

REPARACIÓN DEL LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO

Donaire Vásquez Vania Pamela¹
Flores Mayta Isabel Guadalupe²

RESUMEN

Entre las anomalías maxilofaciales más usuales se presentan: el labio fisurado (Queilosquisis) y el paladar hendido (Palatoquisis).

A partir de la sexta semana de vida intrauterina se profundizan las placodas olfatorias y se concretan los mamelones nasales internos y externos, en la séptima semana se forman los procesos palatinos cerrando el paladar posterior si dicho desarrollo; no sigue su curso, existirá lesión labio-alveolo-palatina, lesión que puede ser reparadas mediante cirugía.

La reparación labio-alveolo-palatina consiste en intervenciones quirúrgicas para: cerrar la abertura del labio superior, paladar duro y tejido blando del sector posterior de la boca, mediante cirugías separadas o realizadas al mismo tiempo. Para efectuar éste procedimiento el cirujano realizará una incisión desde el labio hasta el orificio nasal, usando suturas para cerrar las dos partes separadas. Las incisiones de paladar hendido se efectuarán en los dos lados de la hendidura en la que se utilizarán técnicas como: injertos de hueso o colgajos especiales para mover el paladar duro y blando.

PALABRAS CLAVES

Queilosquisis, Palatoquisis, Periostoplastia

ETIOPATOGENIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

El periodo de desarrollo en la fusión de los mamelones faciales está dispuesto de manera secuencial y sucesiva. La fisura labio alveolo palatina en un 30% de los casos

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA
² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

se deben a factores genéticos, además de factores tóxicos como el uso durante la gestación de fármacos anticonvulsivos, alcohol y/o tabaco. Se mencionan igualmente a los factores Nutricionales como el consumo deficiente de ácido fólico y consumo excesivo de vitamina A ya que provoca no solo esta malformación si no otro tipo de anomalías. Los factores infecciosos como sífilis, SIDA y los factores ambientales como: el uso de fertilizantes, disolventes orgánicos y drogas ilegales como cocaína, heroína, etc.

Debido a los factores ya mencionados, las malformaciones se presentan por la falta de unión de los mamelones, por ausencia de su mesodermización o consolidación remodeladora, éste cuadro se puede presentar también por un crecimiento descompensado de algunos de los procesos maxilofaciales.¹⁻²⁻³⁻⁴

CLASIFICACIÓN DEL LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO

De acuerdo a Millard o Byrd esta malformación puede dividirse en:

- Labio fisurado cicatricial
- Labio fisurado unilateral
- Labio fisurado unilateral con fisura ósea
 - Incompleta.
 - Completa.
- Labio fisurado bilateral
- Labio fisurado central (forma inusual con agenesia total del pro labio).

Existen dos grupos principales de labio fisurado y paladar hendido:

- Hendiduras que afectan el labio superior (paladar primario)
- Hendiduras que afectan al paladar duro y blando (paladar secundario).^{1,2,4,5}

REPARACION QUIRURGICA DEL LABIO FISURADO Y PALADAR HENDIDO

El manejo de ésta patología requiere varios procedimientos quirúrgicos desde recién nacido hasta la edad adulta.

La primera intervención quirúrgica debe reparar el complejo nasolabial y se la realiza mediante alveoloplastias, aproximadamente a los tres meses de edad, requiriéndose

ciertos requisitos para optar la intervención quirúrgica, esos requerimientos son:

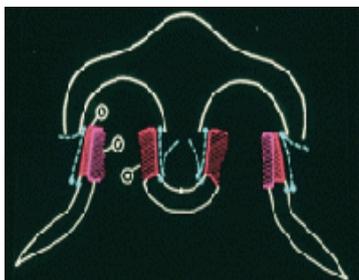
- Tener diez semanas de vida.
- Poseer diez libras de peso.
- Tener diez gramos de hemoglobina.

La técnica quirúrgica elegida dependerá del equipo de cirujanos, quienes decidirán el procedimiento a realizar en base a la severidad de la lesión, tipo de lesión existente y estado general del paciente.

Existen varias técnicas quirúrgicas para la reparación del labio fisurado y paladar hendido mencionándose algunas.^{6,7,8}

1. TÉCNICA ADHESIVA

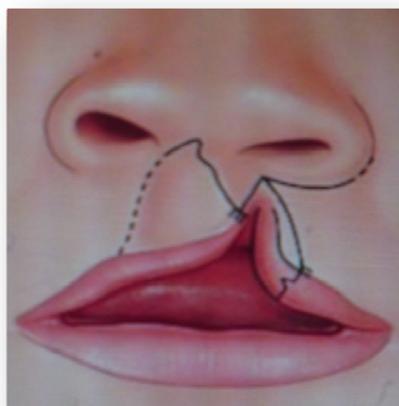
Esta técnica se realiza antes de los dos meses de vida, y es selectiva en caso de labio fisurado bilateral, y se basa en el diseño de dos colgajos de los puntos externos del labio los cuales son unidos por medio de una tunelización a nivel de la base de la columela. Con este procedimiento se logra retraer la pre maxila y agrandar el tejido labial del paladar primario. Esta primera intervención quirúrgica no corrige la lesión forma definitiva, debiéndose continuar con otra cirugía aproximadamente a los seis meses de vida, donde se procede a la corrección definitiva del labio.^{9,10,11}



Fuente: Conceptos generales y tratamiento; Dr. Luis Tresserra

2. TÉCNICA MILLARD I

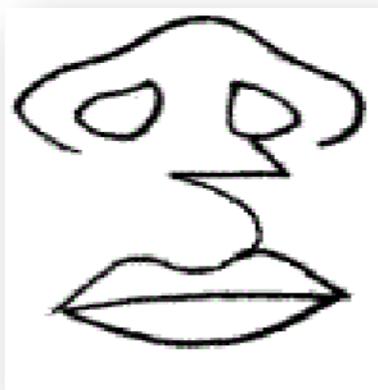
Técnica que se emplea principalmente en casos de defectos pequeños o medianos, labio fisurado simple (unilateral).



Fuente: Serie Secretos: Endocrinología, Butler

3. TÉCNICA DE MILLARD II

Esta es una técnica de rotación- avance en la cual el colgajo queda en el lado interno de la fisura, extendiendo la columela y reparando la desviación de ésta. Una gran ventaja de esta técnica es que la cicatriz final no atraviesa el labio sino que sigue y reforma la cresta filtral.^{9,10,11,12}



Fuente: Acta Odontológica Venezolana, Prof.: Enrique Monserrat Soto

4. TÉCNICA DE COLGAJOS TRIANGULARES DE TENNISON-RANDALL

Esta técnica está indicada especialmente en las fisuras unilaterales con grandes ausencias de tejidos, ya que preserva el arco superior de la premaxila.

La finalidad de ésta técnica es bajar la línea mucocutánea interna del labiofisurado e instalar el arco de Cupido en posición normal, mediante un colgajo triangular inferior desde el sitio externo hasta el sitio interno de la fisura. Se tiene la desventaja de interrumpir la columna de filtrum, que desvía la atención hacia la parte inferior del labio, alterando la fosa y obligando la escisión de tejidos que impiden corregir el amplio defecto nasal.^{9,10,11}



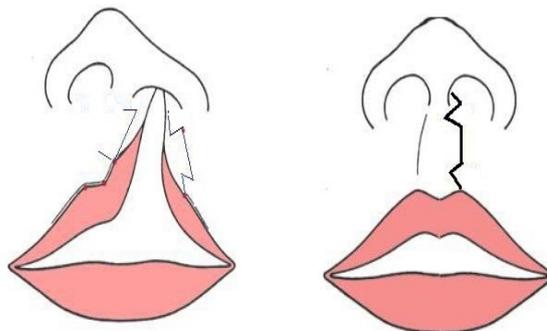
Fuente: Serie Secretos: Endocrinología, Butler

5. MÉTODO DE SKOOG

Técnica de doble Z-plastia superior e inferior, en la que primero se realiza la cirugía de un lado de la lesión y posteriormente se realiza una segunda cirugía del lado contrario.

Ésta técnica emplea 1/3 del prolabio para reconstruir la columela con un colgajo triangular de base superior, girando en 90° mediante una incisión en base columelar. Se alarga el prolabio con dos colgajos triangulares laterales rompiendo la cicatriz recta y dando algo de protrusión al labio. Suele precisar un segundo tiempo para

mejorar el bermellón que queda delgado mediante colgajos mucosos de volteo.



Fuente: Zoilo Núñez Gil. Cirugía bucal y maxilofacial

6. MÉTODO DE MANCHESTER

Esta técnica se encarga de la corrección de labio y paladar anterior a los 5 meses después de realizada la cirugía, se destaca la construcción de tubérculo con bermellón de prolabio; no divide ni levanta el prolabio, creando su bermellón unido al prolabio centralmente pero con dos zonas laterales sueltas. Se juntan los colgajos laterales hacia la línea media, sin sutura entre músculos de ambos bordes y sin extensión de la columela.^{9,10,11}

ALVEOLOPLASTIA

Es un injerto óseo de la fisura alveolar, indispensable en la reparación de los pacientes con fisura labio palatina congénita

Las alveoloplastias se clasifican en primaria y secundaria orientando la misma a la edad del paciente (Tabla I)

TABLA I

Alveoloplastia primaria: antes de los dos años
Alveoloplastia secundaria precoz: entre dos y cinco años después de la erupción de los dientes temporarios.
Alveoloplastia secundaria verdadera: entre cinco y doce años en periodo de dentición mixta antes de la erupción del canino.
Alveoloplastia secundaria tardía: más de doce años después de la erupción de dientes permanentes. Se piensa que el maxilar se debe tratar hasta los doce años, cuando ya salieron los dientes permanentes, para evitar múltiples cirugías durante el desarrollo.

Clasificación de alveoloplastia¹⁰

a) **Alveoloplastia primaria:** El impulsor de ésta técnica es Rosenstein (1982) quien realizó un seguimiento, con buenos resultados; el cual indica que la técnica no precisa sutura vomeromaxilar y la extensa disección palatina, Esta incluye la colocación de un dispositivo ortopédico realizando una queiloplastia a los 6 meses, ortopedia y alveoloplastia de 6 a 9 meses; técnica que no precisa injerto óseo debido a que la lesión está presente en alveolo. Las ventajas de esta técnica son:

- Estabilización temprana de los segmentos alveolares.
- Cierre prematuro de la fisura.
- Mejora en el habla.
- Estimulación de la erupción dentaria en el injerto.
- Reducción en la utilización de tratamiento ortodoncico.
- Reconstrucción de los tejidos blandos y duros.^{2,10}

b) **Alveoloplastia secundaria,** que a su vez puede ser:

- a. *Precoz:* denominada también periostoplastia, la cual se realiza antes de los 2 a 5 años de edad. En esta técnica se confecciona

una bolsa para unir al periostio, tiene por finalidad formar hueso.

- b. *Verdadera: técnica* que se realiza en caso de presentarse dentición mixta para poder recuperar el canino e incisivo lateral mediante un injerto al momento de la alveoloplastia; si en el lugar de la lesión se presentara solo el canino se realiza a los 7 – 10 años de edad y si la lesión se encontrara en la región de incisivo lateral la cirugía se realizará a partir de los 6 años de edad.
- c. *Tardía:* que se realiza en dentición permanente, posterior a la erupción del canino, obteniendo varios beneficios oclusales y periodontales, facilitando el tratamiento ortodóncico.^{2,10}

TIPOS DE INJERTOS PARA LA ALVEOLOPLASTIA

El tipo de injerto para la alveoloplastia puede variar de acuerdo al origen y tamaño de la lesión, ya que éste puede ser: Autologo, Homologo o Aloplástico; el más usado es el de tipo Autologo. Las regiones donantes para realizar injerto óseo son: cadera, sínfisis, costilla, tibia y parietal.^{2,10}

PRINCIPIOS QUIRURGICOS EN LA REPARACION LABIOALVEOLOPALATINAS

Para el inicio del acto quirúrgico en fisuras labioalveolopalatinas se aplica anestesia general, de esta manera el cirujano podrá corregir la malformación utilizando reconstrucción ósea en el paladar hendido y acomodará los tejidos en caso de labio fisurado y rinoplastia si fuese necesario.

Después del procedimiento el niño probablemente estará en el hospital durante 5 a 7 días luego de los cuales es dado de alta, lográndose de manera general una recuperación completa que se alcanza aproximadamente en 4 semanas. En este tiempo la herida debe mantenerse muy limpia a medida que sana, no se debe estirar ni

ejercer presión sobre ella durante 3 a 4 semanas.

En la mayoría de los casos se obtiene una recuperación óptima, aunque podría necesitarse otra cirugía para arreglar la cicatriz provocada cirugía.

El tratamiento de las fisuras labiopalatinas es un problema de salud que requiere un enfoque multidisciplinario con la participación de varios especialistas con experiencia en las siguientes especialidades:

- o Cirugía plástica
- o Foniatría
- o Otorrinolaringología
- o Pediatría
- o Odontología
- o Fonoaudiología
- o Psicología
- o Trabajo social

Se recomienda Actualmente que la fisura labial sea intervenida quirúrgicamente a los 6 meses de nacido y la hendidura palatina sea corregida hasta los 18 meses de nacido si ésta incluye tejidos blandos y si hubiera compromiso con paladar duro la cirugía se la realizará a los 4 o 5 años de edad.

El defecto alveolar debe ser reparado antes de la erupción del canino, aproximadamente entre los 7 y 10 años de edad y finalmente se continúa con la reparación de las deformidades esqueléticas secundarias a la fisura labio alveolo palatina.^{6,7,9}

FUNDAMENTOS DE REALIZACION QUIRURGICA

Las cirugías se realizan para corregir o prevenir los siguientes defectos:

- Deterioro auditivo con infecciones en el oído.
- Problemas en la alimentación: puede tener dificultades para la succión con ingreso de leche materna a la cavidad nasal.
- Problemas dentales (ausencia o malformación de piezas dentarias).
- Trastornos del habla.^{6,9}

BIBLIOGRAFIA

1. Wienzweis Jeffrey. Secretos de la Cirugía Plástica reconstructiva y estética. México: Mc Gram – Hill Interamericana; 1999: 71 – 83, 237 – 47.
2. Anónimo. Cirugía Plástica Reconstructiva Bucal y Maxilar. 3ra. Aram; 2005: 237
3. Abramovich. Embriología de la Región Maxilofacial. 3ra. Panamericana: 142, 148 – 52.
4. Moore Keith L. Embriología Clínica. 8va. España: Elsevier Saunders; 2008: 188 – 91.
5. Blanco-Morales Cristóbal Pera. Cirugía fundamentos, indicaciones y opciones técnicas: Volumen 2. Masson: 27 – 29.
6. Anónimo. Reparación de labio leporino y paladar hendido disponible en URL. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002979.htm Fecha de ingreso 3 de Noviembre de 2011
7. Rafael Monserrat Soto Paladar hendido tratamiento quirúrgico (reporte de un caso). Disponible en URL. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/paladar_hendido.asp fecha de ingreso 3 de Noviembre de 2011
8. Quintero González. Cirugía plástica. Labio y paladar hendido. Colombia www.sccp.org.co/.../labio%20y%20paladar/labio_paladar.htm fecha de ingreso 9 de Noviembre 2011.
9. Anónimo. Labio Leporino disponible en URL. http://www.taringa.net/posts/info/1224143/Importante___-Labio-leporino.html fecha de ingreso 4 de noviembre de 2011
10. Coiffman F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética: cirugía bucal cráneo orbito facial T 3.3ra. Amolca; 2007: 2325 - 37.
11. Tresserra L. Labio Leporino y fisura palatina, Conceptos Generales y tratamiento. disponible en URL. <http://www.labioleporino.info/txt-trat1.html> fecha de ingreso 18 de Noviembre de 2011.
12. Núñez Gil Z. Historia de cirugía bucal y maxilofacial. Parte II disponible en URL. <http://maxilofacialsanvicente.obolog.com/historia-cirurgia-bucal-maxilofacial-parte-ii-324117> fecha de ingreso 18 de Noviembre de 2011