

# Anomalías dentales de los pacientes con labio y paladar hendido: revisión de la literatura

*Dental abnormalities of patients with cleft lip and palate: a literature review*

*Anomalias dentárias dos pacientes com fissura labial e palatina: revisão de literatura*

Melissa Katherine Sánchez Peña<sup>1</sup>  
Johnny Alexander Galvis Aricapa<sup>2</sup>

**Recibido:** 5 de diciembre de 2017

**Aprobado:** 15 de agosto de 2018

**Publicado:** 29 de diciembre de 2019

**Cómo citar este artículo:** Sánchez Peña MK, Galvis Aricapa JA. Anomalías dentales de los pacientes con labio y paladar hendido: revisión de la literatura. Rev Nac Odontol. 2019;15(29):1-17.  
doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.01.04>

---

Artículo de revisión. <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2020.01.04>

1 Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1590-6270>

Melissa Katherine Sánchez Peña, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia.

**Correo electrónico:** [melissa.sanchez@uam.edu.co](mailto:melissa.sanchez@uam.edu.co)

2 Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-6730-4947>

## Resumen

**Introducción:** el labio o paladar hendido es la malformación cráneo facial más prevalente, su etiología es multifactorial y produce diferentes anomalías dentales, entre las más frecuentes están: de número, forma, posición, tamaño, estructura y aumenta la probabilidad de desarrollar caries dental. Estas producen a los pacientes problemas de deglución, habla y fonación, por esto su abordaje es multidisciplinario para tratar la variabilidad de implicaciones estéticas, funcionales, anatómicas y psicológicas.

**Materiales y métodos:** se realizó una revisión descriptiva de la literatura incluyendo artículos originales, meta análisis y revisiones bibliográficas, publicados entre el 2012 y 2018 que abordaran anomalías dentales de pacientes con LPH no sindrómico, excluyendo reportes de caso, tesis de pregrado y posgrado.

**Resultados:** dentro de las anomalías dentales más frecuentes se encontraron: anomalías de forma (diente cónico y fusión dental), alteraciones de número (agenesias dentales, dientes supernumerarios), anomalías de posición (mesioversión, distoversión, giroversión y gresiones), de tamaño (microdoncia y macrodoncia), de estructura (amilogénesis imperfecta) y alta prevalencia de caries dental.

**Palabras clave:** anomalías bucodentales, labio y paladar hendido, paladar fisurado, malformación congénita.

## Abstract

**Introduction:** The cleft lip or palate is the most prevalent facial skull malformation. Its etiology is multifactorial and produces different dental abnormalities, of which the most frequent are: number, form, position, size, structure and increase the probability of developing dental cavities. These cause patients to suffer swallowing, speech and phonation problems. Therefore, a multidisciplinary approach is required to treat their variable aesthetic, functional, anatomical and psychological implications.

**Materials and methods:** A descriptive literature review was carried out using original articles, meta-analysis and bibliographic reviews, published between 2012 and 2018, that addressed dental abnormalities of patients with nonsyndromic CL/P, excluding case reports, undergraduate and postgraduate theses.

**Results:** Among the most frequent dental abnormalities were: shape abnormalities (conical tooth and dental fusion), number alterations (dental agenesis, supernumerary teeth), position abnormalities (mesialization, distalization, rotation and translation), size abnormalities (microdontia and macrodontia), structure abnormalities (amylogenesis imperfecta) and a high prevalence of dental cavities.

**Keywords:** oral abnormalities, cleft lip and palate, cleft palate, congenital malformation.

## Resumo

**Introdução:** A fenda labial ou palatina é a malformação facial craniana mais prevalente. Sua etiologia é multifatorial e produz diferentes anormalidades dentárias, das quais as mais frequentes são: número, forma, posição, tamanho, estrutura e aumentam a probabilidade de desenvolvimento de cáries. Isso faz com que os pacientes sofram de deglutição, fala e fonação. Portanto, é necessária uma abordagem multidisciplinar para tratar suas variáveis implicações estéticas, funcionais, anatómicas e psicológicas.

**Materiais e métodos:** Foi realizada uma revisão descritiva da literatura, utilizando artigos originais, meta-análises e revisões bibliográficas, publicadas entre 2012 e 2018, que abordavam anormalidades dentárias de pacientes com CL / P não sindrômico, excluindo relatos de casos, teses de graduação e pós-graduação.

**Resultados:** Dentre as anormalidades dentárias mais frequentes, destacaram-se: anormalidades de forma (dente cônico e fusão dentária), alterações numéricas (agenesia dentária, dentes supranumerários), anormalidades de posição (mesialização, distalização, rotação e translação), anormalidades de tamanho (microdontia e macrodontia), anormalidades estruturais (amilogênese imperfeita) e alta prevalência de cáries dentárias.

**Palavras-chave:** anormalidades orais, fenda labial e palatina, fenda palatina, malformação congênita.

# Introducción

El labio o paladar hendido (LPH por sus siglas) se considera una malformación congénita o una anomalía craneofacial (1,2). Se han establecido diferentes clasificaciones según las estructuras comprometidas, necesidades quirúrgicas y anatomía expuesta, esta última considera el compromiso del labio hendido (LH) clasificándolo en labio unilateral derecho o izquierdo, o bilateral incompleto o completo (si involucra tejidos nasales), y por otra parte el compromiso del paladar hendido (PH) en completo o incompleto (un tercio o dos tercios), o si compromete simultáneamente paladar, labio y reborde alveolar se denomina LPH (3). Estas malformaciones a su vez pueden ser parte de un síndrome (LPH sintromico) o encontrarse aisladas (LPH no sintromico) (4). En este artículo de revisión se incluyen las investigaciones o revisiones realizadas en pacientes con LPH no sintromico.

Entre la cuarta y octava semana de vida intrauterina ocurre esta malformación al producirse una falla en la fusión de los cinco procesos faciales (una prominencia frontonasal y dos pares de prominencias mandibulares y maxilares) que permiten la formación del labio superior y el paladar durante el proceso del desarrollo embrionario y puede involucrar tanto tejidos blandos, como óseos (5,6). Embriológicamente se da una hipoplasia de la capa mesenquimatosa, que causa un fallo de fusión de la apófisis nasal, maxilar medial y el paladar (6). Dicha deformidad incluye desde desarrollo incompleto del labio superior en el que se presenta una hendidura o hasta una prolongación de esta que incluye el hueso del maxilar, el paladar blando y duro, las fosas nasales, llegando incluso hasta la úvula (7-9).

La etiología del LPH es multifactorial ya que está influida por factores genéticos, teratógenos y ambientales (10-11), sin embargo, no existen estudios concluyentes que ayuden a determinar con exactitud las causas que la provocan, de manera que no se cuenta con medios predictivos eficaces que permitan su prevención (12). Aunque su etiología real es incierta, en la literatura se reportan factores de riesgo asociados como: consumo de contaminantes en alimentos (pesticidas), alcohol, tabaco, desnutrición y plomo en mujeres expuestas antes del embarazo o en las primeras semanas de la gestación (13,14). Los indicadores demuestran que en el 25 % de los casos se conoce la causa, de los cuales el 75 % de los casos es multifactorial y en el 20 % al 25 % existe algún antecedente familiar (15).

A nivel mundial el labio hendido con compromiso del paladar o no, ocurre en 1 1000 nacidos siendo más común en el sexo masculino, mientras que el paladar hendido sólo ocurre en aproximadamente 1 2500 nacidos y es más común en el sexo femenino (8). En Latinoamérica se reporta una prevalencia de 1 1000 nacidos

siendo Bolivia el país que presenta mayor incidencia de esta malformación con una frecuencia de 21 000 nacidos vivos. (16). A nivel nacional se destaca el LPH como la malformación más común de cabeza y cuello en la población colombiana, ocurriendo en 1 900 nacidos vivos y afectando a varones en una mayor proporción (17,18).

Se debe resaltar que esta mal formación impacta al paciente desde el punto de vista psicológico y socioafectivo, el cual presenta ansiedad, depresión, baja autoestima, sobreprotección por parte de los padres, entre otros (19). Además, su calidad de vida es afectada por las alteraciones físicas asociadas, las cuales repercuten en funciones como la deglución, masticación y respiración.

Por lo anterior, un sin número de especialidades deben trabajar de forma interdisciplinaria para abordar la variabilidad de implicaciones estéticas, funcionales, anatómicas y psicológicas del paciente, que en conjunto afectan directamente la salud integral por las implicaciones que tiene en el funcionamiento adecuado de los órganos involucrados y por las anomalías dentales que se presentan. Este aspecto es el que genera el interés de esta revisión bibliográfica, entendiendo que los pacientes presentan en mayor o menor medida alteraciones anatómicas y funcionales que interfieren con su capacidad para alimentarse, hablar y reír normalmente, a lo cual se añade un compromiso estético (6).

Dentro de este equipo interdisciplinario se destaca el rol del odontólogo desde un diagnóstico temprano de la mal formación, orientando a las familias en el manejo acertado del paciente en su crecimiento y desarrollo, siendo el principal responsable de la salud bucal del paciente, pero interactuando con otras especialidades para brindar un tratamiento integral. Uno de los retos del odontólogo frente a los pacientes con LPH es reconocer los tipos de anomalías dentales que estos presentan con el fin de darles el tratamiento respectivo rehabilitando la forma y función dental necesaria para mejorar la calidad de vida de los pacientes en aspectos estéticos y funcionales (20).

Bajo este contexto el objetivo de este artículo de revisión fue describir las anomalías dentales de los pacientes con labio y paladar hendido no sindrómico reportadas en la literatura entre el 2012 y 2018. Entendiendo anomalías dentales como las desviaciones de lo que habitualmente se considera normal a nivel dental, la normalidad está claramente definida, puesto que las estructuras dentales tienen un patrón único de crecimiento, el número de dientes, la forma, la situación en la arcada dentaria, la estructura histológica y la secuencia eruptiva, son parámetros bien definidos en la especie humana (15).

## Materiales y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de la literatura incluyendo artículos originales, meta análisis y revisiones bibliográficas, publicados entre el 2012 y 2018 que abordaran anomalías dentales de pacientes con LPH no sindrómico, excluyendo reportes de caso, tesis de pregrado y posgrado.

Las bases de datos utilizadas fueron Lilacs, PubMed, Lilacs, Proquest, Redalyc, Scielo, Medline y Ovid y los términos de búsqueda utilizados fueron validados en Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Se utilizaron las siguientes palabras claves en español: labio hendido, paladar hendido, anomalías dentales; y en inglés: cleft lip, cleft palate, dental anomalies.

Posteriormente, se analizaron los títulos y los resúmenes de la búsqueda, seleccionando 50 artículos, con los cuales se elaboró una rejilla bibliográfica en Microsoft Excel, después de realizar una lectura detallada y crítica del contenido, extrayendo los siguientes datos: título, año de publicación, autor, resumen, objetivo, metodología, resultados, conclusiones, tendencias y referencia bibliográfica.

La mitad de los artículos hacían énfasis en etiología, clasificación, factores de riesgo, prevalencia y tratamiento del LPH por lo cual fueron citados en la introducción y en la discusión. Los otros 25 artículos evidenciaban las anomalías dentales en pacientes con labio y paladar hendido no sindrómico de los cuales se destacó el título, primer autor, año de publicación, país y las anomalías dentales reportadas.

## Resultados

En la tabla 1 se relacionan las 25 publicaciones analizadas que permitieron identificar las diferentes anomalías dentales asociadas al LPH no sindrómico.

**Tabla 1.** Publicaciones analizadas

Título	Primer autor. Año. País	Anomalías dentales en pacientes con LPH no sindrómico
Alteraciones de Número en Dentición de Pacientes entre 2 y 12 Años de Edad con Disrafias Labio Alvéolo Palatina Atendidos en la Unidad de Odontopediatría del Hospital Regional Antofagasta, Chile (21)	Gutiérrez I. 2014. Chile	Supernumerarios Agenesia Giro versión Microdoncia
Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina (22)	Salas, J. 2016. Venezuela	Agenesia Supernumerarios Giroversión

*continúa*

<b>Título</b>	<b>Primer autor. Año. País</b>	<b>Anomalías dentales en pacientes con LPH no sindrómico</b>
Prevalencia de dientes supernumerarios en niños con labio y/o paladar fisurado (23)	Viguera, O. 2015. México	Supernumerarios
Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina (15)	Salas, M. 2015. Venezuela	Microdoncia Giroversion Macrodoncia Amelogénesis Imperfecta
Epidemiología de caries dental (ICDAS) en individuos colombianos con labio y paladar hendido (24)	Gonzales, M. 2013. Colombia	Caries
Asociación entre el consumo del cigarrillo y alcohol en la gestante como factor de riesgo para paladar hendido no sindrómico (25)	Torres, E. 2012. Colombia	Agnesia
Common Dental Anomalies in Cleft Lip and Palate Patients (26)	Haque, S. 2015. Malasia	Agnesia Microdoncia Supernumerarios
The prevalence of various dental characteristics in the primary and mixed dentition in patients born with non-syndromic unilateral cleft lip with or without cleft palate (27)	Pegelow M. 2012. Suecia	Agnesia Giroversión
A Longitudinal Study of the Presence of Dental Anomalies in the Primary and Permanent Dentitions of Cleft Lip and/or Palate Patients. (28)	Suzuki A. 2017. Estados Unidos	Agnesia Microdoncia supernumerarios
Tooth agenesis patterns in unilateral cleft lip and palate in humans. archives of oral biology (29)	Bartzela N. 2013. Países bajos	Agnesia
Prevalence of dental anomalies in patients with cleft and lip palate. (30)	Eslami N. 2013. Estados Unidos	Giroversión
Permanent Tooth Agnesia and Maxillary Hypoplasia in Patients with Unilateral Cleft Lip and Palate (31)	Antonarakis. 2015. Estados Unidos	Agnesia
Caracterización dental de niños colombianos con hendiduras labio palatinas no sindrómicas (32)	Rengifo, h. 2016. México	Agnesia Supernumerarios Microdoncia Macrodoncia Gresiones Giro versiones
Prevalencia de caries y alteraciones dentales en niños con labio fisurado y paladar hendido de una fundación Santiago de Cali (33)	Hurtado, M. 2017. Colombia	Agnesia Supernumerarios Diente cónico Amelogénesis Imperfecta Macrodoncia Microdoncia Caries

continúa

Título	Primer autor. Año. País	Anomalías dentales en pacientes con LPH no sindrómico
Prevalencia de dientes supernumerarios en pacientes con labio y paladar hendido mediante el análisis de ortopantomografías (34)	Navas, C. 2017. Costa Rica	Supernumerarios
Caries dental y maloclusiones en infantes con labio y/o paladar hendido (35)	Barreto, J. 2018. Ecuador	Caries
Prevalence of Dental Anomalies in Patients with Nonsyndromic Cleft Lip and/or Palate in a Brazilian Population (36)	Riveiro, L. 2013. Brasil	Agnesia Microdoncia
Centre- level variation in dental treatment and oral health and individual- and area- level predictors of oral health in 5- year- old children with non- syndromic unilateral cleft lip and palate: the Cleft Care UK study (37)	Smallridge, J. 2017. Inglaterra	Caries
Caries Prevalence in Non-Syndromic Patients with Cleft Lip and/or Palate: A Meta-Analysis (38)	Antonarakis G. 2013. Suiza	Caries
Prevalence of Enamel Defects in Permanent Teeth of Patients with Complete Cleft Lip and Palate (39)	Ruiz, L. 2013. Brasil	Amelogénesis imperfecta
Dental anomalies inside the cleft region in individuals with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate (40)	Sá, J. 2015. Brasil	Agnesia Giroversion Microdoncia
Presencia de caries dental en pacientes con labio y paladar hendido: una revisión sistemática (41)	Barrero, D. 2016. Colombia	Caries Amelogénesis Imperfecta Agnesia Supernumerarios
Prevalencia de anomalías dentales en individuos no sindrómicos con labio leporino y paladar hendido: una revisión sistemática y un metanálisis (42)	Tannure, P. 2012. Estados Unidos	Agnesia Supernumerarios
Dental anomalies in children with cleft lip and palate in Western Australia (43)	Nicholls W. 2016. Australia	Agnesia Rotación Amelogenesis imperfecta
Prevalencia, experiencia y necesidades de tratamiento de caries de la infancia temprana en niños con labio y paladar hendido [44]	Barrios, G. 2014. Venezuela	Caries

**Fuente:** elaboración propia.

Los estudios consultados indican que existe una mayor prevalencia de anomalías dentales en ambas denticiones en pacientes con LPH no sindrómico en comparación con la población general (43). Las anomalías dentales pueden ser de número, forma, posición, tamaño y estructura, además se incluye la caries dental.

## Anomalías dentales de número en pacientes con LPH

Los dientes supernumerarios son definidos como un aumento en el número de dientes, comparado con la fórmula dental normal que para dentición temporal es de 20 dientes y para permanente de 32. En Chile se encontró que el 64,7 % de 71 pacientes con LPH presentaron dientes supernumerarios ubicados en su mayoría en el lado de la fisura, siendo más frecuente en el sexo masculino (21). En Colombia, la prevalencia reportada fue de 42,6 % de 258 pacientes con LPH y el supernumerario más común fue el diente incisivo lateral superior (32). En Costa Rica se presentó una prevalencia de 100 %, con el supernumerario ubicado dentro de la zona de la hendidura en el 77 % de los casos y específicamente en la región del canino (34). En Australia se evidenció que la prevalencia fue de 63 % siendo más frecuente en hombres (43). Otro estudio en Colombia reportó que el 43,3 % de los pacientes tenían al menos un diente supernumerario (33).

Los pacientes con LPH también presentan ausencia congénita de uno o más dientes (hipodoncia, agenesia dental u anodoncia), esto se justifica puesto que al haber una deficiente unión de los procesos palatinos hay una alteración de la lámina dental que trae como consecuencia la ausencia en la formación del germen dentario, existiendo una relación directa entre la fisura y las anomalías. Lo anterior se evidenció en un estudio realizado en Colombia donde de 79 pacientes con LPH, el 85 % de los pacientes presentaron agenesia, el 81 % del diente del lateral superior y 7 % de premolares, en el estudio se afirma que hay una relación directa y biológica entre lado de la hendidura y el lado en que se presenta la agenesia ya que el 47 % de hendiduras se presentaron en el lado derecho y el 47 % de agenesias se presentó en el mismo lado (25).

En una investigación realizada en Países Bajos se encontró que el 48,7 % de 115 pacientes con LPH presentaron agenesia dental y el incisivo lateral del cuadrante de la hendidura fue el diente más frecuentemente perdido (39,1 %), el número de dientes perdidos por paciente varió de uno a tres, en este estudio se encontró relación estadísticamente significativa entre la agenesia dental y el lado de la hendidura ( $p = 0,02$ ) (29). En Chile se reportó agenesia dental del 53,6 % en su mayoría en el lado de la fisura, el diente más afectado fue el incisivo lateral (78,6 %) seguido del central (21,4 %), el canino nunca se vio afectado y se observó que la agenesia se ubica en el 89,3 % al lado de la fisura y en un 10,7 % en el lado opuesto (21).

En Colombia, de 258 pacientes, la prevalencia de agenesia fue del 93 %, siendo el incisivo lateral superior izquierdo el diente con mayor ausencia (61,6 %), seguido por su homólogo contralateral (58,1 %) (32). En otra investigación en Colombia, de 30 pacientes, se encontró una prevalencia del 63 % (33). En Brasil, de 296 pacientes,



se registró una prevalencia del 47,5 % (36). En Australia, de 162 pacientes, la prevalencia de agenesia fue del 56 % (43). Por último, en Venezuela se revisaron 48 historias clínicas de pacientes con labio y paladar hendido no sindrómico donde se encontró que el 52 % presentaron agenesia (22). Sólo un estudio reporta asociación estadísticamente significativa entre las agenesias y los supernumerarios en paciente con LPH ( $p=0,04$ ) (42).

La prevalencia de agenesia en dientes permanentes varía de 1,6 % a 9,6 %, mientras que en dentición temporal el intervalo es de 0,5 % a 0,9 %; se ha observado que cuando las agenesias se presentan en la dentición primaria puede repercutir en la dentición permanente, sin embargo, hay casos en los que el diente temporal no existe y el permanente puede estar o no presente donde se encuentra el diente temporal y hay agenesia de su sucesor (36).

## Anomalías dentales de forma en pacientes con LPH

Las anomalías de forma en los pacientes con LPH incluyen diente cónico y fusión dental, no se presentó tuberculado, ni molariforme. En Colombia, de 30 pacientes, el 30 % presentó por lo menos un diente cónico y en el 6.7 % se encontró fusión dental (33). En Australia, de 162 pacientes, se evidencia que las anomalías dentales que afectan la forma de los dientes ocurrieron exclusivamente en el lado afectado por la hendidura y la anomalía de forma más frecuente fue diente cónico (95 %) principalmente el diente incisivo lateral. Ninguna de las anomalías de forma mostró dimorfismo sexual significativo (43).

## Anomalías dentales de posición en pacientes con LPH

Este tipo de anomalías se presentan cuando las estructuras dentarias erupcionan de forma alterada u ocupan un lugar en el arco dentario diferente al de su posición normal. En un estudio en Colombia, con 85 pacientes con LPH, se encontró mesioversión (60 %) , distoversión (25 %) y giroversión (22 %) (24). En otro estudio en el mismo país, con 30 pacientes, se constató rotación dental en el 40 % (33); y en otro estudio realizado en Colombia con 258 pacientes se determinó que la prevalencia de anomalías de posición fue de 22,1 % (57/258) de la población estudiada, siendo las rotaciones las más frecuentes (72 %), seguido de las gresiones en 17,5 % y versiones en 10,5. Se observó impactación de algún diente en 3,8 % (32).

En Venezuela se realizó un estudio retrospectivo incluyendo 48 historias clínicas y uno prospectivo incluyendo 40 pacientes, se encontró 47 % giroversión y 60 % mesioversión respectivamente (15,22). En Estados Unidos se evidenció rotación en el 33 % afectando el incisivo central (30). En un estudio con 178 pacientes en Brasil se encontró giroversión en el 20 % (40). En una investigación en Suecia se evaluaron 129 pacientes, el 55 % de ellos presentaron rotación dental del diente incisivo central superior (27); y en Australia, de 162 pacientes examinados, el 60 % presentaron rotación dental, siendo más prevalente en hombres (43). Esta desviación posicional estaba asociada a la falta del incisivo lateral en la premaxila (27) y con menos frecuencia se reportan transposición y dientes ectópicos 30,8 % (26).

## Anomalías dentales de tamaño en pacientes con LPH

Se presentan cuando la pieza dental tiene un mayor o menor volumen que las demás. En Colombia se reportó que, de 80 pacientes, 47 % tenía microdoncia y 30 % macrodoncia (24). En otro estudio, con 258 pacientes, se compararon cada diente con su par contralateral, de esta manera se observaron microdoncias en 75 sujetos (29,1 %), de estas microdoncias la mayoría se observaron en el incisivo lateral superior izquierdo contiguo a la hendidura (32). En otro estudio, con 30 pacientes, el 3,3 % presentó macrodoncia (33). En una investigación prospectiva realizada en Venezuela se evidenció una prevalencia de microdoncia del 47 % (22), en Brasil de 296 pacientes la microdoncia se encontró en 12 % (36). En otro estudio en Colombia, con 178 pacientes, se encontró en un 15 % (40). Es importante resaltar que este tipo de anomalía dental no mostro ningún dimorfismo sexual significativo (28).

## Anomalías dentales de estructura en pacientes con LPH

Las mutaciones en los genes que controlan la formación del esmalte y codifican la expresión de sus proteínas, producen alteraciones de estructura en los dientes. En Colombia en un estudio con 85 pacientes el 47 % presentó amelogénesis imperfecta (24), en otros estudios fueron el 43 % (33) y el 60 % (41). En Venezuela de 40 pacientes el 25 % presentó amelogénesis imperfecta. En Brasil de 80 pacientes el 95 % tenían al menos un diente afectado por defectos del esmalte.

Los dientes anteriores superiores presentan una alta prevalencia de defectos del esmalte, el mayor porcentaje en el lado de la hendidura. Se sugiere que la hendidura influye en la aparición de defectos del esmalte en los dientes permanentes (39). En Inglaterra, de 278, pacientes el 50 % presentaron amelogenesis imperfecta (37).

## Caries dental en pacientes con LPH

En Colombia los promedios de caries dental medidos por el índice COP (cariados, obturados y perdidos) oscilaron entre 0,5 a 9,2 (41); y en otra investigación, con 30 pacientes, el 90 % tenía prevalencia de caries dental (33). En Venezuela, de 145, pacientes el 81 % presentó caries dental. En Ecuador, de 22 pacientes, el 93 % presentó caries (35). En Inglaterra de 278 pacientes el 54 % presentó caries dental (37). En Suiza el 90 % de los pacientes con LPH presentaron caries dental (38).

## Discusión

Existe una mayor prevalencia de anomalías dentales en niños con condición de LPH que en la población general, al respecto se ha demostrado que tanto la genética como la reparación quirúrgica del paladar influyen en la aparición de estas anomalías dentales (43) siendo las más frecuentes y reportadas por la literatura: las anomalías de forma (diente cónico y fusión dental), número (agenesia dental, dientes supernumerarios), posición (mesioversión, distoversión, giroversión y gresiones), tamaño (microdoncia y macrodoncia), y de estructura (amelogenesis imperfecta), todas estas aumentando el riesgo y la prevalencia de la caries dental.

La prevalencia de las anomalías dentarias varían dependiendo de la zona geográfica de cada población, sin embargo, todas impactan sobre la anatomía facial del paciente y su autoestima, dificultando su inserción social (20). Estas anomalías dentales a su vez causan interrupciones en la anatomía de la arcada dentaria y en la dimensión transversal del paladar, retardo en la erupción dentaria, maloclusiones, hipotonía y hábitos bucales no fisiológicos (22).

Por lo cual es de vital importancia el conocimiento de estos patrones anómalos en los pacientes con LPH no sindrómico, pues el diagnóstico correcto y oportuno de las anomalías dentales debe ser realizado después del nacimiento e inmediatamente comience la erupción dentaria (45). Este primer paso es un punto de partida primordial para lograr la rehabilitación adecuada con tratamientos bien planeados, en los que se recomienda que el grupo interdisciplinario de especialistas este compuesto por: cirujano maxilofacial, ortodoncista, y fonoaudiólogo, también de la presencia en el equipo de otorrinolaringólogos, pediatras, odontopediatras, genetistas, sicólogos y todos los necesarios de acuerdo al caso individualmente con el fin de lograr un mejor resultado tanto estético como funcional (41,43,46,47).

Es importante tener en cuenta que el manejo del paciente con hendiduras de labio y paladar es un manejo no solo del paciente, sino especialmente del grupo

familiar (48). Por ello, este proceso de orientación debe realizarse con los padres y extenderse a toda la familia. Un profesional capacitado y conocedor de todas las alteraciones posibles podrá atender los interrogantes de estas personas incluyendo aspectos teóricos y de higiene bucal, lo cual reporta la literatura, genera una adhesión al tratamiento del paciente y promueve resultados positivos ya que el trabajo conjunto no se limita solo a las especialidades de la medicina sino también al núcleo familiar y su motivación es una pieza clave en la mejoría de la calidad de vida del menor (49,50).

## Conclusiones

Los resultados de la presente revisión de la literatura permitieron vislumbrar el sinnúmero de anomalías dentales que presentan los pacientes con LPH no sindrómico. Siendo las más frecuentes la agenesia dental, dientes supernumerarios, micro y macrodoncias, rotaciones, versiones y gresiones, dientes cónicos y amelogénesis imperfecta; además una alta prevalencia de caries dental.

Esta información permitirá que los profesionales tengan en cuenta dichas alteraciones para promover la educación en las familias de los pacientes, su acompañamiento y puedan tomar decisiones más acertadas con respecto al abordaje integral de esta condición, basados en evidencia teórico-científica y con aplicabilidad clínico-práctica enriqueciendo su formación académica y por ende se vea reflejado en mejorar la calidad de vida de los pacientes

## Referencias

1. Díaz GH, Díaz GJ. Defectos de cierre orofaciales: paladar hendido y labio leporino. Una revisión bibliográfica. Medicina de familia SEMERGEN. 2013; 39(5): 267-271. doi: [10.1016/j.semerg.2012.08.003](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.08.003)
2. Lombardo E. La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. Acta Pediatr Mex. 2017; 38(4): 267-273. Disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1435/966>
3. Pons A, Pons L, Hidalgo S, Sosa C. Estudio clínico-epidemiológico en niños con labio paladar hendido en un hospital de segundo nivel. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2016; 74(2): 107-121. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.11.008>

4. Martínez L, Imbert F, Simons S, Herrera Y, Nápoles Y. Combinación de la técnica funcional con Ortodoncia en el tratamiento de pacientes fisurados labio-palatinos. *Revista información científica*. 2018; 97(2): 408-420. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6751161&fbclid=IwAR22Gs7TMrkDsZ0iO7wmAMV0cMY7fHjnieOxhj0-owh7dcNSmUxIP3W5lck>
5. Mejía A, Suárez D. Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. *Investigación Materno Infantil*. 2012; 4(2): 55-62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi122a.pdf>
6. Ventiades F. Importancia de abordaje multidisciplinaria en el tratamiento del labio y paladar hendido. *Arch Bolív Med*. 2014; 22(90): 125-132. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/abm/v22n90/v22n90a08.pdf>
7. Carvajal J, Carvajal P, Carvajal C, Henners H, Romero M. Prevalencia de labio fisurado y paladar hendido en niños de edad preescolar del municipio de Zudáñez. *Ciencias de la Salud*. 2014; (1): 203-220. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4866532>
8. Bedón M, Villota L. Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. *Archivos de Medicina (Col)*. 2012; 12(1): 107-119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273824148010>
9. Zamora C. Prevalencia de malformaciones congénitas asociadas en una población de niños con fisuras del labio y del paladar en Manzanillo, Cuba. *Rev Soc Bol Ped*. 2013; 52(1): 3-7. Disponible en: <http://boliviarevista.com/index.php/pediatria/article/viewFile/2908/2906>
10. Ortega JG, Yezioro S, Benavides BC, Báez LC. Efectos teratogénicos de insecticidas organofosforados en la etiología de labio y paladar hendido: revisión de literatura. *Rev Nac Odontol*. 2017; 13(24): 101-110. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v12i24.1658>
11. Sabbagh H, Hassan M, Innes N, Elkodary H, Little J, Mossey P. Passive smoking in the etiology of non-syndromic orofacial clefts: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2015; 10(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116963>
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV [Internet]. Bogotá, Colombia: MinSalud; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

13. Acosta M, Percastegi D, Flores B. Frecuencia y factores de riesgo en labio y paladar hendidos del Centro Médico Nacional La Raza. Rev. Mex de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2013 ;9(3): 109-112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2013/cb133f.pdf>
14. Pawluk M, Campaña H, Gili J, Comas B, Giménez L, Villalba M, et al. Determinantes sociales adversos y riesgo para anomalías congénitas seleccionadas. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(3): 215-223. doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.215>
15. Salas M, Barrios Z, Simancas Y, Ablan L, Ramírez P, Prato R. Anomalías dentarias en niños con fisura labio palatina. Revista Odontológica de los Andes. 2015; 10(2): 4-9. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/6914>
16. Acosta M, Percastegi D, Flores B. Frecuencia y factores de riesgo en labio y paladar hendidos del Centro Médico Nacional “La Raza”. Rev Mex de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2013;9(3): 109-112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2013/cb133f.pdf>
17. Rengifo H. Caracterización dental de niños colombianos con hendiduras labio palatinas no sindrómicas. Revista Odontológica Mexicana. 2016; 20(3): 179-176. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rodex.2016.08.005>
18. Charry I, Aguirre M, Castaño J, Gómez B, Higuera J, Mateus G, et al. Caracterización de los pacientes con labio y paladar hendido y de la atención brindada en el Hospital Infantil Universitario de Manizales (Colombia). Archivos de Medicina (Col). 2012; 12(2): 190-197. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273825390005>
19. Ovallos C & Cespedes J. Particularidades anatómicas de la cavidad oral en usuarios con características específicas. Revista Científica Signos Fónicos. 2015; 1(3): 101-113. doi: <https://doi.org/10.24054/01204211.v3.n3.2015.1568>
20. Abello P, Araujo Y, Caycedo D, Pachajoa H. Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. Revista de salud pública. 2016; 18(1): 82-94. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.41884>
21. Gutiérrez I, Valenzuela O. Alteraciones de Número en Dentición de Pacientes entre 2 y 12 años de edad con Ddisrafias Labio alvéolo palatina atendidos en la Unidad de Odontopediatria del Hospital Regional Antofagasta, Chile. Int J Odontostomat. 2014; 8(3): 481-490. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000300025>

22. Salas J, Lobo C, Ciccale A, Zayda C, Barrios G, Salas P. Alteraciones en el desarrollo y crecimiento bucodental de pacientes con hendidura labio palatina. *Rev. Odontológica de los Andes*. 2017; 12(1): 12-21. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/view/8237>
23. Viguera O, Fernández MA, Villanueva MC. Prevalencia de dientes supernumerarios en niños con labio y/o paladar fisurado. *Rev Odont Mex*. 2015; 19:81-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rodrex.2015.05.003>
24. González M, Gaona A, Gamboa L, Martignon S. Epidemiología de caries dental (ICDAS) en individuos colombianos con labio y paladar hendido. *Universitas Odontológica*. 2013; 32(68): 125-132. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/SICI%3A%202027-3444%28201301%2932%3A68%3C125%3AECDLPH%3E2.0.CO%3B2-D>
25. Torres E, Gómez G, Pinzón Z. Asociación entre el consumo del cigarrillo y alcohol en la gestante como factor de riesgo para paladar hendido no sindrómico. *Revista Usta Salud*. 2012; 11:88-94. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/1121-2466-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/1121-2466-1-SM%20(2).pdf)
26. Haque S, Khursheed M. Common Dental Anomalies in Cleft Lip and Palate Patients. *Malays J Med Sci*. 2015; 22(2): 55-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438093/>
27. Pagelow M, Algadi N, Karsten AL. The prevalence of various dental characteristics in the primary and mixed dentition in patients born with non-syndromic unilateral cleft lip with or without cleft palate. *Eur J Othod*. 2012; 34(5): 561-70. doi: [10.1093/ejo/cjr074](https://doi.org/10.1093/ejo/cjr074)
28. Suzuki A, Nakano M, Yoshizaki K, Yasunaga A, Haruyama N, Takahashi I. A Longitudinal Study of the Presence of Dental Anomalies in the Primary and Permanent Dentitions of Cleft Lip and/or Palate Patients. *Rev Cleft Palate Craniofac J*. 2017; 54(3): 309-320. doi: [10.1597/15-186](https://doi.org/10.1597/15-186)
29. Bartzela T, Carels C, Bronkhorst E, Kuijpers A. Tooth agenesis patterns in unilateral cleft lip and palate in humans. *Archives of Oral Biology*. 2013; 58(6): 596-602. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2012.12.007>
30. Eslami N, Majidi MR, Aliakbarain M, Hasanzadeh N. Prevalence of dental anomalies in patients with cleft and lip palate. *J Carniofac Surg*. 2013; 24(5): 1695- 8. doi: [10.1097/SCS.0b013e3182801bc8](https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3182801bc8)

31. Antonarakis G, Fisher D. Permanent tooth agenesis and maxillary hypoplasia in the patients with unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg*. 2015; 136(5): 648-56. doi: [10.1097/PRS.000000000000169](https://doi.org/10.1097/PRS.000000000000169)
32. Carvajal J, Carvajal C, Carvajal P, Hennes H, Romero M. Caracterización dental de niños colombianos con hendiduras labio palatinas no sindrómicas. *Rev Odont Mex*. 2016; 20(3): 179-186. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66272>
33. Hurtado A, Rojas L, Sanchez D, García A, Ortíz M, Aguirre A. Prevalencia de caries y alteraciones dentarias en niños con labio fisurado y paladar hendido de una fundación de Santiago de Cali. *Revista Estomatología*. 2016; 16(1): 13-17. Disponible en: <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/271/270>
34. Navas M. Prevalencia de dientes supernumerarios en pacientes con labio y paladar hendido mediante el análisis de ortopantomografías. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2017; 39(3): 171-178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.03.004>
35. Giusti J, Panchana G, García, T, Zurita G. Caries dental y maloclusiones en infantes con labio y/o paladar hendido. *Polo del Conocimiento*. 2018; 3(9): 15-23. doi: [10.23857/casedelpe.2018.3.9.septiembre.15-23](https://doi.org/10.23857/casedelpe.2018.3.9.septiembre.15-23)
36. Paranaíba L, Coletta R, Swerts M, Quintino R, De Barros L, Martelli H. Prevalence of Dental Anomalies in Patients with Nonsyndromic Cleft Lip and/or Palate in a Brazilian Population. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2013; 50(4): 400-405. doi: <https://doi.org/10.1597/11-029>
37. Smallridge J, Wills A, Mahmoud O, Chong A, Clark V. Centre-level variation in dental treatment and oral health and individual- and area-level predictors of oral health in 5-year-old children with non-syndromic unilateral cleft lip and palate: the Cleft Care UK study. Part 3. *Orthod Craniofac Res*. 2017; 20(Suppl. 2): 19-26. doi: [10.1111/ocr.12185](https://doi.org/10.1111/ocr.12185)
38. Antonarakis G, Palaska P, Herzog G. Caries Prevalence in Non-Syndromic Patients with Cleft Lip and/or Palate: A Meta-Analysis. *Caries Res*. 2013; 47: 406-413. doi: [10.1159/000349911](https://doi.org/10.1159/000349911)
39. Ruiz L, Maya R, Perlatt D'Alpino P, Atta M, Da Rocha N. Prevalence of Enamel Defects in Permanent Teeth of Patients with Complete Cleft Lip and Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2013; 50(4): 394-399. doi: <https://doi.org/10.1597/11-200>
40. Jamile S, Luana A, Laís G, Samário M, Gabriela L, Alena M, Ricardo C, Silvia R. Dental anomalies inside the cleft region in individuals with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21(1): e48-e52. doi: [10.1111/ocr.12185](https://doi.org/10.1111/ocr.12185)



41. Barrero D, Pinto MA, Flórez LT. Presencia de caries dental en pacientes con labio y paladar hendido: una revisión sistemática. *Revista UstaSalud*. 2016; 15: 27-35. doi: <https://doi.org/10.15332/us.v15i0.2078>
42. Tannure PN, Oliveira CA, Maia LC, Viera AR, Granjeiro JM. Prevalence of dental anomalies in nonsyndromic individuals with cleft lip and palate: a systematic review and meta-analysis. *Clefty Palate Craniofac J*. 2012; 49(2): 194-200. doi: 10.1597/10-043
43. Nicholls W. Dental anomalies in children with cleft lip and palate in Western Australia. *Eur J Dent*. 2016; 10(2): 254–258. doi: 10.4103/1305-7456.178317
44. Barrios G, Salas Z, Pereira M, Bortone C, Ramírez L. Prevalencia, experiencia y necesidades de tratamiento de caries de la infancia temprana en niños con labio y paladar hendido. *Rev Odontol*. 2014; 9(2): 23-31. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/viewFile/6998/6861>
45. Cisneros G, Castellanos B, Romero L, Cisneros CM. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con malformaciones labiopalatinas. *MEDISAN*. 2013; 17(7): 1039-1046. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000700002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700002&lng=es)
46. Hernández M, Guerra M. Características postquirúrgicas dento-buco-maxilo-faciales de niños con hendidura de labio y paladar. *Acta Odontológica Venezolana*. 2014; 52(2): 1-3. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/2/art-3/>
47. Restrepo L, Córdoba W, González M, Ruiz J, Mora I, Parada C, et al. Acción de tutela y barreras de acceso a servicios de salud en labio y/o paladar hendido. *Rev. Colomb. Enferm*. 2016; 12(1): 15-24. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6547186.pdf>
48. Hoyos C, Labio y paladar hendidos: Orientaciones para su diagnóstico y manejo. *Rev Med Risaralda*. 2013; 7(1): 32-36. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/8231-7935-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/8231-7935-1-PB%20(3).pdf)
49. Calderón N, Arismendi A, Pereira M; Espinoza N, Zaida Barrios. Video de cuidados orales para niños con Hendidura Labiopalatina. *Revista Latinoamericana de Ortodonciay Odontopediatría*. 2014; 12(1): 10-14. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-23/>
50. Fuentes J, Silva Mó, Cantín M, Llermaly S. Acercamiento de los Procesos Alveolares Mediante Ortopedia Prequirúrgica en Pacientes con Labio y Paladar Fisurado. *Int J Odontostomat*. 2014; 8(1): 119-124. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000100016>