

HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA DE VALENCIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Jefe: DR. V. MIRABET IPPOLITO

FRECUENCIA DE LOS LABIOS LEOPORINOS Y HENDIDURAS DE PALADAR

p o r

V. MIRABET IPPOLITO

EMBRIOPATIAS

El hombre está supeditado al medio ambiente en que vive. Los continuos y variados estímulos lo balancearán biológicamente durante toda su vida, y al decir esto también nos referimos a los nueve meses de existencia intrauterina. Está demostrado que el claustro materno no salvaguarda al feto completamente de las injurias del medio ambiente.

Los resultados de numerosas investigaciones experimentales rebosaron los diques que representaban las clásicas teorías genética y mecánica, con las cuales se deseaba tener resuelto todo lo concerniente a la etiología de las malformaciones congénitas.

Con esta visión moderna se abre actualmente al estudio un amplio y complejo capítulo de la Medicina: La Patología Prenatal.

Resumiendo podemos escribir que los investigadores han llegado a las siguientes conclusiones:

1.^a Las consecuencias de la agresión no dependen decisivamente de la intensidad de la noxa, sino más bien del momento de la incidencia sobre el feto. Si esto ocurre durante el período de organogenesis (los tres primeros meses) puede producir alteraciones morfológicas diversas.

2.^a Los factores etiológicos son múltiples; y

3.^a Las respuestas del feto a estos estímulos perniciosos son inespecíficas.

EMBRIOLOGIA NORMAL Y PATOLOGICA DE LA BOCA

Una de esas reacciones inespecíficas (experimentalmente se ha podido producir un labio leporino o hendidura de paladar con diferentes estímulos, trastornos genéticos, R-X, déficit de riboflavina...) es la que produce en el feto una alteración morfológica si ocurre en el momento oportuno de la formación de la boca.

En un embrión normal a las cuatro semanas y media, la extremidad cefálica está formada por una gran eminencia central y media (eminencia frontonasal), que tiene dos fosetas (fosetas nasales).

Por debajo de esta eminencia se encuentran los mamelones maxilares derivados del primer arco braquial, muy alejados uno de otro, luego una gran hendidura algo desmesurada (boca primitiva). Detrás se encuentran las eminencias mandibulares ya unidas, formando el maxilar inferior.

A la semana siguiente la foseta nasal se ve rodeada de dos eminencias que la sitian, una por fuera, que es la nasal, y otra, por dentro, que es la nasal media. Está creciendo hacia fuera y rodeando la fosa nasal, se fusiona con el mamelón maxilar del mismo lado (seis semanas y media). Moviéndose hacia la línea media se aproximan y confunden las dos eminencias medias nasales, formando el maxilar superior (CASTAÑEDA).

Cuando hay una alteración en la fusión de los procesos nasales medios y maxilares, se producen los labios leporinos y hendiduras de paladar.

Más modernamente, TÖNDEERY y STARK afirman que es el resultado de una falta de penetración del mesodermo a través de la pared epitelial, una deficiencia o fracaso del mesodermo.

Después de un exhaustivo trabajo, DANISH llegó a la conclusión de que hay dos diferentes malformaciones sin conexión genética: fisura labial con o sin fisura palatina y fisura palatina sola.

La frecuencia de estas malformaciones ha sido estudiada por diferentes autores de algunos países, y por considerar de gran importancia los resultados, adjuntamos algunos datos que reflejan la cantidad tan considerable de pacientes que nacen afectados de esta deformidad.

Frobelius (Rusia)	118 : 180.000		1 : 1.525
Rischbieth (Inglaterra)	39 : 67.945		1 : 1.742
Perron (Francia)	106 : 100.889		1 : 942
Schroder (Alemania)	28 : 34.000		1 : 1.214
Gunther (Alemania)	102 : 102.834		1 : 1.000
Grothkopp (Holanda)	74 : 47.200		1 : 639
Sanders (Holanda)	16 : 15.270		1 : 954
Eddberg (Suecia)	28 : 27.000		1 : 960
Soivio (Finlandia)	...		1 : 1.800
Davis (U. S. A.)	24 : 28.085		1 : 1.170
Fogh-Andersen (Dinamarca)	193 : 128.306		1 : 665

Según los datos de Hospital Infantil de la ciudad de México, después de revisar 55.322 historias clínicas que fueron los ingresados de seis años, hubo 5.740 pacientes de etiología prenatal. Labios leporinos 374, que representa el 7,4 por 100 de todos los pacientes con deformidades congénitas, y el 62 por 100 de todas las malformaciones congénitas de aparato digestivo.

El 19 por 100 de estos casos se encontraron asociados a otros procedimientos congénitos, tales como deformidad de maxilar inferior, premadurez, pie zambo, retraso mental...

FRECUENCIA DE LOS LABIOS LEPORINOS Y HENDIDURAS DE PALADAR EN EL MUNICIPIO DE VALENCIA

Las estadísticas siempre promueven terribles discusiones, con la particularidad de que las dos opiniones se alejan hacia dos extremos distantes; no hacer caso de ellas o dogmatizarlas. No quisiéramos ninguna de esas dos desgracias para este humilde trabajo, hecho con el único deseo de poner al alcance de todos el mayor número de datos relacionados con la frecuencia de los labios leporinos y hendiduras de paladar en nuestra provincia.

Primero hemos estudiado el porcentaje de nacimientos y malformados en la ciudad de Valencia, y esto lo hemos conseguido gracias a los datos recibidos de un grupo numeroso de especialistas en partos.

Solamente hemos interrogado a los tocólogos, porque los especialistas en pediatría y puericultura podrían darnos datos equivocados, al suponerse los mismos casos visitados por diferentes médicos.

El grupo seleccionado fué de treinta y seis compañeros. De éstos, quince no pudieron informarnos por diferentes causas y fueron excluidos.

Los restantes nos proporcionaron los siguientes datos:

Número de médicos consultados	21
Número de partos	32.603
Número de malformados	34
Promedio	1 : 958

En las Maternidades de la Facultad de Medicina y Hospital Provincial, se ha podido revisar las historias clínicas de los partos ocurridos los años 1953 al 1957 inclusive, y se aprecia un promedio de 1 : 708 partos.

Los datos del S. O. E. (Residencia) quedan diluídos en informes particulares de algunos médicos de la encuesta que son jefes clínicos de la Maternidad de este Centro Sanitario.

Hemos practicado consultas con los médicos de la provincia, y ha resultado difícil conseguir datos dignos de tenerse en cuenta sobre los nacimientos, ya que las permutas son frecuentes. Pero sí ha sido posible obtener la suficiente información para permitirnos controlar la supervivencia de estos malformados, o sea los que viven actualmente en pequeños núcleos de población.

Número de médicos consultados	120
Número de pacientes vivos actualmente	85
Número de habitantes revisado	248.909
Promedio	1 : 2.928

Comparando los promedios de otros países con los del Municipio de Valencia, encontramos valores parecidos, pero cuando revisamos los obtenidos en los restantes municipios de la provincia, vemos que hay una gran diferencia entre los 1 : 958 partos de Valencia ciudad y los 1 : 2.928 habitantes de la provincia.

Esta diferencia es muy grande y nos da pie para divagar sobre esta disparidad de datos.

Partimos de la base, que el promedio de nacimientos de niños tarados con labios leporinos y hendiduras de paladar debe ser el mismo en la capital que en el resto de la provincia,

ya que se ha revisado una zona muy reducida y próxima a Valencia.

En términos generales, podemos afirmar que de cada tres niños que nacen con estas deformidades mueren dos. Esta mortalidad tan alta puede ser explicada si pensamos que muchas endiduras de paladar no son diagnosticadas hasta la aparición de los procesos respiratorios ocasionados al intentar alimentarlos; que los padres incómodos por el medio ambiente que crea en pequeños pueblos el nacimiento de estos niños tarados, insisten para que sean sometidos a tratamiento quirúrgico en momentos poco propicios; y que otros no reciben los cuidados necesarios a causa del bajo nivel de vida de los padres, que les impide atenderlos como es debido para poder sobrevivir los primeros meses.

Siguiendo la clasificación de DANISH, encontramos que el labio leporino, con o sin hendidura de paladar, fué más frecuente entre los hombres, y representó el 68 por 100 de todos los casos; la hendidura de paladar sola más corriente entre las mujeres representó el 32 por 100.

Están operados el 53 por 100 de todos los casos estudiados. Los resultados obtenidos fueron buenos en la mayor parte de los labios leporinos.

En las hendiduras la oclusión de la fisura se pudo conseguir en más de un 60 por 100, pero la fonación fué mala en la mayoría de los casos.

En el 31 por 100 de los casos se pudo demostrar antecedentes familiares hereditarios.

Para terminar quiero dejar bien sentado que este trabajo no se habría llevado a cabo sin la generosa y abierta ayuda de muchos compañeros a los cuales, estoy seguro, les habré robado parte del merecido descanso tras la tarea cotidiana, para poder recopilar los datos que les solicité.

A todos ellos mi más sincero agradecimiento.

(Pub. Med. Españ. 143, 1959, sg. Acuerdo Hisp-Am.).

UN NUEVO TRATAMIENTO PARA EL DOLOR INTRATABLE

El dolor intratable por enfermedades periféricas es transmitido por un número de raíces nerviosas, para lo que disponemos del recurso simple e inmediato de la interrupción nerviosa quirúrgica, pero provoca secuelas, muchas veces grave. El empleo de agentes anestésicos o alcohol puede provocar también daños graves o bien trastornos tróficos a distancia al privar a los tejidos del trofismo nervioso.

En 1955, Maher (Lancet, 1, 16) comunicó que ciertas soluciones de ácido carbólico inyectadas por vía intratecal abolieron totalmente el dolor en ciertos enfermos y no ocasionaron secuelas; además, el déficit neurológico resueltamente fué pequeño.

Brown (Lancet, 1958, 2, 975) ha empleado el ácido carbólico con glicerina. Se emplean cristales de ácido carbólico. Se pesan 0,5 gramos y se coloran asépticamente ampolla seca estéril de 15 c. c., cerrada con un tapón de goma estéril.

Los resultados son mejores cuando la solución se inyecta a nivel de las raíces conductoras del dolor. Debe asegurarse muy bien la posición del enfermo para concentrar la droga al nivel elegido y mantenerla por cerca de treinta minutos.

El ácido carbólico es fácil de inyectar en la región lumbar y sacra.

Se hacen transcurrir dos días de intervalo entre cada inyección, y el enfermo debe estar veinticuatro horas en cama después de inyectado.

A los veinte minutos de la inyección desaparece el dolor.

El ácido carbólico con glicerina requiere, sin embargo, mayor tiempo de observación, pues puede provocar complicaciones neurológicas tardías, que pueden aparecer años después y si son irreversibles. Por tanto, creemos, la indicación fundamental de este método es aplicable al dolor intratable por enfermedades neoplásicas.