

45 años dedicados
al bebé y la familia

Ser Padres

**CAMPAMENTOS
DE VERANO**

**LOS MEJORES
JUEGOS PARA
LA INFANCIA
(SIN GASTAR
DINERO)**

MATERNIDAD
Fuera sentimiento
de culpa

**SU HIGIENE
DENTAL**
Dudas
frecuentes

**CÓMO
TRATAR
SUS MIEDOS**

ALIMENTACIÓN
¿LO ESTOY HACIENDO BIEN?



LECHE MATERNA • CUÁNDO INTRODUCIR LOS CEREALES • ¿DA IGUAL EL ORDEN? • TODO SOBRE EL BLW

“El labio leporino se puede corregir para que el niño lleve una vida plena”

Hablamos con José Luis Cebrián, jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital La Paz de Madrid.

Por **Macarena Orte**

Los niños con problemas maxilofaciales requieren de profesionales especializados en cirugía infantil, ya que su estructura anatómica difiere de la del adulto y está en constante desarrollo. El doctor José Luis Cebrián, jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital La Paz de Madrid, nos explica cómo se tratan las patologías más frecuentes en menores.

■ ¿Qué complejidades tiene la cirugía maxilofacial en niños que no tiene la de adultos?

El niño no es un adulto pequeño, sino una persona en crecimiento, lo cual hay que tener muy en cuenta a la hora de abordar el problema concreto que padezca. Sus estructuras se están desarrollando y algunos procedimientos quirúrgicos que se le realicen no podrán considerarse como definitivos. Las intervenciones que se lleven a cabo vendrán moduladas por su crecimiento y eso puede jugar a favor o en contra. Por ejemplo, hay patologías en la edad infantil, como que los dientes definitivos no estén saliendo en buena posición, en la que una intervención temprana (ayudar a guiar su salida) evitará problemas futuros. Sin embargo, otros trastornos, como el labio leporino y la fisura palatina, requieren múltiples operaciones a lo largo de la vida.

“Solo se debe operar el frenillo en recién nacidos si se combinan grietas en los pezones y escasa ganancia de peso”

■ ¿Cuándo puede decirse que el esqueleto facial ha terminado de desarrollarse?

El esqueleto facial se está desarrollando prácticamente hasta la edad adulta y varía entre hombres y mujeres. En las niñas, termina aproximadamente entre los 15 y 16 años, mientras que en los niños puede tardar hasta los 20. Por otro lado, las partes blandas faciales cambian durante toda la vida.

■ ¿Por qué se produce el labio leporino?

Hay que distinguir lo que es una enfermedad hereditaria o congénita. La primera, se transmite de padres a hijos; mientras que la deformidad congénita se presenta al nacimiento, pero no tiene que estar relacionada con que haya una alteración en los genes, sino en el desarrollo del feto intrauterino. En el labio leporino existe un poco de ambas cosas. El labio leporino y la hendidura del paladar son orificios o hendiduras presentes en el labio superior, en el techo de la boca (paladar) o en ambas partes. Se producen cuando las estructuras faciales de un feto no se cierran por completo. Esto se detecta ya en las ecografías del embarazo. Al principio, es un *shock* para los padres, pero hay que tranquilizarles porque es totalmente tratable. Aunque requiera de muchas intervenciones a lo largo de la vida y ortodoncia, el niño va a poder llevar una vida plena.

■ ¿Qué cirugías requiere?

Lo primero que hay que operar es el labio, que se cierra cuando el niño tiene entre 3 y 6 meses (preferiblemente a los 3). La fisura del paladar, al año. Y a lo largo de su vida necesitará ortodoncia y ortopedia facial. Por ejemplo, cuando tenga 7 u 8 años, requerirá intervenciones pa-

ra el injerto de hueso y, en la edad adulta, cirugía ortognática para mejorar la mordida. También pueden precisar rinoplastia. Por todo ello, es muy importante que el pequeño que nace con esta patología sea tratado por profesionales especialistas en la materia.

■ **¿Cómo han mejorado los avances quirúrgicos?**

Lo que más destacaría es la llamada planificación virtual (medicina 3D). En el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de La Paz la hacemos de forma rutinaria. Consiste en obtener fotos del paciente así como pruebas de imagen antes de operarle, para planear previamente la intervención que vamos a realizar y trasladar lo estudiado al quirófano. Los resultados así son mucho más predecibles, sabes hasta dónde puedes y quieres llegar. Además, se consigue que el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria del pequeño sean menores y los resultados, mucho mejores.

■ **¿Cómo podemos detectar los padres que nuestros hijos tienen un frenillo corto?**

Existen dos tipos de frenillo: el lingual y el labial. El primero está por debajo de la lengua y prácticamente todos los niños al nacer lo tienen corto porque se tiene que desarrollar. Actualmente, recibimos consultas desde Pediatría o padres preocupados porque sus bebés no pueden mamar bien debido a un frenillo corto. Es un tema controvertido, pero la frenotomía (procedimiento quirúrgico para cortar y liberar el frenillo) solo está indicada en casos excepcionales si el recién nacido no gana peso y se combina con grietas en los pezones. En otros casos, o cuando el niño tiene más de un mes, las frenectomías pueden tener más complicaciones que ventajas y provocar retracción de la cicatriz.

El frenillo de arriba es el que se le ve al niño cuando tiene los incisivos separados. Esto, lejos de ser un problema, es una maravilla, porque significa que tiene el paladar ancho y probablemente no necesite ortodoncia cuando crezca por apiñamiento de dientes. El frenillo de arriba debe tratarse más adelante, si ya con los dientes definitivos existe algún tipo de problema.

Cuando el niño tiene tres o cuatro años, si no ha movilizad o nunca bien la lengua y no ha hecho que el frenillo se suelte bien, el logopeda puede detectar que está corto y solicitar a un maxilofacial que lo alargue un poco. De esta manera, se mejora también la rehabilitación logopeda.



■ **Hay personas que tienen la mandíbula excesivamente echada para delante o hacia atrás. Además del deseo de querer mejorar estéticamente, ¿afecta a la masticación u a otras funciones bucales? ¿A qué edad conviene operar?**

Estas afecciones suelen combinar un componente estético y otro mandibular, porque puede provocar que el niño no mastique bien los alimentos. Todos estos casos se tratan combinando ortodoncia con cirugía. La ortodoncia coloca los dientes como se quiere que estén después de la cirugía y suele empezarse a los 15 años, en las niñas, y a los 17, en los niños. La cirugía se realiza un año más tarde como pronto, porque el crecimiento te puede sorprender.

■ **¿Qué síntomas pueden hacernos sospechar de que nuestro hijo tiene un tumor en la región maxilofacial?**

Los tumores maxilofaciales en los niños son muy poco frecuentes porque se deben fundamentalmente a la combinación de tabaco y alcohol o al contagio por el virus del papiloma humano tras haber realizado sexo oral.

Lo que se da con cierta frecuencia en la infancia son los quistes óseos, que son benignos. El signo más típico de tener uno es que algunos dientes no salgan o tarden mucho en caerse porque hay un quiste que se lo impida. Requieren tratamiento quirúrgico. Llevar al niño a sus revisiones odontológicas nos ayudará a detectar precozmente estos quistes.