

**LABIO LEPORINO UNILATERAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

**UNILATERAL CLEFT LIP. SURGICAL TREATMENT**

**Pereira O\*, Esteche A\*\***

\*Programa volver a sonreír. Dirección de Salud Bucal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

\*Departamento de Odontología. Hospital nacional (Itauguá, Paraguay)

\*\*Programa Volver a Sonreír. Dirección de Salud Bucal. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Artículo recibido: 6 de Octubre de 2010 Aprobado: 26 de Octubre de 2010

**RESUMEN**

En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de 10 pacientes con Labio leporino unilateral y al mismo tiempo, el abordaje y corrección de la deformidad nasal presente en casi todos los casos. El tratamiento incluyó disecar delicadas estructuras anatómicas del labio y nariz para conseguir realinear elementos distorsionados y teniendo como meta conseguir una apariencia facial normal.

**Palabras Clave:** Labio leporino/cirugía, Labio/anomalías, nariz/anomalías, Rinoplastia Labio hendido, Nariz leporina, Fisura del paladar/cirugía, Paraguay

**ABSTRACT**

In this work we present our experience in the surgical treatment of patient with Unilateral Cleft Lip and also, at the same time, the approach and correction of the nasal deformity present in almost all the cases. The treatment includes to dissect delicate anatomical structures of the lip and nose and thus achieve a realignment of the distorted elements and to reach a normal facial appearance.

**Key Word:** Cleft Lip/surgery, Lip/abnormalities, Nose/abnormalities, Rhinoplasty, Cleft Palate Complete unilateral cleft lip, Paraguay

## INTRODUCCIÓN

El Labio leporino y la fisura de paladar son las más comunes anomalías congénitas craneofaciales tratadas por los cirujanos plásticos. En la población con estas afecciones, el diagnóstico más común es labio y paladar hendido en 46%, seguido por fisura palatina 33%, luego labio leporino unilateral en 21%. La mayoría de los labios leporinos bilaterales (86%) y unilaterales (68%) están asociadas con fisura palatina. Las fisuras unilaterales son nueve veces más frecuentes que las bilaterales y ocurre dos veces más frecuentemente en el lado izquierdo. Los varones predominan en la población de labio y paladar afectados. En mujeres predomina la fisura palatina aislada. En la población caucásica el labio leporino con o sin fisura palatina se presenta en 1 cada 1.000 nacidos vivos, en asiáticos 1 cada 2000 y en la población negra 1 cada 500 nacidos vivos<sup>1</sup>.

El Labio leporino se divide en unilateral y bilateral, es subdividido en completo cuando rompe la continuidad del piso narinario y arco alveolar e incompleto con comprometimiento del piso nasal o no<sup>1</sup>.

La reparación y unión de las partes blandas de la estructura labial es el tiempo más importante en la corrección del Labio leporino unilateral junto a su deformidad nasal<sup>2</sup>

El músculo orbicularis oris tiene una solución de continuidad que en su parte lateral está contraído con algunas fibras que corren a lo largo del margen hendido hacia la punta nasal., esta musculatura corre paralela al borde de la fisura y sigue una dirección craneal, está atrófica y se inserta medialmente en la base columelar y lateralmente en la base del ala nasal.

El cartílago alar del lado hendido está deprimido y cóncavo, y separado del contralateral lo que da una depresión y desplazamiento lateral de la punta nasal y se asocia a una caída de la narina; la columela y el septum están inclinados hacia el lado fisurado con la base desviada hacia el lado sano. (Fig.1, Fig. 2 y Fig.7)

Presentamos el tratamiento quirúrgico en un solo tiempo de 10 pacientes portadores de Labio leporino unilateral completo y de deformidad, y uno portador de Fisura labial unilateral incompleta.

Hay varias técnicas de reparación, las más usadas actualmente tienen en común el uso de un colgajo lateral para llenar el defecto<sup>3</sup>. En 1955 Millard describió el concepto de avanzar un colgajo lateral en la parte superior del labio combinado con una rotación hacia abajo del segmento medial. Esto preserva el Arco de Cupido y el filtrum y tiene la ventaja adicional de colocar la tensión del cierre en la base alar y promoviendo el mejor amoldamiento de los procesos alveolares subyacentes (Fig.3 y Fig.4). Se recomienda iniciar el cierre de la fisura labial y estructuras nasales a los 3 meses de edad. Nosotros lo hacemos a partir del cuarto mes de edad. Hay una regla clásica que se llama la de los diez: 10 semanas de vida, 10 gr. de hemoglobina, y 10 libras de peso.<sup>4</sup>

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se incluyeron pacientes remitidos al Hospital Nacional de Itauguá, procedentes de los Departamentos de Alto Paraguay. Todos los casos fueron intervenido previo consentimiento informado de sus padres o tutores. Fueron operados bajo anestesia general 10 niños de 4 meses a 2 años de edad con labio leporino unilateral completo y uno con labio leporino unilateral incompleto que no necesitó maniobra nasal. Los 10 niños con fisura labial unilateral completa presentaban deformidad nasal y se utilizó la técnica rotación-deslizamiento modificada de Millard II usada para fisura labial unilateral completa con maniobras quirúrgicas destinadas a repositonar el cartílago alar a su posición anatómica normal<sup>2</sup>. Se tomaron fotos del pre y postoperatorio y se realizó un seguimiento de 1 año<sup>5</sup>. Se muestran dos casos representativos de la técnica (Fig.6 Fig.7. y Fig.8 Fig. 9)

### **Técnica Quirúrgica**

Marcación según técnica de Millard modificada (Fig 2), cada caso con las variantes que requiere. Siempre reconstruimos el piso nasal en los labios completos.

Es importante liberar la musculatura orbicular que están con sus fibras verticalizadas que acompañan a la fisura, separamos músculo de la piel y de la mucosa y lo suturamos en posición horizontal normal, se realiza una incisión de relajamiento en el surco gíngivo-labial del lado comprometido para permitir mejor avance de los colgajos y se sutura la mucosa en sentido vertical que al final de la cirugía se realiza una zetaplastia para evitar tensión en la línea de sutura mucosa. Los colgajos cutáneos incididos son transpuestos, así, B'G se sutura a B'C y AG a DE (Fig 4). Los colgajos de mucosa del borde de la fisura son decorticados y movilizados en dirección a la línea media para dar más proyección al tubérculo mediano. Hacemos una pequeña incisión de 2 mm cerca del punto E para formar un pequeño colgajo que se encaja en el punto A y evita la continuidad en línea recta de la cicatriz de piel y mucosa.

La corrección de cartílagos alares se realiza antes de la transposición de los colgajos.<sup>6</sup>

Se realiza una incisión en mucosa del subseptum donde se inicia el pie del cartílago alar y sube hasta el domo del mismo sigue el borde caudal de la cruz lateral hasta su borde más externo, se divulsiona la mucosa con tijera roma delicada a lo largo de toda la incisión para exponer todo el cartílago alar distorsionado desde el domo hasta extremo lateral. La divulsión al final es supra-cartilaginosa, para exponer todo el cartílago alar. Finalmente, se colocan uno o dos puntos con hilos catgut crómico 5-0 o *vycril* 4-0 en los domos alares, quedando el nudo en la mucosa. Los puntos van de mucosa nasal a piel y retornan a mucosa donde se anuda. Este procedimiento va a enderezar la incurvación del cartílago alar y volverlo a su convexidad normal.

### **Postoperatorio**

De rutina usamos analgésicos y antibióticos. Los brazos deben ser mantenidos en extensión inmovilizando con férula los codos evitando que las manos traumatizen al labio operado. La curación de la herida operatoria puede hacerse una o dos veces al día con pomada

antibiótica (polimixina-bacitracina). Dieta: en nuestra rutina no prohibimos el uso de mamadera, porque los niños igual succionan.

Los puntos se retiran en una semana.

## **RESULTADOS**

Los resultados de estos 10 pacientes con fisura labial unilateral completa y deformidad nasal y uno con Labio leporino unilateral incompleto operados en el lapso de un año con seguimiento postoperatorio de un año nos muestran que la técnica de rotación-deslizamiento de Millard II modificada, utilizada correctamente, muestra muy pocas secuelas pues las cicatrices simulan las crestas del filtrum sin introducir colgajos o cicatrices en la región central del labio que podrían deformar el filtro (Fig. 6, Fig. 8). El aspecto postoperatorio se mantiene y las complicaciones citadas en la literatura médica tales como: dehiscencia, infección, tubérculo deficiente, deficiencia de bermellón e irregularidades, labio superior corto, labio superior largo, labio superior muy tenso, cicatrices desfavorables<sup>7</sup> son de fácil corrección y que en nuestra casuística no se presentaron.

## **DISCUSIÓN**

El tratamiento de la fisura labial unilateral completa y su componente de deformidad nasal es bastante complejo, exige del cirujano una técnica depurada para lograr una corrección lo más cercana posible a la normal.

La técnica Millard II modificada de rotación-deslizamiento para Fisura labial unilateral completa para estos 10 pacientes<sup>8</sup> y uno con Fisura labial unilateral incompleta sin comprometimiento nasal descrita más arriba es sencilla y tiene una curva de aprendizaje rápida con buenos resultados a corto y largo plazos combinando al mismo tiempo la corrección del cartílago nasal incurvado y caído<sup>2, 9</sup> hacia el lado fisurado. Esta corrección simultánea del labio hendido unilateral completo y del ala nasal evitan manipulaciones quirúrgicas posteriores de esta área muy sensible y delicada que se halla en continuo crecimiento de partes blandas y óseas en el niño y se prolonga hasta los 15 o 16 años. La cirugía correctiva del lado fisurado se realiza a los 4 meses de edad de modo a garantizar la convexidad del arco alveolar que en conjunto con las otras áreas circundantes facilita la proyección del tercio medio de la cara y evita la apariencia facial hundida.

## **CONCLUSIÓN**

El tratamiento quirúrgico de la Fisura labial unilateral completa y su componente de deformidad nasal aquí presentados para corrección en estos diez pacientes según técnica arriba descrita es versátil, de fácil ejecución, siguiendo estrictamente paso a paso los tiempos quirúrgicos de rotación-deslizamiento de colgajos en labio y corrección del cartílago alar nasal incurvado, caído y desviado con buenos resultados a corto, mediano y largo plazos.

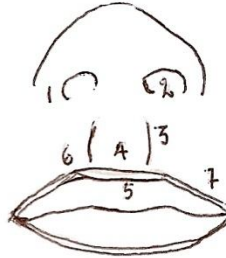


Fig.1: Labio normal: 1.base alar. 2.narina. 3.columna del filtrum. 4.depresión del filtrum. 5.tubérculo bermellón. 6. arco de Cupido

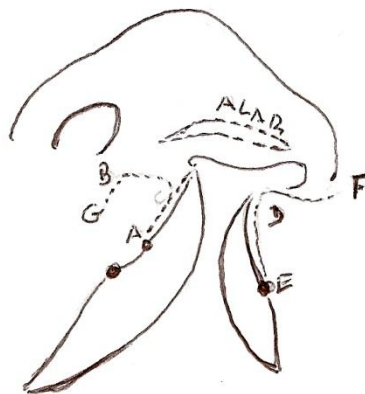


Fig.2 Marcación de la técnica de Millard II

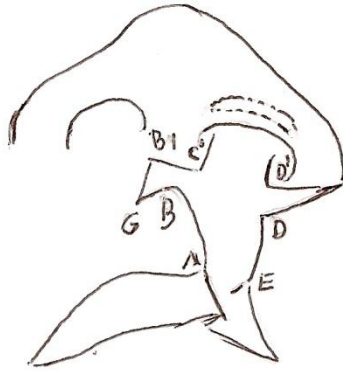


Fig.3 Colgajos para rotación B`G a B`C y AG a DE.

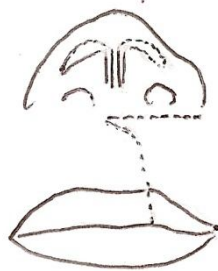


Fig.4. Técnica de rotación-deslizamiento terminada



Fig.5 Preoperatorio de Labio Leporino Incompleto



Fig.6.Postoperatorio de 1 año



Fig 7 Labio Leporino Unilateral Completo y Nariz Leporina



Fig 8. 1 año de postoperatorio

## **AGRADECIMIENTOS:**

Dra. Esperanza Martínez (Ministra de Salud), Dr. Edgar Giménez Caballero (Vice Ministro de Salud), Dra. Concepción Giménez (Directora, Programa de Salud Bucodental), Dra. Guadalupe Idoyaga, Dr. Félix Ayala (Director Hospital Nacional de Itauguá)

Equipo de trabajo: Dr. Orlando Pereira, Dra. Raquel Riveros, Dra. Gladys Insaurralde, Dra. Bettina Elizeche, Dra. Rosalía Mendoza.

Equipo de anestesiista y de enfermería.

Apoyo técnico: Sonia Raquel Sánchez

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Hopper R, Cutting C, Grayson B. In: Grab W. Grabb and Smith`s Plastic Surgery,6<sup>a</sup> Ed., New York, Lippincott Williamns and Wilkins,2007, p.200-205.
- 2 . McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 15-year review and a new treatment plan. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86:882
3. Brauer RO, Cronin TD. The Tennison lip repair revisited. *Plast Reconstr Surg.* 1983;71:633
- 4 .Millard DR. Refinements in rotation-advancement cleft lip technique. *Plast Reconstr Surg.* 1964;33:26
5. Millard D.R. Extensions of a rotation advancemet principle for wide unilateral cleft lips. *Plast.Reconstr.Surg.* 1968, 42:536
6. Salyer K ; Rozen S ; Genecov E; Genecov D. *Seminars in Plastic Surgery* 2005;19 (4): 313-328
- 7 Hopper R, Citting C, Grayson B. In: Grab, W. Grabb and Smith`s Plastic Surgery,6<sup>a</sup>Ed, New York, Lippincott Williamns and Wilkins,2007, p.222-223
- 8.Millard R. Cleft craft. The evolution of its surgery Vol I Unilateral deformities, Boston, Little, Brown & Co., 1976 p.470
9. Dibbell D. Cleft lip nasal reconstruction: correcting the classic unilateral defect. *Plast Reconstr Surg.* 1982; 69:264.

Correo Electrónico: cocopereira@yahoo.com

---