



Pregunte a los expertos

□ ¿Qué es la fisura submucosa y cuándo el pediatra debe sospechar su presencia?

La fisura submucosa (FSm) es la unión anormal de los músculos palatinos con las mucosas nasal y oral intactas. Es una forma de fisura de paladar posterior y su incidencia es de 1 en 1.200.¹

Se clasifica en clásica y oculta.² La tríada clásica se compone por: úvula bífida, zona traslúcida en línea media palatina por diastasis de los músculos del velo del paladar y una muesca en el paladar óseo. La manifestación clínica es la insuficiencia velofaríngea (IVF). La variante oculta, como su nombre lo indica, se hace evidente sólo a través de la insuficiencia velofaríngea.

La IVF es la falla de cierre en el esfínter formado por el paladar y la faringe. Puede generar:

- trastornos en la deglución con presencia de leche en narinas durante la alimentación, inmediatamente después de ella o lentitud para tomar el biberón (más de 40 minutos),
- trastornos en el habla con hipernasalidad,
- trastornos en la audición con otitis a repetición u otitis serosa que puede derivar en hipoacusia, con dificultad en la adaptación social y en el aprendizaje, porque el niño no escucha bien o no es entendido cuando habla.

Hay pacientes con fisura submucosa sin insuficiencia velofaríngea.

¿Cómo se hace el diagnóstico?

La fisura submucosa clásica se diagnostica durante el examen clínico con:

- la observación directa el paladar para ver si existe úvula bífida, úvula ancha o con ranura central y si en la línea media palatina hay una zona traslúcida,
- la palpación del velo para confirmar la falta de unión muscular central,
- la emisión de la vocal "a", en niños mayores, para evidenciar la diastasis muscular.

La FSm puede presentarse en forma aislada o como una manifestación más en un paciente con otras malformaciones. La mayoría de los síndromes que se asocian a FSm tienen mucho compromiso del fenotipo, con lo cual el pediatra puede advertir que está frente a un paciente más complejo; pero hay dos síndromes que, por presentar pocas anomalías asociadas, pueden asumirse como FSm aislada y ser subdiagnosticados. Estos

son el síndrome de Van der Woude que puede presentar sólo fóveas, depresiones o fístulas del labio inferior³ con FSm o sin ella y el síndrome velocardiofacial, donde hay un 20% de pacientes sin cardiopatía que muestran solamente insuficiencia velofaríngea y dismorfias faciales leves.

Ante la sospecha de FSm se confirma la IVF con estudios complementarios:

- videofluoroscopia, estudio radioscópico que tiñe las estructuras nasoorofaríngeas y puede realizarse en todas las edades;
- nasofaringoscopia, visión endoscópica de las estructuras mencionadas que requiere de la colaboración del paciente.

¿Qué debe hacer el pediatra ante la confirmación de la fisura?

El pediatra debe *recomendar*:

- que los lactantes sean alimentados con lactancia específica y/o artificial con tetinas comunes en posición semierecta y que luego permanezcan en esa posición 30 minutos o más;
- controles periódicos de los oídos con otoscopia neumática;
- evaluación fonoaudiológica a partir de los 6 meses.

Cuando se plantea una adenoidectomía en pacientes con FSm, el pediatra debe *advertir* que la IVF puede aparecer o agravarse.

En aquellos pacientes con IVF *interconsultará* al cirujano plástico, quien reconstruirá el esfínter velofaríngeo y derivará a rehabilitación fonoaudiológica posoperatoria, para completar el manejo interdisciplinario que requieren estos niños.

Dra. P. Iwanyk
Dra. M.G. Obregón
Fga. A.G. Pérez

Hospital Italiano de Buenos Aires

BIBLIOGRAFIA

1. Moss ALH, Jones K, Pigott RW. Submucous cleft palate in the differential diagnosis of feeding difficulties. Arch Dis Child 1990; 65:182-184.
2. Gosain AK, Conley SF, Marks S, Larsen DL. Submucous cleft palate: diagnostic methods and outcomes of surgical treatment. Plast Reconstr Surg 1996; 97, 7:1497-1509.
3. Obregon MG, Iwanyk P, Negrotti T. Importancia de las fositas del labio inferior en niños con fisura labiopalatina. Arch.argent.pediatr 1999; 97, 5:345-348.