

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. ISCM-H.
Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán
Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez

**QUEILONASO Y ESTAFILORRAFIA PRECOZ EN UN TIEMPO QUIRURGICO.
RESULTADOS POSTOPERATORIOS. 1990-2006.**

*Prof. Dra. Georgia Garmendía Hernández. Avenida 31 e/ 76 y Obelisco. Marianao.
Teléfono 260 9651 ext. 251. georgia.garmendia@infomed.sld.cu

**Dr. Angel Mario Felipe Garmendia. Avenida 31 e/ 76 y Obelisco. Marianao.
Teléfono 260 9651 ext. 251. mario.felipe@infomed.sld.cu

*** Prof. Dr.C. Dadonim Vila Morales. Avenida 31 e/ 76 y Obelisco. Marianao,
Teléfono 260 9651 ext. 251. dadonim.vila@infomed.sld.cu

*Especialista Segundo Grado en Cirugía Máxilo Facial. Instructor del ISCM de La Habana. Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez.

**Especialista Primer Grado en Ortodoncia.

***Doctor en Ciencias Médicas. Especialista Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Instructor del ISCM de La Habana. Jefe del Equipo Multidisciplinario de Cirugía Cráneo facial del Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. Miembro del Consejo Científico de la Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán.

(Agradecimiento a la Dra. Norma Regal, Especialista en Logopedia y Foniatría del Equipo Multidisciplinario de Cirugía Maxilofacial Pediátrica de nuestro Hospital).

RESUMEN

Las fisuras labio-alveolo-palatina combinadas entre sí, constituyen alteraciones morfofisiológicas y estéticas muy difíciles de tratar. En las últimas décadas se ha valorado la conveniencia de realizar el cierre del paladar blando muy temprano conjuntamente con el cierre del labio con el propósito de obtener mejores resultados estéticos y funcionales. La presente investigación tiene el propósito de evaluar los

resultados de la aplicación de Queiloestafilorrafia precoz en los pacientes con fisuras labio-alveolo-palatina (PLAP) o sus combinaciones, tratados en nuestro Servicio, en los últimos 15 años, en cuanto a: presentación de la muestra, crecimiento y desarrollo maxilar, oclusión, resultados estéticos y foniatricos. Se realizó un estudio descriptivo en un universo de 207 pacientes con FLAP operados en nuestro Servicio, cuya muestra la constituyó los 122 que se sometieron a la mencionada técnica. El 40.2% de la muestra presentó FLAP, de los cuales 69.4% fueron unilaterales y el resto bilaterales. El 56.5% presentó Fisura palatina no sindrómica aislada y sólo la mitad de ellas eran completas. La totalidad de la muestra presentó un crecimiento y desarrollo y oclusiones normales. El 97% de la muestra fueron evaluados como estéticamente satisfactorios y el 91% fue evaluado foniatricamente como favorable. EL empleo de la queiloestafilorrafia precoz constituye un abaratamiento para el Estado, del gasto per cápita en pacientes figurados de \$ 6 033.25 MN. Los resultados avalan esta técnica como favorable para el tratamiento de las FLAP.

Palabras Clave: Fisura Labio Alveolo Palatina/ Queiloestafilorrafia precoz / Queilorrafia / Estafilorrafia.

INTRODUCCION

Cuando las fisuras labio-alveolo-palatinas aparecen combinadas entre sí, las alteraciones morfofisiológicas y estéticas resultan muy difíciles de tratar. Aún cuando el paciente sea atendido por un equipo multidisciplinario, se trate con aparatología ortopédica preoperatoria y las técnicas quirúrgicas sean realizadas por manos expertas, las secuelas desde el punto de vista estético, funcional y psicológico en el niño a medida que crece, y en los padres y familiares desde que este nace son inevitables.

Desde épocas inmemoriales hasta nuestros días se han creado numerosa técnicas quirúrgicas,¹⁻⁶ con sus defensores y detractores siempre encaminadas a obtener resultados estéticos cada vez más satisfactorios; la edad ideal para los diferentes tratamientos quirúrgicos ha sido muy polémica en el decursar de los siglos, y ha quedado establecido internacionalmente desde hace algunos años que el cierre del labio debe realizarse a partir de los 3 meses, y el del paladar a los 18 meses de edad.^{3, 7-9} En relación con la metodología de tratamiento desde la década de los 60, en algunos países europeos, se ha valorado la conveniencia de realizar el cierre del paladar blando o velo tempranamente⁹⁻¹² conjuntamente con el cierre del labio.

Nuestro Servicio es el único en la capital que realiza la queilonasorrafia y estafilorrafia precoz como metodología de tratamiento de la fisura labio-alveolo-palatina, desde 1990. Este proceder no solo evita el colapso transversal de los maxilares que provocan las bridas cicatrízales cuando se realiza palatorrafia en todo el paladar, sino que disminuye la necesidad de utilizar aparatología ortopédica en algunos pacientes. La filosofía de tratamiento que utilizamos consiste en posicionar adecuadamente los grupos musculares,¹³⁻¹⁵ con lo que hemos obtenido resultados funcionales altamente satisfactorios, lo que a su vez repercute en la morfología y estética facial, mejorando el estado psicológico en los niños y también en los padres y familiares.

Por ello, nos proponemos con la presente investigación: evaluar los resultados de la aplicación de la queilonasorrafia y estafilorrafia precoz en los pacientes con fisuras labio-alveolo-palatina (PLAP) o sus combinaciones, en cuanto a: presentación de la muestra, crecimiento y desarrollo maxilar, oclusión, resultados estéticos y foniatrícos. Determinar el ahorro económico que genera la realización de esta técnica para la economía del país per cápita.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo en un universo de 207 pacientes, quienes presentaron fisura labial bilateral, fisura labio-alveolo-palatina unilateral o bilateral o fisura palatina aislada, atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez de nuestra capital, cuya muestra la constituyó 122 pacientes, a los que se les realizó queilonasorrafia bilateral en un tiempo quirúrgico, queilonaso-estafilorrafia entre los 2 ½ y 6 meses de edad unilateral o bilateral en el mismo acto quirúrgico y estafilorrafia precoz respectivamente, en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, desde julio de 1990 hasta julio de 2006.

La metodología de tratamiento que se utilizó se basó en los principios de la técnica funcional de Delaire,¹³ que consistió en posicionar adecuadamente los músculos imbricados en la fisura con el objetivo de habilitar su correcta función. (Figura 1).

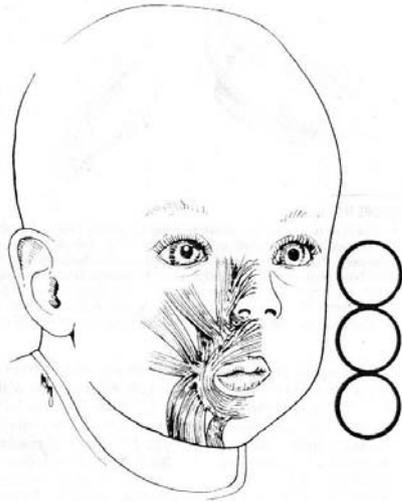


Figura Núm. 1. Posicionar los grupos musculares de la región afectada para lograr la función adecuada de ellos.

Los mismos principios se observaron en el cierre precoz del paladar blando.

Los pacientes fueron evaluados después de operados al mes, a los tres y seis meses, al año y después dos veces al año, para valorar crecimiento y desarrollo de los maxilares, oclusión dentaria, resultados estéticos, desarrollo del lenguaje y fonación, así como el momento de una segunda intervención quirúrgica para el cierre de la fisura remanente en el paladar duro a los 18 meses.

Para la evaluación clínica se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

Crecimiento y Desarrollo Normal de los maxilares

- No colapso o atresia de los maxilares. Mensurado por el Ortodoncista clínicamente en boca y en modelos de estudio con Pie de Rey.
- Aproximación ostensible de la fisura a nivel de paladar duro, menor de 8 mm. Constatado por el Cirujano Maxilofacial y el Ortodoncista.

Oclusión Dentaria Normal (evaluado por el Ortodoncista):

- No mordida cruzada, excepto a nivel de la fisura.
- Buena relación Máxilo- Mandibular.

Resultados Estéticos (evaluado por el Cirujano Maxilofacial) :

- Largo del hemilabio enfermo igual al hemilabio sano.
- Ambos hemilabios fisurados miden igual.

- Los dos hemilabios miden igual o más menos 2 mm de diferencia en los Bilaterales.
- Línea muco-cutánea simétrica.
- Grosor del labio rojo o bermellón simétrico.
- Narinas simétricas.

Aspectos Foniátricos Favorables (evaluado por la Especialista en Logopedia y foniatría):

- A los 2 años de edad realiza ejercicios foniátricos adecuadamente.
- Mejora en los fonemas según los ejercicios en relación con los niveles de Articulación de la palabra.
- Lenguaje inteligible respecto a la edad.

Se realizó estudio iconopatográfico a todos los pacientes preoperatorio y postoperatorias de la cara, de frente y perfil, así como de la cavidad bucal, en los casos que presentaron fisura palatina, cuando el paciente lo permitió por su edad. (Figura 2 y 3).

La observación y seguimiento clínico de los pacientes nos permitió además, establecer una comparación desde el punto de vista económico, entre estos pacientes y los operados por la metodología tradicional en la que:

La Fisura Labial unilateral se opera: A partir de los 3 ó 4 meses de edad, pero preferentemente a los 6 meses.

La Fisura Labial bilateral se opera: De 3 ó 4 meses de edad, pero preferentemente a los 6 meses, el lado de la fisura más ancha.

Cuatro meses después se opera el otro lado; por lo que en dependencia de la edad el niño puede tener 7, 8 ó 10 meses.

La Fisura Palatina	incompleta	}	se opera a los 18 meses de edad.
	completa		

Para el estudio de prefactibilidad económica de la metodología de tratamiento que emplea nuestro Servicio se analizó el costo aproximado de 1 paciente con fisura labio-alveolo-palatina unilateral completa, desde la primera visita a los 15 días de nacido hasta la adolescencia, para lo cual se utilizó el listado de precios de Cubanacán Turismo y Salud, sin incluir el costo de las correcciones secundarias por

secuelas ni los tratamientos logofoniatrico, psicológico y protésico, comparando los costos con la metodología tradicional que se emplea en el resto de las Instituciones de la capital.

Para el Análisis de la información y el Procesamiento estadístico, los datos recogidos en las Historias clínicas fueron analizados y procesados por medio del paquete estadístico SPSS/PC. Los resultados obtenidos fueron reflejados en tablas para su mejor comprensión.

Para la realización de esta investigación, se tuvo en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, autonomía y justicia.¹⁶ Se mantuvo estricta observancia de los acuerdos internacionales que regulan la realización de investigaciones en Grupos especiales de investigación, así como las normativas del Ministerio de Salud Pública de nuestro país.¹⁷ Se realizó consentimiento informado en Consulta multidisciplinaria de Cirugía Maxilofacial preoperatoria.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la distribución de los pacientes según el tipo de fisura labial y/o palatina. Al analizar la distribución de la afección en la muestra objeto de estudio apreciamos que existió predominio de la Fisura palatina en cualquiera de sus presentaciones con 69 pacientes que presentaron fisuras palatinas aisladas no sindrómicas, que representó 56.5%. Por su lado, 40.2% de los pacientes presentó fisura labio-alveolo-palatina, completa o incompleta. Al estudiar la significación estadística de esta distribución muestral, se obtuvo $p > 0.05$ lo que muestra un distribución homogénea de las afecciones estudiadas, aunque se aprecia mayor predominio de fisura palatina completa en 35 pacientes (28.6%), seguido de la fisura labio-alveolo-palatina (FLAP) y la fisura palatina incompleta quienes están igualmente representadas por 34 pacientes (27.9%). Como es de suponer la FLAP bilateral se evidenció en 12.3% de los estudiados.

Tabla 1. Distribución de la muestra según tipo de Fisura.

Tipo de Fisura			Pacientes	
Según clasificación cubana	Por región		No.	%
	No.	%		
Labio Alveolo Palatino Unilateral	49	40.2	34	27.9
Labio Alveolo Palatino Bilateral			15	12.3
Labial Bilateral	4	3.3	4	3.3
Palatina Completa	69	56.5	35	28.6
Palatina Incompleta			34	27.9
TOTAL	122	100	122	100

p>0.05

En la Tabla 2, se refleja la evaluación clínica realizada mediante observación de los parámetros descritos en material y método destacándose que 100% de los pacientes tratados mediante queilonasorrafia y estafilorrafia precoz en un solo tiempo quirúrgico mostraron un crecimiento y desarrollo normal del maxilar y la oclusión fue estimada normal en los 122 pacientes. Esto demuestra que al emplear esta técnica, la cicatrización no limita significativamente el crecimiento de los maxilares en sentido antero posterior ni transversal y sí permite un crecimiento transversal medial de los procesos palatinos del huso maxilar y la horizontalización de los mismos, lo que provoca una disminución de la fisura remanente en el paladar duro que facilita el cierre de la misma, por una técnica sencilla, cuando el paciente arriba a los 18 meses de edad.

Tabla 2. Evaluación Clínica a los dos años de postoperatorio según el Crecimiento y desarrollo maxilar y la Oclusión.

Tipo de Fisura	Crecimiento y Desarrollo Normal		Oclusión Normal	
	No.	%	No.	%
Labio Alveolo Palatino Unilateral	34	27.9	34	27.9
Labio Alveolo Palatino Bilateral	15	12.3	15	12.3
Labial Bilateral	4	3.3	4	3.3
Palatina Completa	35	28.6	35	28.6
Palatina Incompleta	34	27.9	34	27.9
TOTAL	122	100	122	100

La Tabla 3 muestra que los resultados estéticos fueron satisfactorios en 97.5% de los casos. Al posicionarse los anillos musculares adecuadamente en el labio, este lógicamente establecerá una adecuada función de los mismos, inexistente por causa de la propia fisura. En 3 pacientes, que representa 2.5 %, el resultado fue no satisfactorio en pacientes con fisura labio-alveolo-palatina unilateral completa. Al realizar el análisis estadístico para variables excluyentes (si/no) respecto a Tipo de Fisura y Resultado estético, se obtuvo $p=0.001$ lo que demuestra la alta significación estadística de los resultados obtenidos. En las figuras 2 y 3 se muestran dos pacientes, uno con fisura labio-alveolo-palatina unilateral y otro bilateral donde se pueden apreciar los cambios postoperatorios obtenidos y los satisfactorios resultados estéticos.

Por su parte, la evaluación fonológica resultó favorable en 91.0% de los pacientes y sólo fue evaluada de desfavorables en 11 pacientes (9.0%), 5 de ellos con fisuras labio-alveolo-palatina bilateral completa y 6 con fisura palatina completa. Al realizar el análisis estadístico para variables excluyentes (si/no) respecto a Tipo de Fisura y evaluación fonológica se obtuvo $p=0.012$ lo que demuestra la alta significación estadística de los resultados obtenidos.

Tabla 3. Resultados estéticos y foniatricos según el Tipo de Fisura

Tipo de Fisura ¹	Resultados Estéticos ²				Aspectos Foniátricos ³			
	Satisfactorio		No Satisfactorio		Favorables		Desfavorables	
	No	%	No	%	No	%	No	%
FLAP Unilateral	31	25.4	3	2.5	34	27.9	-	
FLAP Bilateral	15	12.3	-	-	10	8.1	5	4.1
Labial Bilateral	4	3.3	-	-	4	3.3	-	
Palatina Completa	35	28.6	-	-	29	23.8	6	4.9
Palatina Incompleta	34	27.9	-	-	34	27.9	-	
TOTAL	119	97.5	3	2.5	111	91.0	11	9.0

¹⁻² p=0.001

¹⁻³ p=0.012

En el Anexo 1, se muestran los costos del tratamiento cuando este se realiza por el método tradicional y por el método de la estafilorrafia precoz, en el mismo tiempo quirúrgico en que se hace el cierre del labio; en ambos casos, de una fisura unilateral, lógicamente en el segundo caso se disminuyen las etapas y el tiempo quirúrgico, lo que conlleva que haya una disminución de los costos hospitalarios sin incluir el costo de las correcciones secundarias por secuelas ni los tratamientos logofoniátrico, psicológico y protésico. Al emplearse la metodología de tratamiento de la Escuela americana, denominada por otros convencional por ser la que se usa en la mayoría de los Hospitales del país el costo per cápita asciende a \$ 8,613.25 USD. Por su parte el cálculo aproximado del costo del tratamiento por queilonasorrafia y estafilorrafia precoz en un tiempo quirúrgico fue de \$ 2580.00 USD. (Anexo 1).

DISCUSION

Las fisuras labiales aisladas o asociadas con fisuras palatinas ocurren en alrededor de 1 por cada 1 000 nacimientos en la raza blanca; esta cifra aumenta en orientales, siendo de 1,7 por cada 1 000 nacidos y disminuye considerablemente en la raza

negra a razón de 1 por cada 2 500 nacimientos. En nuestro país, no existen estadísticas que nos muestre el comportamiento de esta dismesenquimosis,¹⁸ aunque existe el consenso de la presencia de un rango entre los 1:800 a 1:1200 nacidos vivos, según estudios parciales en algunas regiones. Según Helfrick y Stal¹⁹ 32% de estas fisuras aparecen de forma aislada en el labio, mientras que 68% se presentan de manera combinadas (FLAP).²⁰

Torres, Heredia, López y Lorenzo,²¹ en un estudio realizado en nuestro país y publicado en el presente año, de 90 pacientes fisurados en la provincia de Holguín obtuvieron resultados muy similares a los nuestros, donde la fisura palatina aislada se evidenció en 46.7% de la muestra, predominando sobre la FLAP que se expresó en 34.5%, siendo la menos relevante la fisura aislada de labio, en el mencionado estudio se presentó con 18.8% evidentemente superior a nuestro estudio que mostró solamente 3.3% en este particular. En este estudio, se evaluó las fisuras palatinas acorde a su magnitud, con predominio de fisuras palatinas incompletas en 63,9% de los 72 pacientes incluidos en esta clasificación. En nuestro estudio, el comportamiento fue muy similar entre las fisuras palatinas completas e incompletas. En la literatura disponible no encontramos otras investigaciones en los últimos años que estudiaran crecimiento y desarrollo maxilar, oclusión resultados estéticos o foniatricos, relacionados con una técnica quirúrgica en pacientes fisurados.

CONCLUSIONES

Al evaluar los resultados de la aplicación de la queilonasorrafia y estafilorrafia precoz en los pacientes con fisuras labio-alveolo-palatina (PLAP) o sus combinaciones se constató que la distribución de las afecciones, según el Tipo de fisura fue estadísticamente homogéneo, aunque existió predominio de las fisuras palatinas no sindrómicas.

La evaluación postoperatoria a los 2 años de operados los pacientes se constató una buena evolución del crecimiento y desarrollo maxilar en la totalidad de los pacientes. De igual forma, hubo ausencia de alteraciones oclusales significativas.

El análisis estético realizado por el facultativo mostró muy buenos resultados con la técnica empleada en casi la totalidad de la muestra estudiada, al igual que la evaluación foniatrica.

El estudio de prefactibilidad económica de la metodología quirúrgica preconizada en esta investigación demostró que la misma abarata el tratamiento, constituyendo el cómputo total de los tratamientos quirúrgicos-ortodóncicos un tercio del costo que genera esta técnica hasta hoy mayormente difundida en nuestro país. Lo cual evidencia la superioridad de la queiloestafilorrafia precoz.

ABSTRACT: Precocious palatorhaphy and staphylorhaphy in one surgical session. Postoperative results. 1990-2006.

The combined cleft palate fissures are among the most difficult to treat morphological abnormalities. In the last decades, there has been a valuation in whether to treat precociously the soft palate along with the lip with the purpose to obtain better aesthetical and functional results. This investigation has the reason to evaluate the results of the application of palatorrhaphy in patients with cleft lip (PLAP) or their combinations, who were treated in our service in the last 15 years, regarding: sample presentations, maxillary growth and development, occlusion, phonetic and aesthetic results. A descriptive study was performed in a universe of 207 patients with cleft lip and palate fissures (CLPF) that were surgically intervened in our service, the sample was made out of the 122 who were submitted to such technique. The 40,2% of the patients had CLPF out of which the 69,4% was unilateral and the rest bilateral. The 56, 5%, isolated non syndromic palate fissure and only the rest were complete. The total of the sample had a normal growth and development. The 97% of the sample were evaluated as aesthetically satisfactory and the 91% was phonetically evaluated as favorable. Results speak in favor of this technique for the treatment of these fissures.

key words: Combined cleft palate fissures, Precocious palatostaphylorrhaphy, Palatorrhaphy, Staphylorhaphy.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Ward BP, Schendel SA. Hausamen JE, editors. Maxillofacial Surgery. London: Churchill Livingstone.2: 991-1004;1999.
- 2 Menard R, Schendel S A. Rotation–Advancement Repair of unilateral Cleft Lip: Current Status and Future horizons. Advances in plastic and Reconstructive Surgery. Mosby –Year Book, Inc. 14: 247-78; 1997.
- 3 Kimura Fujikami T. Atlas de Cirugía Ortognática Máxilo Facial Pediátrica. 1ra. Edición. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica S.A.; 1995, p. 65-116.
- 4 Kimura Fujikami T. Atlas de Cirugía Ortognática Máxilo Facial Pediátrica. 1ra. Edición. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica S.A.; 1995, p.119-142.
- 5 Menard R, Schendel S A. Rotation–Advancement Repair of unilateral Cleft Lip: Current Status and Future horizons. Advances in plastic and Reconstructive Surgery. Mosby –Year Book, Inc.14: 247-78; 1997.
- 6 Alison Ford M. Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. Revista Médica Clínica Los Condes. 15(1).
- 7 Bracho O J, Bracho T J J, Bracho T J. Editores. Fisuras labio-Alveolo-Palatinas. Quito, Ecuador: 1984, p. 1-126.
- 8 Santana Garay J. Atlas de Patología del Complejo Bucal. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica; 1981, p.11-19.
- 9 Manual para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía Máxilo facial. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana. Cuba: MINSAP; feb-1987.

10 Parri FJ. Fisura labio-palatina bilateral: Experiencia de un Centro de abordaje multidisciplinar. *Cir Pediatr.* (3) 124-126; 2001.

11 Holtman B, Wray C, Weeks PM. A comparison of Three techniques of palatorrhaphy: early speech results. *Ann Plastic Surgery.* 12:514-519;1984.

12 Randall P. Cleft Palate Closure at 3 -to Month of Age: A Preliminary Report. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 71(5): 621- 30; 1983.

13 Delaire J. Theoretical principles and technique of functional Closure of the lip and nasal aperture. *J Maxillofac Surg.* 6: 109; 1978.

14 Rodríguez Martín R. y cols. La estafilorrafia precoz. Resultados en 5 años. *Rev Cub. Est.* 32 (1): 38-40 ;enero- junio 1995.

15 Romero R. The Millard rotation–advancement lip repair using accurate measurements. Larry J Peterson editor. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. Oral and Maxillofacial Surgery.* 84 (4):335-37; 1997.

16 Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Rev Española Cirugía.* 71(6): 319-24; 2002.

17 Martínez CS. El valor de la salud. En: Acosta SJR. *Bioética para la sustentabilidad.* La Habana: Publicaciones Acuario; 2002, p. 553-62.

18 Vila M D. Presentación de una nueva clasificación integradora de las malformaciones craneofaciales. *Rev. Habanera Cienc Med.* 3: 5; 2006.

19 Cruz M, Bosch J. *Atlas de síndromes pediátricos.* Barcelona: 1998.

20 Sárközi A, Wyszynski D F, Czeizel A E. Oral clefts with associated anomalies: findings in the Hungarian Congenital Abnormality Registry. *BMC Oral Health.* 5: 4;2005.

21 Torres I A T, Heredia P J M, López D M, Santiesteban G M, Lorenzo F D. Incidencia de fisuras de labios y/o paladar en la Provincia Holguín. 1996-2002. Correo Científico Médico de Holguín. 11(1): 2007.



ANEXO 1.

Costo de un paciente con Fisura labio-alveolo-Palatina Unilateral Completa

METODOLOGIA TRADICIONAL DE TRATAMIENTO

Consulta de Cirugía Máxilo facial y chequeo pre operatorio	233,00
Intervención quirúrgica del labio	900,00
Estadía hospitalaria y atención medica (7 días)	530,00
Curaciones postoperatoria	75,00
Consulta post operatoria	275,00
Chequeo preoperatorio	55,00
Intervencion Quirurgica del paladar	1000,00
Estadia hospitalaria y atencion médica (10 días)	740,00
10 aparatos ortodóncicos removibles (26, 80 USD C/U)	268,00
1 Aparato ortodóncico fijo (37,25 USD C/U)	37,25
Consultas de Ortodoncia	3500,00
Consultas de Cirugía Máxilo facial	1000,00
Total	8613,25

METODOLOGÍA DE TRATAMIENTO EN LA QUE SE REALIZA ESTAFILORRAFIA PRECOZ Y QUEILONASORRAFIA EN EL MISMO TIEMPO QUIRURGICO EN UN PACIENTE CON FISURA LABIO-ALVEOLO-PALATINA UNILATERAL COMPLETA:

Consulta de Cirugía Máxilo Facial y chequeo preoperatorio	78,00
Intervención quirúrgica: Queilonasorrafia y Estafilorrafia precoz en un tiempo quirúrgico	1700,00
Estadía hospitalaria y atención médica (3 días)	227,00
Curaciones postoperatoria	75,00
Consulta postoperatoria de Cirugía Máxilo Facial	250,00
Consulta de Control de Ortodoncia	250,00
Total	2580,00