients with cleft lip and/or cleft palate of Noel Clinic in Medellín. 370 clinical files were revised from patients that were treated with surgery to correct lip and/or palate during 1984 and 1987 years with the purpose to detect risk factors associated with this anomaly. The cleft more frequently showed was bilateral queilopalatosquisis from primary and secondary palate and then left side. The lip and palate fisures with exception palatosquisis and bifid uvula, were more frequently in men that women in all cases. There was not association between presence of cleft and parent's advanced age. Several pathologies and drugs ingestion during pregnancy and familiar antecedents were not anilized because files data were insufficient.

Key Words: Epidemiologic study, cleft lip and cleft palate

INTRODUCCION

Hasta 1930, se creía que las malformaciones congénitas y entre ellas el labio y paladar hendidos, eran de origen exclusivamente hereditario y se usaban los términos "congénito" y "hereditario" indiscriminadamente. Estudios posteriores han demostrado que la causa de las malformaciones no es sólo el factor genético, y es así como se reconoce de la multicausalidad compleja de estos trastornos (1). Aún es relativamente poco lo que se reconoce de la etiología del labio y paladar hendidos, no obstante en otros estudios realizados en Medellín (2,3), se han logrado identificar algunos factores de riesgo involucrados en malformaciones congénitas. Uno de estos trabajos se hizo en la Clínica León XIII, el Hospital General y el Hospital San Vicente de Paúl en 1979 donde se examinaron 222 neonatos con

malformaciones congénitas. Los resultados destacaron el nivel socioeconómico como factor de riesgo asociado por sus componentes: ingresos, estado nutricional, educación y vivienda, aparentemente implicados en el incremento de la incidencia de estas anomalías. Otro factor importante fue la prescripción rutinaria de drogas y la automedicación, a veces excesiva en etapas tempranas del embarazo, especialmente aquellas de tipo reconstituyente (vitaminas, sulfato ferroso, etc.) y hormonas de uso inapropiado. No se encontró asociación con el alcohol y el cigarrillo, y en cambio si se destacó el papel de la transmisión genética en la incidencia de malformaciones congénitas.

En 1981, se realizó otro estudio en la facultad de Salud Pública (3) titulado "Malformaciones congénitas y factores de riesgo". El estudio fue de tipo

* Requisito parcial para optar el título de Especialista en Odontología Integral del Niño, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

** Especialista en Odontología Integral del Niño, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia

*** Especialista en Odontología Integral del Niño, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

analítico de casos y controles, la muestra se tomó entre todos los nacidos vivos o muertos en la Clínica León XIII y el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín. En total fueron 107 casos y 214 controles. Las conclusiones más importantes son estas: las malformaciones congénitas más frecuentes fueron pie equino varo, polidactilia y labio leporino. Se encontró asociación entre malformaciones congénitas y procedencia del área rural. También hubo asociación significativa entre antecedentes de malformaciones congénitas en los padres y malformaciones congénitas en los hijos. Además se relacionó el sufrir de alergias y epilepsias durante el embarazo con mayor frecuencia de hendiduras, posiblemente debido a la ingestión de drogas utilizadas para el tratamiento de estas patologías.

Examinando la literatura sobre la incidencia de hendiduras faciales alrededor del mundo, se encontró que para los caucásicos, la rata de labio y paladar hendido se presentaba en un rango tan amplio como 0.64×1000 en Hungría, hasta 1.96×1000 en Hawai. Ross y Johnston (7) encontraron la incidencia más baja entre los negros americanos = entre 0.21 y 0.41×100 nacidos vivos. La más alta fue entre los orientales, siendo los japoneses los más estudiados con un rango entre 1.14 y 2.13×1000 nacidos vivos. Los caucásicos se vieron en una posición intermedia con una incidencia entre 0.77 y 1.40×1000 nacidos vivos.

En cuanto a las diferencias de sexo con respecto a la presencia de hendiduras, la literatura parece coincidir en que nacen más hombres que mujeres con la combinación de labio y paladar hendidos y que son más las mujeres afectadas con hendiduras aisladas de paladar (8,4).

Fraser en 1970 (9) encontró que la mayoría de las hendiduras unilaterales de labio o de labio y paladar ocurrieron en el lado izquierdo. Sin embargo, el paladar hendido es más a menudo asociado con hendidura bilateral que con hendidura unilateral de labio, el 86% son bilaterales y el 68% unilaterales. Este hallazgo parece soportar la idea promovida por Fogh-Andersen en 1964 de que la hendidura de paladar asociada con hendidura de labio es secundaria al defecto del labio, y que mientras más severo sea el defecto en el labio, habrá mayor probabilidad de que ocurra hendidura en el paladar (9).

En cuanto a la edad de los padres de niños con hendiduras de labio y/o paladar, la relación entre edad materna, paterna, orden de nacimiento e incidencia de esta malformación, no es evidente aún. Estudios en Finlandia y Suecia (10) no revelan efecto significativo de la edad materna o paterna con respecto a las hendiduras faciales. Sin embargo, otros estudios (8) reportan una asociación positiva entre edad materna avanzada y el nacimiento de niños con labio hendido, con o sin hendidura en el

paladar. Encontraron significativamente más niños con labio y paladar hendidos nacidos de madres cercanas a los 35 años de edad. Esta asociación no se encontró en los casos de hendidura aislada de paladar. El orden de nacimiento no se relacionó con la formación de hendidura.

En 1975 el doctor J. Mario Castrillón (4) realizó un estudio sobre labio y paladar hendidos en el Hospital Infantil de la Cruz Roja en Medellín. Empleó el método retrospectivo para la revisión de 374 historias clínicas tabulando 20 datos por cada una, entre ellos sexo, edad, procedencia, edad de los padres, multiparidad, antecedentes familiares, etc. Encontró que el mayor volumen correspondió a hombres con labio y paladar hendidos con un porcentaje de 60.96%. Nuevamente, el lado más comprometido es el izquierdo: 40.9%, mientras que el paladar hendido aislado es el más escaso con un 12.5%.

En Puerto Rico (6) se registraron 988 pacientes con fisuras faciales nacidos entre 1950 y 1983 en la Clínica de paladar hendido del Hospital Pediátrico Universitario. Encontraron mayor incidencia en el Noreste de Puerto Rico, zona que posee más densidad de población. La variabilidad por sexo dependió del tipo de lesión así: mayor número de hombres presentaron hendiduras unilaterales de paladar primario y secundario, también mayor número de fisuras de paladar primario únicamente y bilaterales de paladar primario y secundario.

Las mujeres presentaron mayor número de hendiduras de paladar secundario aislado.

Los procedimientos de recolección de datos, las clasificaciones de hendiduras utilizadas en los diferentes estudios y las variables investigadas difieren mucho entre la literatura, esto dificulta grandemente asociar los trabajos y compararlos.

El propósito de esta investigación fue buscar asociaciones entre la aparición de labio y paladar hendido y algunos factores de riesgo registrados en las historias de los pacientes de la Clínica Noel entre los años 1984-1987, con el fin de proporcionar mayor claridad sobre la etiología de este trastorno congénito y poder recomendar medidas profilácticas pertinentes.

MATERIALES Y METODOS

El presente es un estudio epidemiológico de tipo descriptivo realizado en forma retrospectiva.

La población de estudio estuvo constituida por la revisión de 370 historias de pacientes atendidos quirúrgicamente en la Clínica Noel de Medellín entre el mes de enero de 1984 y el de agosto de 1987. La recolección de la información se hizo consultando minuciosamente cada una de las historias tratando de obtener la mayor cantidad de información posible.

La clasificación de las lesiones fue la consignada por los médicos de la Clínica Noel en sus registros.

Las variables estudiadas fueron: edad de la madre y del padre al nacimiento del niño con hendidura, edad del paciente en el momento de la primera consulta, sexo, lugar de nacimiento, tipo de lesión, peso, talla, características del embarazo y antecedentes de hendiduras en la familia. Es de anotar que, lamentablemente, la ausencia de datos fue un común denominador para muchas de las variables, lo que hizo difícil su análisis.

RESULTADOS

1. Número de pacientes afectados con respecto a cada lesión:

El tipo de lesión más frecuentemente encontrado en las historias revisadas de la Clínica Noel, resultó ser la queilopalatosquisis, seguida por la palatosquisis, queilosquisis y úvula bífida, respectivamente.

Específicamente, la queilopalatosquisis de mayor frecuencia fue la bilateral de paladar primario y secundario, seguido por la queilopalatosquisis de paladar primario y secundario izquierdo y derecho, respectivamente.

Cuando la queilopalatosquisis afectó solamente el paladar primario, se encontró mayor frecuencia en el lado izquierdo, seguido por el lado derecho y bilateral.

Es importante anotar que de 370 historias revisadas, 263 presentaban queilopalatosquisis, 58 palatosquisis, 34 queilosquisis y solamente 15 úvula bífida. Y, que el numeral 8 corresponde a las queilopalatosquisis a las que no se encontró ninguna otra especificación en el diagnóstico (Ver cuadro 1).

2. Distribución de sexos con respecto al tipo de lesión:

En las 370 historias revisadas encontramos que las malformaciones de labio y paladar hendido son más frecuentes en hombres (103) que en mujeres (81).

Y también, se corrobora la queilopalatosquisis como la lesión de mayor frecuencia en hombres (146) como en mujeres (130) seguido por la palatosquisis, queilosquisis y úvula bífida.

Presentándose más mujeres con palatosquisis (38) que hombres (20) lo mismo que mayor número de úvulas bífidas en éstas (11) que en los hombres (4).

Para aclarar si eran concluyentes y significantes los datos de este cuadro, sacamos el χ^2 y la P para algunos de sus resultados, así:

Para queilosquisis, el χ^2 nos dio 1,54 y la P: 0,21

RESULTADOS

CUADRO 1

NUMERO DE PACIENTES AFECTADOS CON RESPECTO A CADA LESION

TIPO DE LESION	Nº DE PACIENTES	% TOTAL
1. Queilosquisis	34	9.1
2. Queilopalatosquisis primario derecho	8	2.1
3. Queilopalatosquisis primario izquierdo	23	6.2
4. Queilopalatosquisis primario bilateral	2	0.5
5. Queilopalatosquisis primario, secundario derecho	33	8.9
6. Queilopalatosquisis primario, secundario izquierdo	50	13.5
7. Queilopalatosquisis primario, secundario bilateral	62	16.7
8. Queilopalatosquisis	85	22.9
9. Palatosquisis	58	15.6
10. Uvula bífida	15	4.0
TOTAL	370	99.5

Para queilopalatosquisis primario y secundario derecho χ^2 2,09 y P: 0,14.

Para queilopalatosquisis bilateral χ^2 : 1,93 y P: 0,16

Para úvula bífida χ^2 : 2,92 y P: 0,08

Y sabiendo que un valor significante estadísticamente debe tener una P: menor de 0,05 podemos concluir que ninguno de estos datos tiene significancia estadística (Ver cuadro 2).

3 Edad de la madre con relación al tipo de lesión:

De las 370 madres, 107 se encontraban entre los 20 y 25 años, 58 entre los 14 y 19 años y 26 y 31 años, respectivamente, 50 de las madres, entre 32- 37, 15 de ellas, entre 38- 43 y sólo 1 entre 44-49 años.

Aclarando que hubo 81 madres sin datos de edad por las historias incompletas. Lo que nos lleva a concluir que los casos de labio y paladar hendido revisados están más asociados con madres jóvenes, ya que encontramos 165 menores de 25 años, lo que equivale al 44% de todas las madres de hijos con hendiduras y 223 menores de 31 años que corresponden al 60,2% (Ver cuadro 3).

CUADRO 2
DISTRIBUCION DE SEXOS
CON RESPECTO AL TIPO DE LESION

Tipo lesión	Sexo			% Hombre	% Mujer
	Hombre	Mujer			
1. Queilosquisis	21	13		10.9	7.2
2. Queilopalatosquisis primario derecho	4	4		2.0	2.2
3. Queilopalatosquisis primario izquierdo	12	11		6.2	6.1
4. Queilopalatosquisis primario bilateral	1	1		0.5	0.5
5. Queilopalatosquisis primario, secundario derecho	21	12		10.9	6.7
6. Queilopalatosquisis primario, secundario izquierdo	27	23		14.1	12.8
7. Queilopalatosquisis primario, secundario bilateral	37	25		19.3	13.9
8. Queilopalatosquisis	44	41		23.0	22.9
9. Palatosquisis	20	38		10.4	21.2
10. Uvula bífida	9	11		2.0	6.1
TOTAL	191	179	170		

4 Edad del padre con respecto al tipo de lesión:

De los 370 padres, a 107, no se le encontraron datos sobre su edad. Los 263 restantes se agruparon principalmente entre los más jóvenes así: entre 17-22 años del 15.2%, total entre 23-28 años el 32.3% y entre 29-34 años el 23.5%, el 29% restante se repartió entre padres de edad más avanzada.

5 Patología de la madres durante el embarazo:

Es poco lo que se puede extractar, ya que hubo 173 historias con datos insuficientes, hubo 166 con embarazo normal, sólo 14 con hemorragia vaginal, 3 con algún trastorno del Sistema Nervioso Central, 2 con enfermedad venérea, y solamente 1 con diabetes, 1 con trastornos hematológicos y 1 con parásitos (Ver cuadro 4).

6 Drogas ingeridas por la madre durante el embarazo:

De las pocas con datos acerca de las drogas ingeridas durante el embarazo, encontramos que 11 madres tomaron analgésicos, 9 antibióticos, 4 vitaminas, 4 antiparasitarios, 1 anovulatorios, 1 anticonvulsionantes, 1 antigripales y 339 historias sin datos acerca de ello.

7 Antecedentes familiares de hendiduras faciales:

Para analizar algo de tanta importancia en los pacientes como son los antecedentes familiares tuvimos la limitación de las historias incompletas, ya que de 370 historias revisadas, 160 NO TENIAN DATOS suficientes.

CUADRO 3
EDAD DE LA MADRE CON RELACION AL TIPO DE LESION

Tipo lesión	Edad de la madre							TOTAL
	14-19	20-25	26-31	32-37	38-43	44-49	Sin datos	
1. Queilosquisis	2	8	7	5	2	0	10	34
2. Queilopalatosquisis primario derecho	1	3	1	2	0	0	1	8
3. Queilopalatosquisis primario izquierdo	5	7	4	5	1	0	1	23
4. Queilopalatosquisis primario bilateral	0	1	0	0	0	0	1	2
5. Queilopalatosquisis primario, secundario derecho	7	12	3	2	2	0	7	33
6. Queilopalatosquisis primario, secundario izquierdo	13	13	6	4	6	0	8	50
7. Queilopalatosquisis primario, secundario bilateral	6	21	15	8	2	0	10	62
8. Queilopalatosquisis	13	23	10	11	2	1	24	85
9. Palatosquisis	9	13	9	11	0	0	16	58
10. Uvula bífida	1	6	3	2	0	0	3	15
TOTAL	58	107	58	50	15	1	81	370

CUADRO 4

PATOLOGIA DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO RELACIONADO CON EL TIPO DE LESION

Patología embarazo Tipo de lesión	Normal		Infecciosa		S.N.C:		Dia- betes		Erup- tivas		Hemorr. Vaginal		Trans Hemato		Vener.		Parás.		Sin datos		TOTAL
		%		%		%		%		%		%		%		%		%		%	
1. Queilosquisis	17	4.5	0		0		0		0										17	4.5	34
2. Queilopalatosquisis primario derecho	4	1.0	2	0.5	1	0.2	0												1	0.2	8
3. Queilopalatosquisis primario izquierdo	13	3.5	1	0.2	1	0.2	0												8	2.1	23
4. Queilopalatosquisis primario bilateral	0		0		0		0												2	0.5	2
5. Queilopalatosquisis primario, secundario derecho	15	4.0			0		0					15	4.0	1	0.2				17	4.5	33
6. Queilopalatosquisis primario, secundario izquierdo	23	6.2	0		0		0	1	0.2	1	0.2								25	6.7	50
7. Queilopalatosquisis primario, secundario bilateral	30	8.1	3	8.1	1	0.2	0	2	0.5			30	8.1	1	0.2	1	0.2		24	3.4	62
8. Queilopalatosquisis	35	9.4	5	9.4	0		1	0.2	1	0.2	1	0.2	1	0.2					41	11.0	35
9. Palatosquisis	22	5.9	3	5.9	0			1	0.2	2	0.5								30	8.1	58
10. Uvula bífida	7	1.8	0	1.8	0														8	2.1	15
TOTAL	166	44.8	14	3.7	3	0.8	1	0.2	5	1.3	4	1.0	1	0.2	2	0.5	1	0.2	173	46.7	370

138 no presentaban antecedentes familiares, y entre las que tenían historia familiar de una lesión similar, 36 tenían asociación con la tercera línea de consanguinidad (primos segundos), 19 con la segunda línea de consanguinidad (tíos, primos, abuelos), y sólo 17 con la primera línea de consanguinidad (padres, hermanos) (Ver cuadro 5).

8 Procedencia de los casos registrados:

Valga aclarar que el departamento de Antioquia fue dividido en zonas, cada una de las cuales comprende los municipios que fueron estudiados en esta investigación, así:

Zona 1

Medellín y área Metropolitana (Medellín, Bello, Girardota, Copacabana, Guarne, Itagüí, Envigado y Caldas).

Zona 2

Suroeste (Caramanta, Támesis, Andes, Betania, Pueblorrico, Bolívar, Santa Bárbara, Salgar, Bolombolo, Fredonia, Concordia, Amagá, Titiribí, Betulia y Angelópolis).

Zona 3

Oriente cercano (San Vicente, El Peñol, Guatapé, Santuario, Rionegro, Carmen de Viboral, Retiro y La Unión).

Zona 4

Occidente cercano (Liborina, Antioquia, Sopetrán y Ebéjico)

Zona 5

Norte (Caucasia, Tarazá, Cáceres, Zaragoza, Santa Rita de Ituango, Puerto Valdivia, Ituango, Anorí, Toledo, Campamento, San Andrés, Angostura, Gómez Plata, Santa Rosa, Entreríos, Don Matías, San Pedro, Barbosa, Amalfi, Segovia, Remedios, Vegachí, Yalí, Yolombó, San Roque, Caracolí y San Rafael).

Zona 6

Oriente Lejano (San Carlos, Cocorná, San Luis, Argelia y Sonsón)

Zona 7

Occidente Lejano (Turbo, Apartadó, Chigorodó, Dabeiba, Frontino, Cañasgordas, Buriticá y Giraldo) (Ver cuadro 6).

1. La zona de Medellín y el Area Metropolitana por su alta población pueden presentar una gran incidencia de hendiduras de labio y paladar. Es posible que por la facilidad de acceso, se registren más casos. El desplazamiento por costos y por distancia es más fácil. Puede ser también que sean zonas donde la población ha tenido más

CUADRO 5

ANTECEDENTES FAMILIARES DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO Y TIPO DE LESION

Tipo de lesión \ Antecedente Familiar	Sin datos	No hay	Primera línea	Primera línea	Primera línea	TOTAL
1. Queilosis	12	14	4	1	3	34
2. Queilopalatosquisis primario derecho	5	3	0	0	0	8
3. Queilopalatosquisis primario izquierdo	10	9	1	2	1	23
4. Queilopalatosquisis primario bilateral	2	0	0	0	0	2
5. Queilopalatosquisis primario, secundario derecho	10	16	2	1	4	33
6. Queilopalatosquisis primario, secundario izquierdo	16	23	1	6	4	50
7. Queilopalatosquisis primario, secundario bilateral	32	18	5	4	3	62
8. Queilopalatosquisis	41	27	2	4	11	85
9. Palatosquisis	27	21	2	1	7	58
10. Uvula bifida	5	7	0	0	3	15
TOTAL	160	138	17	19	36	370

acceso a la educación y conozcan las posibilidades del tratamiento y de la atención.

- El Suroeste concentra muchos municipios con alta densidad de población y puede suceder que por esta razón, tenga el segundo puesto en casos registrados de pacientes con hendiduras de labio y/o paladar. Son municipios en general con buen desarrollo socioeconómico, por lo cual sus habitantes pueden disponer de mayores recursos para buscar la atención médica.
- En el Oriente Cercano, se registran también muchos casos y es posible que se deba a la facilidad de acceso de los centros de atención, por el nivel educativo de la población y el nivel económico de la misma.
- Los pocos casos registrados en las regiones del Occidente Norte, Oriente lejano, se pueden deber a las dificultades de la población para asistir a los centros de atención, su nivel socioeconómico bajo en muchos casos, y posiblemente, el desconocimiento de los programas en corrección de este tipo de problemas.
- Consideramos que es muy arriesgado decir que la mayor presencia de casos en una región o en otra, se deban a la utilización de agroquímicos puesto que habría que hacerse un estudio más específico y con tamaño de muestra más grande.

CUADRO 6

REGION DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA CON RELACION AL NUMERO DE CASOS REGISTRADOS

Región de Antioquia	#	%
Medellín	111	30
Area Metropolitana	32	8.64
Suroeste	44	11.89
Oriente Cercano	26	7.02
Occidente Cercano	23	6.21
Norte	20	5.4
Oriente Lejano	17	4.59
Occidente Lejano	11	2.97
Otros Departamentos	57	15.4
Sin Datos	29	7.83
TOTAL	370	100

DISCUSION

Concluimos que de 370 historias revisadas en la Clínica Noel desde 1984 hasta 1987, la lesión más frecuentemente encontrada fue la queilopalatosquisis, especificando que la más común fue la queilopalatosquisis bilateral de paladar primario y secundario seguido por la queilopalatosquisis de paladar primario y secundario izquierdo similar a lo encontrado por el doctor J. Mario Castrillón. La más escasa, la que afecta el lado derecho.

Cuando la queilopalatosquisis afectó solamente el paladar primario, se encontró mayor frecuencia en el lado izquierdo, seguido por el lado derecho y por último bilateral.

En orden prioritario de frecuencia de las lesiones sigue la palatosquisis, queilosquisis y úvula bífida, respectivamente.

Estas malformaciones son más frecuentes, en hombres que en mujeres, también de acuerdo con el Dr. J. Mario Castrillón, especialmente la queilopalatosquisis, porque la palatosquisis, se encontró en más mujeres que en hombres.

Con relación a la edad de la madre, la mayoría fueron menores de 31 años. El 44% eran menores de 25 años, lo cual resultó contrario a lo esperado, ya que las malformaciones congénitas generalmente se asocian con edad avanzada de las madres. Este resultado por lo tanto propone una nueva inquietud para futuras investigaciones.

La edad de los padres también nos dio similar a la de las madres, la mayoría de ellos están entre los 23 y 28 años y sólo tres, entre los 59 y 69 años.

En relación con la demanda de consulta, encontramos que los pacientes con queilopalatosquisis buscan atención más temprano que los pacientes con otro tipo de malformación.

En cuanto a la patología de la madre durante el embarazo, relacionado con el tipo de lesión, las drogas ingeridas por ésta durante el embarazo y el período durante el cual se ingirieron drogas, no encontramos datos concluyentes, en vista de los datos tan incompletos en las 370 historias clínicas revisadas.

Y, por último, acerca de los antecedentes familiares relacionados con labio y/o paladar hendidos, también tuvimos dificultades por deficiencias en el registro de la historia clínica. Sólo encontramos de 370 historias, 36 que tenían asociación con la tercera línea de consanguinidad, 19 con la línea segunda y solamente 17 con la primera línea de consanguinidad, lo cual no es concluyente.

RECOMENDACIONES

- 1 Nuestra recomendación quizá más importante y productiva para beneficio de estudios futuros acerca del problema de labio y paladar hendido, sería tratar de consignar en una historia estandarizada, el mayor número de datos posibles acerca de los padres, que puedan tener influencia directa o indirecta en la malformación del niño (como la edad, tanto del padre como de la madre, antecedentes del embarazo, drogas ingeridas, especificando tipo y tiempo de su ingestión, antecedentes familiares, etc.). En esta forma, tendríamos oportunidad de estudiar todas y cada una de las variables implicadas y sacar así datos más concluyentes.
- 2 Sugerimos un estudio específico con tamaño de muestra más grande acerca de la utilización de agroquímicos con referencia a los padres de los pacientes afectados de labio y paladar hendido.
- 3 También recomendaríamos como en el estudio del Dr. J. Mario Castrillón en 1975, unificar criterios de diagnóstico, utilizando un diagrama de clasificación básica de labio y paladar hendido para todo tipo de pacientes examinados.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Mónica Giraldo F., Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Factores genéticos en malformaciones congénitas. Informe científico OMS. Serie informes técnicos, No.438, 1970.
- 2 Velandia Riveros, José Gilberto, Jorge Hernán Calderón y otros. Determinación de factores de riesgo en malformaciones congénitas en la ciudad de Medellín. Tesis de Grado, Escuela nacional de Salud Pública, U. de A., 1979.
- 3 Duque García Enrique, Dolly Esperanza Guzmán y otros. Malformaciones congénitas y factores de riesgo. tesis de grado. facultad Nacional de Salud Pública, U. de A., 1981.
- 4 Castrillón, J. Mario. Labio y paladar hendidos en el Hospital Infantil de la Cruz Roja de Medellín. Temas Odontológicos, Vol. 13, No.120, Pág. 3-23, 1975.
- 5 Iregbulem Lawrence, M. The incidence of cleft lip and palate in Nigeria. The Cleft Palate Journal. Vol. 19, No. 3, Pág. 201-205, July 1982.
- 6 Padilla Germán Oliver and Virginia Martínez González. Cleft lip and palate in Puerto Rico. A thirty three year study. The cleft palate journal. Vol. 23, No.1, Pág 48'57, January 1986.
- 7 Ross, R.B. and M.C. Johnson. Cleft lip and palate. Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1972.
- 8 Meskin L.H. S. Pruzansky and W.M. Gullen. An epidemiological investigation of factors related to the extent of facial clefts. Cleft palates. Vol. 5: 23. Jan. 1968.
- 9 Fraser, F.C. The genetic of cleft lip and cleft palate. Am. J. Hum. Genetics. 22: 336, 1970.
- 10 Saxen, Y. Epidemiology of cleft lip and palate. An attempt to rule out chance correlations. Br. J. Preve. Soc. med. 29(2) 103, 1975.