

FISURA LABIO PALATINA (FLP)

Zambrana Mendoza Oscar Celso ¹

RESUMEN

La fisura labiopalatina es una de las alteraciones congénitas más frecuentes en el macizo craneal, que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino y en el grupo de personas que tienen antecedentes de cuadros similares en la familia.

Esta lesión que puede ser uni o bilateral, afecta en forma sobresaliente la calidad de vida de los sujetos que la padecen, llevando a alteraciones respiratorias, fonatorias y masticatorias de acuerdo a la severidad de la lesión. Sin embargo lo que más afecta al paciente portador del cuadro, es la severa alteración estética que representa, por lo que el tratamiento quirúrgico es una indicación absoluta en esta enfermedad.

La evolución de la cirugía ha permitido a este grupo de personas poder contar con una reparación y rehabilitación a edades tempranas, facilitando de esta manera el desarrollo funcional y psicológico de la afección.

PALABRAS CLAVES

Fisura labiopalatina, hendidura palatina, fisura labial

INTRODUCCION

La fisura labiopalatina es una de las lesiones craneofaciales más frecuentes encontradas en la literatura mundial, ocupando el cuarto lugar de los problemas de salud en estomatología, que se producen por alteración en la fusión de los mamelones embrionarios del maxilar superior entre la cuarta y octava semana de vida intrauterina.^{1,3}

La fisura labiopalatina, con su componente el labio fisurado palatino es más frecuente en el sexo masculino, mientras la fisura palatina

es más frecuente en mujeres, encontrándose además de estas lesiones, otras malformaciones asociadas con el cuadro.

La fisura o hendidura labio palatina tiene una incidencia aproximada de 1,5% sobre 1000 nacimientos, con variaciones porcentuales dependientes de cada país. Esta lesión se presenta como un defecto del desarrollo de los procesos embriológicos y es una combinación de hendidura del paladar y defectos del maxilar. El paladar fisurado está caracterizado por ser un defecto que afecta generalmente al labio superior cerca del 75%-80% de los labios, son con mayor frecuencia unilaterales, siendo el lado izquierdo el más afectado.^{7,9}

ETIOLOGIA DE LA FISURA LABIOPALATINA

A esta entidad se le ha atribuido diferentes causas como los factores:

- a) *genéticos*: como uno de los factores de origen genético sería el síndrome de Patau (anomalía congénita del cromosoma 13) que se caracteriza por múltiples anomalías como el labio y paladar hendidos, polidactilia que es una alteración caracterizada por la presencia de un número superior a lo normal de dedos en la mano o en el pie, como también los defectos oculares y la sordera los portadores de este síndrome. Estudios epidemiológicos muestran mayor predisposición de desarrollar la enfermedad en pacientes con antecedentes de historia familiar del cuadro. La herencia es considerada como el factor más importante llegando a constituirse en el 40,5% de fisuralabiopalatina, del mismo modo que la edad gestacional de la madre, aumentando el riesgo de FLP en mujeres gestantes mayores a los 39 años de edad.¹ En estudios epidemiológicos realizados en España, se observó que la presencia de FLP es mayor en personas portadoras de grupo sanguíneo ORh+.²

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

- b) *ambientales*: se menciona que madres gestantes que habitan en alturas superiores a los 3500 metros sobre el nivel del mar son más propensas a tener hijos con fisuras esto a causa de la disminución de proteínas plasmáticas y a la hipoxia crónica de las madres que habitan en el altiplano. Del mismo modo otro tipo de factores ambientales como el consumo de alcohol y tabaco durante la gestación, así como habitantes de áreas polucionadas.¹
- c)
- d) *nutricionales*; observados en madres gestantes en las cuales el déficit de proteínas de origen animal y suplementos vitamínicos y minerales aparentemente podrían condicionar a la aparición de la enfermedad.
- e) *enfermedades maternas*: la presencia de hipertensión arterial crónica y fenómenos hiperglucémicos con el embarazo aparentemente se relacionan a mayor predisposición de parición de FLP

En la teoría clásica de presencia de falta de soldadura de los mamalones faciales, que es considerada una de las más aceptables sobre esta patología. Veau sostiene que el defecto se debe a la falta de proliferación del tejido mesenquimático en la membrana buconasal o de Hoshstetter y que por este mecanismo tiene la persistencia del llamado muro epitelial que dificulta la correcta formación labiopalatina.⁹

La fisura en el labio superior comprende la pérdida importante del complejo muscular del orbicular de los labios que ejerce la función de esfínter. Las partes en desarrollo del maxilar fisurado sufren un cambio de posición para acentuar la fisura del reborde alveolar observándose en el momento del nacimiento. En todas las fisuras amplias del labio existe un defecto de la nariz que va desde una leve asimetría como los defectos de ausencia del piso de la nariz como y la gran deformidad del ala nasal y del tabique.⁶

CLASIFICACION DE LA FISURA LABIOPALATINA

Para la clasificación de fisura labiopalatina, se debe tener en cuenta, no solo los elementos anatómicos donde se encuentra la lesión, sino también la severidad de la fisura que orientará al tipo de manejo quirúrgico a desarrollar.

De acuerdo a la confederación internacional de cirugía plástica, la FLP se clasifica en:

GRUPO 1: fisura del paladar anterior y primario:

- a. Labio derecho, labio izquierdo o ambos
- b. Proceso alveolar derecho, proceso alveolar izquierdo ambos.

GRUPO 2: fisuras del paladar anterior y posterior (primario y secundario)

- a. Labio derecho, labio izquierdo o ambos
- b. Proceso alveolar derecho, proceso alveolar izquierdo ambos.
- c. Paladar duro derecho, paladar duro izquierdo o ambos
- d. Paladar blando medial

GRUPO 3: fisuras del paladar posterior o secundario:

- a. Paladar duro derecho, paladar duro izquierdo o ambos.
- b. Paladar blando medial

La clasificación de Ortiz Posadas plantea tres componentes basándose en la deficiencia vertical u horizontal de los tejidos, profundidad de la lesión, integridad de planos anatómicos cercanos, grosor del labio, etc. La clasificación funcional de severidad propuesta por Rossell- Perry⁴ que considera 4 componentes básicos:

- a) **Nasal**: la evaluación de este componente en fisuras *unilaterales* se organiza en:
 - a. Leve, con desplazamiento horizontal hacia fuera de la punta y ala nasal en el lado fisurado, asociado a desplazamiento leve inferior, no más allá del piso nasal sano.
 - b. Moderado, con desplazamiento en los ejes horizontal y vertical hacia abajo por debajo del piso nasal del lado lesionado, con un

componente septal con desvío leve a moderado.

- c. Severo, con desplazamiento en 3 ejes, horizontal, vertical y posterior de la punta y ala nasal del lado fisurado.

En fisuras *bilaterales* donde existe falta de proyección en la punta nasal y donde se considera a la columela con un valor equivalente a los dos tercios de la altura nasal, pueden ser:

- a. Leve, con columela con longitud entre un tercio y dos tercios de la altura nasal.
- b. Moderado, con columela que llega a medir hasta un tercio de la altura nasal
- c. Severo, donde la columela es casi inexistente, las cruras mediales de los cartílagos alares están hacia afuera formando parte de las alas nasales.

b) **Labial;** la evaluación de éste componente en fisuras *unilaterales* se orienta tomando el arco de Cupido como referencia para determinar el ángulo de rotación que normalmente es de 30°. De este modo se cataloga la severidad en:

- a. Leve, cuando el arco de rotación del arco de Cupido es igual o menor de 30°, lo que indica deficiencia menor de tejidos en sentido vertical.
- b. Severo, cuando el ángulo de rotación es mayor a 30°, con deficiencia mayor de tejidos en sentido vertical
- c.

En fisuras *bilaterales* se relaciona la altura del prolabio en:

- a. Leve, cuando la altura del prolabio es de dos tercios o más de la altura del segmento lateral
- b. Moderado, la altura del prolabio es entre un tercio y dos tercios de la altura del segmento lateral.
- c. Severo, donde la altura del prolabio es un tercio o menos de la altura del segmento lateral

c) **Palatino primario,** en fisuras unilaterales es definido por la distancia

de los bordes de la fisura labial, considerándose fisura :

- a. Leve cuando la distancia de la misma es de 0-5 mm
- b. Moderada cuando la distancia es de 5-15 mm
- c. Severa cuando es mayor a 15 mm

d) **Palatino secundario** en fisuras unilaterales es estimada entre la proporción del ancho de la fisura y de los segmentos palatinos, donde X es el ancho de la fisura, tomado a nivel de la unión del paladar duro y blando, Y diámetro de cada segmento palatino. De este modo la severidad de la fisura es:

- a. Leve con proporción menor a 0,20
- b. Moderado con proporción entre 0,20 a 0,40
- c. Severo con proporción mayor a 0,40

TECNICA QUIRURGICA EN FLP

Los procedimientos quirúrgicos para la corrección de la fisura labial son electivos y requiere que el niño tenga un estado de salud óptimo, se considera con aprobación de muchos cirujanos la regla de los 10, que consiste en que el niño tenga 10 semanas de vida, 10 libras de peso y 10 gramos de hemoglobina.(Coifman 2007)

En los casos de fisura labiopalatina se recomienda la **técnica de Millard** ya que proporciona un resultado estético satisfactorio puesto que la incisión labial sigue el contorno del margen del filtrum lo que disimula la cicatriz y el colgajo del triangular superior al rotar y avanzarlo lateralmente, mejora el contorno del ala de la nariz y evita la contracción lineal superior, se contraindica la técnica en los casos de fisuras amplias que provoquen una fuerza de tensión muscular mayor, ya que la incisión lineal labial en la línea mucocutánea puede contraerse deformando el pico labial.(Kimura 1995)

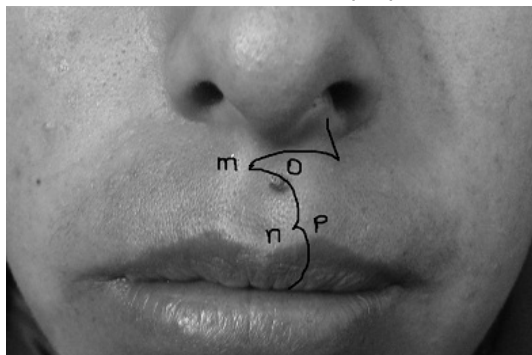
Para ésta técnica "se marca punto medio en el tubérculo del bermellón y el punto de arco de Cupido del lado se traslada al lado

enfermo¹. Se realiza la incisión interna desde la línea mucocutánea en el extremo del arco de Cupido, hacia el piso de la nariz, a continuación se traza una incisión que desde el extremo inferior de la incisión anterior se dirija hacia arriba dibujando una suave curvatura cuya concavidad se dirija hacia la dirección inferior y sobrepase ligeramente la línea media, colocándose ligeramente por debajo de la columela. La longitud de esta incisión está en función de la hipoplasia del labio y se puede extender hasta que la vertiente interna pueda descender rotando hasta colocarse sin esfuerzo ni tensión en su posición normal quedando una incisión de colgajo superior con la base por debajo de la columela que contribuirá a formar el piso de la nariz" (Kimura 1995)

La incisión del lado externo se efectúa desde el piso de la nariz hacia abajo hasta llegar a la línea mucocutánea y desde allí hacia afuera hasta lograr que la distancia (m) y (n) sea igual a (o) y (p) se continúa posteriormente trazando la horizontal desde el punto o hasta la base de la nariz, rodeando el ala de la nariz (imagen 1). (Kimura 1995) Estas incisiones delimitan un colgajo triangular, cuyo vértice se lleva a la brecha que abre el descenso del colgajo tallando el vértice interno. Es decir que se entrecruzan los colgajos de manera tal que se suturan con (o) y (n) con el punto (p), el desplazamiento de (o) hacia la línea media produce rotación del ala de la nariz hacia la buena posición en la línea media " (imagen 1) (Kimura 1995).

Imagen 1

Fuente: Elaboración propia



Luego de afrontar los colgajos, se procede a la unión de los tejidos por planos desde la

mucosa interna del labio, seguido por el plano muscular y finalmente la piel (Takamura), no hay duda que la rotación y el avance de los tejidos movilizados para luego ser suturados lo que permite un reordenamiento de la anatomía del labio la columela centrada determina la correcta formación de la fosa nasal del labio fisurado (Coiffman 2007).

Cuando la fisura unilateral es excesivamente abierta lo primero que se debe realizar es la movilización de entrada del cartílago del ala de la nariz debido a que éste siempre se presenta deprimido, luego debemos tallar el colgajo en forma cuadrangular antes que triangular terminando en el suelo de la nariz, también es necesario tallar un pequeño colgajo en la línea roja a nivel del arco de Cupido. (Coiffman 2007).

Se hace indispensable separar los tres planos que son piel el musculo y la mucosa para suturarlos de manera separada y sin tensión, debe revisarse la hemostasia y luego aplicar las suturas empezando con hilo vicryl 4/0 después el plano muscular con el mismo material para finalizar la piel se debe suturar utilizando hilo nylon 5 o 6/0. (Coiffman 2007)

La **palatorrafia tipo Furlow** que revolucionó la cirugía del paladar, tiene una gran ventaja porque alarga todas las capas del paladar blando, sin embargo tiene algunas limitantes como por ejemplo la superposición no anatómica del musculo palatofaríngeo y del elevador de la línea media y de la mala orientación del músculo de la úvula que tendrían defectos perjudiciales sobre la función del paladar (Coiffman 2007).

En las hendiduras muy grandes se necesita movilizar el tejido del paladar hacia la línea media y la z-plastia no tiene los efectos de alargue del paladar necesarios, entonces se recomienda utilizar la palatorrafia tipo Furlow en las fisuras pequeñas para reparar el paladar fisurado submucucoso y hendiduras pequeñas de una longitud de menos de 10 mm.⁵

Para Luis Hernando Bermudez en la palatoplastia de colgajos donde las fisuras mayores de 9mm en las que la técnica de Furlow es inadecuada, recomienda utilizar la

técnica de tres o cuatro colgajos de Oxford Bardach teniendo estos puntos claves durante la reparación del paladar bilateral.⁵

1. En hendiduras amplias se encuentra un déficit de tejido en todos los sentidos, es ingenuo pretender que el paladar se alarga hacia atrás a expensas de un acortamiento horizontal (Coiffman 2007)
2. Para lograr un alargamiento del paladar se disecan los colgajos mucoperiosticos palatinos hasta atrás, rodeando por completo la arteria palatina posterior para que de ese modo se puedan movilizar los colgajos libremente (Coiffman 2007)
3. Si se deja la mucosa nasal intacta no se logra desplazar la hamaca muscular. Es recomendable siempre cortar la mucosa nasal en bloque con los músculos liberándolos del paladar duro, de esa manera el paladar se va hacia atrás (Coiffman 2007).
4. En las hendiduras como las de una fractura del hamulus se quita la tensión a la sutura en la línea media reduciendo el riesgo de la dehiscencia y no tiene ningún efecto negativo. (Coiffman 2007).
5. Lo importante es crear una hamaca de músculo que mantiene traccionada hacia atrás el velo del paladar, disecar ampliamente los músculos para reorientarlos ha probado no ser beneficioso, en cambio se ha probado que esa disección deja una cicatriz dentro del paladar mismo y hace que si se quiere llevar un Furlow en un segundo tiempo sea más difícil y con menos posibilidades de éxito. Teniendo en cuenta que un paciente con una hendidura amplia tiene más posibilidades de desarrollar una incompetencia velo faríngea son mucho más altas que las de un paciente que tiene una hendidura estrecha. (Coiffman 2007)
6. Al deslizar el paladar hacia atrás hay un riesgo alto de fístulas en la parte anterior del paladar las cuales son muy difíciles de corregir en el futuro. Para evitar las fístulas se recomienda un cierre cuidadoso con colgajos de vómer en la parte más anterior. (Coiffman 2007)

BIBLIOGRAFIA

1. Siré Gómez A., Albornoz López del Castillo C., Crespo Guerra M., Vergara Predia L. Consideraciones etiológicas sobre la fisura labiopalatina. Archivo Médico de Camaguey 1998;2(2):1-143.
2. Carrazana M.A., Díaz Ruis Y., Medina Jiménez D. Características psicológicas de los pacientes con fisura labio-palatina en Villa Clara. Facultad de estomatología. URLO disponible N <http://www.16deabril.sld.cu/rev/239/02.html>. Fecha de acceso: 16 de noviembre del 2011.
3. Laskaris George. patologías bucales en niños y adolescentes. 1edición. actualidades medico odontológicas. Mexico. 2001;36,38
4. Abramovich Abraham. Embriología de la región maxilofacial. 3 edición: Panamericana. Mundi. Buenos Aires. 1998 ; 147,148
5. Sepúlveda Troncoso G., Palomino Zúñiga H., Cortés Araya J.. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2011 Nov 17]; 30(1): 17-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582008000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-05582008000100002>. Fecha de acceso 16 de noviembre del 2011.
6. Kimura Fujikami T. Atlas de cirugía ortognatica maxilofacial pediátrica. 1edición: Amolca. Venezuela 1995;64-72 .
7. Rossell Perry P. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa outreach surgical center Lima Perú. Acta Med per. 2006;23(2):59-66 URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a03.pdf>. Fecha de acceso 16 de noviembre del 2011.
8. Coiffman F. Cirugía plástica. reconstructiva y estética: tomo3. Cirugía bucal, maxilar y cráneo orbitofacial .3 edición. Amolca. Colombia. 2007; 2250-2260,2275-2281