Fisura palatina submucosa
Cuando un diagnóstico precoz influye en la evolución de una patología

Dra. Mirta Moreno[a] , Lic. Alicia Camarasa[b]

Resumen

Se denomina fisura palatina submucosa (FPS) a la falta de fusión de los músculos velares* a nivel de la línea media palatina. Esta entidad clínica se manifiesta por úvula bífida, translucidez en la línea media y muesca en la región posterior del paladar duro con o sin Insuficiencia Velofaringea (IVF)

Si bien es una patología de difícil diagnóstico en el momento del nacimiento por no presentar sintomatología, debe ser sospechada cuando existe úvula bífida.

El pediatra tiene la valiosa oportunidad de asistir niños a edades muy tempranas, situación que le permite evaluar los diferentes sistemas que intervienen en un adecuado desarrollo del lenguaje y es quien tiene la posibilidad de hacer precozmente la detección y derivación de esta patología para su oportuno tratamiento.

Palabras clave: *fisura palatina (FP), fisura palatina submucosa (FPS), insuficiencia velofaringea (IVF).*

Abstract

Submucous Cleft Palate (SCP) can be defined as the velar muscle diastasis in the palate midline. This clinical entity is manifested by translucent midline, bifid uvulae, posterior hard palate notch with or without velopharingeal insufficiency (VFI).

Even though the diagnosis is difficult at birth, due the absence of symptomatology,it should be suspected when bifid uvulae is present.

Pediatricians have a valuable opportunity to treat children at an early age, thus enabling them to evaluate the different aspects that envolve an adequate language development thus allowing them early detection and derivation for timely treatment.

Key words: *cleft palate (CP), submucous cleft palate (SCP), velopharyngeal insuficiency (VPI).*

INTRODUCCIÓN

La comunicación constituye un aspecto fundamental en el desarrollo integral de un niño; por lo tanto, el lenguaje es uno de los principales instrumentos para el aprendizaje. En la variedad de consultas que se le realizan al pediatra, la preocupación de los padres con respecto al lenguaje de sus hijos ocupa un lugar importante. El lenguaje es un proceso complejo, que requiere del adecuado funcionamiento e interacción de los sistemas auditivo, neurológico y biopsicosocial. La detección temprana de cualquier alteración en el proceso de la adquisición del lenguaje permite la intervención adecuada evitando la aparición de complicaciones tanto en el aprendizaje como en la inserción del niño en el medio social.

DESARROLLO

Los padres consultan al pediatra cuando sus hijos no hablan o pronuncian inadecuadamente. Frente a esta inquietud, una de las variables que deberá tener en cuenta el pediatra será la comprensión frente a esta inquietud será la comprensión y la expresión del lenguaje, así como también la voz y los aspectos fonológicos. Si bien existen procesos de simplificación fonológica esperables para las diferentes edades, hay ciertas características como la hipernasalidad y la omisión de sonidos posteriores que son patognomónicas de la fisura submucosa. Si bien esta no es una entidad clínica muy frecuente (0,02 al 0,08%) debe ser reconocida precozmente para iniciar su tratamiento en forma temprana. En el recién nacido y primeros meses de vida la FPS es asin-

a. Servicio de Cirugía Plástica.
b. Servicio de Fonoaudiología.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
mirtasmoreno@gmail.com

* Peristafilino interno y externo Palatoestafilino Faringoestafilino y glosoestafilino

tomática pero en algunos pacientes puede manifestarse con reflujo nasal y alteraciones de la deglución, por lo tanto debe realizarse tempranamente la evaluación clínica del paladar en busca de signos que orienten en el diagnostico (úvula bífida, línea media translúcida, fisura de la región posterior del paladar duro).

DESCRIPCIÓN ANÁTOMO CLÍNICA

Dentro de la fisura submucosa es posible distinguir dos tipos: FPS clásica que presenta la típica triada a la inspección, línea media translúcida, mínima fisura en la región posterior del paladar duro, úvula bífida, con o sin insuficiencia velo faríngea y la FPS oculta de difícil diagnóstico precoz a la inspección clínica dado que no se observan los defectos anatómicos típicos, en este caso. En este caso, el diagnóstico suele ser más tardío cuando se pone de manifiesto la hipernasalidad y la omisión de los fonemas posteriores.En ciertas oportunidades la FPS puede manifestarse solamente con resonancia nasal leve sin omisión de los fonemas posteriores *(Figura 1 a 3)*.

EVALUACIÓN DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

En la evaluación fonoaudiológica de un niño en el que se sospecha una FPS se observan los aspectos anatomofuncionales y se realiza una valoración neurolingüística.

En el paladar durante la fonación se comprueba que el velo se eleva y la zona azulada se hunde ligeramente y en general el paladar blando no contacta adecuadamente con la pared posterior de la faringe, los músculos del velo del paladar no se unen en la línea media, por eso sus movimientos no son normales y en un intento de elevarse, el velo se aplana, se ensancha y limita su movimiento.

Debido a la incompetencia velofaríngea que se genera, se observa la voz más o menos nasalizada y eventualmente la omisión de los sonidos posteriores (c, j, g) o fonemas (k, x, g).Los demás aspectos del lenguaje se evalúan con tests específicos de lenguaje (PLS *(Pre School Lenguaje)*; GARDNER).

El abordaje fonoaudiológico se realiza siempre que el niño presente un nivel de lenguaje general acorde a su edad cronológica; el principal objetivo de este abordaje, será el de mejorar la inteligibilidad.

Figura 1. Fisura submucosa clásica

Figura 2. Fisura submucosa con amplia diastasis muscular

Figura 3. Fisura submucosa oculta (obsérvese la depresión a nivel de la diastasis central)

Durante el tratamiento se realizan ejercicios respiratorios y fonatorios con el objetivo de estimular la movilidad velar y favorecer una adecuada competencia velofaríngea. Esto redundará en la disminución de la omisión de los sonidos posteriores y de la hipernasalidad.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Los estudios complementarios pueden ser de utilidad para certificar el diagnóstico o valorar el déficit de cierre velar. La nasofibroscopía o resonancia nuclear magnética permite evaluar la anomalía anatómica y la videofluoroscopía observar la alteración funcional.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico se decide de acuerdo con la evolución del paciente y consiste básicamente en el reposicionamiento del músculo elevador y la elongación del paladar. El objetivo es dar longitud al velo para que pueda contactar con la pared posterior de la faringe y liberar el músculo elevador llevándolo a la línea media permitiendo que éste adquiera la posición anatómica horizontal que ejerce la acción de esfínter. Las técnicas a utilizar pueden variar de acuerdo a las características propias de cada paladar.

CONCLUSIÓN

La FPS en una malformación congénita que presenta características anatomoclínicas patognomónicas: úvula bífida, línea media translúcida con indemnidad de la mucosa palatina y fisura de paladar duro de diferente magnitud con mala inserción de los músculos velares. En el recién nacido y primeros meses de vida los pacientes pueden manifestar reflujo nasal y alteraciones de la deglución, aunque la mayoría de las veces estos síntomas no se presentan. Es necesario por ello ante un paciente asintomático con úvula bífida, sospechar su presencia dado que habitualmente éste es el único signo anatómico visible.

En el caso de la FPS oculta se debe estar alerta a la hipernasalidad en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje.

Siendo que la detección temprana de esta entidad es infrecuente, y su diagnóstico tardío incide en el retraso del tratamiento tanto fonoaudiológico como quirúrgico, es menester hacer un diagnóstico temprano y poder comenzar precozmente la rehabilitación, ya que redundará en mejores resultados.

La resolución quirúrgica se implementará en equipo dependiendo de la evolución fonoaudiológica.

En el período 2011-2012 fueron detectados 12 pacientes en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital de Niños R. Gutiérrez (edad promedio de diagnóstico 5,9 años).

Agradecimientos

Lic. Silvana Franchini, Lic. Verónica DePetris, Dra. Abraham Zalma, Dra. Ivanna Boailchuk.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camarasa A y col. El niño con trastornos de la comunicación y el lenguaje. Detección temprana. *PRONAP* 2010.
2. Camarasa A, Regatky N, Lamy P, et al. Lenguaje Infantil, una experiencia de trabajo en el consultorio de Niño sano del Hospital de Niños R. Gutiérrez. *Rev Htal N R Gutiérrez* 2009;51(233).
3. Gosain A, Conley S, Marks S, et al. Submucous Cleft Palate: Diagnostic Methods and Outcomess of Surgical Treatment. *Plas Reconstr Surg* 1996;97(7):1497-509.
4. Hussein M, Chang E, Cable B, et al. Outcomes for children with submucous Cleft Palate and Velopharyngeal Insufficiency. *J Otolaryngol* 2004;33(4):222-26.
5. Kuhen DP, Ettama SL, Goldwasser MS, et al. Magneting Resonance Imaging in the evaluation of occult submucous cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2001;38(5):421-31.
6. Park S, Saso Y, Ito O, et al. A Prospective study of speech development in patients with submucous cleft palate treated by four operations. *Scand J Reconstr Surg Hand Surg* 2000;34(2):131-6.
7. Perry JL, Kuhen DP, Wachtel JM, et al. Using Magnetic Resonance Imaging for Early Assessment of submucous cleft Palate: A case Report. *Cleft Palate Craniofac J* 2011;25.
8. Reiter R, Haase S, Brosh S. Submucous Cleft Palate an often diagnosed malformation. *Laryngorhinootologie* 2010;89(1):29-33.
9. Reiter R, Brosh S, Wefel H, et al. The submucous cleft palate: Diagnosis and Therapy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011;75(1):85-8.
10. Sommerland BC, Fenn C, et al Submucosous Cleft Palate: A granding system and review of 40 consecutive submucous cleft palate repairs. *Cleft Palate Craniofac J* 2004;41(2):114-23.
11. Tamashiro AM. Fisura labio alveolo palatina, nueva intervención fonoaudiológica. *Ed Akadia* 2011.
12. Ysunza A, Pamplona MC, Mendoza M, et al. Surgical treatment of submucous cleft palate: A comparative trial of two modalities for palatal clousure. *Plast Reconstr Surg* 2001;107(1):9-14.