

ARTICULOS DE INTERES

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA EN DEFORMACIONES LABIALES

Dra. Lecoña Camacho Paola C.¹

RESUMEN

En el presente artículo de revisión se tratarán las patologías congénitas labiales, la incidencia de las mismas, posible etiología, diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico dando una especial atención al labio fisurado por ser la deformidad congénita más común en cabeza y cuello. Esta enfermedad no sólo trae consecuencias estéticas, afecta también diferentes funciones del niño, dependiendo si es una fisura de labio y /o paladar. En las fisuras completas está afectada la alimentación, la audición, la respiración nasal y la fonación. Todos estos aspectos son abordados como parte del tratamiento integral que requieren estos pacientes.

PALABRAS CLAVE

Técnicas quirúrgicas, labio fisurado, labio doble.

INTRODUCCIÓN

Las deformaciones congénitas de labio, y más aún las asociadas a deformaciones en paladar, son las que más perceptiblemente alteran la forma facial debido a su situación en el tercio medio facial. Las cirugías reconstructivas son en esta área un desafío para el cirujano.

La incidencia de labio fisurado con o sin paladar hendido es de 1 por cada 750 nacidos vivos, lo que hace de esta patología la deformación congénita más común de cabeza y cuello. En términos de género, la incidencia de la hendidura labio/paladar es más común en varones, mientras que la incidencia de paladar hendido es más común

en mujeres y se asocia con más frecuencia a otras malformaciones. Esta incidencia también varía con la raza, siendo más común en los asiáticos, seguida por la raza caucásica. Estas variaciones raciales en incidencia no se observan con el paladar hendido aislado, la presentación más común es la de labio y paladar hendidos (45%), seguida por el paladar hendido solamente (35%) y el labio hendido solamente (20%). Los labios hendidos unilaterales son más comunes que la afectación bilateral y ocurren con más frecuencia en el lado izquierdo (izquierdo: derecho: bilateral - 6:3:1). En grandes series se recogen aproximadamente un 15% de hendiduras bilaterales.

La etiología de las hendiduras es multifactorial, con causas genéticas y ambientales, pudiendo asociarse a más de 150 síndromes. El riesgo también aumenta con la edad paterna, especialmente cuando es mayor de los 30 años.²

Actualmente en muchos países se siguen protocolos para la atención y seguimiento de pacientes con este tipo de malformaciones desde la etapa prenatal hasta los quince años, donde la atención se la realiza con equipos multidisciplinarios que constan de cirujanos, enfermeras, fonoaudiólogos, genetistas, kinesiólogos, odontólogos, ortodontistas, otorrinolaringólogos y psicólogos. Desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico para la reparación de este tipo de defectos y para reducir al mínimo los riesgos anestésicos, algunos autores todavía emplean la regla de los 10 de Musgrave y realizan la reparación quirúrgica del labio hendido cuando el niño tiene una hemoglobina de 10 mg/dl, un peso de 10 libras, menos de 10,000 leucocitos y 10 semanas de vida. Sin embargo, la mayoría de los centros prefieren realizar la reparación unilateral del labio cuando el niño tiene de 1 a 3 meses. Los riesgos de la anestesia son más bajos, el niño puede soportar mejor la tensión de la cirugía y los elementos del labio son más grandes permitiendo una

¹ Cirujano Odontóloga. UMSA

reconstrucción meticulosa.¹ Están descritos numerosos procedimientos quirúrgicos para la reparación de un labio-hendidura pero ninguna de las reparaciones es ideal, cada una tiene ventajas y desventajas y cada una da lugar a un resultado excelente en manos experimentadas, subrayando el hecho de que no existe técnica ideal.

Deformaciones congénitas en labios

Fístulas Labiales Inferiores

Su desarrollo se debe por la persistencia de surcos laterales del arco mandibular embrionario. El 2% de los pacientes con fisura labiopalatina presentan fístulas labiales, correspondiendo a las características del Síndrome de Van der Woude.

Doble Labio Congénito

Repliegue que sobrepasa el borde libre del labio superior. Congénito, aunque se manifiesta con la dentición temporal. No presenta ningún tipo de clínica. Es característico del conocido Síndrome de Ascher, junto con blefalasia y bocio.

Labio fisurado (labio hendido)

Es una anomalía del desarrollo derivada del primer arco branquial, que se manifiesta con una hendidura labial por hipoplasia de los elementos anatómicos del labio, pudiéndose manifestar junto con una fisura velopalatina (paladar hendido). El grado de afectación puede ser desde ligeros estigmas a grandes lesiones, que impiden el normal funcionamiento de las estructuras. La etiología es multicausal, poligénica y reconoce factores de riesgo tales como alcoholismo y drogadicción de los padres y factores ambientales diversos (fármacos, nutricionales, físicos, etc.) y en menor porcentaje transmisión genética así como la edad del padre. Es por eso que existen diversas teorías respecto a su etiología, siendo la de mayor vigencia en la actualidad la Teoría de la Penetración Mesodérmica que explica lo siguiente: durante el segundo mes de vida intrauterina no se produce el desarrollo embrionario completo del proceso nasomedial con el proceso medial colocado en forma medial, afectando también a nariz, cartílagos nasales, septo nasal y proceso alveolar de forma secundaria. Todos estos

factores etiológicos antes mencionados han permitido catalogar a las fisuras faciales como malformaciones de origen multifactorial, con un componente genético aditivo poligénico.

La hendidura está localizada debajo de una fosa nasal, pudiendo presentarse con un tamaño variado, desde una pequeña hendidura supralabial hasta alcanzar la fosa nasal, que se hunde, se aplanan y dirige la punta de la nariz hacia el lado sano.

Suele presentarse en uno de cada 750 recién nacidos, siendo más frecuente en el varón. El 85% de los labios hendidos bilaterales y el 70% de los casos unilaterales se asocian con paladar hendido.

Se reconoce la importancia genética que puede llegar a tener en casos concretos. El Síndrome de Van der Woude es autosómico dominante, cursando con labio o paladar hendido en diferentes grados en función de la afectación genética, dentro de sus diferentes grados existe ausencia de dentición y un amplio grado de afectación de hendidura sobre labio o paladar. Existe una amplia relación con la herencia familiar.

Clasificación:

- Labio Leporino Cicatricial.
- Labio Leporino Simple.
- Labio Leporino Total.
- Formas Asimétricas.

Se pueden Clasificar en función de las localizaciones afectadas:

- -Labio Leporino Unilateral
- -Labio Leporino Bilateral.

De todas las malformaciones presentes en labio la más relevante por su alta incidencia es esta última por las implicaciones que tiene no solo a nivel estético sino sobre todo funcional y psicológico para el paciente fisurado. Dentro de los principales problemas con los que atraviesan estos pacientes citaremos:

- *otorrinolaringológicos*; hipoacusia, otitis media con efusión (OME) y alteraciones del desarrollo del lenguaje; siendo las secuelas más comunes otitis media

crónica(OMC) con o sin colestomatoma y otopatía adhesiva (OA).

- *fonoaudiológicos*: Retraso del lenguaje, alteraciones del habla y la voz asociadas a insuficiencia velofaríngea, la que habitualmente se traduce en hipernasalidad, consonantes orales débiles y articulaciones compensatorias.
- *A nivel de estructuras faciales* la falta de fusión de los procesos, lo que requiere corregir malposiciones, alineando segmentos alveolares y posicionando el philtrum y columela.
- *A nivel de estructuras dentarias*, hipoplasias de esmalte y mal posiciones de los dientes adyacentes a la fisura aumentan el riesgo de caries.
- *Psicológicos*; es importante lograr la adaptación, satisfacción y bienestar interno del paciente.

Es por ello que el tratamiento de fisuras labiales con o sin implicación palatina debe ser realizado en equipo⁴ cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del niño o niña afectado. El manejo de la alimentación, patologías otorrinolaringológicas, odontológicas, estéticas, de lenguaje, funcionales y manejo psicológico. El resultado final va a depender de los procedimientos terapéuticos llevados a cabo, del patrón de crecimiento craneo-facial de cada individuo, y muy especialmente de la severidad de las alteraciones anatómicas, funcionales, estéticas y psicológicas del niño. El éxito de los resultados dependerá de la experiencia del equipo multiprofesional, planificación, investigación y seguimiento metódico de los casos, auditoría de los tratamientos y capacitación constante, independiente de la labor asistencial.

Diagnóstico y tratamiento de labio fisurado

En base a la ecografía 3D, puede realizarse el diagnóstico prenatal de defectos congénitos, dependiendo de la experiencia de quien hace e interpreta el examen y de la calidad del aparato de ecografía. En la actualidad el examen puede diagnosticar fisura labial a partir de las 16 semanas de gestación.

Esto, sobre todo, para preparar a los padres psicológicamente y que no se lleven una sorpresa a la hora del nacimiento de su niño.

Nacimiento

Después del mismo el pediatra realiza el examen clínico, para establecer el diagnóstico diferencial. Para derivar al especialista en un plazo menor a 15 días

El periodo desde el nacimiento del niño hasta el momento de realizar la primera intervención quirúrgica para el cierre del labio, es denominado prequirúrgico y es aquí donde trabaja más el personal de enfermería para enseñar a la madre a alimentar a su niño adecuadamente, y los psicólogos para lograr la aceptación de los padres al niño, promover el desarrollo de una vinculación afectiva normal, entregar a los padres herramientas que les permitan estimular el desarrollo socioemocional del niño y estimular el compromiso familiar al tratamiento.

Estos pacientes necesitan tratamiento quirúrgico como acción terapéutica. La edad a la que se operan varía mucho de una escuela a otra, desde los 3 meses hasta los seis meses de edad. Y es acá donde entramos al centro de éste artículo.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía se realiza entre los 3 y los 6 meses de edad debido al desarrollo del labio que permite manejar mejor los tejidos, y si el niño padece cualquier otra anomalía, ésta habrá tenido tiempo para manifestarse. En países vecinos la plastia de labio fisurado se realiza a los 3 meses de nacido. En casos severos se evalúa el uso de ortopedia prequirúrgica o adhesión de labio durante el primer mes de vida.⁵

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA LABIO DOBLE

La técnica mas empleada es la incisión en media luna o la incisión elíptica, o una plastia en W.⁶

PARA FISTULAS LABIALES INFERIORES

Tratamiento quirúrgico se realizará en función del defecto estético y las inflamaciones recidivantes, por lo general se realiza colgajo elíptico.⁶

PARA LABIO FISURADO

Las técnicas quirúrgicas para corregir estas anomalías congénitas son muy variadas. Todas ellas consisten en incisiones en los bordes de las fisuras que permiten reubicar los tejidos. Tanto piel, músculo y mucosa se recolocan en su posición correcta para dar un aspecto armónico, simétrico funcional y estético a la cara del niño.⁴

Las técnicas se pueden clasificar de muchas formas, entre ellas agrupándolas en procedimientos con incisiones rectas y en aquéllas con zetaplastias o colgajos del segmento medial o lateral, según sea el caso o tipo de defecto. Sin embargo, una manera más simple es dividirlo en 3 grupos. El primero incluye los procedimientos que aplica el mismo principio para la corrección de un labio hendido unilateral en uno bilateral técnicas de Le- Mesurier, Tennison, Skoog y Wynn. Todas éstas, al igual que la técnica de Barsky, toman tejido desde el segmento lateral al centro, y así comparten el problema de producir largos y tensos labios. El segundo grupo está compuesto de técnicas que cierran la fisura en dos o tres etapas como las técnicas de Bauer y Spina. Los múltiples procedimientos involucrados hacen difícil el manejo. Es difícil conseguir la simetría con este método. El tercer grupo incluye técnicas que usan el cierre directo, técnicas de Veau, Schultz, Cronin, Millard, Manchester, Broadbent and Wolf Viale-González y Ortiz Monasterio.

La operación se realiza bajo anestesia general, en decúbito dorsal, con previo protocolo quirúrgico y marcaje de puntos y líneas de referencia quirúrgica.

Le mesurier: mediante una serie de puntos constantes y variables, produce un bermellón y línea cutaneomucosa simétrica; el riesgo es menor que en los colgajos triangulares, en las grandes hendiduras puede soportar mejor la tensión, y sobre todo, es de gran valor

para la reconstrucción de un labio cuando ya han sido destruidos los límites anatómicos en una operación anterior; sólo entonces está indicada la construcción de un arco de Cupido artificial, al desviar el colgajo a través del borde inferior del labio, aunque no resuelve la deformidad nasal.

Tennison Randall: esta técnica de Z-plastia inferior, preserva el arco y sigue vigente en la actualidad. Su finalidad es descender la línea cutaneomucosa interna del labio fisurado y colocar el arco de Cupido en posición normal, mediante un colgajo triangular inferior desde el lado externo interdigitado de la fisura. Tiene la desventaja de interrumpir la columna del filtrum, desvía la posición hacia la parte inferior del labio, altera la fosa y fuerza la escisión de tejidos que impiden corregir el amplio defecto nasal. Está indicada en todo tipo de fisura unilateral, especialmente para fisuras amplias con grandes deficiencias de tejidos. dada la exactitud de sus medidas, requiere escasa experiencia.²

Malek-Petit: está basada en los principios de rotación de un colgajo de forma triangular del lado externo que se traslada a la línea media, con ángulos de 60°.²

Millard II: es adaptable a todas las fisuras unilaterales, con la ventaja de desechar poco tejido, preservar el arco de Cupido, la columna y el surco del filtrum. La tensión es llevada hacia el tercio superior del labio; las cicatrices quedan cubiertas por las líneas naturales y presenta mejor corrección nasal. Tiene la desventaja de aplicar cálculos subjetivos, la cicatriz es, a veces, retráctil, deforma la ventana nasal y al no abrir el borde externo del labio, a veces queda engrosado. Consiste en la rotación de un colgajo de la vertiente interna y avance de la externa, introduciendo tejido lateral en la vertiente externa de la fisura labial, lo que permite el tratamiento de la deformidad nasal asociada disecando la base alar y avanzándola a medial en el mismo acto quirúrgico. Talla los colgajos en la parte superior de la fisura, tendiendo a corregir las asimetrías del piso de la nariz y a disimular las suturas; la cicatriz transversa queda en el pliegue subnarinario y la vertical en la cresta del filtrum del labio fisurado.²

TECNICA DOBLE Z DE MALEK: La utilizamos en casos de gran hipoplasia, cuando al planear la técnica de Malek obtenemos un tamaño de los lados del triángulo equilátero iguales que la altura del lado fisurado o que su trazado en el lado sano llega a sobrepasar la línea media. En estos extremos dividimos la altura en dos segmentos y hacemos un triángulo superior mayor a nivel del ala nasal, y otro pequeño triángulo en la parte inferior del labio, en la proximidad de la línea cutaneomucosa. Al añadir estos dos colgajos triangulares sobre la altura del labio fisurado se logra una correcta altura y una buena reconstrucción muscular. En todas las queilorrrias se hace una recuperación de mucosa de fondo de vestíbulo hacia la línea media para conseguir una semimucosa más gruesa. También es imprescindible trazar una correcta reconstrucción de los músculos de la aleta nasal y del labio en toda su altura, con especial hincapié en la reconstrucción del músculo orbicular para obtener un buen resultado estético y funcional. La sutura la semimucosa del labio se realiza en Z plastia para evitar el hundimiento de la cicatriz.

Técnica de Reichert-Millard la técnica de Millard o técnica de rotación es una de las técnicas más usadas en el manejo de la fisura labial unilateral sin embargo esta presenta algunas limitaciones como la cicatriz evidente alrededor del piso del ala nasal principalmente lo cual motivo el desarrollo de varias modificaciones es por eso que se une esta técnica con la técnica de Reichert, que es una técnica no muy conocida, pero que busca preservar la estética labial para mejores resultados.⁵

La meta del tratamiento para estos pacientes incluye la restauración del aspecto facial y de la función oral, la mejora de las relaciones esqueléticas y de la oclusión dental, así como la mejora del habla y del estado psicosocial. La cirugía del labio hendido se ha desarrollado desde una adherencia simple de los márgenes de la hendidura, hasta llegar a comprender la necesidad de una reconstrucción geométrica más compleja usando la transposición, rotación y avance de colgajos.

Hasta el momento actual las técnicas más utilizadas son las de Millard y Tennison Randall. La primera deja una cicatriz elíptica y otra horizontal en el piso nasal y la segunda realiza un colgajo triangular con una cicatriz resultante vertical en una porción de la parte inferior del labio que es visible. Mientras que el objetivo en la reparación primaria del labio hendido es establecer la simetría anatómica del labio superior hoy, otra meta igualmente importante es la de lograr una reconstrucción funcional de los músculos subyacentes como parte de la reparación inicial y conseguir finalmente una cicatriz lineal, apenas perceptible. Además, la corrección de la deformidad nasal asociada al labio hendido se ha convertido en una parte integral de la cirugía inicial del labio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León Pérez J.A., Sesman Bernal A.L., Fernández Sobrino G.. Técnica de cierre vertical en labio hendido: Reporte de 837 casos y revisión de la literatura. Cir. plást. iberolatinoam. [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2011 Nov 13]; 34(3): 175-183. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922008000300003>
2. Fernández Pérez Felipe Segundo, Clayman Lewis. Tratamiento de la fisura labial congénita en la República Federal Democrática de Etiopía. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2011 Nov 13] ; 45(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000100001&lng=es.
3. Anomalías congénitas: el labio leporino y el paladar hendido http://www.mundobebé.com.uy/a-nomalias-congenitas-el-labio-leporino-y-el-paladar-hendido/notas_1442/
4. Protocolo auge fisura labiopalatina para niños. Chile abril 2004. www.redsalud.gov.cl/archivos/.../FisuraLa-biopalatinaR_Mayo10.pdf
5. Rossell-Perry, P. Combinación de la técnica de Reichert-Millard en el tratamiento de la fisura labial unilateral.

Acta méd. peruana. [online]. ene./mar. 2008, vol.25, no.1 [citado 22 Noviembre 2011], p.16-21. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.

6. Flores R., Torres D., Hita P.; Patología del labio. Magallanes. revista Sebic. Disponible on line 2006;1:34-66 ISSN 1697-7181.
http://www.secibonline.com/web/pdf/vol1_2006_articulo_actualizacion2.pdf
7. 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 22] ; 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>.