

Incidencia de labio leporino y paladar hendido en una región de Venezuela. Periodo 1995-1999

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DEL ZULIA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO Dr. ADOLFO D ´EMPAIRE**



AIZPURUA RIOS, EDUARDO AUGUSTO Odontólogo egresado de [La Universidad del Zulia](http://www.unzulia.edu.ve)
E-mail: eaizpurua79@hotmail.com

ASESORES:

ROMERO GONZALEZ, ROSALINDA DEL PILAR, Magister en Orientación – Especialista de Extensión. LUZ

LEÓN GONZALEZ, ALEXIS JOSÉ Médico Pediatra. LUZ

RESUMEN

INCIDENCIA DE LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO EN UNA REGION DE VENEZUELA. PERIODO 1995 - 1999.

AIZPURUA R, Eduardo A; Hospital Universitario Dr. Adolfo D'Empaire. [Universidad del Zulia](http://www.unzulia.edu.ve). [Maracaibo](http://www.maracaibo.gov.ve). Venezuela.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la incidencia de hendiduras labiopalatinas en el Hospital Dr. Adolfo D'Empaire de Cabimas, Venezuela. El estudio fue retrospectivo, descriptivo, utilizando como fuente de datos el servicio de Historias Médicas de dicho hospital, seleccionando los recién nacidos con hendidura labiopalatina nacidos durante el 1o de Enero de 1995 y el 31 de Diciembre de 1999. Las variables analizadas fueron incidencia, condición al nacer, sexo, peso, edad materna, número de gestas, procedencia y tipo de malformación. Entre los resultados se obtuvo 18 recién nacidos con fisura del labio y/o paladar originando una tasa de 0.74 por mil nacidos vivos. La mayor incidencia se observó en el año 1997 donde se reporta una tasa de 0.97 por mil nacidos vivos. De los recién nacidos que presentaron hendidura labiopalatina todos nacieron vivos, 33.33% fueron de sexo masculino, 66.66% de sexo femenino y con peso mayor 2500 gr. 66.66% de la muestra. Con relación a las características maternas, la edad promedio fue de 25.61 años, la mayoría de los recién nacidos con hendidura labiopalatina fueron producto de madres multíparas (67%) y 50% de ellas proceden de la ciudad de Cabimas. En relación al tipo de malformación presente se encontró que el 83.33% presentaron tanto el labio como el paladar afectado. Se recomienda el establecimiento de un registro de malformaciones congénitas que permitan un estudio integral de estas alteraciones.

Palabras Claves: Labio hendido, Paladar Hendido, Incidencia

INTRODUCCION

La fisura de labio y la fisura de paladar son consideradas como dos de las más frecuentes anomalías del desarrollo y muchos autores coinciden al afirmar que constituyen las malformaciones congénitas más comunes. Aunque desde el punto de vista embriológico y etiológico son distintas, es útil estudiarlas en conjunto ya que se asocian en más del 50% de los casos¹.

El labio leporino afecta el labio superior en uno o ambos lados, siendo mas frecuente del lado izquierdo. Varía desde la simple fisura labial o facial hasta lesiones que abarcan tejidos blandos y óseos. Por su parte, el paladar hendido consiste en la fisura medial longitudinal de la bóveda palatina, que comunica la cavidad bucal con la nasal; puede estar asociado con el labio leporino o puede aparecer como una malformación aislada². Se acepta en general que el factor etiológico principal de estas malformaciones es de caracter genético. En algunos casos se ha sugerido una causa ambiental y/o una causa mixta, razón por la cual se afirma que la fisura labiopalatina es un proceso de origen multifactorial³.

La aparición de este tipo de defecto ha venido en aumento a traves de los años. Hoy en día su incidencia se reporta como 1:700 nacimientos en la raza blanca, 1:2000 en la raza negra¹. En Venezuela existe poca información acerca de la incidencia de este tipo de malformación y de acuerdo a este conocimiento la incidencia se reporta 1:1000 nacimientos.

Los defectos de la hendidura labiopalatina conducen a desajustes psicosomáticos en el niño y alteran el equilibrio de su grupo familiar⁴, por ello es necesario diagnosticarlos prematuramente y es justificable profundizar en su indagación como entidades aisladas y en su relación con otras para la definición de un proceso morboso. Este conocimiento, permitirá generar información de fuentes primarias, favoreciendo la definición de áreas para futuras investigaciones y el conocimiento de aspectos genéticos y epidemiológicos de estas alteraciones.

Por ello, a continuación se presenta un estudio con la finalidad de determinar la incidencia de labio leporino y paladar hendido durante los años 1995 - 1999 en los recién nacidos del Hospital Dr. Adolfo D'Empaire de la ciudad de Cabimas - Venezuela. Dentro de los objetivos específicos de la investigación se encuentran: describir las características demográficas: condición al nacer, sexo y peso en los recién nacidos con hendidura labiopalatina; identificar en las madres de los recién nacidos con labio leporino y/o paladar hendido las características de edad, número de gestas y lugar de procedencia y por último establecer las alteraciones de labio y paladar presentes en los recién nacidos.

MATERIALES Y METODOS

El presente estudio es de tipo retrospectivo ya que la información obtenida se produjo con anticipación a la planeación de la investigación. Así mismo es descriptivo debido a que está

dirigido a demostrar la incidencia anual de hendidura labiopalatina determinando sus características esenciales; del mismo modo se considera un estudio observacional, pues el fenómeno estudiado fué analizado y no fué susceptible de ser modificado a voluntad del investigador. Por último, se trata de una investigación de campo, puesto que los datos fueron recolectados en los propios ambientes de las instituciones de salud.

Se revisaron los registros de historias médicas del Hospital Universitario Dr. Adolfo D'Empaire de la Ciudad de Cabimas, Estado Zulia, basándose en la novena y décima Clasificación Internacional de Enfermedades (International Code Disease) tomando en cuenta para el estudio todos los recién nacidos a los cuales se les diagnosticó labio leporino y/o paladar hendido al momento del nacimiento, durante el período de tiempo comprendido entre el 1o de Enero de 1995 y el 31 de Diciembre de 1999.

Las variables analizadas fueron: incidencia, condición al nacer, sexo, peso, edad materna, número de gestas, lugar de procedencia y tipo de malformación.

Los datos fueron recolectados en un ficha diseñada especialmente para la investigación; posteriormente se tabularon, obteniendo frecuencias y porcentajes y se les aplicó el estadístico Chi Cuadrado, utilizando el programa de análisis estadístico EPI-INFO versión 6.0, para discutir y comparar los resultados obtenidos en la investigación con otros reportes bibliográficos de otros autores y finalmente plantear recomendaciones para la prevención y el diagnóstico temprano de esta malformación y para hacer continua la recolección de estos datos sobre tan importante tema de investigación.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 1o de Enero de 1995 y el 31 de Diciembre de 1999 nacieron 18 niños con labio y/o paladar fisurado, representando un 0.07% del total de los nacimientos reportados (24.187 nacimientos), dando lugar a una tasa de 0.74 x 1000 nacidos vivos (NV), es decir un caso por 1300 nacimientos ($X^2 = 1.02$; $p = 0.9$ no significativo).

La mayor incidencia se observó en el año 1997 donde se reportan 5 nacimientos de niños con labio y/o paladar hendido con una tasa de 0.97 x 1000 NV. La menor incidencia se presentó en el año 1999 encontrando sólo dos recién nacidos con la malformación con una tasa de 0.62 x 1000 NV (Tabla 1).

Del total de recién nacidos que presentaron hendidura labiopalatina todos nacieron vivos, 6 fueron de sexo masculino (33.33%) y 12 de sexo femenino (66.66%) con una relación M/F de 0.2. En relación al peso la mayor parte del grupo (12 casos; 66.66%) obtuvo un peso de niño a término (>2500 gr.) con un promedio de 2943 gr. (Tabla 2)

En cuanto a la variable edad materna, la mayor frecuencia se observó en el grupo de 26 a 30 años con 9 madres (50%), el menor grupo fue el de 21 a 25 años con 2 madres (11.11%). La

edad promedio fué de 25.61 años.

Con respecto al número de gestas, pudo apreciarse que la mayoría de los recién nacidos con hendidura labiopalatina fueron producto de madres multíparas (66.66%), 6 casos (33.33%) provenían de madres nulíparas. En relación al lugar de procedencia de las madres de los recién nacidos malformados 9 (50%) proceden de la ciudad de Cabimas; 7 (38.88%) de las adyacencias de la ciudad y sólo 2 (11.11%) corresponden a otros sitios geográficos (Tabla 3).

Para finalizar, en lo referido al tipo de malformación presente en el recién nacido, se encontró que la mayoría 15 (83.33%) presentaron tanto el labio como el paladar afectado y 2 niños (11.11) solo el labio y uno (5.55%) paladar hendido único (Tabla 4).

DISCUSION

El objetivo principal de este trabajo fué determinar la incidencia de labio y paladar hendido en el Hospital Dr. Adolfo D´Empaire de Cabimas dando como resultado una tasa de 0.74 por cada mil nacidos vivos. Al ser comparado este valor con otros reportes de la literatura se observa similar a la presentada por Cedeño en otra región de Venezuela⁵ 0.62; en Mississippi-USA⁶ 0.54; Colorado-USA⁷ 0.81; Canadá⁸: 0.39 para paladar hendido y 0.82 para labio leporino y/o paladar hendido; Guanajuato-México⁹ 0.53 y Montreney-Mexico¹⁰ 0.93 donde se observa todos los valores por debajo de uno para cada mil nacimientos. Otros estudios reportan cifras sobre 1 por cada mil nacidos vivos tal como lo plantea la revisión realizada por Derijcke¹¹ sobre incidencia de hendiduras labiopalatinas quien postula que el rango de incidencia varía entre 1 y 2.21 por 1000 NV. Resultado similar obtuvieron Yi NN¹² en Singapur 2.07 a 1.64; Bellis¹³ en Escocia 1.4; Haguerg¹⁴ en Suecia 2.0; Antoszewski¹⁵ en Polonia 2.0; Gregg¹⁶ en el Noreste de Irlanda 1.28; Kozelj¹⁷ en Eslovenia 1.64 y Perez-Molina¹⁸ en Jalisco-Mexico 13.2 por 10000 nacidos vivos.

En cuanto a la variación interanual no se observó una variación estadísticamente significativa ($X^2 = 1.02$; $p = 0.9$) por lo cual no existe ninguna diferencia durante el período de estudio. Esto difiere de lo encontrado por Antoszewski¹⁵ y Kozelj¹⁷, quienes observaron una tendencia al incremento en la frecuencia de labio y/o paladar hendido por año. Esta diferencia podría ser explicada por la evidencia de los datos recogidos en las historias clínicas del Hospital Adolfo D´Empaire donde no existe un registro que certifique y verifique la información.

Con relación al sexo, se observó un predominio del sexo femenino en el labio leporino con paladar hendido (66%). Este hallazgo es contrario a lo reportado por Bellis¹³, quien observó que el sexo que predominó fué el masculino; Hagherg¹⁴ también encontró una incidencia más alta en varones que en hembras para todas las hendiduras y Chuangsuwanich¹⁹ advirtió que el sexo masculino predominó en todos los grupos de labio y/o paladar hendido, menos en el paladar hendido aislado, hallazgo que también fue observado por Gregg¹⁵ En el labio leporino aislado se obtuvo un caso de sexo masculino (5.55%) y en el paladar hendido aislado hubo un caso (5.55%) femenino, el cual a pesar de ser un sólo paciente corresponde al sexo que en la

literatura mundial ha sido descrito como el más frecuente^{11,12,19,20} reportando un predominio de hembras con paladar hendido.

En cuanto a la variable edad materna, la mayor frecuencia se observó en el grupo de 26 a 30 años (50%), es decir, madres jóvenes tienen productos con alteraciones en labio y/o paladar, resultado similar a lo reportado por Baird⁸ quien ante la hipótesis de que madres de edad avanzada son proclives a tener un hijo con una alteración de estas características estudió millón y medio de nacimientos consecutivos en Canadá encontrando que no existe asociación entre la edad materna avanzada y el nacimiento de un niño con hendidura labiopalatina.

La tasa obtenida en el estudio es menor a lo que se considera en la literatura mundial como el rango de incidencia de hendiduras labiopalatinas^{11,12} lo que podría estar relacionado con un subregistro en este centro materno-infantil. Las fallas en la completación de la historia clínica, el diagnóstico tardío de la malformación, la ausencia del especialista en el área de emergencia y la recolección de datos inadecuados en el diagnóstico tardío de la malformación, hacen que se sugiera la creación de un registro permanente de malformaciones congénitas que obtenga la incidencia real en esta institución y en donde se integre la atención de especialistas de diversas áreas que permitan un diagnóstico precoz para brindar una atención temprana al recién nacido con esta patología.

Tabla No. 1

Incidencia Anual de Hendiduras Labiopalatinas. Tasa por 1000 NV Hospital Dr. Adolfo D´Empaire. Maracaibo – Venezuela. 1995-1999.

AÑO	RN CON LL±PH	NV TOTALES	TASA x 1000 NV
1995	4	5787	0.69
1996	3	5746	0.52
1997	5	5207	0.96
1998	4	4236	0.94
1999	2	3211	0.62
TOTAL:	18	24187	0.74

$X^2 = 1.02$ $p = 0.9$ (n.s)

NV: nacidos vivos; RN: recién nacidos.

F.I.: Ficha de Recolección de Datos.

Tabla No. 2

Características de los Recién Nacidos con Hendiduras Labiopalatinas. Hospital Dr. Adolfo D´Empaire. Maracaibo – Venezuela. 1995-1999.

CARACTERISTICAS	No.	%
Sexo		
Masculino	6	33.33
Femenino	12	66.66
Peso		
<2000 gr	2	11.11
2001-2500 gr	4	22.22
2501 gr >	12	66.66

_X peso= 2943.88 gr

F.I.: Ficha de Recolección de Datos.

Tabla No. 3

Características de las madres de Recién Nacidos con Hendiduras Labiopalatinas. Hospital Dr. Adolfo D'Empaire. Maracaibo - Venezuela. 1995-1999.

CARACTERISTICAS	No.	%
Edad		
<20	4	22.22
21-25	2	11.11
26-30	9	50
31>	3	16.66
Número de Gestas		
1	6	33.33
2	7	38.88
3+	5	27.77
Procedencia		
Cabimas	9	50
Costa Oriental	7	38.88
Otra	2	11.11

X edad materna= 25.61 años
F.I.: Ficha de Recolección de Datos

Tabla No. 4

Tipo de Malformación presente en los Recién Nacidos con Hendiduras Labiopalatinas. Hospital Dr. Adolfo D´Empaire. Maracaibo – Venezuela. 1995-1999.

TIPO	No.	%
Labio Leoprino con paladar hendido	16	94.44
Labio Leoprino	1	5.55
Paladar Hendido	1	5.55
Total:	18	100

F.I.: Ficha de Recolección de Datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wood NK, Goaz P. (1998) **Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales**. Harcourt Brace de España. 5ta. Edición. P. 657.
2. Valenzuela R, Luengas J, Marquet L. (1993) **Manual de Pediatría de Valenzuela**. Edit. Interamericana McGraw Hill. 11va. Edición. P.858.
3. Raspall G. (1997) **Cirugía Maxilofacial**. Editorial Médica Panamericana. P. 515.
4. Dan-Nilo- Hu Hing. (1990) **Genetics cleft lip palate in China**. Am J Hum Genet. P. 15-18.
5. Cedeño-Rincón R, León A, Romero R. (1996) **Epidemiología de las malformaciones congénitas externas en una Maternidad de Venezuela**. Bol Med Hops Infant Mex. 53(3) :117-22
6. Das SK, Runnels RS Jr, Smith JC, Cohly HH. (1995) **Epidemiology of cleft lip and palate in Mississippi**. South Med J. 88(4) :437-42.
7. Amidei RI, Hamman RF, Kassebaum DK, Marshall Ja. (1994) **Birth prevalence of cleft lip and palate in Colorado by sex distribution, seasonality, race, ethnicity and geographic variation**. Spec Care Dentist. 14(6) :233-40.
8. Baird PA, Sadovnick AD, Yee IM. (1994) **Maternal Age and oral cleft malformations: data from a population-based series of 576,815 consecutive livebirths**. Teratology. 49(6) :448-51.
9. Hernández-Arriaga J, Cortés-Gallo G, Aldana-Valenzuela C, Ramirez-Huerta A. (1991) **Incidencia de**

- malformaciones congénitas externas en el Hospital de Ginecopediatría No. 48 en León.** Guanajuato. Bol Med Hosp Infant Mex. 48(10): 717-21.
10. Arredondo de Arreola G, Rodriguez-Bonito R, Treviño-Alanis MG, Arreola-Arredondo B, Astudillo-Castillo G, Russildi JM. (1990) **Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos.** Bol Med Hosp Infant Mex. 47(12): 822- 27.
 11. Derijcke A, Eerens A, Carels C. (1996) **The incidence of oral clefts: A review.** Br J Oral Maxillofac Surg. 34(6) :488-94.
 12. Yi NN, Yeow VK, Lee St. (1999) **Epidemiology of cleft lip and palate in Singapore-a 10 year- hospital-based study.** Ann Acad Med Singapore. 28(5) :65-9.
 13. Bellis Th, Wohigemuth B. (1999) **The incidencia of cleft lip and palate deformities in the south-east of Scotland (1971-1990).** BrJ Orthod. 26(2) :121-5.
 14. Hagberg C, Larson O, Milerad J. (1998) **Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations.** Cleft Palate Craniofac. 35(1) :40-5.
 15. Antoszewski B, Kruk-Jeromin J. (1997) **The incidence of cleft lip and (or) palate in children of Lodz in the years 1982-1991.** Pol Merkuriusz Lek. 3(13) :10-2.
 16. Gregg T, Boyd D, Richardson A. (1994) **The incidence of cleft lip and palate in Northern Ireland from 1980-1990.** Br J Orthod. 21(4) :387-92.
 17. Kozelj V. (1996) **Epidemiology of orofacial clefts in Slovenia. 1973-1993:** Comparison of the incidence in six European Countries. J Craniomaxillofac Surg. 24(6) :378-82
 18. Perez-Molina JJ, Alfaro-Alfaro N, Angulo-Castellanos E, Nario-Castellanos JG. (1993) **Prevalencia y factores de riesgo de labio y paladar hendido en dos hospitales, en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.** Bol Med Hosp Infant Mex.. 50(2) :110-3.
 19. Chuangsowanich A, Aojanepong C, Muangsombut S, Tongpiw P. (1998) **Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand.** Ann Plast Surg. 41(1) :7-10.
 20. Long S, Robert E, Laumon B, Pradat E, Robert JM. (1992) **Epidemiology of cleft palate and cleft lip in the Rhone-Alpes/Auvergne Region. A propos of 903 cases registered 1978-1987.** Pediatrie. 47(2): 133-40.
 21. Pprobado para publicación: 28 de Agosto de 2002