
GUÍA PARA PADRES FISURA LABIOPALATINA

Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	FLP-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	1 de 43

FISURA LABIOPALATINA

Antes de empezar:

El nacimiento de un bebé ya es, de por sí, un hecho estresante. Si, además, le han diagnosticado una fisura labiopalatina, los miedos se multiplican. El propósito de esta guía es acompañaros a lo largo de la evolución de vuestro hijo/hija y resolver las posibles dudas que puedan ir surgiendo en cada etapa.

Es importante destacar que cada malformación y cada bebé es diferente y, aunque intentemos unificar la información en una guía general, debéis dejaros informar y asesorar por los especialistas de forma individual. No todos los niños necesitarán pasar por todas las etapas que aquí se detallan y cada uno de los pasos será valorado detalladamente con sus médicos.

Nos reunimos periódicamente para discutir todos los casos y las decisiones se toman en equipo. La evolución de vuestro hijo será llevada a cabo de forma consensuada e integrada entre los miembros del Comité Multidisciplinar de Labio-Paladar Hendido.

No os quedéis con dudas. Estamos aquí para ayudaros en este proceso que, aunque puede ser largo, su objetivo es conseguir que vuestro hijo consiga una adaptación social y escolar idéntica a cualquier otro niño de su edad.

Empezamos...



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	2 de 43

FISURA LABIOPALATINA

¿Qué es?

La fisura labial y/o palatina es la malformación craneofacial más frecuente, que afecta a aproximadamente 1/1200-2000 recién nacidos vivos en nuestro medio. En la mayor parte de los casos, desconocemos la causa, si bien se considera que existen tanto factores genéticos como medioambientales relacionados.

Fisura labial aislada:

Coloquialmente llamado “*labio leporino*” aunque es un término que preferimos evitar por su connotación negativa a la similitud con las liebres.

Consiste en la fusión incompleta de los segmentos maxilares durante las primeras semanas del desarrollo del embrión.

Puede afectar a un solo lado o a ambos y de forma completa o incompleta. En las formas incompletas, observaremos que el labio superior no está completamente cerrado. En las formas completas, la boca y la nariz están comunicadas y el suelo de la nariz abierto. En ambos casos, la encía puede estar afectada.

Fisura labial incompleta



Fisura labial unilateral



Fisura labial bilateral



Fisura palatina aislada:

En los casos de fisura palatina sin afectación del labio, el diagnóstico suele al nacimiento. El paladar está abierto de forma parcial o completa, de forma que la nariz y la boca se encuentran comunicadas. Puede afectar sólo al paladar blando o al paladar duro y blando. En ambos casos, la musculatura que permite el movimiento del paladar se encontrará dividida, lo que puede interferir en la alimentación y el lenguaje.

Fisura paladar incompleta



Fisura palatina unilateral



Fisura palatina bilateral



Fisura labiopalatina:

Es la forma más frecuente de presentación y afecta tanto al labio como al paladar en mayor o menor grado. Puede presentarse una o bilateralmente de forma completa e incompleta.

En la mayor parte de los casos, la fisura labial y/o palatina se trata de una malformación aislada y sin antecedentes conocidos. Sin embargo, existen síndromes descritos que pueden estar asociados a ella y que debemos descartar en el momento del diagnóstico.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
- CIRUGÍA MAXILOFACIAL
- ORTODONCIA
- LOGOPEDIA
- ODONTOPEDIATRÍA
- ORL
- GENÉTICA
- ENFERMERÍA ESPECIALIZADA
- TRABAJO SOCIAL

La atención de vuestro hijo no depende de un solo especialista. En el Hospital Niño Jesús contamos con una red de profesionales especializados en la atención de los niños con FLP que podrán atender todas las necesidades que vayan surgiendo a lo largo del proceso.

Las especialidades que forman parte del equipo multidisciplinar son:

Cada paciente es valorado de forma conjunta según su complejidad en varios comités a lo largo del proceso para que las decisiones sean consensuadas y colegiadas.

Servicio de Cirugía plástica:

JEFE SERVICIO: Dra. Beatriz G. Meli

Médicos Adjuntos:

- Dra. Eunáte Martí
- Dra. María Herraiz
- Dr. Jorge S. Fernández-Tomás

Servicio de Cirugía maxilofacial:

JEFE SERVICIO: Dr. Ignacio.I. G. Recuero

Médicos Adjuntos:

- Dr. Philippe Brabyn
- Dr. Mario Santás
- Dra. Ana Galdona

Ortodoncia/ Odontopediatría:

- Dra. M.José Cimadevilla
- Dra. Carolina Ruiz Duque

Servicio de ORL:

JEFE SERVICIO: Dra.Margarita Bartolomé

Médicos Adjuntos:

- Dra. Azucena Lloris
- Dr. Enrique E. Guillén
- Dra. Teresa Laviana
- Dra. Marta Anzules
- Dr. Diego Tebar

Servicio de logopedia:

- Nieves G. Llorente
- Natalia Muñoz Ollero
- Esther Juste Sánchez

Servicio de genética:

- Dra. N. Valentina Ortiz Cabrera

Enfermería:

- Carmen Lafuente

Trabajo Social:

- Rosa M^a Sandin de la Arada



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	6 de 43

AL DIAGNÓSTICO ¿Qué hacemos?

Sabemos que el momento del diagnóstico es difícil y que surgen miles de preguntas sin saber a dónde acudir. Estamos aquí para resolver todas vuestras dudas.

Consulta prenatal:

Para que la incertidumbre dure el menor tiempo posible, desde el hospital ponemos a vuestra disposición un correo electrónico donde localizarnos de forma sencilla y ágil para concertar una consulta sin esperar a que el bebé nazca.

En esa consulta conoceréis a los cirujanos que seguirán el proceso de vuestro hijo y os indicarán cuáles son los pasos a seguir desde ese momento, además de establecer una vía de comunicación para nuevas dudas que puedan surgir.

Contactos:

-Cirugía plástica: cirpla.hnjs@salud.madrid.org

-Cirugía maxilofacial: maxilofacial.hnjs@salud.madrid.org

¿Por qué a mí?, ¿podía haberlo evitado?:

Es probable que en el desarrollo de una FLP hayan podido intervenir diferentes factores. Se considera que debe existir una predisposición genética, en la mayoría de los casos no identificada, sobre la que ha impactado algún factor ambiental. Aunque se han considerado factores externos como la edad materna, el déficit de ácido fólico, el tabaco, el alcohol y algunos medicamentos como desencadenantes, es probable que en su caso no haya existido ningún agente conocido. Es por ello que, aunque la incidencia se ha reducido en los últimos años, no tenemos medidas preventivas definitivas en la actualidad.

¿Se trata de un embarazo de riesgo?:

Salvo que su ginecólogo le indique lo contrario por alguna otra causa añadida, el embarazo de un niño con fisura labiopalatina no se considera un embarazo de riesgo. Vd no tiene que dejar de trabajar. Es probable que en el centro ginecológico le hayan recomendado la realización de una amniocentesis para descartar determinadas alteraciones genéticas. Existen algunas trisomías o genes conocidos relacionados con la FLP, aunque es muy probable que no se encuentre. La falta de reconocimiento del gen, no significa que no exista.

¿Dónde debe nacer?:

En la mayoría de los casos, el embarazo y el parto de un bebé con fisura labiopalatina no difiere del de cualquier otro bebé. Por eso recomendamos que continúe con su seguimiento en su ginecólogo habitual y prepare su plan de parto en el centro con unidad de neonatología y UCI neonatal que sea de su confianza.

¿Qué tengo que preparar para su nacimiento?:

El nacimiento de cualquier bebé implica un montón de preparativos. En el caso de su bebé con FLP no debe adquirir nada diferente. Las tetinas, biberones, chupetes... nuestra recomendación es que espere a que el bebé haya nacido y vean cómo se manejan con la alimentación, antes de comprar ningún tipo de accesorio especial.

ALIMENTACIÓN

Una de las dudas más frecuentes ante el nacimiento de un bebé es si come bien y suficiente. En caso de los niños con FLP estas dudas se acentúan por la sospecha de que el niño puede tener problemas para el enganche. A lo largo de los años se han hecho múltiples recomendaciones, muy diversas, sobre el mejor método para alimentar a estos bebés. En nuestra experiencia, recomendamos:

1. Evitar sondas nasogástricas (SNG) siempre que sea posible. No es infrecuente que, ante el miedo a que el bebé no gane suficiente peso por boca, los neonatólogos del centro se apresuren con la colocación de dispositivos directos al estómago. La experiencia demuestra que es rara la necesidad de sondaje y que, cuanto antes aprenda el bebé a comer por boca, más temprana podrá ser el alta a su domicilio.
2. La lactancia materna es posible, pero no siempre fácil. Dependerá, evidentemente, del defecto que tenga el bebé. Ante niños con fisura labial aislada o fisura palatina, la posibilidad de conseguir un adecuado enganche es mayor que en aquellos niños con fisura labiopalatina completa. En cualquier caso, si Vd tiene el deseo de amamantar, nuestros asesores de lactancia podrán guiarle en el camino. Y si, finalmente, no consigue un enganche adecuado, sabemos que la leche materna presenta mayores beneficios que la leche artificial, así que puede valorar la posibilidad de extraerse la leche para administrársela con biberón a su bebé.
3. Se han desarrollado diferentes modelos de tetinas especiales para niños con fisura labial y/o palatina. Por lo general, se trata de accesorios más costosos y no siempre son válidos para nuestros hijos. Nuestra recomendación es comenzar con las tetinas más sencillas y económicas e ir avanzando hacia otras más específicas en caso de fracasar con las primeras.
4. Es frecuente que, en los casos en los que el paladar está abierto, el ortodoncista desee incorporar un placa palatina que facilitará el enganche y la sección.
5. Es conveniente que la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados se lleve a cabo alrededor de los 6 meses, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud.
6. En el hospital, nuestro equipo de logopedas especializadas en alimentación está a vuestra disposición ante cualquier duda.

PARA CONSEGUIR UNA LACTANCIA MATERNA SATISFACTORIA:

//PC

1. Dirija el pezón hacia la boca de su bebé y déjele que se acomode
2. Es normal que el bebé trague más aire en cada toma, por lo que haga las tomas frecuentes y cortas
3. Procure mantener a su bebé en posición vertical para evitar que se le salga la leche por la nariz
4. Puede utilizar un dedo para sellar la fisura y permitir un mejor cierre del espacio.

TETINAS ESPECÍFICAS

MEDELA: Special Needs®



PVP aprox... 30€

DR. BROWN alimentación especial®

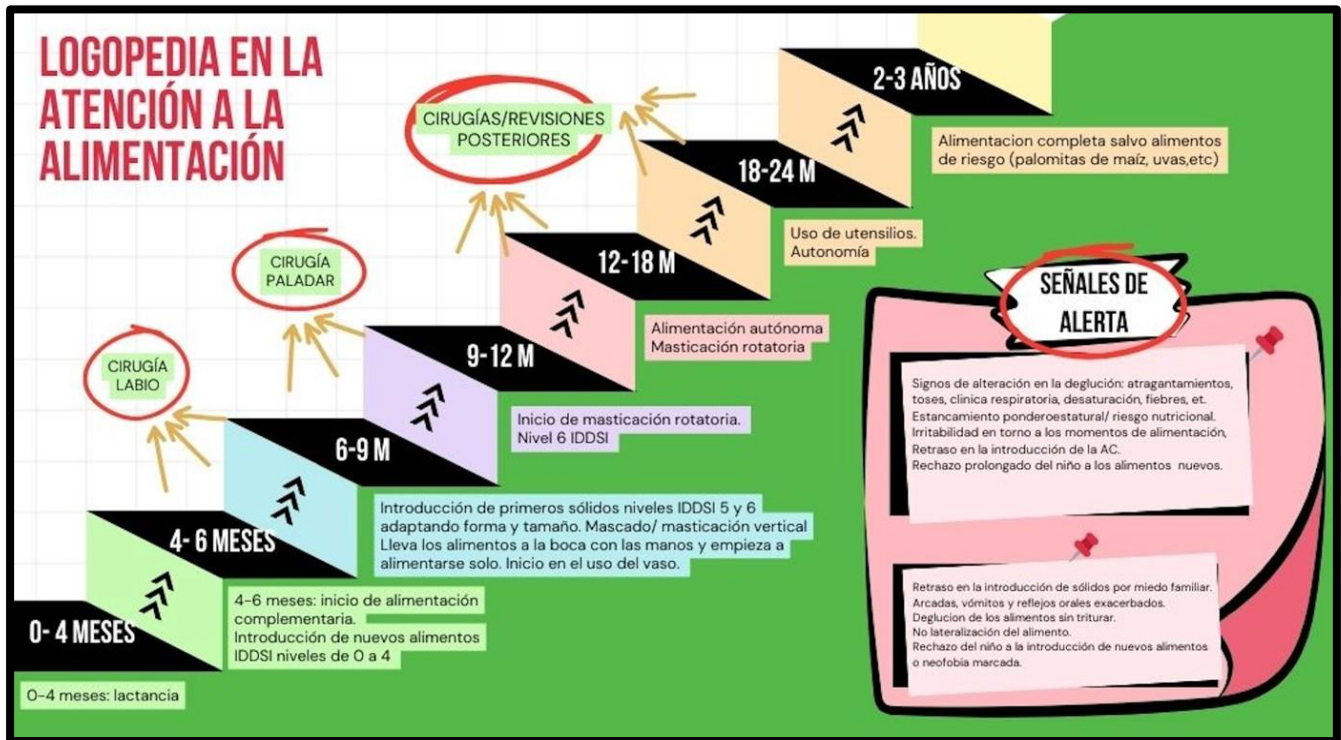


PVP aprox... 17€

NUK®



PVP aprox... 9-15€



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	10 de 43

AYUDAS SOCIALES

Prestación económica por cuidado menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave (CUME):

Es un subsidio que compensa la pérdida de ingresos que sufren los trabajadores progenitores adoptantes o acogedores que deben reducir su jornada de trabajo y salario para cuidar de manera directa, continua y permanente del menor a su cargo por cáncer u otra enfermedad grave de las determinadas legalmente (Anexo I del RD 1148/2011, de 29 de julio)

El periodo inicial será de 1 mes prorrogable por periodos de dos meses cuando subsista la necesidad de cuidado del menor que deberá acreditarse mediante la declaración del facultativo del Servicio Público de Salud.

Serán beneficiarios los trabajadores por cuenta ajena o propia que reduzcan su jornada de trabajo al menos en un 50% para el cuidado del menor. Cuando ambos progenitores tengan derecho, sólo podrá reconocerse a uno de ellos.

Requisitos:

- Estar afiliado y de alta en algún régimen público de la Seguridad Social o Mutualidad de Previsión Social
- Tener el periodo de cotización exigido
- Estar al corriente de pago de las cuotas de la Seguridad Social

El interesado deberá contactar con la mutua o entidad gestora y presentar la documentación solicitada. Esta se puede encontrar en la página web cada mutua o en su defecto en la página de la Seguridad Social.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/2046>



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	11 de 43

Reconocimiento del grado de DISCAPACIDAD

El reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33% permite ejercer los derechos que las personas con discapacidad tienen reconocidos en todo el territorio español y acceder a distintos beneficios, prestaciones y servicios

Va dirigido a personas que tienen una discapacidad física, mental, intelectual o trastorno del desarrollo, sensorial, enfermedad rara u otras.

Requisitos:

1. Ser español o extranjero residente legalmente en España.
2. Estar empadronado en cualquiera de los municipios de la Comunidad de Madrid.
3. Poseer informes médicos actualizados que acrediten la discapacidad alegada

Se tramita en el Centro Base correspondiente a través de la página web de la Comunidad de Madrid. Para menores de 6 años en CRECOVI.

El reconocimiento del grado de discapacidad igual o superior al 33% conlleva diversos beneficios, entre ellos:

- Prestación familiar por hijo a cargo.
- Reconocimiento de familia numerosa si hay otro hermano más o categoría especial si hay dos hermanos más.
- Ayudas individuales de la Comunidad de Madrid.
- Tarjeta Azul y Tarjeta de Discapacidad Del Consorcio de Transportes de Madrid.
- Carné municipal de deporte especial, gratuidad en centros deportivos municipales para personas con discapacidad igual o superior al 33%.
- Cheque familiar: Deducción IRPF para familias numerosas con hijos con discapacidad a cargo.
- Exención de la Prestación Farmacéutica, con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%.

<https://sede.comunidad.madrid/autorizaciones-licencias-permisos-carnes/reconocimiento-grado-discapacidad>



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	12 de 43

*NOTA: En la mayoría de los pacientes con FLP **NO SE RECONOCE** un grado de discapacidad superior al 33%.*

Reconocimiento de situación de Dependencia.

El reconocimiento de la situación de dependencia, permite acceder al catálogo de servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Son destinatarias aquellas personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, se encuentran en situación de dependencia con carácter permanente, estando ésta ligada a la falta parcial o total de autonomía personal y que necesitan atención de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria o apoyo en determinadas actividades.

Requisitos:

1. Tener una situación de dependencia.
2. Ser español o extranjero residente legalmente en España.
3. Haber residido en España durante cinco años, dos de los cuales deben ser inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud, excepto en el caso de españoles emigrantes retornados. En el caso de menores de cinco años, la residencia legal será acreditada por sus padres, tutores o personas que ostenten su guarda y custodia.
4. Residir y estar empadronado en la Comunidad de Madrid en la fecha en la que se presenta la solicitud.

La tramitación se realizará a través de la página de la Comunidad de Madrid aportando la documentación personal solicitada y el Informe de Salud que será cumplimentado por el pediatra de su Centro de Salud.

El grado de dependencia que se reconozca dependerá de cada caso atendiendo a la valoración de los servicios competentes siendo el Grado II (dependencia severa) lo habitual en la mayoría de los casos con FLP (aislada). En el caso de solicitar la Prestación Económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) la cuantía oscila entre 236,93 y 315,90 euros.

NOTA: Es recomendable que antes de presentar la solicitud, se consulte a los servicios sociales municipales, para obtener la información y orientación necesarias para iniciar el procedimiento. Igualmente es necesario que el

paciente tenga DNI y una cuenta bancaria a su nombre de cara al pago de la prestación concedidas en cada caso.

Valoración de Necesidades educativas Especiales (NEE):

Los servicios y profesionales especializados en orientación educativa que ejerzan sus funciones en la Comunidad de Madrid identificarán y determinarán las necesidades educativas especiales del alumnado mediante la correspondiente evaluación psicopedagógica e informe psicopedagógico asociado.

Las medidas específicas de atención educativa que, con carácter general y sin perjuicio de la regulación propia de cada enseñanza, podrán aplicarse al alumnado con necesidades educativas especiales son las siguientes:

- Adaptaciones curriculares
- Apoyo específico al proceso de enseñanza y aprendizaje
- Aplicación de medidas específicas de acceso al contexto escolar.
- Flexibilización de las enseñanzas

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) desarrollán su labor en las Escuelas Infantiles y en los centros escolares de Educación Infantil y Primaria. Son los responsables de determinar las actuaciones de apoyo dirigidas al alumnado con necesidades educativas especiales, con dificultades específicas de aprendizaje o con altas capacidades. Asesoran a los equipos educativos, alumnado y familias sobre las estrategias para afrontar las dificultades de los menores con dificultades en su escolarización.

La valoración la realiza **Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana (“EAT”)**, correspondiente a cada área territorial. Los datos de contacto figuran en la siguiente dirección web:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/educacion/equipos-orientacion-educativa-psicopedagogica>



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	14 de 43

La solicitud de admisión en primer ciclo de Educación Infantil (o siguientes etapas educativas) se hará dentro de los plazos ordinarios correspondientes.

Si, en ese momento, desde la EAT no han podido valorar vuestro caso, pero consideran que la niña/o es susceptible de ser escolarizada/o en un centro en la modalidad ordinaria con apoyos, podrían daros un Certificado Provisional para el Apoyo a la Escolarización. Con ese certificado, se asignaría la plaza y la valoración se haría posteriormente, preferiblemente durante el primer trimestre del curso escolar.

Casa Ronald McDonald:

La Fundación Ronald McDonald ofrece alojamiento a familias de pacientes menores de edad que por necesidades médicas se vean desplazadas de su domicilio.

La “Casa Ronald de Madrid” ubicada dentro del recinto del Hospital Infantil Niño Jesús aloja a familias de otras comunidades autónomas con menores en tratamiento médico (hospitalizados o de manera ambulatoria), durante el tiempo que dure la necesidad de permanencia en Madrid.

La solicitud y trámite se realiza a través del Servicio de Trabajo Social del Hospital.

Si usted requiere de mayor información sobre estas u otras ayudas puede dirigirse al Servicio de Trabajo Social del Hospital a través de su médico quien realiza la derivación o puede solicitar cita en el siguiente correo electrónico: trabajosocial.hnjs@salud.madrid.org

Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	15 de 43

ESTUDIO GENÉTICO Y ASESORAMIENTO PRENATAL

Asesoramiento genético:

El objetivo del Asesoramiento Genético es ayudar al individuo y a su familia a entender y adaptarse a las consecuencias médicas, psicológicas y familiares de una determinada enfermedad genética

Estudios genéticos:

Los estudios genéticos actuales identifican, por un lado, cambios en las letras del ADN, o ganancias o pérdidas de material genético, todos los cambios identificados los llamamos variantes. No todos los cambios en el código genético son causantes de enfermedad, la mayoría de los cambios que encontramos están presentes en la población general, las llamamos variantes benignas y en principio, no pensamos que se relacionen con ninguna enfermedad, por lo menos por sí solos. Podemos encontrar variantes que sí que causan enfermedad, que llamamos patogénicos o probablemente patogénicos, que son los que estamos buscando; pero, existe un grupo de variantes que no sabemos si causan o no enfermedad, y las llamamos variantes de significado clínico incierto, estas variantes NO son causantes de problemas, de hecho, la mayoría se clasifica como benigna con el paso del tiempo.

Asesoramiento genético en FLP:

Las fisuras labiales, palatinas y labiopalatinas son las malformaciones craneofaciales más comunes, se ha calculado que en una pareja de padres sin fisura y sin antecedentes familiares de personas con fisuras, la probabilidad de tener un hijo con fisura palatina es de aproximadamente 1/700. Si uno de los miembros de la pareja ha tenido una fisura o hay familiares con antecedente de fisura palatina, el riesgo de transmisión a la descendencia es mayor por lo que es conveniente que la pareja sea

valorada en una consulta de Genética Clínica para valorar los antecedentes personales y familiares, a fin de poder estimar el riesgo de transmisión.

En los casos de las personas afectadas por fisura palatina, pueden dividirse en dos grupos:

- Un grupo grande que representa al 95% de los pacientes, donde la fisura labiopalatina se presenta de manera aislada.
- Un grupo reducido de pacientes que representa el 5%, donde la fisura labiopalatina es un síntoma más dentro de un complejo de malformaciones y síntomas, por ejemplo: cardiopatías congénitas, renales, retraso global del desarrollo, entre otros.

En ambos casos pueden existir factores genéticos involucrados, pero en el grupo de pacientes donde la fisura labiopalatina es aislada, los factores genéticos pueden tener un peso menor y por lo tanto son necesarias múltiples variaciones genéticas de bajo impacto y/o factores ambientales que al sumarse dan como resultado la aparición de la fisura palatina.

Los factores ambientales que se han relacionado con la aparición de fisura palatina son: exposición durante el embarazo a ciertas medicaciones (algunos anticonvulsivantes, tratamientos para el acné o enfermedades inflamatorias, por ejemplo), tabaco, alcohol, carencias nutricionales, exposición a radiación ionizante, fiebre prolongada (>10 días) durante el embarazo.

Es por eso que, en situaciones ideales, la pareja debe recibir orientación de riesgos ambientales antes de la concepción para identificar factores de riesgo evitables.

En el grupo donde la fisura palatina es un síntoma más dentro de un conjunto de síntomas o malformaciones, la posibilidad de que el origen sea una alteración genética de gran impacto o patogénica es mayor, y por lo tanto con mayor probabilidad de ser identificada con los estudios genéticos actuales.

La valoración por el Genetista puede ayudar en familias con alto riesgo de recurrencia, identificar factores ambientales predisponentes, y en los casos en los que se sospeche que una sola variante genética es responsable de la fisura, se podrán ofrecer estudios genéticos dirigidos.

ORTOPEDIA PREQUIRÚRGICA

¿Qué es?:

Desde hace muchos años se han intentado implementar algunas técnicas prequirúrgicas con la intención de mejorar la situación del niño de cara a la intervención. Si bien existen multitud de modelos diferentes con distintos modos de acción, el más empleado de forma universal en los centros de asistencia a niños con fisura labiopalatina es el conocido como NAM (nasoalveolar molding o moldeado nasoalveolar). Descrito por Grayson en 1992 ha demostrado la función de acercar, alinear y nivelar los segmentos maxilares de los bebés con LPH de una forma natural y pasiva, sin que ello interfiera en el crecimiento maxilar.

Ventajas del NAM:

La ortopedia prequirúrgica ha demostrado su beneficio a diferentes niveles:

1. Crea una situación preoperatoria más favorable, lo que repercute en una mayor sencillez de la intervención y mejores resultados estéticos postquirúrgicos
2. Facilita la alimentación y la posibilidad de conseguir una función deglutoria más satisfactoria
3. Mejora la situación de la arcada dentaria y reduce el uso de ortodoncia en edad infantil y juvenil
4. Evita la interposición de la lengua dentro de la fisura corrigiendo malos hábitos.
5. Trabaja el cartílago alar en tiempos muy tempranos del desarrollo del niño, lo que se traduce en resultados más definitivos en el crecimiento.
6. Permite a las familias involucrarse con los cuidados empoderándoles en las actuaciones

¿Cómo se lleva a cabo?:

En la primera visita que realicen al cirujano es probable que se les comente la necesidad de utilizar algún dispositivo preoperatorio, ya sea el NAM o algún otro dispositivo para trabajar la nariz, el labio o el paladar. El cirujano les dará todas las indicaciones y les pondrá en contacto con el ortodoncista.

Una vez comiencen el tratamiento con el dispositivo que se haya considerado más beneficioso para su hij@, el ortodoncista les seguirá en la consulta periódicamente para ir controlando el efecto del dispositivo e ir ajustándolo en función del crecimiento del bebé. Cuando el efecto se haya logrado, serán valorados nuevamente por el cirujano quien decidirá el momento idóneo para la intervención.

Fig. 1 Moldeado nasoalveolar según técnica de Grayson.



Fig. 2. Resultados antes y después de la ortopedia prequirúrgica



LA AUDICIÓN

El niño afecto de Fisura Palatina puede tener problemas dentro del área ORL: principalmente la otitis media serosa (OMS) y la posible hipoacusia que puede generar la misma.

Las Trompas de Eustaquio comunican el oído medio con la rinofaringe. Cuando tragamos, se abren involuntariamente y permiten un equilibrio de presiones y la adecuada ventilación del oído en condiciones normales.

Parte de la musculatura de la trompa puede verse malformada en los casos de fisura palatina. Es por ello, que la ventilación del oído medio puede estar alterada y, con relativa frecuencia, el oído medio se llena de moco que es incapaz de drenar: la conocida como OMS.

La ventilación alterada y la acumulación de moco es lo que provoca una limitación de la movilidad de la cadena de huesecillos y, por tanto, una transmisión insuficiente del sonido pudiendo producir hipoacusia y, también, otitis de repetición si este moco se mantiene en el oído medio sobreinfectándose.

¿Qué tengo que hacer?:

Es importante hacer una evaluación y posible tratamiento precoz para evitar alteraciones mayores. Es por ello, que, en el hospital, todos los niños afectados de FLP son derivados a la consulta del ORL.

¿Cómo se trata?:

El tratamiento no quirúrgico consiste en lavados nasales y posible tratamiento intermitente con corticoides nasales.

Si hay indicación quirúrgica por hipoacusia u otitis de repetición, el tratamiento consiste en la colocación de unos drenajes a través del tímpano (DTT). A través de ellos, entrará el aire, se igualarán las presiones entre el oído medio y el ambiental y permitirá una adecuada audición.

Para evitar someter a los niños a más intervenciones de las que necesitan, intentamos unificar la cirugía de los drenajes timpánicos en el tiempo del cierre del paladar, es decir, en torno al primer año de vida.

//PC

¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE LOS DTTs?

1. Los drenajes permanecen en el oído entre 6 y 12 meses
2. Suelen desprenderse espontáneamente. Si eso no ocurre, el ORL puede decidir retirarlos
3. Si es necesario, pueden ponerse en más de una ocasión
4. Mientras los drenajes estén puestos, se debe evitar la entrada de agua en los oídos

Si el paciente es intervenido por ORL será valorado por este especialista periódicamente para valoración de la audición, las posibles otitis y la posibilidad de entrada de agua en el momento de extrusión de los DTTs si cicatriza el tímpano de forma correcta.

Si el paciente no debe ser intervenido por ORL, será valorado por el mismo según valore los servicios de referencia.

Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	21 de 43

CIRUGÍA DEL LABIO

¿Cuándo?:

La cirugía del labio vendrá determinada en función de diferentes factores como son el peso y la situación basal del niño, la evolución del tratamiento ortopédico y la aceptación por parte del servicio de anestesia. Idealmente, se establece que la cirugía se llevará a cabo entre el 3º y 6º mes de vida del bebé. En este tiempo quirúrgico, se procede a reorganizar las estructuras musculares, cerrar el labio y reparar la nariz. Para nuestro equipo, cobra gran importancia que las cirugías afecten de la menor manera posible a la vida cotidiana del niño, por ello abogamos por ingresos en el mismo día de la intervención, altas precoces y regresar lo antes posible a su día a día.



¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE LA QUEILORRINOPLASTIA?

//PC

1. Es una cirugía generalmente bien tolerada por el bebé.
2. El ingreso dependerá de la situación del niño. Suele ser de 24-48h
3. Comenzará a comer tan pronto como el anestesista lo considere en el postoperatorio inmediato.
4. Comerá de la misma manera que lo hiciese antes de la cirugía
5. No es necesario sujetar los brazos
6. Podrá utilizar chupete si el bebé lo demanda
7. Para la retirada de puntos les citaremos una semana después en un quirófano rápido
8. A veces colocamos unos tutores nasales después de la intervención.

CUIDADO DE LAS CICATRICES

La cicatrización pasa por fases diferentes y calculamos que tarda 1 año aproximadamente hasta su completa maduración. Durante este primer año, podemos trabajar sobre ella para conseguir el mejor resultado. Sin embargo, debemos tener en cuenta que:

- La técnica quirúrgica y el cuidado de los tejidos es fundamental para conseguir un buen resultado postoperatorio.
- Pero también hay factores intrínsecos al bebé que desconocemos cómo influirán en el resultado final.
- A partir de la retirada de los puntos, os explicaremos el ABC del cuidado de las cicatrices
 - a. Hidratación. No nos importa el agente hidratante, pero sí que se emplee varias veces al día (vaselina, aceite de rosa de mosqueta,...)
 - b. Masaje
 - c. Protector solar FP+50, independientemente de que esté nublado.

Este trabajo debe llevarse a cabo, al menos 3 meses después de la cirugía y hasta el primer año postoperatorio.

Existen, además, cremas y parches reductores de cicatrices sobre los que puedes preguntar a tu cirujano.

A continuación, adjuntamos unos link que pueden ser de utilidad en el masaje postoperatorio de la cicatriz.

https://www.tiktok.com/@babyfabrizio_2023/video/7253149724314750213



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	23 de 43

CIRUGÍA DEL PALADAR

¿Cuándo?:

La cirugía del paladar se suele coordinar con ORL para la colocación de drenajes transtimpánicos al mismo tiempo que el cierre del paladar. Se lleva a cabo sobre los 9 y 18 meses y, en la mayoría de los casos, se hace en un solo tiempo quirúrgico, aunque en ocasiones el cirujano puede decidir cerrarlo en dos etapas. El cierre del paladar tiene múltiples funciones: mejorar la alimentación, reparar la musculatura que permita al bebé hablar con normalidad y colaborar en la ventilación del oído medio y, con ello, en la audición. Pero su reparación puede interferir con el crecimiento del maxilar, por ello es importante encontrar el momento óptimo para su reparación. Además, en algunas ocasiones, el cierre del paladar puede suponer dificultades en la respiración del bebé y puede ser decisión del equipo posponer la cirugía hasta conseguir una mejor situación operatoria.



¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE LA PALATOPLASTIA?

1. El postoperatorio suele realizarse en la REA
2. El ingreso suele ser de 24-48h
3. Comenzará a comer tan pronto como el anestésico lo considere en el postoperatorio inmediato.
4. Comerá de la misma manera que lo hiciese antes de la cirugía, evitando los alimentos duros
5. No es necesario sujetar los brazos
6. Podrá utilizar chupete si el bebé lo demanda
7. No son raras las pesadillas postoperatorias

//PC

ENTORNO ESCOLAR

Uno de los temas que más preocupa a los padres de un niño con una malformación congénita es la capacidad que tendrá de integrarse de forma natural en su entorno. Escuchamos muchas veces hablar del “acoso escolar” o “Bullying”, pero ¿sabemos identificarlo?

Señales para detectarlo:

//PC

1. Cambios en la conducta del niño
2. Temor a ir al colegio o somatización (cefaleas, dolor de tripa...)
3. Disminución del rendimiento escolar
4. Tensión doméstica.
5. Ansiedad o tristeza

Ante la sospecha, ¿qué hacemos?:

Se recomienda escribir de forma cronológica los hechos de la forma más completa posible: quién, hacia quién...y comunicarlo al profesor. Presentar un escrito en el centro para que quede constancia de los hechos y pueda comenzarse cuanto antes el protocolo de sospecha de acoso escolar.

HERRAMIENTAS PSICOMÉTRICAS PARA DETECTAR EL ACOSO: test anónimo en la web AEPAE: TEST DE INCIDENCIA en www.aepae.es

ATENCIÓN TEMPRANA

Los primeros años de vida del niño son fundamentales en su desarrollo cerebral y capacidad de aprendizaje. Recomendamos no esperar a ver si existen deficiencias, sino trabajar en su prevención desde el nacimiento. Por ello, todo el estímulo que podamos proporcionar desde las etapas más precoces del desarrollo nos ayudarán a obtener los mejores resultados.

La Comunidad de Madrid pone a disposición de los niños con riesgo de desarrollar alguna discapacidad, centros de Atención temprana y Centros Base gratuitos. En ellos se trabaja la Estimulación, Fisioterapia, Psicomotricidad y Logopedia entre los 0 y 6 años.

Dado que las listas de espera suelen ser largas recomendamos que la solicitud se haga de la manera más precoz posible (en el momento del nacimiento del niño)

Adjuntamos recursos publicados por UNICEF para el estímulo desde el domicilio. Anexo 1.

Adjuntamos links para ampliar la información y solicitud de plaza.

<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/atencion-temprana#2-solicitud-plaza-atencion-temprana>

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050181.pdf>

Directorio de centros de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid:

[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/directorio de centros de atencion temprana. septiembre 2024.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/directorio%20de%20centros%20de%20atencion%20temprana.%20septiembre%202024.pdf)



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	26 de 43

LOGOPEDIA

El papel del logopeda en los casos de fisuras faciales va a estar dirigido hacia la evaluación, el asesoramiento y la intervención principalmente en las siguientes áreas:

- funciones orales (succión, deglución, masticación y respiración nasal).
- habla
- resonancia y voz
- lenguaje
- Audición

El logopeda en la alimentación

Dos de los momentos más significativos serán la lactancia y las transiciones alimentarias. Se realizará una valoración de la alimentación natural englobando los aspectos motores y posturales, así como las funciones orales: succión, deglución, respiración, masticación. Se valora estructura, función, actividad y participación en los momentos de alimentación, aspectos ambientales y relacionales con las personas cuidadoras.

El logopeda en el desarrollo del lenguaje

En relación al habla puede haber dificultades en la adquisición de los fonemas y errores en la articulación de los mismos.

Suelen ser habituales las alteraciones en la resonancia debido a la alteración de las estructuras anatómicas, siendo muy frecuente la hipernasalidad. A su vez, las compensaciones articulatorias y el esfuerzo fonatorio pueden dar lugar a alteraciones en la voz. Es importante atender a la adquisición y el desarrollo comunicativo-lingüístico, asesorando desde edades tempranas sobre la estimulación del mismo, haciendo hincapié no solo en el área expresiva sino también en la comprensión. Las dificultades en esta área pueden repercutir, entre otros, en la discriminación auditiva y en la adquisición lingüística.

Se tratará de optimizar dichos aspectos en el desarrollo del paciente haciendo partícipe a la familia durante las diferentes etapas evolutivas.

INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA

¿Qué es?:

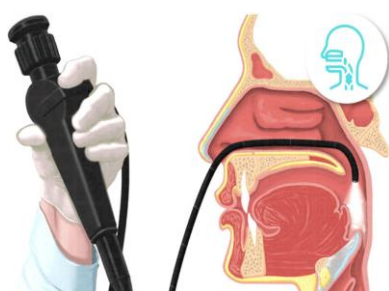
Para conseguir una pronunciación efectiva, el paladar debe contraerse, elevándose y aislando por completo la cavidad oral de la nasal. El paladar fisurado tiene todas sus estructuras anatómicas pero divididas, por lo que es, por su propia condición, incapaz de contraerse. Después de su reparación quirúrgica, la musculatura es reorientada, pero en ocasiones y a pesar del tratamiento logopédico, la función es incompleta y no conseguimos una pronunciación adecuada.

Calculamos que, en torno a los 4 años, el niño debe haber adquirido una pronunciación legible. Si no es así, deberemos estudiar cada caso.

¿Cómo se diagnostica?:

En el hospital Niño Jesús contamos con un comité que se reúne periódicamente para comentar los pacientes en los que se sospecha esta entidad. El comité está formado por Cirujanos, Logopedas y ORL. El niño habrá sido valorado previamente por los tres especialistas y habrán realizado las pruebas oportunas.

Es frecuente que el ORL realice una Nasofibroscofia para observar la situación real del movimiento del paladar. En ese procedimiento, introducirá una cámara flexible delgada por un orificio nasal del niño y le pedirá su colaboración. Es un proceso que puede resultar molesto pero no doloroso, y conviene que el niño venga informado y colaborador.



¿Cuál es el tratamiento?:

Habrá que valorar las causas y el grado de afectación. Habitualmente, se recomendará tratamiento logopédico siempre que se considere que el movimiento del paladar se puede rehabilitar. En caso de que el tratamiento logopédico no sea suficiente, se puede recomendar un tratamiento quirúrgico con el objetivo de mejorar el cierre velofaríngeo. El cirujano os informará sobre la mejor actitud en el caso de vuestro hijo.

Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	29 de 43

CUIDADO DE LOS DIENTES

¿Cómo cuidar la boca de tu hijo/a desde los primeros días hasta la adolescencia?

El cuidado de la salud bucal juega un papel esencial en el desarrollo, alimentación, habla y autoestima de su hijo/a.

Una buena salud oral facilita el éxito de los tratamientos médicos y quirúrgicos, mejora la calidad de vida y reduce la necesidad de procedimientos adicionales.

La clave: involucrarlos en la higiene bucal desde temprana edad

¿Por qué es importante la salud oral en niños con fisura palatina?

Esta condición **afecta directamente a la estructura bucal**, lo que puede llevar a:

- Mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal.
- Dificultades en la erupción de los dientes
- Alteraciones en la alineación dental y mordida
- Problemas del habla y alimentación
- Necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas y ortodóncicas

La primera visita al odontopediatra

Debe realizarse **antes del primer año de vida** o con la erupción del primer diente. En niños con fisura palatina es esencial establecer un plan preventivo personalizado (Hogar Dental) con revisiones cada 3-6 meses que permiten



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	30 de 43

detectar anomalías de forma temprana, coordinar con el equipo multidisciplinar y controlar el riesgo de enfermedad.

Con las visitas periódicas conseguimos un mejor seguimiento, reducir miedo, estrés y ansiedad produciendo una desensibilización del paciente y estableciendo una relación de confianza.

Desde el nacimiento: higiene oral antes de los dientes

Aunque aún no haya dientes, la higiene oral debe comenzar pronto. Usa una gasa húmeda o un dedal de silicona para limpiar suavemente las encías y la zona de la fisura después de cada toma.

Primeros dientes: ¿qué debo esperar?

Los dientes temporales (de leche) pueden aparecer de forma **más tardía** o en posiciones atípicas. Es frecuente ver:

- Dientes mal alineados o girados
- Ausencia de algunos dientes (agenesia)
- Dientes supernumerarios (más de lo normal), especialmente en la zona de la fisura
- Fragilidad del esmalte (hipoplasias de esmalte, hipomineralización)

Prevención: el mejor tratamiento

Los niños con fisura tienen más riesgo de caries, sobre todo si usan prótesis obturadoras o si presentan dificultades para la higiene por la anatomía de la boca.

Cepillado dental: limpia los dientes con un cepillo manual de cerdas adaptado a su edad o bien un cepillo eléctrico (de batería redondo) y pasta **dental con flúor de 1450 ppmf** (tamaño de un grano de arroz hasta los 3 años y tamaño de un guisante a partir de los 3 años).

No se debe mojar el cepillo antes de aplicar la pasta dental y se puede escupir tras el cepillado, pero no aclararse con agua, quedando un remanente de flúor que remineraliza el esmalte dental.

En la zona de fisura o zonas de difícil acceso por dientes apiñados podemos usar cepillos monofilamentos (Monotip®) o diseñados especialmente para la zona de la hendidura (Nobel FLP®)

Este cepillado debe realizarse al menos 2 veces al día (mañana y noche)



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	31 de 43

Tratamientos preventivos en consulta: es recomendable la aplicación de flúor profesional, así como los selladores o resinas preventivas u otros materiales según las necesidades del niño/a. Limpiezas periódicas, técnicas de higiene y reveladores de placa serán un buen recurso para mantener la salud de las encías y dientes durante los tratamientos de ortodoncia

Control de la dieta: evitar azúcares y comidas pegajosas, el uso de biberón nocturno y zumos azucarados es una de las causas de caries de inicio temprano

Por eso, mantener la higiene durante estos tratamientos es esencial. Muchas veces será necesario adaptar el cepillado a prótesis, aparatos ortodóncicos o espacios quirúrgicos.

Evitar hábitos orales: es conveniente retirar el chupete antes de los 3 años en el caso de hábitos como la succión digital (chuparse el dedo), deglución atípica (meter la lengua entre los dientes al tragar) es necesario ayuda del odontopediatra y el logopeda para establecer terapias o aparatologías adecuadas.

ORTODONCIA en DENTICIÓN MIXTA

La dentición mixta ocurre aproximadamente entre los 6 y 12 años y es una etapa fundamental en la oclusión.

¿Por qué?:

En los pacientes con FLP este periodo **se ve afectado** por:

- Alteraciones en la erupción dental: en la zona próxima a la fisura puede existir una alteración en la forma y calidad de los dientes
- Agenesias dentales: es frecuente la ausencia del incisivo lateral.
- Malposiciones dentarias y rotaciones severas debido al colapso del segmento maxilar.
- Alteración en la relación transversal y sagital de los huesos maxilares, es decir, hay un mal crecimiento del maxilar superior y son frecuentes la mordidas cruzadas laterales o anteriores (los dientes superiores cierran por dentro de los inferiores)

Estos factores exigen un abordaje ortodóncico temprano y planificado, con objetivos claros según cada etapa del desarrollo.

Objetivos:

Los **objetivos** del tratamiento ortodóncico son:

- Expandir el maxilar superior para corregir el colapso transversal y mejorar la relación oclusal
- Alinear los segmentos maxilares para permitir una adecuada reconstrucción alveolar secundaria mediante injerto óseo.
- Preparar el espacio para la erupción de los dientes permanentes
- Corregir hábitos orales disfuncionales que puedan perpetuar o agravar las alteraciones esqueléticas
- Mejorar la estética dental y facial.

Fases:

Las **Fases Clave** en la intervención ortodóncica consisten en:

1. Expansión maxilar temprana: Se recurre a disyuntores para corregir el colapso maxilar antes del injerto óseo alveolar. La expansión ortopédica facilita la erupción dental, mejora la función respiratoria y crea las condiciones ideales para la cirugía secundaria.
2. Preparación previa al injerto alveolar secundaria: El injerto óseo comúnmente se realiza en torno a los 8-11 años y requiere una correcta alineación de los segmentos maxilares. En este tiempo, la ortodoncia irá enfocada en:
 - Alinear los incisivos centrales permanentes
 - Mantener o crear el espacio para el canino del lado fisurado
 - Estabilizar la arcada para una mayor predictibilidad quirúrgica
3. Post-Injerto y control del desarrollo: Tras el injerto, el ortodoncista debe supervisar la erupción del canino y otros dientes permanentes, corrigiendo desviaciones y guiando su posicionamiento. En esta fase puede iniciarse el tratamiento de maloclusiones esqueléticas leves mediante aparatos funcionales si fuera necesario.

DESAFÍOS

//PC

1. Limitada disponibilidad ósea en la zona de la fisura, que condiciona la mecánica ortodóncica
2. Mayor susceptibilidad a la enfermedad periodontal, especialmente en los dientes adyacentes a la fisura
3. Necesidad de intervenciones quirúrgicas que pueden afectar a la continuidad del tratamiento ortodóncico.
4. Necesidad de colaboración estrecha por parte del paciente y la familia.

INJERTO ÓSEO ALVEOLAR

¿Cuándo?:

Después de cerrar el labio y el paladar, es probable que persista una comunicación con la nariz a la altura de la encía. El ortodoncista nos prepara ese espacio, necesario para salida adecuada de los dientes, y nos indicará cuándo es el momento oportuno de rellenarlo con hueso para dar estabilidad al maxilar y completar el arco dentario, normalmente esto sucede entre los 8 y 11 años.

¿Por qué?:

El injerto óseo alveolar secundario permitirá:

1. La erupción de los dientes permanentes- Si no hay hueso suficiente, los dientes en ocasiones no tienen el suficiente soporte para su correcto crecimiento
2. Mejora la estabilidad del maxilar: que puede permanecer débil o separado, lo que afecta a la mordida y al desarrollo facial
3. Facilita los tratamiento de ortodoncia posteriores
4. Cierra las posibles comunicaciones con la nariz
5. Mejora la estética facial

¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE EL INJERTO ÓSEO ALVEOLAR?

//PC

1. El ingreso suele ser de 24-48h
2. La zona más frecuente de obtención de hueso es la cadera
3. Deberá mantener una alimentación fría y blanda durante 1 mes
4. A veces indicamos una máscara de frío para evitar la inflamación postoperatoria



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	35 de 43

CIRUGÍA ORTOGNÁTICA

¿Por qué?:

Los pacientes con fisura labio-palatina presentan alteraciones tanto dentales como a nivel del esqueleto maxilomandibular. Estas anomalías dento-esqueléticas suelen ser severas, especialmente a nivel maxilar, con hipoplasias tridimensionales significativas. Son habituales la mordida cruzada posterior y la mordida abierta anterior, así como la maloclusión de clase III, concediendo al paciente un aspecto prognático. El tratamiento de dichas anomalías dentofaciales precisa de una combinación de ortodoncia y cirugía. El objetivo es establecer una oclusión adecuada y estable, posicionando las estructuras óseas y dentales en una situación que optimice la morfología facial y funcionalidad del paciente.

¿Qué es?:

El tratamiento quirúrgico de las maloclusiones de origen esquelético se denomina cirugía ortognática. Consiste en la realización de fracturas controladas en los huesos maxilar y/o mandibular denominadas osteotomías que permitan reposicionarlos tridimensionalmente para luego fijarlos en la posición final mediante placas y tornillos de titanio, material biocompatible que no es preciso retirar, salvo complicaciones.

¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA?

//PC

1. La cirugía dura entre 2 y 5h
2. El abordaje es intraoral. No hay cicatrices faciales
3. En ocasiones se interviene sobre un hueso (monomaxilar). Otras veces hace falta intervenir el maxilar y la mandíbula (bimaxilar)
4. La cirugía se realiza con la madurez esquelética, 16-17 años



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	36 de 43

¿Cómo?:

Es imprescindible llevar a cabo una preparación ortodóncica preoperatoria que puede prolongarse durante aproximadamente 18-24 meses. Una vez finalizada la misma, se inicia un protocolo de planificación que incluye la realización de un estudio oclusal, fotográfico y radiológico. Con estos datos, se lleva a cabo una simulación virtual de la cirugía mediante un software informático que nos posibilita definir con precisión milimétrica los movimientos tridimensionales que tenemos que realizar en los huesos.

Dichos movimientos se plasmarán en férulas quirúrgicas, guías de corte y material de fijación personalizados para cada uno de los pacientes.

¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA?

//PC

1. Son habituales la inflamación facial y abrasiones labiales
2. Puede salir de quirófano con unas gomas elásticas y una férula quirúrgica fijada a los brackets que será retirada en consulta a las 2-3 semanas.
3. El ingreso dura 2-5 días. Se administrará antibiótico, analgesia y antiinflamatorios intravenosos.
4. Iniciará alimentación líquida, fría durante 24-48h, así como la higiene con colutorio antiséptico.
5. Es fundamental mantener una higiene oral estricta para reducir el riesgo de infección
6. Pueden existir alteraciones sensitivas faciales que, en ocasiones, pueden ser permanentes

Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	37 de 43

Y al alta:

Tras el alta hospitalaria, se establecerá un régimen de revisiones periódicas tanto por el cirujano maxilofacial como por el ortodoncista, detectando y resolviendo precozmente complicaciones, y realizando diferentes ajustes que permitan asentar y refinar la oclusión. Los puntos de sutura se reabsorben en aproximadamente 2-3 semanas. La inflamación postoperatoria disminuye paulatinamente durante el primer mes postquirúrgico, con una adaptación gradual de las partes blandas a la nueva posición de los huesos. La dieta aumenta progresivamente su consistencia, debiendo ser líquida las primeras dos semanas, triturada/fácil masticación durante el resto del primer y segundo mes postquirúrgicos y normal a partir los 4-6 meses de la cirugía. La actividad deportiva se restringe completamente durante el primer mes postquirúrgico, pudiendo realizar actividad física moderada a partir de entonces, evitando deportes de contacto durante, al menos, seis meses. En general, la aparatología dental (brackets) suele retirarse transcurridos entre 6-8 meses tras la realización de la cirugía, manteniendo igualmente revisiones tanto por el ortodoncista como el cirujano para descartar complicaciones a largo plazo y asegurar la estabilidad de los resultados.



Nombre	Guía para padres. Fisura labiopalatina	Código	CPL-DC-001
Aprobado	Comité Técnico Coordinación de la Información	Edición	01
Fecha	Acta 04/2025 (30-09-2025)	Página	38 de 43

RINOPLASTIA SECUNDARIA

¿Cuándo?:

Durante el crecimiento se pueden llevar a cabo pequeños retoques, si bien, no debe ofrecerse una cirugía reconstructiva final hasta que no se hayan completado el resto de intervenciones. El cirujano podrá recomendar obtener injertos de costilla y oreja. Resuelve bien todas las dudas y expectativas antes de la intervención.

¿Por qué?:

A pesar de que la nariz se trabaje desde la primera intervención y pongamos unos conformadores de silicona postoperatorios para mejorar su forma, en ocasiones puede persistir la deformidad características de los niños con FLP:

- Una columela central desviada hacia el lado sano
- Desviación del septo hacia el lado sano, con dificultad respiratoria
- Hundimiento del cartílago alar
- Distinta altura de los orificios nasales

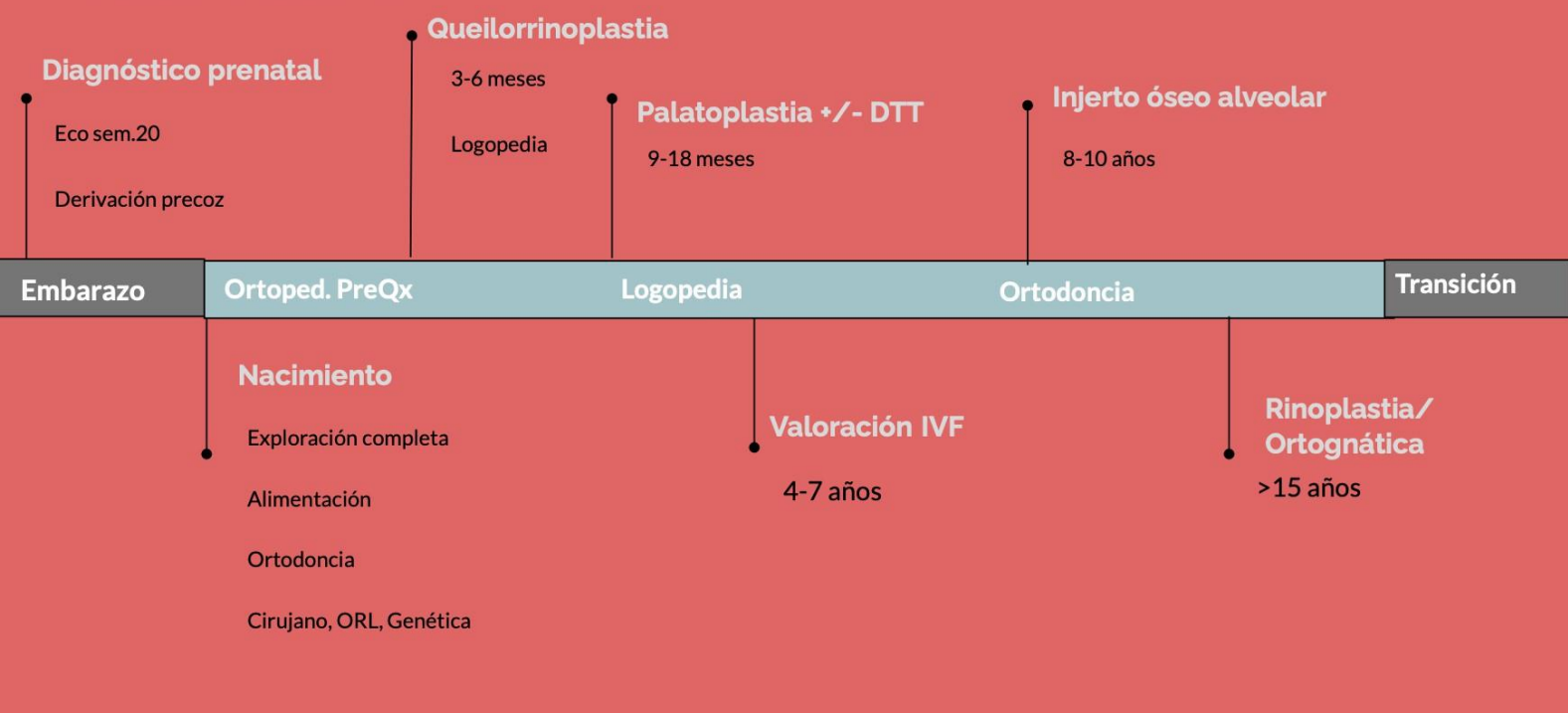
¿QUÉ DEBÉIS SABER SOBRE LA RINOPLASTIA SECUNDARIA?

//PC

1. El ingreso suele ser de 24-48h
2. En ocasiones, hará falta tomar injerto de costilla o de la oreja
3. Saldrá con unos tapones que le obligarán a respirar por la boca durante 48h
4. A veces indicamos una máscara de frío para evitar la inflamación postoperatoria
5. En ocasiones colocamos unos tutores nasales después de la intervención.

CALENDARIO QUIRÚRGICO

Calendario



SEGUIMIENTO

PROCEDIMIENTO	INICIO	FIN
ORTOPEDIA PREQUIRÚRGICA		
FISIOTERAPIA		
ALIMENTACIÓN		
LOGOPEDIA		
ORTODONCIA		

CIRUGÍAS	FECHA	COMENTARIOS
QUEILORRINOPLASTIA		
PALATOPLASTIA		
DTT		
IVF		
INJERTO ÓSEO ALVEOLAR		
ORTOGNÁTICA		
RINOPLASTIA		
OTRAS		

INDICE

Introducción.....	1
Fisura labiopalatina, ¿qué es?	2
El equipo multidisciplinar... ..	4
Al diagnóstico, ¿qué hacemos?	6
Alimentación	8
Ayudas sociales... ..	11
Estudio genético y asesoramiento prenatal.....	16
Ortopedia prequirúrgica	18
La audición	20
Cirugía del labio.....	22
Cuidado de las cicatrices.	23
Cirugía del paladar... ..	24
Entorno escolar... ..	25
Atención temprana.....	26
Logopedia	27
Insuficiencia velofaríngea.....	28
Cuidado de los dientes... ..	30
Ortodoncia en dentición mixta.....	33
Injerto óseo alveolar... ..	35
Cirugía ortognática.....	36
Rinoplastia secundaria.....	39
Calendario quirúrgico.....	40
Seguimiento.....	41