

Aspectos históricos y culturales de las fisuras labiopalatinas



Dr. Jesús Fernández Sánchez
Odontólogo
Profesor asociado del Departamento de Profilaxis,
Odontopediatría y Ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid
Madrid

Iconografía: Dr. Julio González Iglesias
Médico estomatólogo
Historiador
Madrid

Las fisuras labiopalatinas (FLP) representan una de las malformaciones más frecuentes en el territorio orofacial y afectan a la especie humana desde la remota antigüedad, como revelan múltiples expresiones culturales, rituales y religiosas (1).

Las importantes alteraciones estéticas que conllevan han impulsado poderosamente el estudio de su etiopatogenia y terapéutica a lo largo de la Historia. Sin embargo, su abordaje científico es relativamente reciente, desarrollándose de forma decisiva en las últimas décadas del siglo XX (2, 3).



Recipiente de arcilla representando un personaje aquejado de un labio leporino (cultura de los mochicas, Perú, hacia 800-500 a. C.).

Numerosas disciplinas médicas y biológicas se han implicado durante siglos con el fin de superar los obstáculos a los que se debe enfrentar un individuo fisurado. De este modo, surgieron múltiples técnicas rehabilitadoras, siendo posible que en el futuro el avance científico ponga otras muchas a nuestra disposición.

Las FLP han recibido diferentes denominaciones en cada civilización, de acuerdo a su particular cultura y tradición.

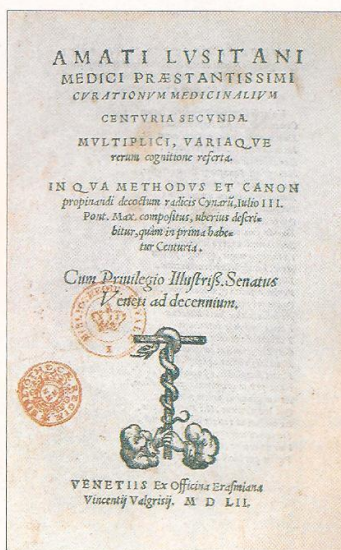
En las sociedades primitivas, con frecuencia, se definen condiciones humanas, entre ellas, diversas patologías, mediante comparación con características encontradas en los animales.

El término coloquial “labio leporino”, constituye la denominación más frecuente de las fisuras primarias de labio y paladar, a consecuencia de la similitud anatómica del labio superior de estos animales con una “V” invertida y, por tanto, con una fisura (4). Paré sería el primero en utilizar el término *bec-de-lievre* –labio leporino– en la literatura médica francesa (5). La traducción al inglés *harelip* sería rápidamente incorporada al vocabulario médico de la Inglaterra anglosajona del siglo XIV (6).

Aunque otros animales comparten con conejos y liebres el carácter fisurario, los leporinos poseen un gran componente simbólico en la cultura indoeuropea. En la superstición alemana se encuentran en íntima relación con los brujos, impulsando a la iglesia cristiana del siglo VIII a prohibir el consumo de su carne. Algunos historiadores señalan además su gran familiaridad entre los escritores europeos más destacados de la medicina renacentista (6, 7).

Sin embargo, algunas formas clínicas de FLP no permiten utilizar esta denominación. La FLP bilateral con proyección de la premaxila recibe el nombre de “hocico de lobo” a pesar de que en este caso el simbolismo no se encuentra exento de cierta ambigüedad (3, 4).

Nuestro estudio tiene como objetivo el análisis de la reducida información relativa a los aspectos históricos y culturales que han acompañado a estas malformaciones a lo largo de la historia de la humanidad. Tomados de varias fuentes, estos datos revelan una progresiva complejidad en su significación y técnica rehabilitadora (5).



El “Curatium medicinalium centuriae septem” de Amatus Lusitanus, en el cual se describe el primer obturador palatino de metal (1551).

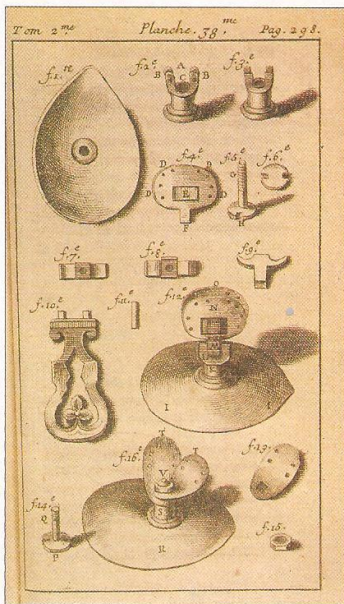
En el siglo VI a. C. Susruta describe la anatomía de los huesos maxilares, incluyendo paladar y procesos alveolares, así como el tratamiento de sus dolencias y tumores, en forma de “fermentaciones” de cuestionable efectividad (8).

Estudios clínicos muy detallados de momias egipcias han permitido identificar un caso de FLP correspondiente al año 2500 a. C. aproximadamente. El hallazgo de prótesis intraorales fabricadas con hilo de oro tendrá una importancia decisiva en la evolución del tratamiento de las FLP en siglos posteriores (9).

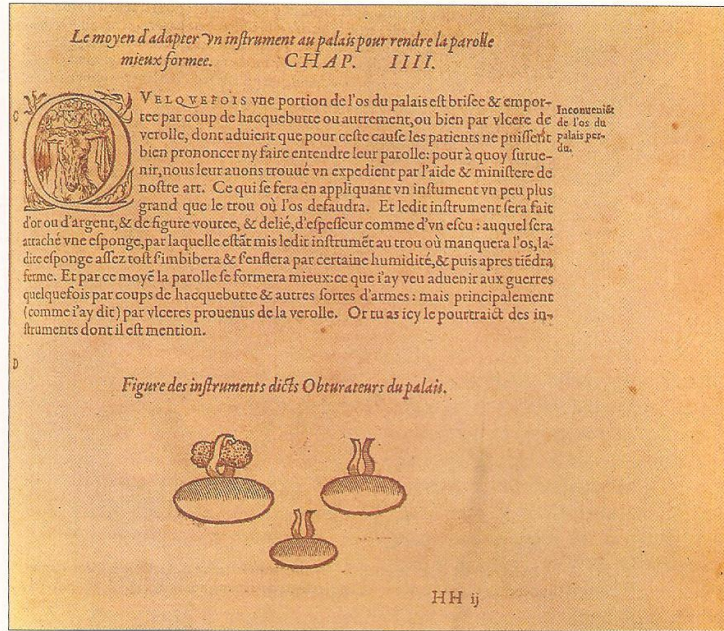
Primero Hipócrates y posteriormente sus discípulos generalizaron la realización de “vulectomías”, primeros tratamientos quirúrgicos orofaciales, aunque no específicamente sobre FLP. La descripción del mecanismo de fonación, de crucial importancia en la rehabilitación del paciente fisurado en la actualidad, constituye su gran aportación (10).

El primer tratamiento quirúrgico de FLP descrito con éxito en la literatura mundial fue realizado por un cirujano chino de nombre desconocido en torno al año 390 d. C. (5, 8, 10).

Coincidiendo con el auge de la cultura árabe, Abulcasis inicia el uso del cauterio en el tratamiento de las FLP (5,



El obturador de “alas móviles” de Pierre Fauchard.



El obturador de Ambrosio Paré (1564).

10), aunque serían los cirujanos anglosajones de la Bretaña prenormanda los primeros en describirlo y utilizarlo específicamente en Europa (8, 10).

Jehan y Perman fue el primer cirujano en tratar las FLP bilaterales, desaconsejando además el uso de incisiones relajantes, de frecuente uso en épocas anteriores, a consecuencia de las importantes desfiguraciones faciales que producían (5).

Desde los inicios del siglo XIV, los cirujanos barberos transmitirían de generación en generación el tratamiento de las FLP. A finales del siglo XV se describe la perforación palatina de causa sifilítica, origen del importante retraso de la reparación palatina durante los siglos siguientes (10).

Primero en 1549 y posteriormente en 1561, Ambroise Paré diseñaría obturadores palatinos de cera y esponjas para el tratamiento de perforaciones sifilíticas, utilizando el término “obturador” por primera vez en la historia de la Medicina (5). Su concepto sería superado en 1562 por las técnicas de sutura propuestas por Jacques Houllier (10).

Pierre Franco, cirujano flamenco contemporáneo de Paré, fue probablemente el primero en señalar el origen

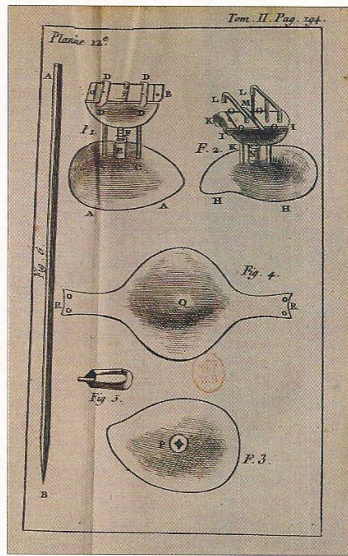
congénito de las FLP, diferenciando además causas traumáticas e infecciosas y destacando de nuevo las alteraciones fonéticas de los fisurados.

Amatus Lusitanos describió en 1560 un “verdadero” obturador palatino, constituido por una placa de oro perfectamente ajustada, que permitía ya una completa rehabilitación funcional de la malformación (5).

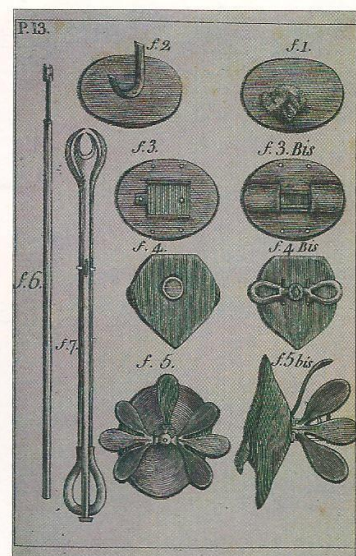
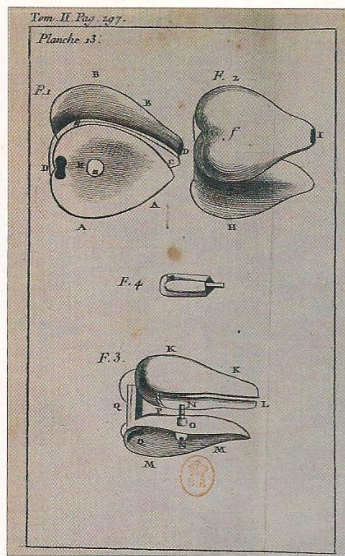
En su texto clásico publicado en 1587, Gaspare Tagliacozzi señala la importancia de suturar profundamente, y a distancia de los bordes de la fisura, con el fin de evitar la apertura prematura de la herida quirúrgica.

El siglo XVII se caracteriza por una cierta apatía en la cirugía fisuraria, origen de severo dolor y temibles complicaciones, especialmente en casos de sífilis, escorbuto y tuberculosis.

La importancia en las alteraciones de la succión y nutrición fue señalada por Fabricius de Aquapendente. Hendrik van Roonheijre recomendaría tratamiento quirúrgico precoz. Algunas décadas después, Johan Philip Hofmann presenta la primera ilustración de un “casquete” para la cabeza, similar a muchos dispositivos de utilización actual.



Obturadores de Bourdet (1757).



Obturadores de Gariot, del siglo XIX.

Al comenzar el siglo XVIII se desarrolla en Francia una audaz técnica quirúrgica de aproximación de la región palatina mediante colgajos regionales, mientras que Pierre Fauchard, una de las figuras más insignes de la historia de la Medicina, describe cinco sofisticados tipos de obturadores palatinos.

También los cirujanos de la América colonial y posrevolucionaria dieron ori-

gen a importantes avances. Anthony Yedall publica en el "Journal de Philadelphia", en 1775, un caso de fisura de labio tratada con éxito. Matthew Wilson describe distintas formas clínicas de fisura labial y Bourdet diseña, en 1777, un obturador palatino fijado con dispositivos intranasales y grapas. Ya en 1776 Siebold señalaría los defectos en la producción de los fonemas /z/, /b/, /s/ y /r/ en niños de tres años, afectados por FLP.

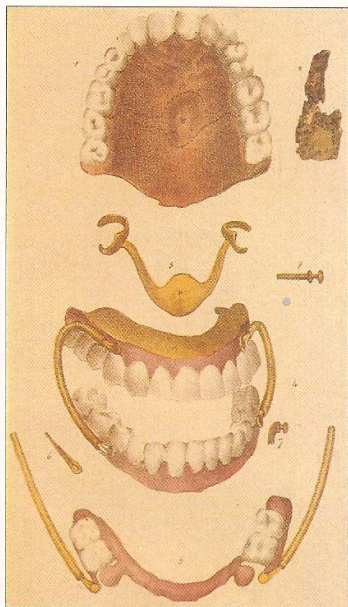
Como sería confirmado experimentalmente ciento cincuenta años después, Desault estableció, en 1789, un mecanismo ortopédico para el cierre espontáneo de las fisuras palatinas mediante tratamiento quirúrgico de fisuras labiales y presión externa.

En 1813 aparece la primera ilustración de una fisura labial en América, obra de Dorsey. Von Graefe, en 1816, y Rouse, en 1819, describieron una técnica de cierre para una fisura congénita de paladar blando, definida como "velosíntesis" en la tesis de graduación de John Stephenson, estudiante de Medicina y primer paciente de Rouse. Sin embargo, controversias triviales y acusaciones de plagio redujeron la significancia histórica de ambos (5, 7).

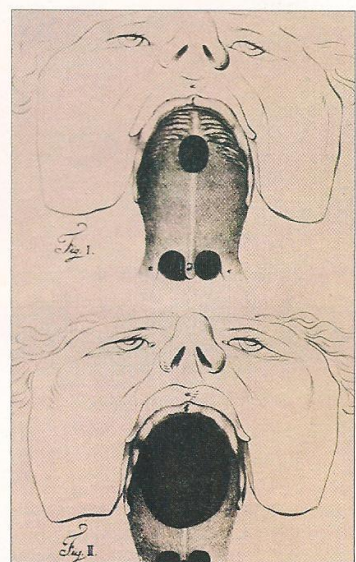
En 1829 John Collins Warren practicó en Boston con sus propios instrumentos el cierre del paladar blando seguido de la compresión de la pre-

xila, mediante las ligaduras realizadas por Isaac Cathrall. Esta técnica se vería continuada en Londres por Thomas Alcock, aplicando presión externa durante 60 días antes de proceder al cierre. Por ello, Cathrall y Warren son considerados pioneros de la moderna ortopedia maxilar.

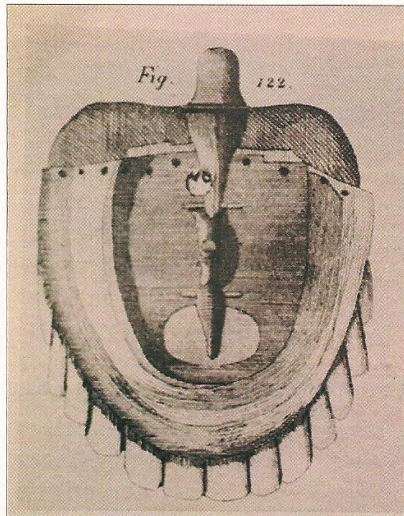
A lo largo de 1830 y 1840 surgen en Norteamérica importantes perfec-



Obturadores de Maury (1828).



Pierre Ballif publicó en 1826 este caso de perforación palatina por la esponja de un obturador.

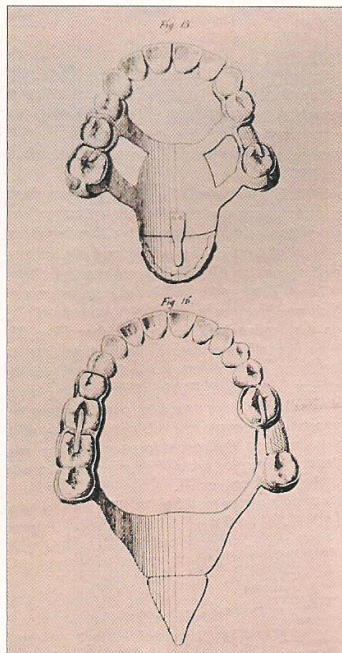


Obturador de Delabarre y dentadura completa superior (1820).

cionamientos de la técnica quirúrgica, como la separación de prolabio y nariz asociada a compresión, sección de la musculatura palatina para evitar recidiva tras la cirugía o perfeccionamiento de la técnica de colgajos regionales.

La era moderna en la cirugía de las fisuras labiales se inicia en 1844 mediante la introducción de incisiones transversales a la línea de fisura realizada por Miroult de Angers, completándose en el área palatina con los trabajos publicados por Von Langenbeck, en 1859 y 1861, utilizando colgajos mucoperiosticos, usado todavía en la actualidad con mínimas modificaciones. Sus primeros éxitos clínicos fueron publicados en 1861 mediante el uso de "anestesia por refrigeración", manteniendo hielo en el área palatina. La posterior aparición de la anestesia "general" con la introducción del cloroformo, permitió importantes mejoras técnicas y aumentó el éxito quirúrgico, ingresando ya en la época contemporánea del tratamiento de las FLP (5, 7, 10).

El análisis de los aspectos culturales de las FLP es extremadamente complejo, debido a que su percepción e interpretación muestra una gran variabilidad en función de la región geográfica, época y contexto cultural. También otros elementos como inteli-

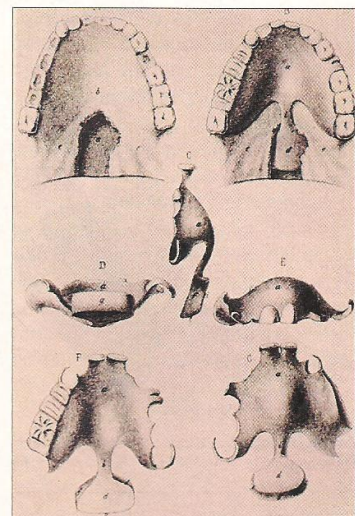


Obturador palatino de Alexis Schangé (1842).

gencia, motivación y personalidad son considerados hoy día de enorme importancia (11-13).

Las anomalías físicas son capaces de producir reacciones frecuentemente antagónicas, debido a su gran potencial místico y capacidad para modificar el orden social establecido. Para algunas culturas, el fisurado es considerado mensajero divino o signo de orgullo y distinción. Sin embargo, debido a sentimientos de culpa, remordimientos e interpretaciones trascendentes y fatalistas, comunes en todas las sociedades, estas anomalías son estigmatizadas con frecuencia (6, 9, 14), si bien con algunas notables excepciones. Existen interesantes investigaciones históricas, destacando individuos fisurados que obtuvieron notable éxito en sus vidas; Thomas Robert Malthus o Bruce Lowery, entre otros (10).

Los significados atribuidos históricamente a las malformaciones, y entre ellas a las FLP, pueden encuadrarse en dos categorías: los "dichos jocosos", que habitualmente buscan la burla y el escarnio, y las denominadas "teorías de señalamiento" o "marting",



Obturador del berlinés Süersen (1867).

mediante las que el padre o la madre son capaces de "marcar" al hijo en algún lugar visible.

La teoría de señalamiento más común era aquella en la que la madre, al pensar en un cierto objeto o animal, transmitía sus atributos a un hijo susceptible mediante un proceso similar al fotográfico, lo cual llevó a la redacción de una ley que prohibía la exhibición de conejos y liebres en zonas públicas. Es muy significativo el hecho de que puedan aceptarse las teorías de señalamiento sin entrar en conflicto con una explicación médica o que el concepto de algunas patologías pueda resultar emocional o cognitivamente inaceptable. En la mayoría de las culturas, la explicación de cualquier acontecimiento debe contener un nexo de sentimiento y no solamente de razón (6, 14).

Para el análisis de la actitud social y sanitaria ante una FLP, nuestra civilización occidental, característicamente monocultural y sanitariamente competente, que intenta una total rehabilitación del individuo fisurado en todos los casos, poco o nada puede aportar a nuestros objetivos (15, 16). Por ello, es necesario considerar otros grupos, entre los que destacamos a Israel, paradigma de sociedad multicultural, o Nigeria, representativa de una nación en desarrollo, cuyas características han sido profusamente estudiadas (17, 18).

Israel está compuesto por numerosos grupos étnicos, en su mayoría judíos europeos de origen occidental, judíos orientales y árabes.

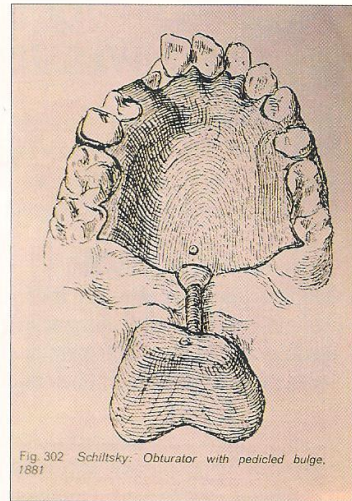
Los judíos europeos en Israel consideran las FLP una patología remediable y aspiran a la integración y normalización social, no siendo nunca causa de vergüenza o deshonor. Los orientales adoptan una postura pasiva, suponen al fisurado un minusválido permanente y no accesible a la rehabilitación. Los árabes, en íntima relación con su modelo de organización familiar, lo consideran objeto de protección, al ser física y espiritualmente deficiente (17).

Nigeria constituye un país donde la infraestructura sanitaria ha surgido recientemente, por lo que las enfermedades infecciosas constituyen todavía el principal problema de salud. El estudio de una serie de casos extraídos de archivos hospitalarios demuestra que una pequeña fisuración asegura la pobreza, siendo la limosna el único medio de supervivencia. Grandes malformaciones llevan a la muerte, debido al tradicional "método de lactancia", apoyando la boca del bebé sobre el pecho de la

madre mientras sus dedos cierran parcialmente las narinas. Los pobres cuidados que reciben estos pacientes, atendidos por herbalistas o curanderos tradicionales, que atribuyen la fisura a causas sobrenaturales, fuerzas diabólicas o espíritus, se debe a ignorancia, pobreza y escasas expectativas de vida (18). Numerosos autores han obtenido hallazgos similares en otras sociedades (1, 3, 19, 20).

Nuestra revisión histórica, resumida y, por tanto, en cierto modo parcial, aporta suficiente perspectiva para considerar distintas "escuelas" en la rehabilitación de pacientes fisurados. Debido a que en el momento actual existen medios para valorar los resultados postratamiento de un modo fiable, el método más válido es aquel que lleva a los mejores resultados con independencia de la técnica empleada. La luz que ofrece el análisis histórico de las FLP permite además abandonar nuestro inconsciente egoísmo crítico al utilizar y defender con vehemencia una única técnica.

En relación con los aspectos culturales, y en un contexto universal, esta alteración tan estigmatizada en el pasa-



Obturator palatino de Otto Schiltsky (Berlín, 1881).

do exige en el momento actual instaurar nuevos patrones educacionales, permitiendo una rehabilitación integral y multidisciplinaria del fisurado, para llegar a una aceptación total y óptima convivencia con la sociedad, la familia y consigo mismo. ■

Bibliografía

1. **Brosco HB.** Avaliação estética, psicológica, fonoaudiológica, pedagógica e social de portadores de fenda transforme incisivo unilateral. Tesis Doctoral, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de Sao Paulo, Brasil 1978.
2. **Orticochea M.** The harelippped King: a precolombian ceramic statue over 2000 years old. *Br J Plast Surg*, 1983; 36: 392-4.
3. **Clifford E.** Why are They so normal? *Cleft Palate J*, 1983; 20: 83-4.
4. **Noll JP.** The origin of the term "harelip". *Cleft Palate J*, 1983; 20: 169-71.
5. **Rogers BO.** History of cleft lip and palate treatment. En: Grabb WC et al. "Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects". Little and Brown. Boston, 1971, pp. 142-69.
6. **Crocker EC, Crocker C.** Some implications of superstitions and folk beliefs for counseling parents of children with cleft lip and cleft palate". *Cleft Palate J*, 1970; 7: 124-8.
7. **Walter JD.** More on Harelip (Letter). *Cleft Palate J*, 1984; 21: 44.
8. **Bhishagratna KK, citado por Rogers BO.** History of cleft lip and palate treatment. En: Grabb WC et al. "Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects". Little and Brown. Boston, 1971, pp. 142-69.
9. **Aguirre BG, Monasterio FO, Serrano RA.** Medicina y Magia. En: Grabb WC et al. "Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects". Little and Brown. Boston, 1971, pp. 130-41.
10. **Wright J, citado por Rogers BO.** History of cleft lip and palate treatment. En: Grabb WC et al. "Cleft lip and palate: surgical, dental and speech aspects". Little and Brown. Boston, 1971, pp. 170-9.
11. **Phillips J, Withaker LA.** The social effects of craniofacial deformity and its correction. *Cleft Palate J*, 1979; 16: 7-15.
12. **Pitanguy I, Talia F.** Nonopeated facial fissures in adults. *Plast Reconstr Surg* 1967; 39: 569.
13. **Oliveira V.** Aspectos psicossociales de las malformaciones labiopalatinas. Tesis Doctoral. Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesoes Labio-Palatais. Universidad de Sao Paulo, Brasil 1978.
14. **Clifford E.** Psychosocial aspects of orofacial anomalies: speculations in search of data. *Ascha Report* 1973; 8: 2-29.
15. **Peter JP et al.** Social aspects of cleft palate adults IV. Social Integration. *Cleft Palate J*, 1975; 12: 304-10.
16. **Phillips J, Whitaker LA.** The social effects of craniofacial deformity and its correction. *Cleft Palate J*, 1979; 16: 7-15.
17. **Strauss RP.** Culture, rehabilitation and facial birth defects: international cause studies. *Cleft Palate J*, 1985; 22: 56-62.
18. **Nwanze HO, Sowemino GO.** Maternal stress, superstition and communicative behavior with Nigerian cleft lip and palate children. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 1987; 21: 15-8.
19. **Starr P.** Cleft type, age and sex differences in teen-agers ratings of their own behavior, self esteem and attitude toward clefting. *Rehab Lit*, 1980; 41: 177-90.
20. **Peter JP et al.** Social aspects of cleft palate adults III. Vocational and economic aspects *Cleft Palate J*, 1975; 12: 193-9.