

Caracterización de pacientes con labio o paladar hendido atendidos en FISULAB entre 2010 y 2024

Autores: Gómez DC¹, Mendoza YP², Cuervo MP³ ¹

- Instructor asociado Departamento de Cirugía plástica Reconstructiva y estética Fundación Universitaria Ciencias de la Salud – Hospital de San José de Bogotá- Hospital infantil universitario de San José
 - Residente de cuarto año de Cirugía plástica Reconstructiva y estética Fundación Universitaria Ciencias de la Salud –Hospital de San José de Bogotá Bogotá- Hospital infantil universitario de San José
 - Residente de cuarto año de Cirugía plástica Reconstructiva y estética Fundación Universitaria Ciencias de la Salud –Hospital de San José de Bogotá Bogotá- Hospital infantil universitario de San José
- Contacto de correspondencia:** *Diana Gómez* , dcgomez4@fucsalud.edu.co

Introducción

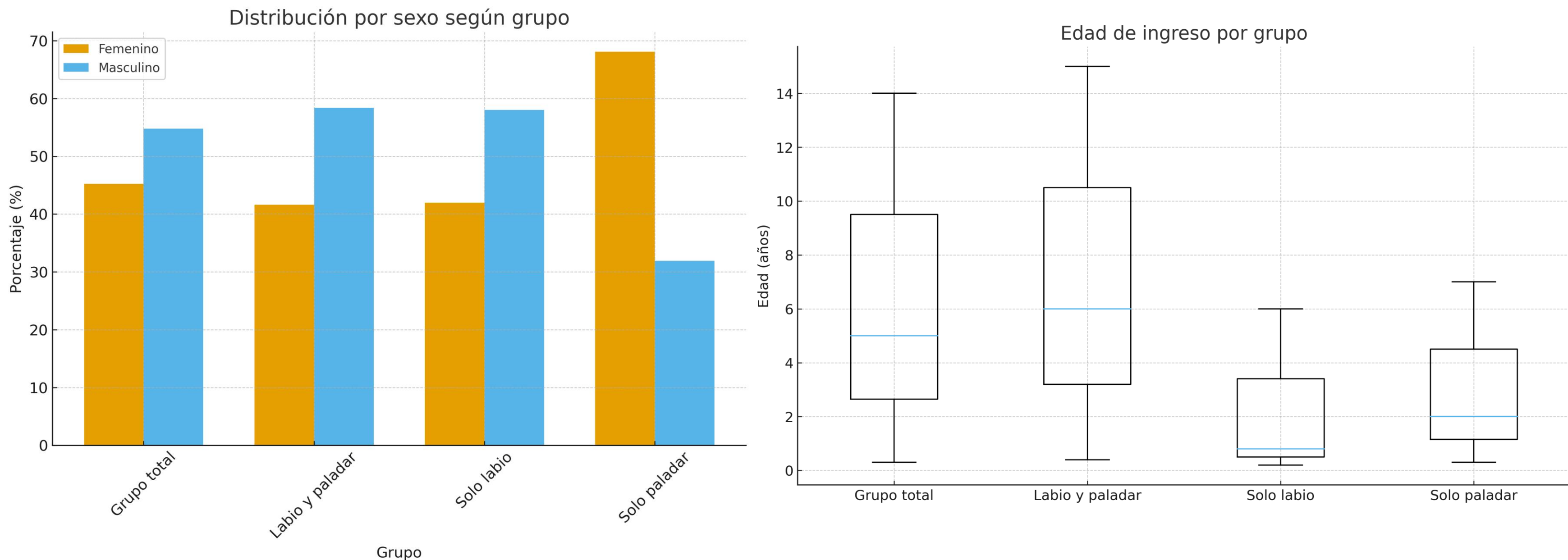
Las hendiduras oro-faciales son las más comunes anomalías cráneo-faciales (1). Pueden ser unilaterales, completas, incompletas y pueden incluir solo el labio, el paladar o ambos (1,2). Se suelen dividir en labio y/o paladar y solo paladar debido a sus diferencias embriológicas (3). La hendidura de solo labio bilateral suele ser más común en hombres y la de solo labio unilateral en mujeres (1), siendo más frecuente del labio izquierdo (3). A menudo son no sindrómicas, pero pueden clasificarse como sindrómicas cuando tienen otros signos asociados (1,2). Se requieren estudios locales para conocer su caracterización sociodemográfica, clínica y de tratamiento.

Objetivo

Describir las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de los pacientes con labio y/o paladar hendido atendidos en FISULAB (Bogotá, Colombia) entre 2010 y 2024. Se busca aportar datos locales

Métodos

Estudio descriptivo de corte basado en los registros de la fundación FISULAB (Bogotá) entre 2010 y 2024. Se analizaron pacientes con labio y/o paladar hendido, evaluando variables sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas .La recolección fue realizada por médicos en formación, consolidando los datos en Excel para su posterior depuración y análisis estadístico en Stata 18®



Grafica 1 y 2. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

Variable ¹	Labio y paladar hendido (n=662)	Solo labio (n=81)
Moldeamiento	119 (17.98)	12 (14.81)
Tipo de moldeamiento		
No	543 (82.02)	69 (85.19)
Cintas	94 (14.20)	11 (13.58)
NAM	25 (3.78)	1 (1.23)
Cirugía de labio		
1	538 (81.27)	64 (79.01)
2	95 (14.35)	9 (11.11)
3	20 (3.02)	5 (6.17)
4	9 (1.36)	3 (3.70)
Lugar de la cirugía de labio		
Extrainstitucional	363 (54.83)	22 (27.16)
Intrainstitucional	299 (45.17)	57 (70.37)

Tabla 1. Moldeamiento y cirugía de labio en pacientes con LPH y LH

Resultados

Se analizaron 859 pacientes con labio y/o paladar hendido atendidos en la Fundación Fisulab entre 2010 y 2024. El 77.1% presentó labio y paladar hendido (lph), el 13.5% paladar hendido aislado (ph) y el 9.4% labio hendido aislado (lh). Predominó el sexo masculino en lph y lh (58%) y el femenino en ph (68%) grafica 1 y 2 . La forma más frecuente fue el lph unilateral izquierdo (44.6%). Solo el 8.3% de los pacientes fueron sindrómicos, principalmente secuencia de Pierre-Robin (12% en el grupo de ph) y síndrome Van der Woude (24.3% de lph). Las comorbilidades más comunes fueron alteraciones auditivas (25,5%), seguidas de respiratorias y cardíacas (2–3%). El 17,9% de los lph recibió moldeamiento nasoalveolar tabla 1 . La mayoría requirió una sola Queiloplastia (81%) y una Palatoplastia (77%), con insuficiencia velofaríngea en el 17% de los casos, corregida exitosamente en más del 80% mediante faringoplastia de Jackson u orticochea tabla 2 . Se realizaron injertos óseos alveolares en el 64.9% de los pacientes, con una tasa de éxito del 79% en el primer intento. Aproximadamente el 50% de los pacientes con LPH presentaron hipoplasia maxilar que podría requerir cirugía ortognática en la adolescencia.

Variable ¹	Labio y paladar hendido (LPH) (n=662)	Solo paladar (PH) (n=116)
Edad a la realización de la palatoplastia	12 (10 – 15)	13 (12-17)
Cirugía de paladar		
0	2 (0.30)	-
1	511 (77.19)	87 (75)
2	112 (16.92)	21 (18.42)
3	26 (3.93)	7 (6.14)
4	11 (1.66)	1 (0.88)
Lugar de la cirugía de paladar		
Extrainstitucional	323 (48.94)	29 (25.00)
Intrainstitucional	337 (50.91)	87 (75)
No ha llegado a la edad	2 (0.30)	-
IVF	112 (16.92)	20 (17.24)
Corrección para IVF en paciente con IVF	93 (83.03)	18 (90.00)
Cirugía para IVF		
No	568 (85.8)	98 (84.48)
Faringoplastia Jackson	39 (5.89)	7 (6.03)
Palatoplastia tipo Furlow	29 (4.38)	2 (1.72)
Faringoplastia Orticochea	18 (2.72)	4 (3.45)
Colgajo Faringeo Sanvenero Rosselli	7 (1.06)	-
Faringoplastia con lipoinjerto	1 (0.15)	-
Faringoplastia +Injerto de costilla	-	1 (0.86)
Palatoplastia con colgajo de Vomer	-	1 (0.86)
Veloplastia Intravelar	-	2 (1.72)
Veloplastia Intravelar + colgajo Buccinador	-	1 (0.86)

Tabla 2. Cirugías de paladar

Conclusiones

El análisis de la cohorte mostró un predominio de fisura labiopalatina (FLP) unilateral izquierda. Se observó compromiso labial en el 86% de los casos y una distribución por sexo similar a la reportada en la literatura internacional, con mayor afectación labial en varones y fisura palatina aislada más frecuente en mujeres. La serie presentó una baja proporción de etiología sindrómica (8.3%) y una prevalencia de otitis media asociada a hipoacusia del 25% entre los pacientes con compromiso palatino.

En cuanto a los resultados quirúrgicos, estos fueron favorables: el 80% de los pacientes logró cierre definitivo mediante Queiloplastia y una única Palatoplastia, mientras que solo el 17% requirió faringoplastia secundaria por insuficiencia velofaríngea, cifras comparables con los estándares internacionales de éxito clínico.

Sin embargo, se evidenció una importante fragmentación en el manejo terapéutico, atribuida principalmente a remisiones tardías y a la realización de procedimientos previos fuera de la institución. Este hallazgo resalta la necesidad de centralizar el tratamiento desde el periodo neonatal y de fortalecer protocolos de seguimiento multidisciplinario a largo plazo, con el fin de optimizar los resultados funcionales y estéticos en la edad adulta.

Bibliografía

- Nasreddine G, El Hajj J, Ghassibe-Sabbagh M. Orofacial clefts embryology, classification, epidemiology, and genetics. Mutat Res Mutat Res. enero de 2021;787:108373.
- . Luijsterburg AJM, Rozendaal AM, Vermeij-Keers C. Classifying Common Oral Clefts: A New Approach after Descriptive Registration. Cleft Palate Craniofacial J. julio de 2014;51(4):381-91.
- Alois CI, Ruotolo RA. An overview of cleft lip and palate. JAAPA. diciembre de 2020;33(12):17-20.