

CASO CLINICO

Labio leporino bilateral: tratamiento quirúrgico

Bilateral cleft lip: surgical treatment

Dr. Pereira, Orlando⁽¹⁾, Dr. Esteche, Atilio⁽¹⁾.

1. Programa de Salud Bucodental. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. SPACPRE(www.cirurgioplastica.org.py). Asunción, Paraguay

RESUMEN

En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de un paciente con Labio Leporino Bilateral con seguimiento postoperatorio de 3 años. El tratamiento incluye diseccionar delicadas estructuras anatómicas labiales y realinear elementos distorsionados y teniendo como meta conseguir una apariencia facial y succión normales.

Palabras clave: Labio leporino Bilateral, Cirugía de Labio leporino, Cirugía Reconstructiva, Paraguay.

ABSTRACT

In this paper we present our experience in the surgical treatment of a patient with Bilateral Cleft Lip with 3 years of postoperative control. The treatment includes to dissect delicate anatomical structures of the lip and thus achieve a realignment of the distorted elements and to reach a normal facial appearance and mouth suction.

Key word: Bilateral Cleft Lip, Cleft Lip surgery, Reconstructive surgery of the lips, Paraguay.

INTRODUCCION

El Labio leporino y la fisura de paladar representan las anomalías congénitas craneo-faciales más comunes 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 hendidos mientras que en mujeres predomina la fisura palatina aislada. En la población caucásica el labio leporino con o sin fisura palatina se presenta 1 en cada 1.000 nacidos vivos, en asiáticos 1 cada 2000 y en la población negra 1 cada 500 nacidos vivos¹

El Labio Leporino se divide en unilateral y bilateral y se subdivide en completo cuando hay una solución de continuidad en el piso nasal y arco alveolar, e incompleto con comprometimiento del piso nasal o no¹.

La reparación y unión de las partes blandas de la estructura labial es el tiempo más importante en la corrección del Labio Leporino Bilateral junto a su deformidad nasal² La fisura labial bilateral se caracteriza por la premaxila prominente (fig. 1) y una falta de conexión de la misma con los arcos laterales alveolares y palatinos.



Fig. 1: Preoperatorio de Fisura Labial Bilateral Completa

El prolabio o premaxila carece de músculo orbicularis oris, el labio tiene una doble solución de continuidad y en sus márgenes laterales el músculo está contraído con 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, y se inserta lateralmente en la base del ala nasal.

Ambos cartílagos alares están deprimidos y separados del contralateral lo que da una depresión y desplazamiento caudal de la punta nasal y se asocia a una caída de las narinas; la columela en la mayoría de los casos es muy corta.

Presentamos el tratamiento quirúrgico de las fisuras labiales en un solo tiempo a un paciente portador de Labio Leporino Bilateral completo y fisura palatina completa. Utilizamos la técnica de Millard con algunas modificaciones y consiste en avance y rotación de ambos colgajos laterales uniéndolos al prolabio para cerrar los defectos. En 1955, Millard describió esta maniobra quirúrgica de avanzar colgajos laterales. Recreamos el Arco de Cupido y los filtros labiales y permite el amoldamiento de los procesos alveolares subyacentes. Se recomienda iniciar el cierre de la fisura labial y estructuras nasales a los 5-6 meses de edad,^{3,4,5} (Fig.2 y Fig.3).

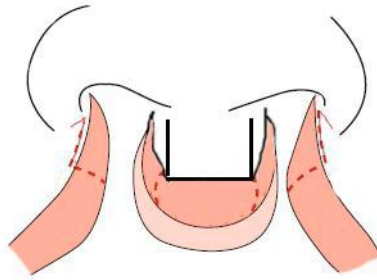


Fig.2: Técnica de Millard, marcación para corrección de Fisura Labial Bilateral

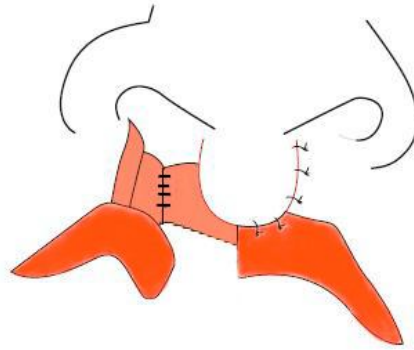


Fig.3: Reconstrucción de piso nasal con mucosa labial.

MATERIAL Y METODO

El paciente portador de fisura labial bilateral completa y fisura palatina completa fue operado bajo anestesia general con 4 meses de edad realizándose cierre de fisura labial bilateral. Se tomaron fotos del pre y postoperatorio y se realizó un seguimiento de 3 años. Se muestra el caso representativo de la técnica. (fig. 4 y 5).



Fig. 4: Postoperatorio 18 meses de Fisura Labial Bilateral Completa



Foto 5: Postoperatorio 3 años Fisura Labial Bilateral Completa

Técnica Quirúrgica

Se marca el arco de Cupido y ambos filtros que simule un rectángulo en la piel del prolabio. Las líneas verticales del rectángulo se prolongan distalmente hacia el bermellón. Se marcan los colgajos laterales desde la base nasal cuya longitud es igual a la altura del flitro se prolonga medialmente la marcación sobre el bermellón teniendo en cuenta la mucosa seca y húmeda. Hemos modificado la técnica de Millard acortando la longitud de la marcación en el reborde de las alas nasales.(Fig.2)

Se realizan las incisiones en las marcas creando ambos pisos nasales (Fig. 3) utilizando mucosa de bermellón y de prolabio.(Fig. 6).

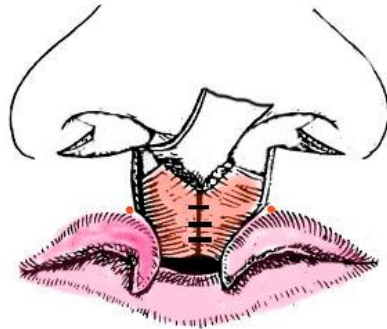


Fig. 6: Miorrafia de músculo orbicularis oris, y disminución de longitud de la marcación de la base de alas nasales, colgajos de bermellón listos para rotación y avance medial.

Luego se disecan ambos músculos orbiculares uniéndolos a la línea media. Cuando la premaxila (prolabio) es muy prominente la disección vestibular la prolongamos hasta la tuberosidad del malar para lograr un mejor afrontamiento de los colgajos laterales de piel y mucosa vestibular recreando el arco de Cupido y ambos filtros evitando la tensión y así una dehiscencia.

Postoperatorio

El paciente deberá permanecer en decúbito lateral en las primeras horas para permitir que las secreciones oro-faríngeas drenen al exterior evitando su aspiración. De rutina usamos analgésicos y antibióticos. Los brazos deben ser mantenidos en extensión inmovilizando con férula los codos evitando que las manos traumaticen al labio operado. La curación de la herida operatoria puede hacerse una o dos veces al día con suero fisiológico y pomada con antibiótico. Los puntos se retiran en una semana.

RESULTADOS

El resultado de esta paciente con Fisura labial bilateral completa con seguimiento postoperatorio de 3 años nos muestra que la técnica de Millard utilizada correctamente deja pocas secuelas y las cicatrices simulan las crestas del filtrum sin introducir colgajos o cicatrices en la región central del labio (fig. 5).

La miorrafia de los extremos del músculo orbicularis oris, que están ausentes en el prolabio se realiza en la línea media entre mucosa y la piel de los filtros, este paso es muy importante pues su función es restaurar la succión y actúa llevando hacia atrás la premaxila facilitando el alineamiento de las estructuras y favoreciendo el tratamiento ortodóncico⁸.

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, largo, o muy tenso, cicatrices desfavorables⁷ no las hemos tenido.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la Fisura labial Bilateral Completa según técnica de Millard^{4,5,6} de rotación-deslizamiento con nuestra modificación de disminuir la longitud de la marcación en la base del ala nasal evita secuelas cicatriciales que a veces son difíciles de eliminar. El alineamiento de la mucosa labial seca y húmeda es muy importante para un buen resultado final. La técnica es sencilla y tiene una curva de aprendizaje rápida con buenos resultados a corto y largo plazos.⁷⁻¹⁰

CONCLUSION

El tratamiento quirúrgico de la Fisura Labial Bilateral Completa descrita es versátil, de fácil ejecución siguiendo estrictamente los tiempos quirúrgicos de rotación-deslizamiento de los colgajos.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Esperanza Martínez. Ministra de Salud Pública y Bienestar Social, Dra. Raquel Escobar. Vice Ministra de Salud, Dra. Concepción Giménez. Directora, Programa de Salud Bucodental, Dra. Guadalupe Idoyaga, Dr. Hugo Arza. Director General. 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

1. Hopper, R; Cutting, C, and Grayson, B., In: *Grab, W. Grabb and Smith's Plastic Surgery*, 6^a Ed., New York, Lippincott Williams 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. Stark, S., A new classification for cleft lip and palate *Plast. Reconstr. Surg.*, 1958, 22:435
6. Ortiz-Posadas, M., Vega-Alvarado, L., A new approach to classify cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 2001, 38: 6
7. Salyer, K.; Rozen, S.; Genecov, E.; and Genecov, D. *Seminars in Plastic Surgery*, Vol. 19, Number 4, 2005, p.313-328,
8. Hopper, R; Cutting, C, and Grayson, B., In: *Grab, W. Grabb and Smith's Plastic Surgery*, 6^a Ed, New York, Lippincott Williams and Wilkins, 2007, p.222-223.
9. Millard, R., *Cleft craft. The evolution of its surgery*, Vol I Unilateral deformities, Boston, Little, Brown & Co., 1976 p.470-.

10. Cronin, T., Upton, J., Lengthening of the short columella associated with bilateral cleft lip. *AnnPlast. Surg.* 1978, 1: 75

Correo Electrónico: cocopereira@yahoo.com