

333



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**TRATAMIENTO DE LABIO LEPORINO Y
FISURA PALATINA**



T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

EDUARDO FRANCA LINOS

México, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
Prólogo	1
Embriología	3
Anatomía	19
Fisiología	37
Etiopatogenia	41
Historia Clínica	47
Preparación de Región	52
Preanestésico	53
Material de Sutura	55
Colocación del Paciente	55
Clasificación del Labio Leporino y Paladar Hen- dido	57
Instrumental para Labio Leporino	61
Instrumental para Paladar Hendido	61
Tratamiento Quirúrgico	62
Técnica de Mirault modificada por Lood ..	64
Técnica de Le Mesurier	70
Técnica de Victor Veau	72
Técnica de Tennison - Randall	77
Técnica de Melek	78
Técnica de Doble " Z "	82

Pág.

Técnica de Millard	84
Incisiones Mucosas	86
Técnica de Von Langenbeck	88
Técnica de Veau Uranoestafilorrafia	90
Técnica de Dorrance-Puch back	92
Manejo Post - operatorio	95
Conclusión	97
Bibliografía	99

P R O L O G O

Como antecedentes históricos en el tratamiento del labio y paladar hendido podemos mencionar que - es en China en el año de 390 A. C. donde se reporta el primer cierre quirúrgico de labio.

La primera descripción científica de una técnica quirúrgica para la plastia de labio la efectúa - YEPERMAN en el año de 1295, utilizando agujas para el cierre del labio hendido. PERE en el año de 1564 es el primero en utilizar obturadores palatinos sobre la hendidura, observándose mejorías importantes desde el punto de vista fonético.

TAGLIACOZZI en 1597 efectúa el primer cierre - de labio con sutura quirúrgica; siendo hasta el año de 1859 cuando VON LANGEMBECK describe la técnica - para el cierre quirúrgico del paladar utilizando - colgajos mucoperiósticos, siendo esta la técnica - que se utiliza hasta la actualidad; solo que con algunas modificaciones. Posteriormente la literatura científica se vio invadida de múltiples publicaciones de diferentes autores con técnicas quirúrgicas - tanto para el labio como para la hendidura palatina; la mayoría de las cuales tienen vigencia en - - nuestros tiempos. Entre estos podemos señalar a - Victor Veau, Wardrill, Kilner, Peet, Mirault, Le-Me surier, Tennison, Randall, Millard, etc.

El objetivo del presente trabajo es el de efectuar una revisión detallada y completa del aspecto - quirúrgico en el tratamiento de esta malformación, - no queremos abarcar todas las disciplinas que inter

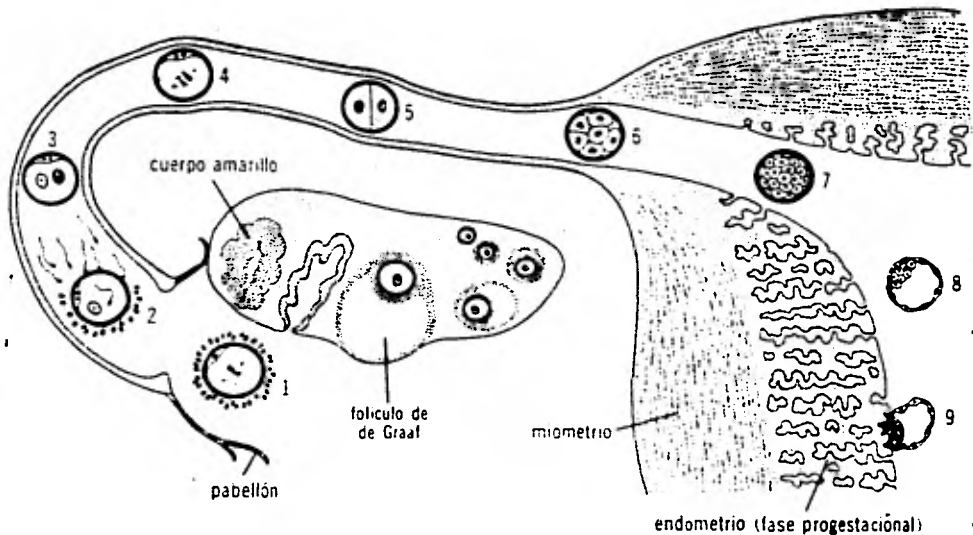
vienen en el tratamiento ya que esto sería practicamente imposible.

Estamos conscientes que el tratamiento quirúrgico es solo uno de los factores que intervienen en su tratamiento y que el manejo de estos pacientes - debe ser multidisciplinario.

EMBRIOLOGÍA

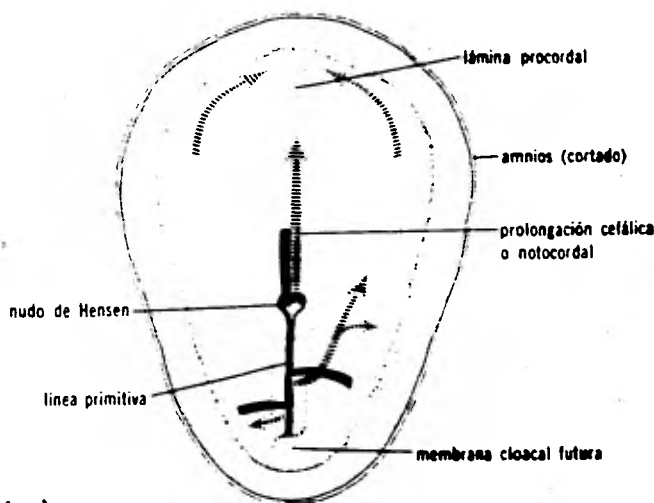
La fecundación se inicia con la unión del Oocito y los espermatozoides en la trompa de Falopio -- formando el cigoto. Al llegar al período bicelular -- hay divisiones mitóticas y aumentan rápidamente. -- Después de cierto número de divisiones el cigoto -- guarda semejanza con una mora y se llama Mórula.

Al entrar en la cavidad del útero comienza a -- introducirse líquido por la zona pelúcida hacia los espacios intercelulares de la masa interna formando la cavidad del blastocelo. Al desaparecer la zona -- pelúcida el cigoto se llama blastocisto, las células internas se llaman embrioblasto y las células -- externas trofoblastos, se aplanan y forman la pared epitelial del blastocisto.



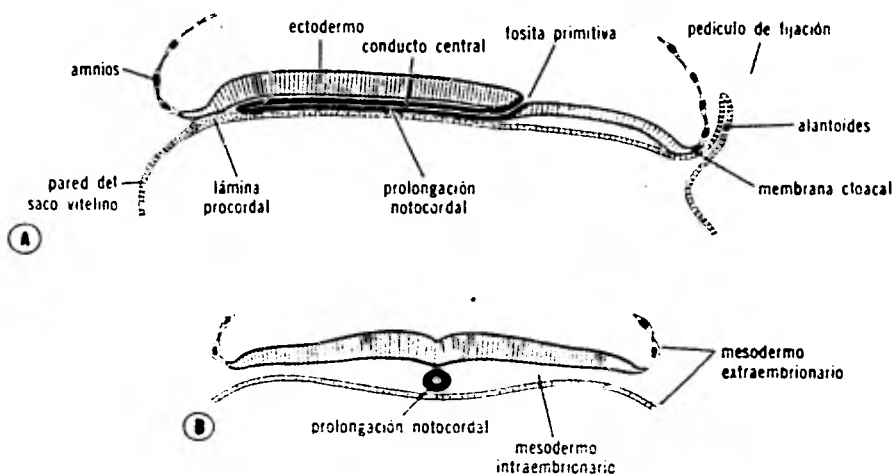
(2) Esquema de los fenómenos que ocurren en la primera semana del desarrollo humano.

Durante la segunda semana de desarrollo, el blastocisto se introduce firmemente en la mucosa uterina, el trofoblasto y embrioblasto comienzan su desarrollo específico. El trofoblasto se introduce cada vez más profundamente en el endometrio y se diferencia en sincitiotrofoblasto y citotrofoblasto; el embrioblasto forma las capas germinativas Ectodérmica y Endodérmica constituyendo el disco germinativo bilaminar. Al final de la segunda semana aparece una línea poco definida en la superficie del ectodermo que está orientada hacia la cavidad amniótica, esta línea se llama línea primitiva y su extremo cefálico Nudo de Hensen. Cuando las células han experimentado invaginación, emigran hacia afuera entre las capas ectodérmicas y endodérmicas y forman una capa intermedia llamada capa germinativa mesodermo, las cuales emigran en dirección cefálica hasta llegar a la lámina procordal formando la prolongación a manera de tubo, llamada prolongación cefálica o Notocordal.



(2)

Esquema del disco germinativo visto por su cara dorsal,



(2) A, Esquema de un corte longitudinal de un embrión de 17 días; se advierten la prolongación notocordal y el conducto central que se extiende a partir de la fosita primitiva en dirección cefálica. Obsérvese la alantoides. B, Corte transversal por la porción cefálica de un embrión de 17 días. Obsérvese la prolongación notocordal o cefálica y el conducto central; el mesodermo intraembrionario está en contacto con el mesodermo extraembrionario que reviste saco vitelino y amnios.

Durante la cuarta semana de desarrollo embrionario, cada hoja da origen a varios tejidos y órganos específicos y para el final del segundo mes de desarrollo pueden identificarse los caracteres externos principales del cuerpo.

Hoja Germinativa Ectodérmica

Con la formación del Notocordo y muy probablemente por efecto de inducción de la misma, el disco ectodérmico cambia de forma y origina el sistema nervioso central, los pliegues neurales y surcos neurales, el tubo neural y se forma la médula espinal, se presentan las placodas auditiva y cristali-

no. En resumen da origen a: sistema nervioso periférico, epitelio sensorial de los órganos de los sentidos, epidermis que incluye pelo, uña y glándulas-subcutáneas, hipófisis, capa del esmalte de los - - dientes y epitelio de revestimiento.

Hoja Germinativa Mesodérmica

Forma una lámina delgada de tejido laxo a cada lado de la línea media. En la decimoséptima semana forma una masa engrosada de tejido, llamada mesodermo paraaxial. La primera capa se llama mesodermo somático o parietal y la segunda mesodermo esplácnico o visceral. Forman la cavidad neoformada, el celema-intra embrionario y el celema extra embrionario; el primer par de somitas aparece en la región cefálica del embrión, al final de la quinta semana hay 42 a-44 pares que son: 4 occipitales, 8 cervicales o torácicos, 5 lumbales, 5 sacros y 8 ó 10 coccígeos, - posteriormente desaparecen el primer somita occipital y 5 ó 7 coccígeos. Forma tejido conectivo joven y fibroblastos relacionados con las fibras reticulares, colágenas y elásticas, condroblastos que forman osteoblastos y cartílago, bazo, tubo cardíaco, - corazón. Además forman: tejido conectivo, cartílago y hueso, músculo estriado y liso, células sanguí- - neas, riñones, gónadas y sus conductos, porción cortical glándulas suprarrenales.

Hoja Germinativa Endodérmica

Como consecuencia del encorvamiento cefalocaudal el saco vitelino queda incluido en el embrión - formando el intestino anterior, posterior y medio.- El intestino primitivo se convierte en una estructura

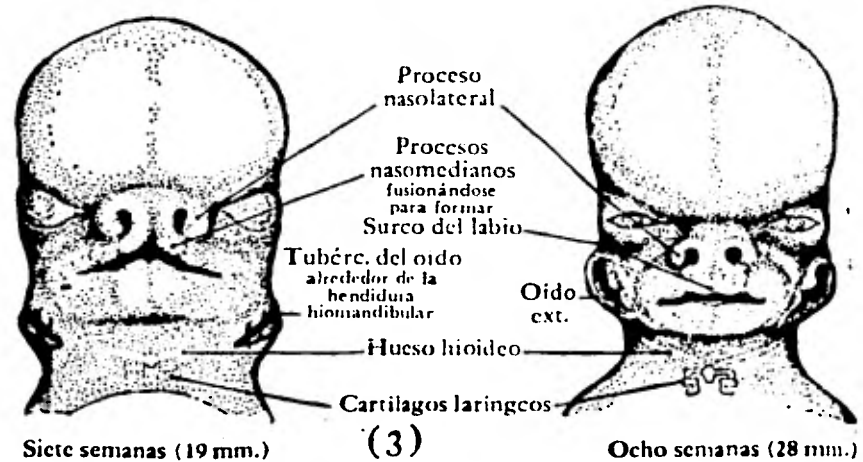
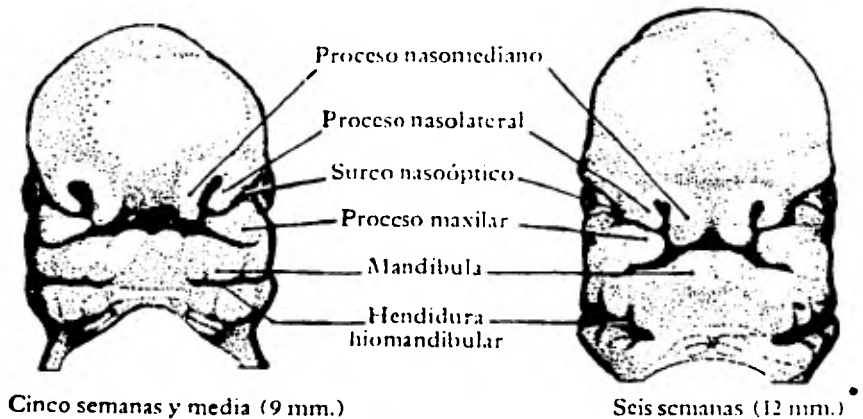
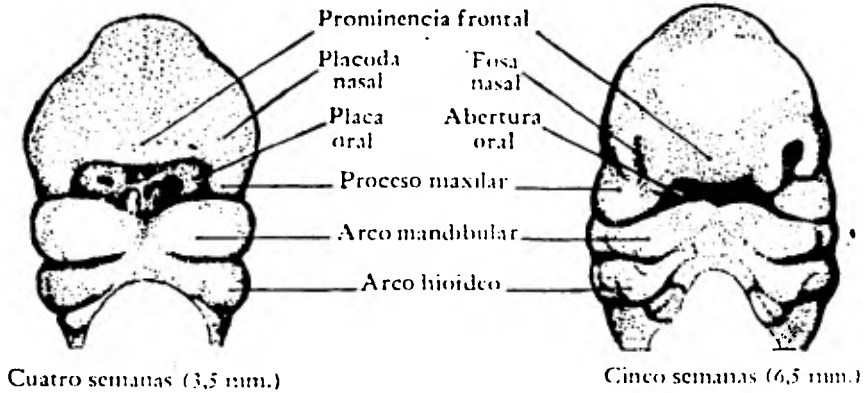
ra tubular, el intestino anterior está limitado por la lámina procordial o membrana bucofaringea que se rompe y comunica con la cavidad amniótica, el intestino posterior está limitado por la lámina cloacal o membrana urogenital y membrana anal. Además forma el revestimiento epitelial del aparato respiratorio, parénquima de amígdalas, tiroides, paratiroides, timo, hígado y páncreas, revestimiento endotelial de parte de la vejiga y uretra y revestimiento endotelial de la caja del tímpano y la trompa de Eustaquio.

Procesos Faciales y Labio Superior

En etapa inicial, el centro de la estructura facial en desarrollo es una depresión ectodérmica llamada Estomodeo que está constituido por proliferaciones del mesénquima. Los procesos o apófisis mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo, los procesos maxilares lateralmente y la prominencia frontal, elevación algo redondeada, en dirección craneal, a cada lado un engrosamiento que forma la placoda nasal.

En la quinta semana aparecen pliegues que son los procesos nasolaterales y nasomediano que rodea la placoda nasal la cual forma el suelo de una depresión: la fosita nasal. Los procesos nasolaterales forman las alas de la nariz y el proceso nasomediano la porción media de la nariz, labio superior y maxilar y todo el paladar primario, además de participar en la formación del labio superior, los procesos maxilares también se fusionan en un breve trecho con los procesos del arco mandibular, lo cual forma los carrillos y rige el tamaño definitivo de la boca. Los nasolaterales son más complejos en la etapa inicial, estas estructuras están separadas por un surco profundo, el surco nasolagrimal, la fu

si6n s6lo ocurre cuando este surco ha sido cerrado-
y forma parte del conducto nasolagrimal o nasal.



Segmento Intermaxilar

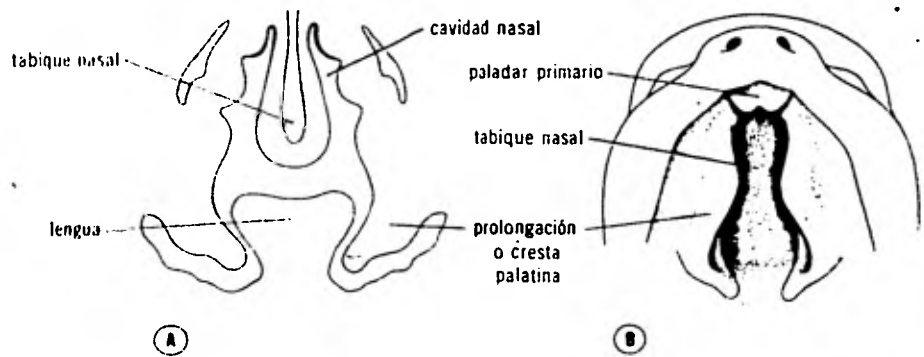
Los procesos naso-medianos se fusionan en la superficie y también a nivel más profundo y son los segmentos intermaxilares que consisten en lo siguiente:

- 1.- Componente labial o surco del labio superior - llamado Filtrum.
- 2.- Componente maxilar superior anterior (premaxilar), que lleva los 4 incisivos.
- 3.- Componente palatino o palatino primario triangular.

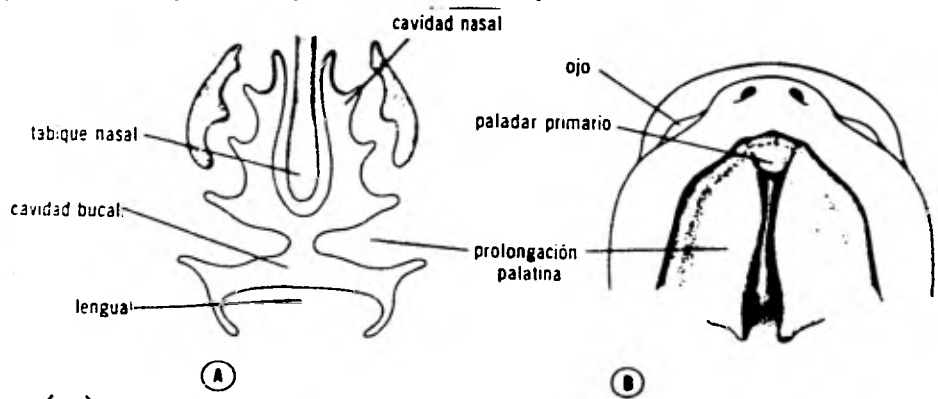
En dirección craneal, el segmento intermaxilar se continúa con la porción rostral del tabique nasal, el cual proviene de la prominencia frontal.

Paladar Secundario

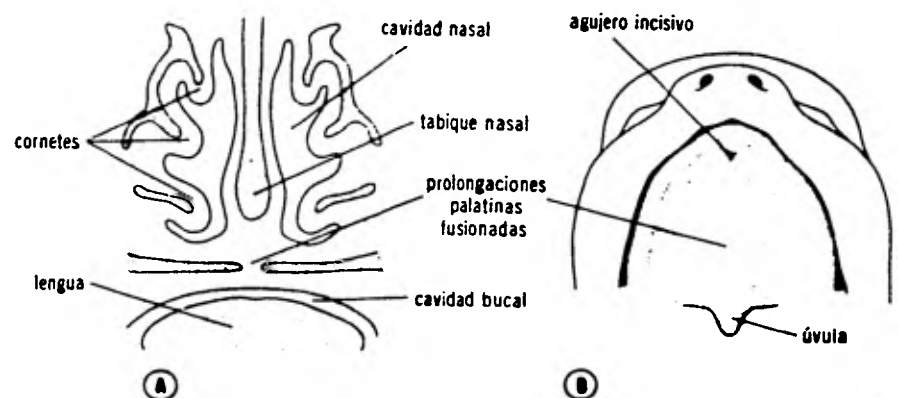
La porción principal del paladar es formado por las excrecencias laminares de la porción profunda de los procesos maxilares llamadas prolongaciones o crestas palatinas. Aparecen en la sexta semana y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. A la séptima semana la lengua desciende y las crestas ascienden y se colocan en forma horizontal, en la octava semana se acercan y se fusionan y forman el paladar secundario, adelante se fusiona con el paladar primario y el agujero incisivo, que es la separación entre los dos paladares, al mismo tiempo el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformado.



(2) A, Corte frontal de la cabeza de un embrión de seis y media semanas de edad; las crestas palatinas están situadas en posición vertical a cada lado de la lengua. B, Vista ventral de las crestas palatinas después de quitar el maxilar inferior y la lengua; obsérvense las hendiduras entre el paladar primario triangular y las crestas o prolongaciones palatinas, que se hallan aún en posición vertical.



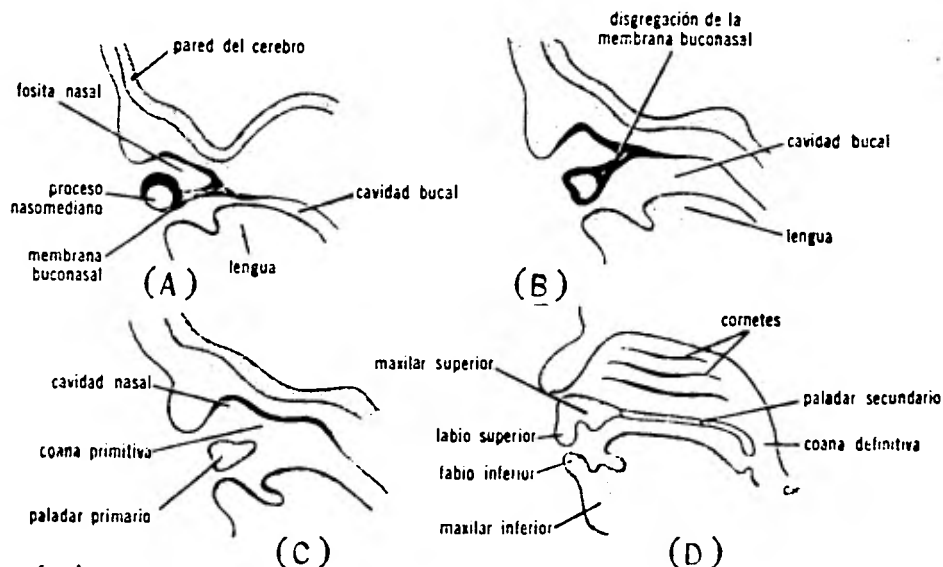
(2) A, Corte frontal de la cabeza de un embrión de siete y media semanas de edad; la lengua ha descendido y las prolongaciones palatinas tienen posición horizontal. B, Vista ventral de las crestas o prolongaciones palatinas después de quitar maxilar inferior y lengua; están situadas horizontalmente.



(2) A, Corte frontal de la cabeza de un embrión de 10 semanas de edad. Las dos crestas palatinas se han fusionado entre sí y con el tabique nasal. B, Vista ventral del paladar; el agujero incisivo es el límite en la línea media que separa los paladares primario y secundario.

Cavidades Nasales

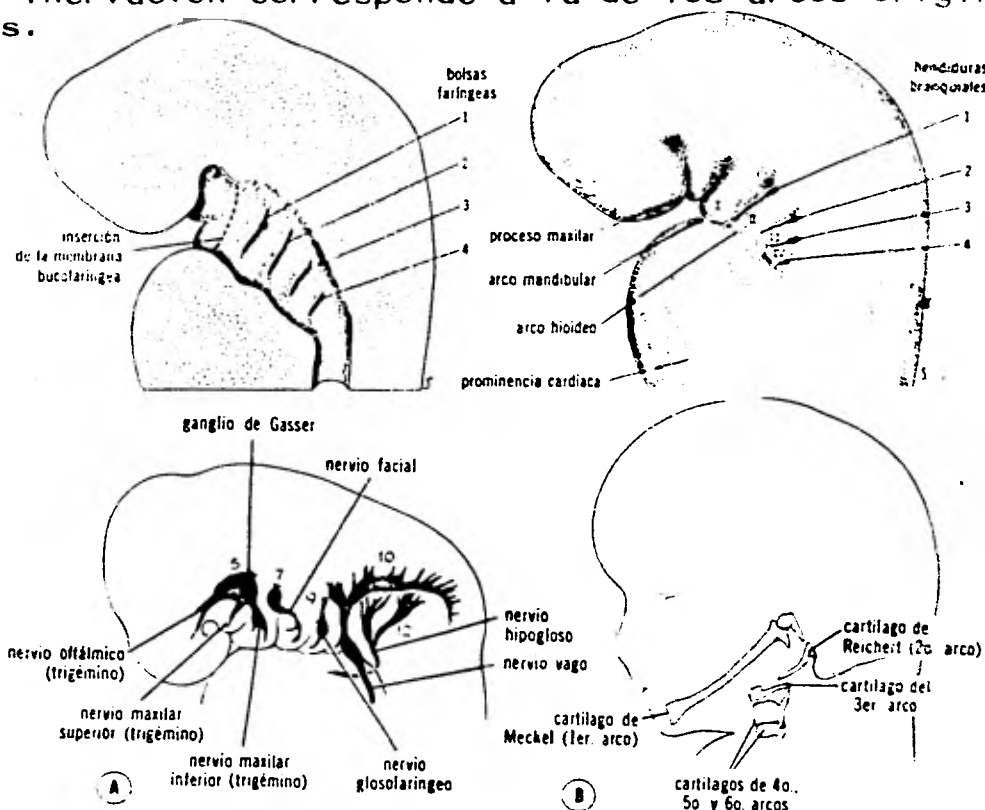
Durante la sexta semana de desarrollo, las fositas nasales se profundizan bastante, a causa del crecimiento de los procesos nasales y que se introducen en el mesénquima subyacente. En la etapa inicial, están separadas de la cavidad bucal primitiva por la membrana buconasal, pero después que ésta se ha roto las cavidades nasales primitivas desembocan en la cavidad bucal por virtud de los orificios ne^oformados, las coanas primitivas. Al formarse el paladar secundario y continuar el desarrollo de las cavidades nasales primitivas, las coanas definitivas se sitúan en la unión de la cavidad nasal con la faringe.



(2) . A, Esquema de un corte por la fosita nasal y el borde inferior del pliegue nasomediano de un embrión de seis semanas; la cavidad nasal primitiva está separada de la cavidad bucal por la membrana buconasal. B, El mismo corte que en la figura A, en el cual se advierte la rotura de la membrana buconasal. C, En el embrión de siete semanas, la cavidad nasal primitiva comunica ampliamente con la cavidad bucal. D, Corte sagital por la cara de un embrión de nueve semanas, en el cual se advierte el segmento intermaxilar que consiste en componente labial, componente maxilar y paladar primario. (Según Clara, con modificaciones.)

Arcos Branquiales

Los arcos branquiales, separados por hendiduras profundas dan aspecto branquial al embrión, en su desarrollo cada arco forma sus componentes cartilagosos y musculares propios, posee una arteria y un nervio también propios, algunas porciones cartilagosas desaparecen, pero otras persisten en forma de estructuras óseas o cartilagosas. Los músculos de los distintos arcos no siempre están unidos a los componentes óseos o cartilagosos del arco correspondiente pues emigran a regiones adyacentes, sin embargo, siempre puede deducirse su origen, pues la inervación corresponde a la de los arcos originales.



(2) A, La musculatura de cada arco branquial recibe su propio par craneal. El nervio trigémino que se distribuye en el primer arco tiene tres ramas; el nervio del segundo arco es el facial y el de tercero el glosolaríngeo. Los músculos del cuarto arco reciben el nervio laríngeo superior, rama del vago, y los del sexto arco el nervio laríngeo recurrente, también rama del vago. El nervio hipogloso se distribuye en los músculos de la lengua. B, Esquema que muestra los componentes cartilagosos de los arcos branquiales en el embrión humano. Algunos de ellos experimentan osificación, y otros desaparecen o se tornan ligamentosos. El proceso maxilar y el cartilago de Meckel son substituidos por los maxilares superior e inferior definitivos, los cuales se desarrollan por osificación intramembranosa.

Primer Arco Branquial

Consiste en una porción dorsal y pequeña, llamada proceso maxilar, que se extiende hacia adelante debajo de la región correspondiente al ojo, y una porción ventral mucho mayor, el cartílago de Meckel, que experimenta regresión y desaparecen - - excepto dos porciones distales que forman el yunque y el martillo.

El maxilar inferior se forma secundariamente - por osificación del tejido mesodérmico que rodea el cartílago de Meckel, otra parte del cartílago se - transforma y origina el ligamento esfenomaxilar. - Los músculos del arco mandibular son: los masticadores, vientre anterior del digástrico y músculo - del martillo que se inervan por el trigémino, el - nervio del primer arco.

Segundo Arco Branquial

El cartílago del segundo arco branquial o arco Hioideo se llama cartílago de Reichert, origina: el estribo, apófisis estiloides del hueso temporal, - ligamento estilohioideo y en su parte ventral, asta menor y porción superior del cuerpo del hioides.

Los músculos del arco hioides: estilohioideo, del estribo, vientre posterior del digástrico y músculos de la expresión facial son inervados por el - facial, componente nervioso del segundo arco.

Tercer Arco Branquial

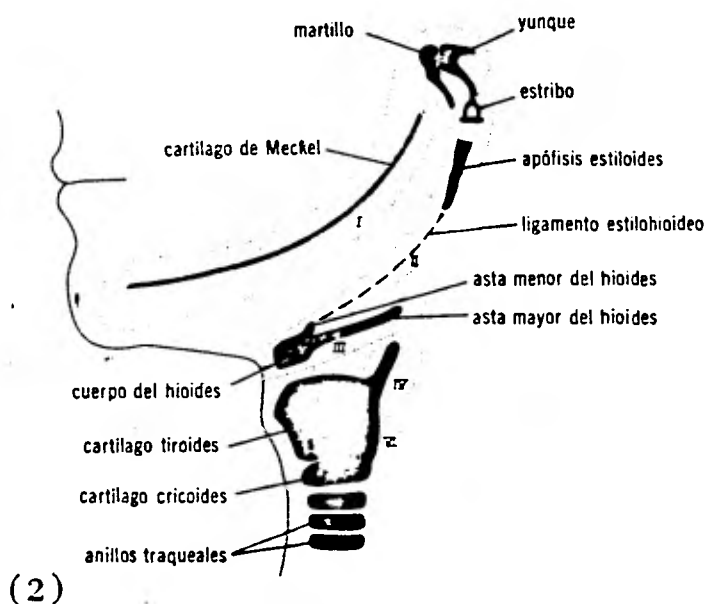
El cartílago de este origina la porción inferior del cuerpo y el asta mayor del hioides.

Los músculos de este arco son el estilofaríngeo, innervado por el glosofaríngeo componente nervioso del tercer arco.

Cuarto, Quinto y Sexto Arcos Branquiales

Los componentes cartilagosos de estos arcos se fusionan y forman los cartílagos tiroides, cricoides y aritenoides de la laringe.

Los músculos del cuarto son el cricotiroideo y los constrictores de la faringe, reciben el laríngeo superior, rama del vago. Sin embargo, los músculos intrínsecos de la laringe reciben el nervio laríngeo recurrente, ramo del vago, correspondiente al sexto arco.



(2)
Esquema de los órganos definitivos formados por los componentes cartilagineos de los diversos arcos branquiales. (Según Giroud, con modificaciones.)

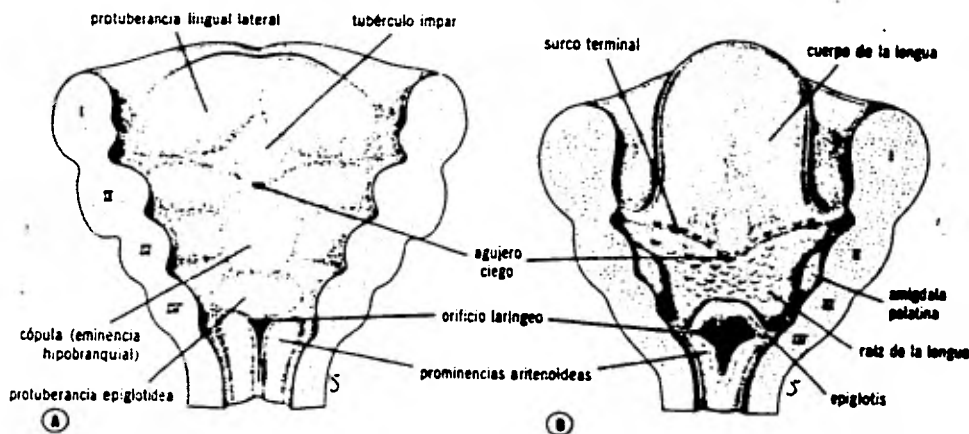
Lengua

En el embrión de cuatro semanas, la lengua se presenta como dos protuberancias linguales laterales y un abultamiento mediano, el tubérculo impar. Son proliferación del mesodermo y hay otro abultamiento mediano, la cúpula o eminencia hipobranquial. Por último, un tercer abultamiento en la línea media, formando por la parte posterior del cuarto arco branquial, manifiesta el desarrollo de la epiglotis. Inmediatamente después la canaladura traqueobranquial u orificio laríngeo limitado por las protuberancias aritenoideas. Como consecuencia de la proliferación, aumentan de volumen formando los dos tercios de la lengua anterior, esta es inervada por

el nervio maxilar inferior, ramo del trigémino.

El cuerpo de la lengua está separado del tercio posterior por un surco en forma de V, llamado surco terminal.

La porción posterior o raíz proviene de los arcos segundo y tercero y parte del cuarto. En esta parte proviene la inervación sensitiva del glosofaríngeo. La porción más posterior de la lengua y la epiglotis reciben el nervio laríngeo superior lo cual indica que proviene del cuarto arco branquial.



(2) . Porciones ventrales de los arcos branquiales vistas desde arriba, para apreciar el desarrollo de la lengua. Los arcos branquiales cortados se indican con los números I a IV. A, A las cinco semanas (aproximadamente 6 mm). B, En el quinto mes; adviértanse el agujero ciego, el sitio de origen del primordio tiroideo y el surco terminal que forma la línea divisoria entre primero y segundo arcos branquiales.

Labio Leporino y Paladar Hendido

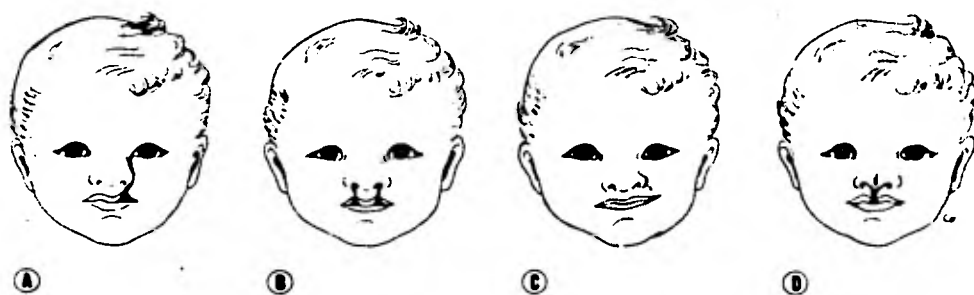
Los defectos situados por detrás del agujero - incisivo dependen de que no se fusionan las crestas palatinas e incluyen paladar hendido secundario y - úvula hendida. Los defectos situados por delante - del agujero incisivo por separación de los procesos nasomediano y maxilar, e incluye labio leporino, ma xilar superior hendido y hendidura entre paladar - primario y secundario.

Labio Leporino Mediano

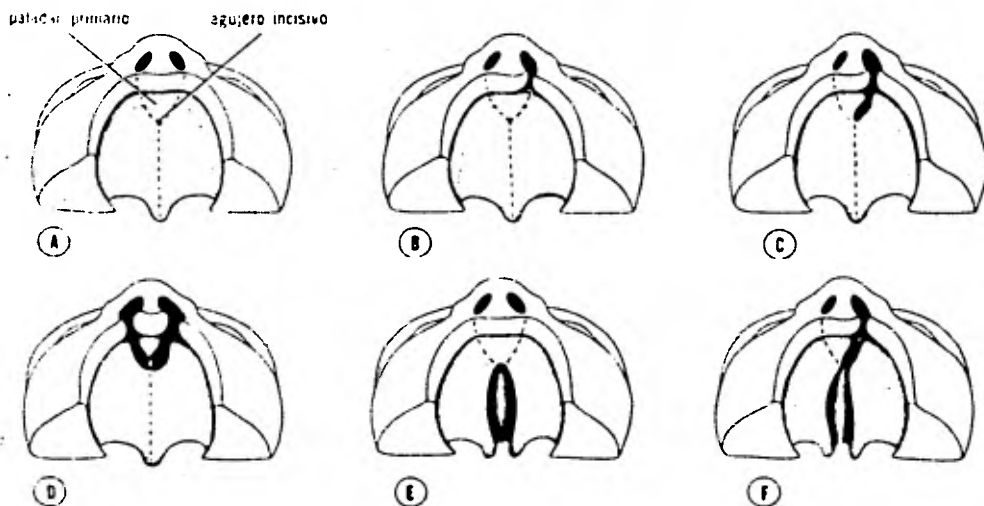
Poco frecuente, causada por combinación incompleta de los procesos nasomedianos en la línea media. Suele acompañarse de surco profundo entre los lados derecho e izquierdo de la nariz.

Hendidura Facial Oblicua

La falta de fusión del proceso maxilar con el proceso nasolateral correspondiente origina una hen didura facial oblicua; en estas circunstancias, el conducto nasolagrimal suele estar abierto.



(2) .. A, Hendidura facial oblicua. B, Labio leporino bilateral. C, Macrostomia unilateral. D, Labio leporino mediano con nariz parcialmente hendida.



(2) . Vista ventral de paladar, encías, labio y nariz. A, Aspecto normal. B, Labio leporino unilateral que se extiende hasta la nariz. C, Hendidura unilateral que afecta labio y maxilar superior y llega al agujero incisivo. D, Hendidura bilateral de labio y maxilar. E, Paladar hendido. F, Paladar hendido combinado con hendidura anterior unilateral.

A N A T O M I A

Músculos Cutáneos

Son inervados por el facial, acción sobre la piel, varían en grado, desarrollo, forma y energía, y en ocasiones se fusionan con los vecinos.

Músculos de la Nariz

Piramidal

Inserciones.- Por abajo, en el borde inferior de los huesos propios de la nariz y en los cartílagos laterales de ésta; por arriba, en la cara profunda de la piel de la región interocular.

Acción.- Baja la piel de la región intersuperciliar y la pliega transversalmente.

Transverso y Dilatador de la Nariz

Inserciones.- Por arriba, en el dorso de la nariz, por medio de una aponeurosis que desciende sobre las partes laterales de la nariz y da nacimiento a las fibras carnosas que vienen a implantarse en el borde posterior de los cartílagos del ala de la nariz y en la piel que los recubre.

Acción.- Dilata las alas de la nariz.

Mirtiforme o Constrictor Nasal

Inserciones.- Por abajo, en la fosa mirtiforme del maxilar superior; por arriba, por dos fascículos, en el subtabique y en la parte posterior del ala de la nariz.

Acción.- Constrictor de la nariz.

Músculos de los Labios

Buccinador y Orbicular de los Labios

El buccinador se extiende desde los dos bordes alveolares y de la faringe hacia los labios, desde-constituye el orbicular.

Inserciones.- Por detrás, en la parte externa-del borde alveolar de los dos maxilares y en la aponeurosis buccinatófaríngea. Dirección de sus fibras.- Hacia las comisuras labiales, las fibras se entrecruzan; las superiores van al labio inferior, y las inferiores al superior, para formar el músculo orbicular de los labios.

Acción.- Dirige las comisuras atrás. En la masticación, coloca bajo los dientes los alimentos-que caen en el vestíbulo de la boca.

Elevador Común del ala de la Nariz y Del Labio Superior

Inserciones.- Por arriba, en los huesos propios de la nariz y en la apófisis ascendente del ma

xilar superior; por abajo, en la cara profunda de - la piel del labio superior. Va a insertarse por algunas fibras en la piel que cubre el ala de la nariz.

Elevador Propio del Labio Superior

Inserciones.- Por arriba, en la parte inferior del reborde orbitario, por encima del agujero suborbitario; por abajo, en la cara profunda de la piel del labio superior, por delante del canino.

Canino

Inserciones.- En el maxilar superior, por debajo del agujero suborbitario y en la cara profunda de la piel del labio superior, por delante del orbital.

Acción.- Los tres músculos anteriores elevan - el labio superior.

Cigomático Mayor

Inserciones.- Por arriba, en la cara externa - del hueso malar; se dirige hacia abajo y adentro para insertarse en la cara profunda de la piel del labio superior, cerca de la comisura. Dirige la comisura hacia arriba y atrás.

Cigomático Menor

Inserciones.- Por arriba, en la cara externa - del hueso malar, y por abajo, en la cara profunda -

de la piel del labio superior, al lado de la comisura. Su acción y dirección es la misma que la del cigomático mayor.

Borla del Mentón

Está situado en el espesor del mentón. Se inserta por arriba en la foseta del maxilar inferior, situado a cada lado de la sínfisis. Desciende para insertarse en la cara profunda de la piel del mentón. Eleva el labio inferior.

Cuadrado del Mentón

Músculo cuadrilátero que se inserta por abajo en la línea oblicua externa del maxilar inferior, en donde recibe numerosas fibras del cutáneo del cuello, y se dirige hacia arriba a la cara profunda de la piel del labio inferior. Baja el labio inferior y lo dirige algo hacia fuera.

Triangular de los Labios

Se inserta por abajo en la parte posterior de la línea oblicua externa del maxilar inferior, donde recibe algunas fibras del cutáneo del cuello; por arriba, en la cara profunda de la piel del labio inferior, al nivel de la comisura.

Risorio de Santorini

Se inserta por delante en la cara profunda de-

la piel de las comisuras labiales; por detrás se confunde con el cutáneo del cual es un fascículo.

CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal está limitada por delante y a cada lado por arcos alveolares, los dientes y las encías, comunican hacia atrás con el istmo de las fauces, limitado este por los pilares palatoglosos. El techo de la cavidad bucal es el paladar, el suelo es el piso de la boca y la lengua, y concretamente comprenden los dos músculos milohioideos, que forman el diafragma bucal, la lengua está unida al suelo de la boca por el frenillo de la lengua, este a su lado presenta la papila sublingual (carúncula).

Labios y Mejillas

Los labios son dos pliegues movibles musculofibroso que limitan la entrada de la boca, se extienden lateralmente hasta el ángulo de la misma, la parte media del superior presenta un surco poco marcado llamado Filtrum, la cara interna se relaciona con la encía por un pliegue medio de mucosa llamado frenillo labial.

Los labios están constituidos parcialmente por los músculos orbiculares y glándulas labiales, todo tapizado por mucosa, el labio hendido se encuentra con más frecuencia en el labio superior y en la porción paramedia, se asocia a veces con hendidura del paladar.

Paladar

Constituye el techo de la boca y suelo de la cavidad nasal, se extiende hacia atrás constituyendo una separación parcial entre las porciones bucal y nasal de la faringe, el paladar es arqueado en sentido transversal y anteroposterior y se compone en dos partes: los dos tercios anteriores constituyen el paladar duro y el tercio posterior, el paladar blando.

Paladar Duro

En el adulto queda el paladar duro a nivel del Axis, en el niño a nivel de la articulación entre el cráneo y el Atlas. Se caracteriza por ser óseo, está formado por las apófisis de los maxilares por delante y las láminas horizontales de los palatinos por detrás. Está cubierto por la mucosa nasal y la mucosa y periostio del paladar duro, la lámina mucoperióstica contiene vasos sanguíneos y nervios y glándulas palatinas de tipo mucoso, tiene epitelio queratinizado escamoso estratificado y es sensible al tacto. La lámina mucoperióstica presenta un rafe medio que termina por delante en la papila incisiva.

Algunos pliegues transversos palatinos se extienden lateralmente y contribuyen a la fragmentación de los alimentos por compresión contra la lengua durante la masticación.

Paladar Blando

Es una formación fibromuscular movable que continúa el borde posterior del paladar duro. Constituye una separación parcial entre la nasofaringe - por arriba y la orofaringe por abajo. Funciona cerrando el istmo faríngeo durante la deglución y la fonación, está cubierta por epitelio escamoso estratificado y en la cara anterior hay glándulas palatinas, los corpúsculos del gusto se encuentran más - atrás, el borde inferior libre del paladar blando, - presenta en el plano medio una proyección de variable longitud llamada Uvula. El paladar blando se - continúa lateralmente con dos pliegues que reciben el nombre de pilares glosopalatino y faringopalatino.

Vasos y Nervios Sensitivos del Paladar

La principal fuente en cada lado es la arteria palatina mayor, rama de la palatina descendente, - procedente a su vez de la maxilar. Los nervios sensitivos, ramas del ganglio pterigopalatino, comprenden los nervios palatinos y nasopalatinos. Las fibras nerviosas van probablemente al nervio maxilar.

Músculos del Velo del Paladar

Glosoestafilino

Situado en el pilar anterior, se inserta por - arriba en la cara inferior de la aponeurosis del velo del paladar. Desde este punto se dirige hacia -

abajo y adelante, por el espesor del pilar anterior, para terminar en la lengua, donde concurre a formar las fibras longitudinales superficiales.

Es constrictor del istmo de las fauces.

Faringoestafilino

Situado en el pilar posterior, se inserta por arriba en la cara inferior del velo del paladar por un haz principal, el cartílago del orificio de la trompa de Eustaquio, y en la cara superior de la aponeurosis del velo del paladar mediante dos pequeños haces.

Estos tres haces convergen para formar el pilar posterior y van por las partes laterales de la cara interna de la faringe donde las fibras se destacan en la cara interna de la aponeurosis faríngea, las fibras más internas llegan a la línea media y se insertan en la aponeurosis faríngea, entrecruzándose con las del lado opuesto. Las medias se dirigen a la aponeurosis, mientras que las más externas van hacia delante y se insertan en el borde posterior del cartílago tiroides.

Periestafilino Interno

Se inserta en el vértice del peñasco y en la parte inferior de la porción cartilaginosa de la trompa de Eustaquio, (punto fijo). Se dirige hacia abajo y hacia adentro, para insertarse en la cara superior de la aponeurosis del velo del paladar con

fundiéndose con el lado opuesto, la dirección e inserciones de este músculo demuestran de un modo evidente que es elevador del velo del paladar.

Periestafilino Externo

Se inserta por arriba en la fosita escafoidea de la apófisis pterigoides y por algunas fibras en la porción cartilaginosa de la trompa de Eustaquio, se dirige verticalmente hacia abajo siguiendo el ala interna de la apófisis pterigoides, se refleja en ángulo recto sobre el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides, de la que está separado por una pequeña sinovial, luego se hace transversalmente y se extienden sobre la cara inferior de la aponeurosis del velo del paladar, confundiéndose con el lado opuesto, este músculo es tensor del velo del paladar.

Palatoestafilino

Pequeño músculo casi confundido con el del lado opuesto se inserta por delante de la espina nasal posterior y por detrás en la cara profunda de la mucosa nasal y la aponeurosis del velo del paladar. Es elevador de la úvula.

Occípitoestafilino

Sappey da este nombre a algunas fibras del constrictor superior de la faringe, que se insertan en la aponeurosis del velo del paladar.

Inervación de los Músculos del Paladar

Con excepción del tensor, todos los músculos - del paladar blando suelen ser inervados por el ple- - xo faríngeo, por medio de fibras derivadas de la - porción craneal del nervio espinal. El tensor está inervado en su mayor parte por el nervio mandibu- - lar.

ANGIOLOGIA

Arteria Facial

Nace encima de la lingual y se dirige hacia -- arriba y adelante para alcanzar el borde anterior - del masetero, luego va oblicuamente al surco nasoge - niano. Se distinguen en ella dos ramas colaterales la cervical y la facial.

Ramas de la cervical; son cuatro: palatina in- - ferior, para las amígdalas, pterigoidea, para el - músculo pterigoideo interno, submaxilar, para la - glándula submaxilar, submentoniana, para el mentón.

Ramas de la facial; son cuatro: maseterina in- - ferior, para el masetero, coronaria inferior y co- - rona superior, formando un círculo alrededor del - orificio bucal (arteria del subtabique, para el ta - bique nasal), del ala de la nariz, para el ala y el dorso de la nariz y el lóbulo, rama terminal o arte - ria angular, se anastomosa con la nasal, rama de la oftálmica.

Arteria Maxilar Interna

Nace a nivel del cuello del condilo y se dirige hacia dentro del lado de la fosa pterigomaxilar-corre entre el músculo pterigoideo externo y músculo temporal y gana la parte más elevada de la fosa pterigomaxilar, en donde termina.

Ramas Colaterales.- Son 14 y se distinguen en ascendentes, descendentes, anteriores y posteriores.

Ascendentes.- Timpánica para la cara interna del tímpano, meníngica media para penetrar en el cráneo por el agujero redondo menor y se divide en anterior y posterior, y ramificándose ambos distribuyéndose en las meninges craneales y los huesos subyacentes, meníngica menor para distribuir por las meninges, temporal profunda media y anterior que se distribuye en la cara profunda del músculo temporal.

Descendentes.- Dentaria inferior que presenta por el conducto dentario y sale por el agujero mentoniano con ramas para todos los dientes y la región mentoniana; maseterina para la parte superior del masetero; bucal para región buccinatrix; pterigoidea para el pterigoideo y accesorimente el interno; palatino superior que atraviesa el conducto palatino posterior y vasculariza la bóveda palatina.

Anterior.- Alveolar para los conductos dentarios posteriores del maxilar superior; suborbitario

para la mejilla la parte externa de la órbita y ramo dentario anterior se introduce en los conductos dentarios anteriores y va a distribuirse por los dientes.

Posteriores.- Vidiano para la parte posterior de la faringe; pterigopalatina que se introduce en el conducto pterigopalatino y se dirige hacia la parte superior de la faringe; esfenopalatina que atraviesa el agujero esfenopalatino y se distribuye por el tabique, cornetes, meatos y senos frontal y maxilar, interna en el 1º y externa en los demás.

Venas de la Cara

Las venas de la cara se dividen en dos grupos: venas superficiales y venas profundas.

Las venas superficiales.- Forman dos troncos principales; La vena Facial y la vena Temporal Superficial.

Vena Facial

Nace en la región frontal, cerca de la línea media; desciende a la cara, atravesando oblicuamente cruza el borde inferior del maxilar inferior y termina en la yugular interna, al abandonar el surco del ala de la nariz pasa al buccinador, se adosa al borde anterior del masetero y región suprahiodea.

Afluentes.- En la cara recibe las venas nasa-

les, labiales, bucales y maseterinas anteriores, cuyos nombres indican su procedencia y cuya trayectoria es igual a las arterias del mismo nombre, la vena alveolar, que se origina del plexo alveolar, situado detrás de la tuberosidad del maxilar superior, en el cuello recibe las venas submentoniana, palatina inferior y submaxilar. (esta última procede de la glándula del mismo nombre).

Vena Temporal Superficial

Formada por las venas segmentaria laterales - del cráneo desciende, como la arteria del mismo nombre, y se une a la vena maxilar interna, para formar la vena yugular externa, recibe venas auriculares, palpebrales y faciales. Estas últimas corresponden a la arteria transversal de la cara.

Venas Profundas.- Forman tres troncos principales; venas Oftálmicas, Maxilar Interna y Linguales.

Vena Oftálmicas

La superior nace en el ángulo mayor del ojo, - es continua de la angular, gana la parte más elevada de la hendidura esfenoïdal desemboca en el senocavernoso, recoge; venas etmoidales, anteriores y - posteriores, musculares lagrimal.

La inferior nace en la parte anterior del suelo de la órbita, va a juntarse con la vena oftálmica superior, para desembocar con ella en el senocavernoso.

Vena Maxilar Interna

Las venas temporales profundas, pterigoideas, - dentaria inferior, maseterina y meningeas medias, - todas se reúnen para formar el plexo pterigoideo, - de él nace la vena maxilar interna, la cual, uniéndose con la temporal superficial, forma la vena yugular externa.

Venas Linguales

Forman tres grupos; las profundas que acompañan a las arterias linguales, las dorsales que vienen a formar un plexo, al cual concurren venas procedentes de la epiglotis y de la amígdala, las ra--
ninas situadas a cada lado del frenillo de la lengua, corren al lado del nervio hipogloso mayor, van los tres a dar al tronco tirolinguofacial y a la yugular interna.

Ganglios de la Cabeza

Los suboccipitales están situados por detrás y por debajo del occipital, los parotídeos se encuentran en el espesor de la glándula parótida o en su superficie externa, los submaxilares en la cara interna del cuerpo del maxilar inferior, se dividen - en anteriores y posteriores y dos en la línea media, a igual distancia del hueso hioides y de la sínfi-- sis mentoniana, los suprahioides.

TRIGEMINO 5° Par Craneal

Origen Real.- Las raíces sensitivas del ganglio de Gasser y las motoras de los núcleos masticadores principal y accesorio.

Origen Aparente.- La parte lateral de la protuberancia anular. Los agujeros de salida son la hendidura esfenoidal y el agujero redondo mayor y oval.

Del ganglio de Gasser nacen tres ramas; Oftálmica, Maxilar Superior y Maxilar Inferior.

Rama Oftálmica

Nace en la parte más interna del ganglio de Gasser se dirige a la pared externa del seno cavernoso se divide en 3 la nasal, frontal, y lagrimal, la rama nasal se divide en interna y externa, la externa sale de la órbita para distribuirse en la piel de la región intersuperciliar, raíz de la nariz, parte interna de la conjuntiva, carúncula lagrimal, mucosa del saco lagrimal y conducto nasal.- La interna atraviesa el agujero orbitario pasa la lámina cribosa del etmoides y llega a las fosas nasales dividiéndose en dos, uno para la pared externa de la fosa nasal, otro para la mucosa del tabique. El nasal antes de la bifurcación da la raíz larga o sensitiva del ganglio oftálmico y uno o dos nervios ciliares que van al ojo sin atravesar el ganglio oftálmico., la rama frontal, se divide en la órbita en interna y externa, la externa supraorbitario sale por el agujero supraorbital y da file-

tes para la frente, para la mucosa del párpado superior, la interna pasa entre el agujero supraorbitario y la polea del oblicuo mayor y se divide para - el periostio y piel de la frente, otros a párpado superior y piel de la nariz en su raíz, la rama lagrimal, se dirige hacia la parte externa de la cavidad orbitaria, hacia la glándula lagrimal.

Ganglio Oftálmico.- Pequeño engrosamiento nervioso situado sobre el lado externo del nervio óptico, recibe tres raíces, la motriz, gruesa y corta, - viene del motor ocular común; la sensitiva viene - del nasal; la vegetativa rama del gran simpático venida del plexo cavernoso.

Rama Maxilar Superior

Nace en la parte media del ángulo del ganglio de Gasser sale por el agujero redondo mayor, atraviesa la fosa pterigomaxilar el canal suborbitario, conducto y agujero suborbitario y se divide en; meníngica media que nace en el trayecto intracraneal - del nervio y sigue la arteria meníngica media, orbitaria nace en la fosa pterigomaxilar, penetra por - la hendidura esfenomaxilar se divide en la lacrimopalpebral del cual se anastomosa con el nervio lagrimal y otro inerva a el párpado superior, la temporomalar que atraviesa el conducto malar y se distribuye por la piel del temporal y malar, del ganglio esfenopalatino son 2 ó 3 delgados y cortos, - que nacen en la fosa pterigomaxilar y van a parar - al ganglio esfenopalatino. El dentario posterior -

perfora la tuberosidad del maxilar superior y se distribuye en molares por sus alvéolos y por el seno maxilar, el dentario medio se anastomosa al posterior y al anterior, forma el plexo dentario con ramas a los premolares y a veces a caninos, el dentario anterior emana del nervio cuando éste pasa por el conducto suborbitario camina por el periostio para alcanzar el conducto dentario anterior y suministrar a los incisivos y caninos, el suborbitario del maxilar superior, se distribuye por el párpado inferior, labio superior y piel del ala de la nariz.

Ganglio Esfenopalatino.- También llamado de Meckel pequeño engrosamiento, situado por debajo del nervio maxilar superior, en la fosa pterigomaxilar, algo por fuera del agujero esfenopalatino.

Rama Aferente.- Además de los 3 pequeños filletes procedentes del nervio maxilar superior, recibe otras 3 ramas unidas entre sí formando un tronco, el nervio videano y son el carotídeo, del plexo simpático, el craneal, que está formado por el nervio petroso superficial mayor y la otra el nervio petroso profundo mayor, estas dos ramas de el ganglio (simpático, motriz y sensitivo) se unen para formar el nervio videano, el cual sale del cráneo por el agujero rasgado anterior, se introduce en el conducto videano y llega así hasta el ganglio de Meckel.

Rama Eferente.- Tiene cuatro grupos; el pterigopalatino (nervio de Bock). Atraviesa el conducto pterigopalatino para terminar en el cávum faríngeo, el orbitario penetra en la órbita por la hendidura-

esfenomaxilar y se anastomosa con los nervios del globo ocular, el esfenopalatino penetra a las fosas nasales por el agujero esfenopalatino dividiéndose en interno y externo, el interno para el conducto palatino anterior y región retroalveolar, el externo para la mucosa de las conchas media y superior, el palatino; son tres, el anterior que se introduce en el conducto palatino posterior y se distribuye por el velo del paladar, da el nervio nasal posterior e inferior, para el meato inferior, el medio y posterior, que se introducen en los conductos accesorios y va a la mucosa del velo del paladar, el último de estos nervios inerva los músculos periestafilino interno y palatoestafilino, es de interés hacer notar que estos filetes proceden del facial, pero troso superficial mayor.

Rama Maxilar Inferior

El nervio lo forman dos raíces, sensitivas y matriz, sale del cráneo por el agujero oval y se divide en siete ramas;

Temporal Profundo Medio	Temporomaseterino
Temporobucal	Pterigoideo Interno
Auriculotemporal	Dentario Inferior
Lingual	
Y su ganglio OTICO.	

F I S I O L O G I A

El paladar es importante en la deglución porque en él se apoya la lengua para la elaboración del bolo alimenticio, al pasar al istmo de las fauces, y en esta parte por el accionar del paladar blando que se eleva, se pone tenso y en contacto con la pared posterior de la faringe, el bolo alimenticio no le es permitido pasar a las fosas nasales y al accionar de los faringoestafilinos, la faringe se eleva y es cerrada por la epiglotis, del istmo de las fauces los alimentos pasan al esófago por acción de los músculos constrictores. Cuando existe hendidura del paladar, los alimentos, principalmente los líquidos pasan a la nariz y escapan al exterior por las fosas nasales. Por esto resulta conveniente aclarar que durante los primeros días de vida lo anterior sucede y es causa de alarma de los padres y aún del pediatra, pero el niño aprende rápidamente a controlar esta dificultad y solo se hace necesario ayudarlo durante los primeros días.

Mecanismo fisiológico de la palabra.- Al efectuar un sonido entre en acción 3 grupos de órganos que son: los que producen la fuerza inicial o sea los órganos respiratorios que son los pulmones y músculos del aparato de respiración, los que permiten la producción de los fonemas o sea el órgano fonador la laringe, los que modifican las funciones de los órganos anteriores y en cierto modo amplifican estos sonidos y son los órganos resonadores y articuladores, la laringe, cavidad bucal, nasal, labios y los paladares duro y blando.

Los órganos de respiración y de la fonación - son normales en los pacientes de hendidura palatina pero no así los órganos de resonancia y articuladores, los órganos articulares tienen un papel muy importante en la formación de las vocales y consonantes y cualquier desviación que tengan de lo normal - provocan trastornos en la articulación de las palabras, si se estudia se verá que función desempeña - cada uno de los órganos.

Labios.- Son órganos no tan importantes en la fonación, sin embargo si el labio ha sido operado - y queda con algún defecto anatómico o funcional puede afectar la articulación de los fonemas bilabiales P, B, M. Hay casos en que los pacientes con la labios normales adquieren vicios o hábitos en la articulación y no usan los labios o utilizan otros fonemas o los omiten de su vocabulario. Otras veces la fisura labial tiene un defecto indirecto en la articulación de las palabras en general robándole vigor y firmeza, ya que desarrollan el hábito de hablar - suavemente y articular indistintamente para pasar - desapercibido o no hacer notar su deformidad.

Dientes.- Estos son importantes por ser el -- punto de apoyo de la lengua en la fonación de la - T, D, S, pero cuando faltan o están mal colocados - no son pronunciadas correctamente pero por medio de hábitos llegan a decir las casi bien pero nunca la - "S". También pueden afectar la protusión o retru-- sión de los maxilares marcadamente o una exagerada- abertura de los dientes anteriores tanto en supe- - rior, como en inferior y también su irregularidad -

pueden ser causantes de la defectuosa articulación de las letras dentales.

Lengua.- Es normal pero tiene que ser más flexible y ágil que los que no padecen alteraciones para poder compensar los defectos que padece.

Paladar Duro.- La ausencia de paladar duro, impide que la lengua haga el contacto adecuado para la pronunciación de fonemas como la CH, LL, Ñ, o sea los sonidos linguopalatinos además de que forma una sola cavidad nasobucal y dar un tono diferente al normal, en ocasiones después de ser operado quedan pequeños orificios por donde sale el aire y da a la voz un sonido nasal.

Paladar Blando.- La función principal es de puerta entre la rinofaringe y la orofaringe, en el momento de la fonación el velo del paladar se eleva y se extiende a manera de un tabique entre la orofaringe y rinofaringe y no permitir que pase el aire a la nariz, en los casos de fisura palatina, éste no puede efectuar su función de cerrar la rinofaringe, para que al hablar el aire no se salga por la nariz ahí recibe la razón principal de la nasalidad imprescindible compañera de la fisura palatina, todos los sonidos se ven afectados al no cerrar la rinofaringe, con excepción de los fonemas nasales como la N, M, Ñ, como ejemplo tenemos el caso de la "P" que es un fonema bilabial oclusiva sorda, suponiendo que el labio se halla intacto y que únicamente el paladar blando es el afectado, la articulación de la "P" por lo que se refiere a los labios -

será normal, sin embargo en un paciente con fisura palatina se oye como si dijera "M" y se debe a que la articulación de dicha consonante requiere que el aire acumule detrás de los labios para salir súbitamente y precipitadamente hacia afuera, con una explosión, pero como el aire no se acumula si no que se sale por la nariz al no haber el cierre en la rinofaringe se produce un sonido que parece más "m" que "p", además tiene la función de apoyo para que la lengua pueda articular las letras K y G. La falta del buen funcionamiento del velo afectará además la pronunciación correcta de estos sonidos.

E T I O P A T O G E N I A

Las malformaciones congénitas se definen como (defectos estructurales macroscópicos) presentes en el neonato. Se han comprobado varias anomalías a nivel celular y molecular de carácter congénito, pero no suele incluirse en la definición antes enunciada sino que se llaman (anomalías congénitas).

Es probable que de 2 a 3 % de los nacidos vivos muestren al nacer una o más malformaciones congénitas importantes, y que al final del primer año de vida esta cifra se duplique al descubrirse malformaciones que pasan inadvertidas en el neonato.

El labio leporino es una malformación relativamente frecuente; constituye el 15% de todas las malformaciones, de una revisión de Fogh Andersen se desprende que hoy en día aparecen más frecuentemente que hace 50 ó 100 años. Hace un siglo representaban el 0,50 por 1.000 de todos los nacimientos; hace 50 años era el 0,70 por 1.000 y en 1964 era el 1,84 por 1.000 de todos los nacimientos. En Francia nace un niño con labio leporino o fisura del paladar por cada 942 nacimientos; en U. S. A. 1 por 1.107; en Alemania 1 por 1.000; en Holanda, 1 por cada 954; en Suecia, 1 por cada 960, y en Dinamarca, 1 por 665.

Guns cree que es en frecuencia de 10 a 12 por 10,000.

Grace (1943) cree que es uno por cada 800 nacimientos.

Hanhart admite que la frecuencia en Europa es del 1 por 1.000. En la maternidad de Zurich es de 0,8 por 1,000.

Olin (1960) da una fisura de paladar entre - - 750-800 nacimientos. Entre los negros la frecuencia es la mitad que entre los blancos. En los japoneses es el doble que en los europeos. Según Calnan, se produce una fisura labial por cada 700 nacimientos. Neumann (1970) la frecuencia va aumentando y se puede calcular hoy en día en 1 por 500 nacidos.

En resumen de los últimos estudios el labio leporino, se presenta con frecuencia de 0,8 y el 1,6 por cada 1,000 nacimientos con o sin fisura palatina, (Tresserra).

Componente Hereditario

Se acepta, en general, que el factor etiológico principal del labio leporino y paladar hendido tiene carácter genético; sin embargo, no hay relación genética entre el labio leporino y el paladar fisurado aislado. El labio leporino es más frecuente en varones que en mujeres. La frecuencia es algo mayor conforme aumenta la edad de la madre y varía en distintos grupos de población. En lo que se refiere a la repetición del labio leporino, está comprobado que si los padres son normales y han tenido un hijo con labio leporino, la probabilidad de que lo presente el niño siguiente es de 4%. Si hay dos niños con labio leporino, el peligro para el tercero aumenta a 9%; sin embargo, cuando uno de los pa-

dres presenta labio leporino y este defecto aparece en un hijo la probabilidad de que el siguiente niño tenga la anomalía se eleva al 17%.

Componente Cromosómico

Se han comprobado plenamente cuatro trisomías de esta índole; a saber: a) trisomía 21; b) trisomía 17-18; c) trisomía 13-15, y d) trisomía X. La falta de un cromosoma origina un estado llamado monosomía; sin embargo, esta anomalía es poco frecuente.

TRISOMIA 21.- Llamado síndrome de Down. Por la falta de disyunción la célula poseerá 24 cromosomas en lugar de los 23 normales. En la fecundación se añaden 23 cromosomas del gameto normal, de lo cual resultan 47 cromosomas, tres de ellos idénticos (trisomía). Dado que la frecuencia de síndrome de Down aumenta según la edad materna, se considera que la falta de disyunción ocurre durante la oogénesis y no durante la espermatogénesis.

Clinicamente el síndrome de Down se caracteriza por:

Retraso mental, Ojos y facies características, Displasia auricular, Macroglosia con prognatismo, - Cardiopatías en el 10-12% de los casos. Labio Leporino y Fisura Palatina en un 4-6% de casos.

TRISOMIA 17-18.- Los pacientes que presentan esta disposición cromosómica tienen suficientes caracteres que sugieren entidad clínica neta. Consti

tuye el denominado síndrome de Edwards, Presenta -
clínicamente:

Retraso mental, defectos cardíacos congénitos, orejas de inserción baja, flexión de dedos y manos, micrognias, anomalías renales, sindactilias y malformación ósea, labio leporino en un 15% de casos.

TRISOMIA 13-15.- Se denomina síndrome de Patau. Las principales anomalías de este síndrome son: Retraso mental, defectos cardíacos congénitos, sordera, microftalmía, anoftalmía y coloboma, micrognatia, displasia auricular, sindactilia y poli-dactilia, anomalías cerebrales, anomalías urogenitales, paladar y labio hendido en un 70-80%.

Factores Ambientales

Se estima que alrededor del 10% de las malformaciones humanas conocidas dependen de factores ambientales, quizá debido a que los factores teratógenos ambientales son poco conocidos. Se consideran factores teratógenos ambientales los siguientes:

AGENTES INFECCIOSOS.- Gregg señaló que la rubéola sufrida por la mujer en etapa incipiente de la gestación podía producir malformaciones congénitas como: malformaciones oculares, del oído interno (sordera congénita por destrucción del órgano de Corti); cardíacos (persistencia del conducto arteriovenoso y defectos de los tabiques interauriculares y ventriculares); dentales (alteraciones de la-

capa de esmalte), etc. Se han atribuido malformaciones congénitas a una docena de virus, aproximadamente; pero sólo dos de ellos, el de la rubéola y el citomegalovirus, se han identificado como causa de malformaciones y de infección fetal crónica, que persisten después del nacimiento. La sífilis es considerada causa destacada de malformaciones congénitas, pero se ha probado que esta teoría carece de fundamento. Cuando la sífilis estaba difundida se atribuía a ella malformaciones congénitas de la índole de labio leporino, espina bífida y otras. Sin embargo, al disminuir la frecuencia de la enfermedad, también disminuyó la relación que guardaba con estas malformaciones.

RADIACION.- Desde hace años se conoce el efecto teratógeno de los rayos X, y está comprobado que la administración de dosis grandes de rayos X o Radio a embarazadas puede originar microcefalia, defectos craneales, espina bífida, fisura palatina y defectos de las extremidades.

AGENTES QUIMICOS.- Los fármacos como la Talidomina que está comprobado que produce malformaciones del tipo de la melia y focomelia. La aminopterina pertenece al grupo de los antimetabolitos y antagoniza al ácido fólico. Se utilizaba al principio del embarazo para producir aborto terapéutico.- En cuatro casos en los cuales no ocurrió aborto se advirtieron malformaciones en los hijos; fueron éstas: anecefalia, meningocele, hidrocefalia y labio y paladar fisurados. Las hormonas se ha comprobado repetidamente por experimentación que la cortisona inyectada a ratones y conejos en determinados perio

dos de la preñez pueden aumentar la frecuencia del paladar hendido en la descendencia. Aunque algunos investigadores indican que administrada a mujeres - en etapa incipiente de la gestación pueden causar - paladar hendido. También hay casos en que la madre ha tomado cortisona durante el embarazo y el feto - fue normal. No se ha comprobado que la cortisona - sea factor ambiental.

HISTORIA CLINICA

Para poder llevar a cabo cualquier tratamiento es necesario realizar un estudio clínico general para valorar la salud del paciente, que debe tener varias características.

Ficha de Identidad

Nombre:	Edad:	Sexo:
Fecha de Nac.	Edo. Civil:	Ocupación:
Dirección:	Origen:	Teléfono:
Fecha de Admic:		

Padecimiento Actual

Qué sistema o aparato está enfermo:
 A qué lo acredita el padecimiento:
 Cómo principió: Como evolucionó:
 El edo. actual del padecimiento:
 Manifestaciones del enfermo:
 Tratamiento y Terapéutica:

Antecedentes Personales No Patológicos

Condiciones de vida, Higiene personal, Grado - de escolaridad, Lugar de Origen, Alimentación en - cantidad y calidad, Ocupación, Habitación, Hábitos-

perniciosos como etilismo, Tabaquismo e inmunizaciones.

Antecedentes Personales Patológicos

Enfermedades propias de la infancia, Sarampión, Tosferina, Viruela, etc. Infecciones padecidas o -padece Tuberculosis, Paludismo, Sífilis, Reumatismo, Parasitosis. Traumatismo, Fracturas, hace cuanto tiempo, y si dejó secuelas, Transfusiones, Hepatopatías, Alergias, Epiléptico.

Antecedentes Hereditarios

Diabéticos	Hemofilicos
Fimicos	Luéticos
Nefríticos	

Aparatos y Sistemas

Aparato Digestivo:

Tiene apetito, cuantas veces come al día, distingue bien los sabores, tiene alitosis, eructos, -agruras o acedía, náuseas, vómito, dolor al tragar, en el estómago, retortijones, cólicos, evacuaciones al día, color, olor, consistencia, lombrices, moco, pus, sangre, trozos de alimento, dolor, ardor.

Aparato Respiratorio:

Dificultad al respirar, tiene tos, como se pre

senta; continua, por acceso, aisladas, con vómito, - es seca o desgarrada, hemetizante, disnizante, con dolores, con espectoración; consistencia, color, olor, sabor, cantidad, burbujas pus, sangre, en hilo o - uniforme, moco, el dolor en el pecho, espalda, costado, frente, tiende a aumentar el dolor al respirar profundamente, levemente, en que sitio empieza y hacia donde se radia.

Aparato Circulatorio

Tiene palpitaciones, por esfuerzo, se fatiga - y siente sofocación al caminar, se fatiga con grandes o pequeños esfuerzos, es hipertenso, hipotenso, tiene dolor en el corazón, en que forma, sitio, duración, hacia donde radia y con sensación de angustia, mareo, asfixia, paralización, edemas en cejas, párpados, tobillos u otra parte del cuerpo, cianosis, bochorno, cefáleas continuas, fosfeno, tinitus aureus, hormigueos, calambres, disnea, ortopnea, - siente dormido alguna parte del cuerpo, infartos o soplos.

Aparato Genito - Urinario

Micciones en el día y en la noche, cuanta cantidad total por 24 hrs. color, olor, consistencia, - deja asiento de que características, con sangre, en que momento, principio, final, intermedio o en toda la micción, dificultad al orinar con molestias como ardor, quemaduras.

Sistema Nervioso

Duerme bien, cuantas hrs. en la noche y cuan--

tas en el día, tiene pesadillas, oye bien, huele - bien, ve bien, tiene sobresaltos, turbaciones, excitaciones.

Sistema Muscular y Esquelético

Mialgias en que parte del cuerpo, atrofas musculares en que parte del cuerpo y porque causa o a que lo acredita, con limitaciones en los movimientos, traumatismos de fracturas y que secuelas dejaron en la persona.

Sistema Endocrino

Polifagia, polidípsia, poliuria, hipertiroidismo, diabetes.

Exploración Física

Estatura, peso, pulso, respiraciones, presión arterial, temperatura, color de piel, ojos, pelo y cantidad de éste, forma del cráneo, tamaño, forma, forma de los oídos, tamaño y forma de la nariz, usa anteojos, tiene estigmatismo, miopía, estrabismo, conjuntivitis, boca, cuello, tórax, corazón, pulmón, abdomen, piel.

De la boca tamaño, forma, labios, color, forma, tamaño, mucosa yugular, palatinas, coloración, textura, piso de la boca, coloración, forma, textura, lengua, forma, tamaño, color, presentación de alguna patología, dientes completos o faltan, con caries tártaros dentarios, obturaciones, prótesis, etc. textura de la encía. Del cuello en la explora-

ción y palpación ver la forma, textura y volumen, - coloración del cuello, si se presenta alguna patología. Del tórax, exploración y palpación para saber forma, volumen, cambios de coloración y presentación de síntomas patológicos. El corazón auscultación de los focos, exploración y palpación si se presenta dolor, irradiación, en el pulmón susurro - respiratorio estertor. El bazo y el Hígado exploración y palpación de sitios dolorosos, en que región del abdomen. Piel su coloración, superficie, textura, cicatrices tendencias queloides, alguna pigmentación. Extremidades si son simétricas, si tienen atrofias, si hay sincronización.

Estudios de Laboratorio

Biometría Hemática, Química Sanguínea, Grupo y Factor Rh, Tiempo de sangrado, Protrombina.

Diagnóstico

Este se obtiene después de haber realizado una buena historia clínica para saber la salud general y estado físico del paciente.

Plan de Tratamiento

Después de haber realizado todos los pasos anteriores, se procede a una sección con los especialistas: Cirujanos Plásticos, Otorrinolaringólogo, - Cirujano Dentista, Protésista, Ortodoncista, Fonoiatra, Psicólogo, para que expongan cada uno su idea y llegar a una conclusión sobre el plan de trata-

miento se llevara, para la rehabilitación de la anmalía que padece el paciente.

Tratamiento Preoperatorio

Estos comienzan desde el primer contacto con - el paciente es necesario llevarlo en el mejor momento en su estado general, modificado todo desequilibrio que pueda ser causa de contraindicaciones.

Tratamiento

El tratamiento de los pacientes con labio y paladar hendido tiene dos grandes objetivos. El primero es la rehabilitación estética y reconstructiva - del paciente. En este intervienen los cirujanos - plásticos y maxilofaciales. De ellos dependerá la - elección de la técnica adecuada para cada caso en - particular.

El segundo y no menos importante objetivo es - la rehabilitación funcional del paciente. En esta - intervienen los foniatras, terapistas del lenguaje, ortodoncistas, protesistas, audiólogos, psicólogos, etc.

Preparación de la Región

Los tegumentos deberán estar desprovistos de - toda materia extraña, para lo cual se lavará y limpiará bien la área quirúrgica, lavar con agua, jabón cuando la región está cubierta de pelo se rasurará, las mucosas pueden ser lavadas con suero fisiológico para mover materias extrañas y nunca usar

tinturas o soluciones cáusticas que esfacelen e - -
irriten el epitelio.

Los últimos preparativos preanestésicos, que -
tomaremos en cuenta son: ayuno, temperatura, posibi-
lidad de una buena oxigenación, condiciones hemáti-
cas y balance hidroelectrolítico.

Cuadro de Medicación Preoperatoria
para Lactantes y Niños

EDAD		PESO APRO.	ATROPINA mg
1 día	3 meses	2.25 - 4.50	0.00 - 0.12
3 meses	6 meses	4.50 - 9.00	0.12 - 0.15
6 meses	1 año	6.80 - 11.3	0.15
1 año	3 años	9.00 - 15.8	-----
3 años	6 años	15.8 - 27.2	-----
6 años	12 años	27.2 - 45.5	-----
más de	12 años	más de 45	-----

ESCOPOLAMINA mg	MORFINA mg	NEMBUTAL mg	DEMEROL mg
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----
0.15 - 0.17	1 - 2	20 - 35	7.5 - 15
0.15 - 0.20	2 - 5	35 - 60	15.0 - 35
0.20 - 0.30	5 - 8	60 - 75	35.0 - 50
0.30 - 0.40	6 - 10	75 - 100	50.0 - 75

En la operación de labio leporino y paladar -- hendido se utiliza la endotraqueal por medio de una sonda que se fija al labio inferior tratando de no ejercer tracción sobre la comisura y también que no sea aplastada por el abreboca.

Los derivados atropínicos servirán para disminuir los reflejos vagales peligrosos, pero no los faringolaríngeos, una vez entubado se aplica una gasa húmeda en la faringe, a fin de impedir el paso de sangre y secreciones, la entubación puede ser por nasal según la ventaja y comodidad de el cirujano, en este lapso se vigilara los signos vitales, el aumento o disminución acentúa la frecuencia del pulso a menudo es síntoma de shock, el aumento de la respiración se debe generalmente a exceso de bióxido de carbono y convendrá superficializar la anestesia y aspirar secreciones y sangre que han encontrado a su paso, los niños menores de tres meses -- tienden a la hipotermia, combatir con bolsas de --

agua caliente y niños de más de tres meses hipertermia con peligro de taquicardia y colapso, se controla con compresas heladas y aspirinas, hay que administrar sangre según su pérdida en la intervención por medio de la canalización ha que fue sometida antes de la operación.

Material de Sutura

Para el labio leporino es conveniente usar - - catgut crómico atraumático con aguja curva de medio círculo de 000 ó 00 y nylon con aguja atraumática de 0000 a 000 de acuerdo con la edad y tamaño del niño, en el paladar hendido es adecuado usar el catgut crómico atraumático con aguja curva de medio círculo de 000 por que el grosor de éste no deja orificios grandes que posteriormente no pueden ampliarse, el tiempo de rehabilitación es el justo para evitar tanto que no se elimine antes de que los bordes se unan, ni que sea tan prolongado la rehabilitación que produzcan esfacelos.

Colocación del paciente

Para la intervención del labio leporino el paciente se sitúa en posición de decúbito supino, con la cabeza apoyada en un rodete con el fin de que quede fija y se eviten movimientos de lateralidad. Colocamos también un rodete debajo de los hombros con lo que se consigue una ligera extensión de la cabeza lo cual facilitará al cirujano la exposición del campo operatorio. El cirujano se coloca por detrás de la cabeza del paciente. El primer ayudante se sitúa en la parte lateral del paciente y a la iz

quierda del cirujano. La instrumentista se coloca - también lateralmente al paciente pero a la derecha del cirujano.

Para la intervención del síndrome de Pierre Robin el paciente también se sitúa en posición de decúbito supino, pero con la cabeza en flexión ligera por medio de un rodete. No colocamos rodillo por debajo de los hombros. El cirujano se coloca a la derecha del paciente, el ayudante a la izquierda y la instrumentista por detrás.

La fisura palatina la intervenimos colocando al paciente en decúbito supino y con la cabeza en hiperextensión (posición de Rose). La posición del cirujano, ayudante e instrumentista es similar a la descrita para el labio leporino.

CLASIFICACION DEL
LABIO LEPORINO Y PALADAR
HENDIDO

Muchas son las clasificaciones de estas anomalías, podríamos afirmar que son tantas como autores han tratado este tema. Nosotros tomaremos la de - Victor Vean, por completa y fácil de comprender y - retener.

Labio leporino incompleto

Encontramos una muesca más o menos profunda en el labio superior, que abarca todo el bermellón y - se extiende hacia el labio cutáneo. La muesca puede comprender todo o sólo parte de el labio cutáneo. Existe continuidad de la arcada alveolar. El suelo de la nariz está conservado, aunque casi siempre algo ensanchado. Los dientes son frecuentemente anómalos o están desviados. Puede ser unilateral o bilateral.

Labio Leporino completo

Es una hendidura que afecta la totalidad del labio y del paladar primario, limitado por detrás - por el agujero palatino anterior. La arcada alveolar está dividida. La nariz está ensanchada por - alargamiento e hipertrofia de la aleta nasal. Puede ser también unilateral o bilateral.

Formas asimétricas

Las formas del labio leporino bilateral pueden ser muy variadas: simple de un lado y total del - - otro. En estos casos los catalogamos como formas - asimétricas. Pueden así mismo estar asociadas a - una división palatina simple o total, unilateral o - bilateral.

Labio leporino central

Es una hendidura que abarca la totalidad del - labio, tanto en el lado derecho como en el izquier- do, con agenesia del prelabio y premaxila.

Labio leporino inferior

Es una fisura que comprende el bermellón y pue- de extenderse por la zona cutánea del labio. Según la cantidad de zona afecta se dice que comprende - los $\frac{3}{3}$, $\frac{2}{3}$ ó $\frac{1}{3}$ del labio. Puede asentar en la - parte media del labio como generalmente ocurre en - esta rara malformación, o bien localizarse en el la- do izquierdo o derecho del labio.

Fisura palatina alveolar

Esta fisura únicamente el reborde alveolar.

Fisura palatina incompleta

El paladar está fisurado, pero el reborde al- - veolar está intacto. La deformación puede limitarse

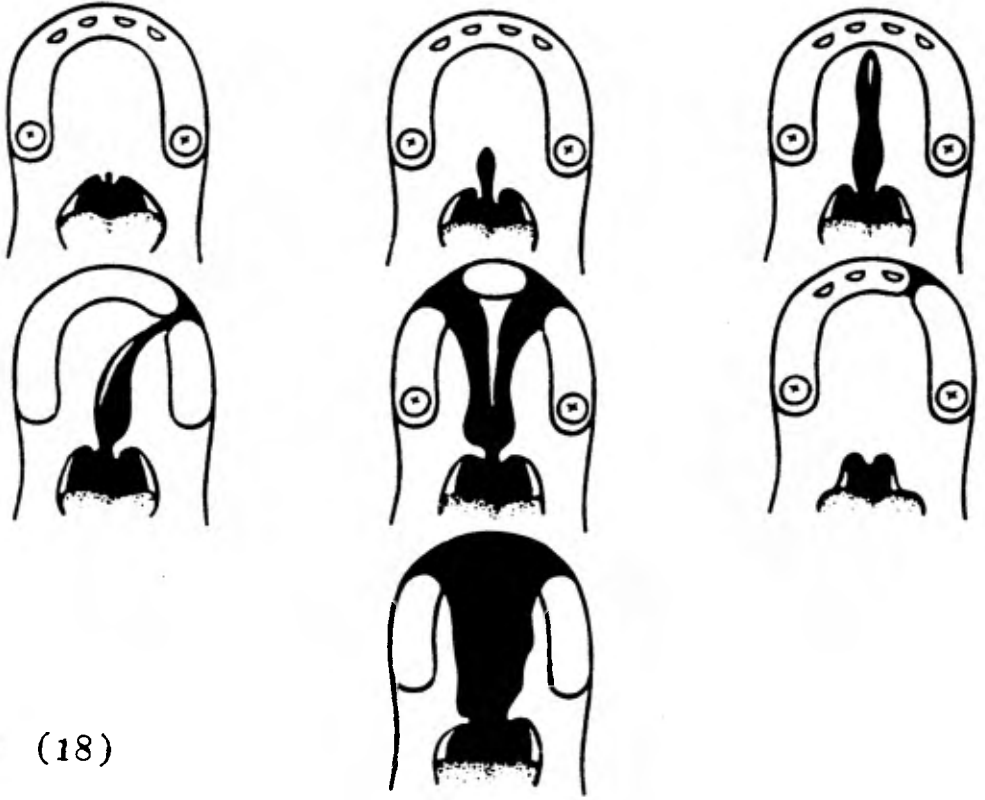
al paladar blando, o estar afectado también el paladar óseo hasta el agujero palatino anterior. La forma más leve es la fisura submucosa en la que estando conservada la mucosa, la fisura se limita a la zona muscular del paladar blando. Está siempre asociada a úvula bífida. La fisura puede comprender $1/3$, $2/3$, $3/3$ del paladar blando, denominándose división palatina simple estafilosquisis, o también afecta $1/3$, $2/3$ ó $3/3$ del paladar óseo, denominándose división palatina simple uranoestafilosquisis.

Fisura palatina completa

Puede ser unilateral o bilateral. En la fisura unilateral total, la hendidura pasa entre el hueso incisivo y el maxilar superior del lado correspondiente, extendiéndose hacia atrás entre las apófisis palatinas de los maxilares y las láminas horizontales del palatino. El tabique nasal está inserto en la apófisis palatina del lado opuesto. En la fisura total bilateral, el hueso intermaxilar está completamente separado del reborde alveolar de ambos lados. Está desplazado hacia delante y arriba.

Fisura palatina central

Va asociada siempre a un labio leporino central. Presenta una agenesia total de las apófisis palatinas de los maxilares superiores, de las láminas horizontales del palatino y del paladar blando.



Instrumental para Labio Leporino

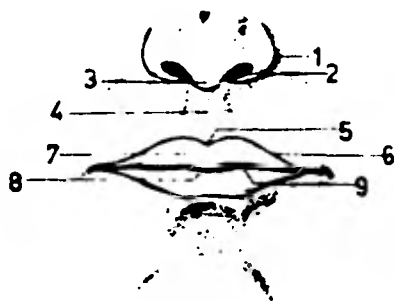
Aspirador de Felmunson	Tijera punta aguja (11 cm.)
Abatelenguas	Tijera Metzenbaum recta (14 cm.)
Pinza de disección con dientes	Tijera Metzenbaum curva (14 cm.)
Portaagujas (12 cm.)	Tijera Adson con dientes
Clamps de Blalock (6 cm. hemostáticos)	Tijera hemostáticas mosquito curvas
Hojas de bisturí # 15	Compás de acero inoxidable
11	Legra para mucosa
Mangos de bisturí tipo Parker	Separador de Senn-Miller
	Separador de Farabeuf

Instrumental para Paladar Hendido

Abrebocas separador de Digman	Tijera de Mayo recta (14 cm.)
Separadores de Farabeuf	Porta agujas (15 cm.)
Jeringa de Carpule	Tijera de Metzenbaum recta y curva (14 cm.)
Aspirador de Felmunson	Pinzas hemostáticas de mosquito curva
Espátula doble	Pinza de Adson recta y curva
Disector de Macdonald	Legras para mucosa
Hojas de bisturí # 15	
11	
Mango de bisturí tipo Parker	

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Cada tratamiento que se elija debe ser el indicado para que se reconstruya el piso de las fosas nasales, la amplitud y forma del ala de la nariz y con ello la forma, amplitud y dirección de la narina, la dirección de la columela y del Filtrum, la continuidad de la línea mucocutánea, el tubérculo de cupido, el borde libre del labio y con todo esto la longitud del labio así como y su altura.



(25) Morfología del labio superior y la nomenclatura de sus elementos. 1. ala de la nariz; 2. narina o ventana nasal; 3. columela; 4. *philtrum* o surco infranasal; 5. arco de cupido; 6. línea mucocutánea; 7. mucopiel; 8. tubérculo de cupido o tubérculo labial; 9. borde libre de labio.

Básicamente las técnicas pueden dividirse en 2 tipos; las incisiones rectas y las de ángulos, las primeras fueron usadas en el pasado, pero su resultado posterior a la operación no era satisfactoria requiriendo de una segunda intervención correctiva, con el otro método, el resultado posterior fue mucho mejor que la técnica recta.

El labio leporino se reconstruye siguiendo las líneas marcadas en el labio y nariz, la forma del defecto a tratar y el tipo de malformación da la pauta para la selección de la técnica a seguir y así la obtención de mejor resultado.

Existen varias técnicas para realizar la operación de labio leporino y paladar hendido.

Para labio leporino las principales técnicas son:

Mirault modificada por Lood.

Le Mesurier

Victor Veau

Tennison - Randall

Malek

Método de doble " Z "

Millard

Para paladar hendido las técnicas principales son:

Von Langenbeck

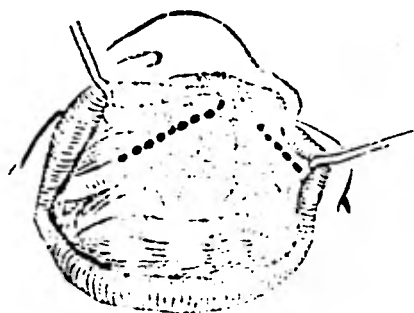
Veau Uranoestafilorrafia

Dorrance o "Puch - Back"

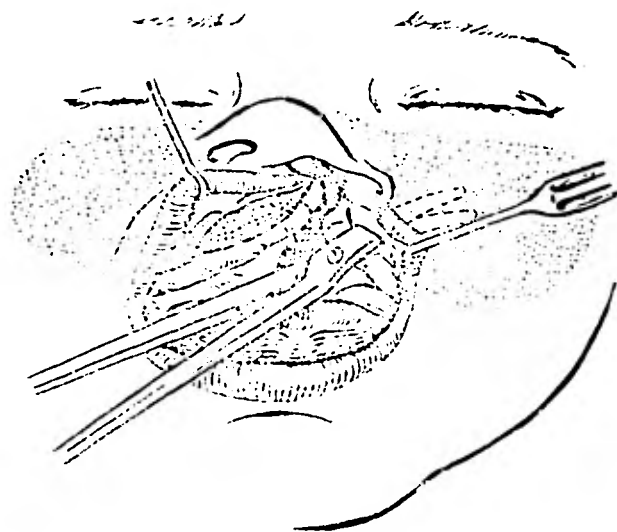
TECNICA DE MIRAULT MODIFICADA POR LOOD

Para Labio Leporino Unilateral Total.

En esta técnica se evita la tensión en la línea de sutura siendo necesario despegar extensamente el labio a cada lado del defecto, haciendo una incisión por el borde alveolar de 2 a 3 cm. a cada lado, hacer disección roma se despega el labio y tejidos blandos hasta apófisis cigomática y borde orbitario, en este espacio se coloca una compresa que se deja trazar y cortar el contorno del labio, los puntos de referencia de la incisión, se marcan con aguja mojada con azul de metileno.

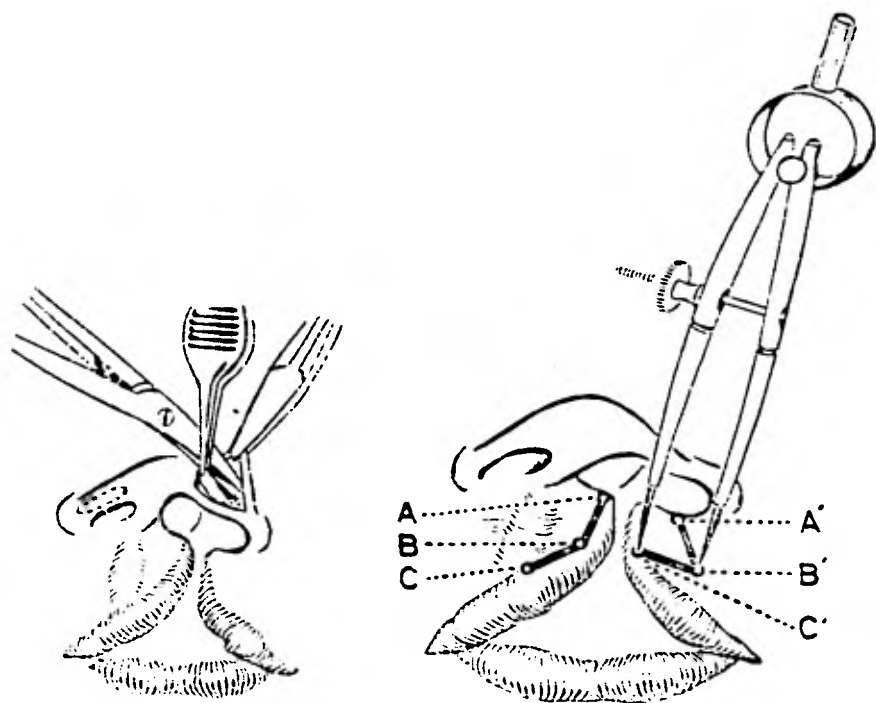


INCISION EN EL
BORDE ALVEOLAR



(17) La línea de guiones indica la posición de las incisiones en el borde alveolar. Los tejidos blandos se separan del maxilar por disección roma. La zona sombreada indica la extensión de la disección en cada lado de la cara.

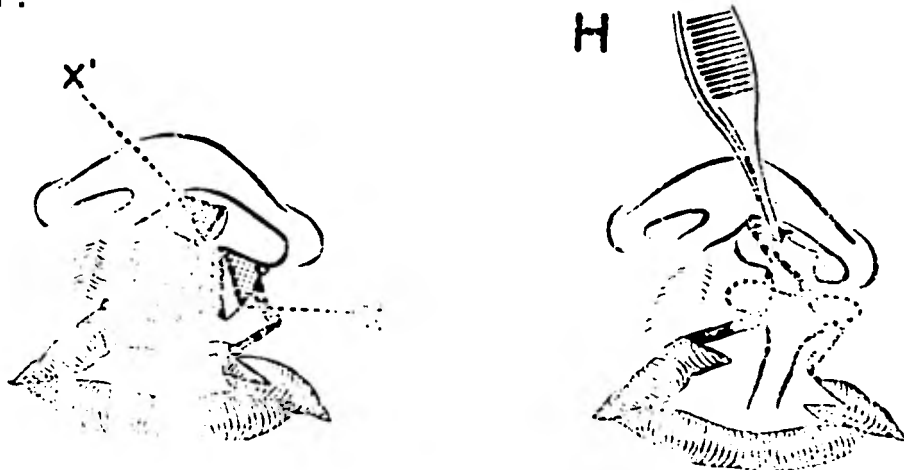
En el lado interno se marca A, B, C, empleando el compás es importante que "C" quede colocado en la unión de piel facial y el labio, después en la porción externa se marca A', B', C', y que C' quede en el borde coloreado del labio, los puntos A, A' se colocan a cada lado de la fisura de manera que -- uniéndolos la narina sea igual que la otra.



(17) Por una pequeña incisión, se separa el cartilago alar y se hace espacio para colocarlo en posición normal.

Se emplea un compás para trazar el labio, de manera que las distancias entre los puntos A, B y C, sean iguales a las que separan los puntos A', B', C'.

Por fuera de donde se hace la incisión, el cirujano comprime el labio entre pulgar e índice para cortar y cohibir la hemorragia, en A se atraviesa - el bisturí de doble filo y se hace la incisión en - la línea A, B, C, la tira de tejido se despega en el punto acortando desde el hacia la hendidura se repi te de el otro lado, el colgajo labial unido en A' - se regulariza con la mitad de su tamaño original y - se hace un corte extirpando un triángulo de piel, el pedazo triangular de tejido se gira hasta colocarlo en este defecto, formando haci el piso de la fosa nasal.

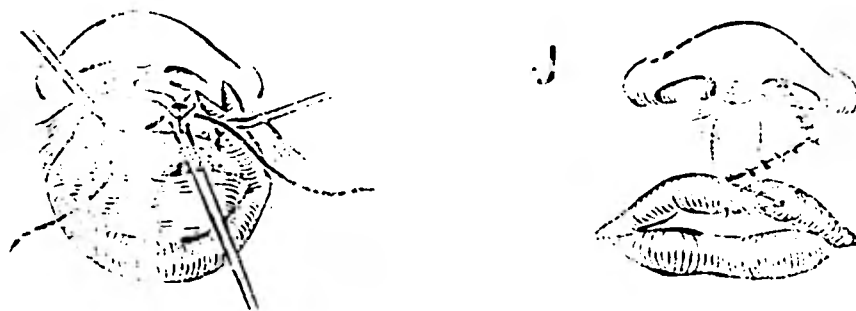


(17) Se corta el labio por las líneas A, B, C, y A', - B', C'. El triángulo de piel señalado por X se reduce a la mitad de su tamaño. Se hace una incisión en el lado interno de la fosa nasal.

El triángulo X se acomoda en el área del vómer. Se pone una sutura de catgut crómico 4-0 por las partes musculares del labio en cada lado de la hendidura. Esta sutura importante rige la alineación de la bio y nariz.

Se despega en el punto "A" cortando desde el hacia- la hendidura y se deja unida al labio para tener un colgajo de tejido para la reconstrucción, la regula

rización del punto A' se hace igual que en el punto "A" proporcionando así el piso de la fosa nasal fijando para evitar la desviación lateral postoperatoria del ala nasal, se colocan 3 puntos de catgut -- crómico en mucosa del lado alveolar del labio para acercarlo a cada lado del defecto, en seguida se pone el punto maestro en A y A' este punto rige la -- alineación del labio y nariz, se colocan puntos separados de seda por el triángulo y la piel del vómer, por el primero se atan los puntos de la mucosa del lado alveolar del labio después se colocan puntos superficiales de seda en el labio y la reconstrucción triangular del piso nasal, al suturar.

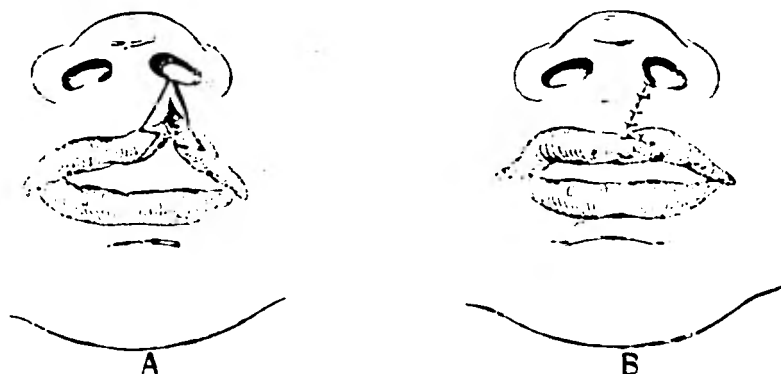


(17) La mucosa labial se sutura con puntos separados de catgut crómico 5-0. Estas suturas se atan primero y después se anuda la de catgut 4-0. La reconstrucción se completa con puntos separados de seda 5-0 en la piel. El colgajo en V de labio se acomoda en un defecto de la misma forma de la parte externa; se sutura con seda 5-0.

Para Labio Leporino Unilateral Parcial

Aunque la fisura no afecta el piso nasal, la nariz suele estar deformada, esto se corrige extendiendo la incisión hacia la nariz y quitando piel para reducir el orificio e igualarlo, la incisión del lado externo es en línea recta hasta la parte coloreada del labio, la parte en exceso del labio -

se une a la porción interna para la reconstrucción de colgajo, el labio se sutura con catgut crómico 5-0 en mucosa y parte de los músculos del labio, comenzando a lo largo del borde alveolar se colocan 3 puntos sin asegurarse, se coloca un punto inclinado de catgut crómico 5-0 acercando la parte muscular del labio, este punto regula la alineación labio, nariz, primero se anudan los puntos de el lado mucoso del labio, en seguida se ata el punto de catgut crómico y después se aproxima la piel del labio con puntos separados de seda negra 5-0 cuidando que coincidan ambos bordes coloreados, cuando hay tensión mínima se aproxima la piel con sutura intradérmica.



(17) Tratamiento de labio leporino unilateral incompleto con reparación en línea recta.

A: obsérvese que se extirpa algo de piel del piso de la fosa nasal, para que ambos orificios tengan el mismo tamaño.

B: el lado alveolar del labio se reconstruye con puntos separados de catgut crómico. Para aproximar los tejidos profundos labiales, se emplean uno o dos puntos de catgut crómico. En la piel se ponen puntos separados de seda 5-0.

mica seda blanca 5-0 en el músculo labial y puntos-subcuticulares con catgut simple 5-0 pincelando después colodión sobre la herida; se hace un corte en "V" igual que en el labio leporino unilateral total.

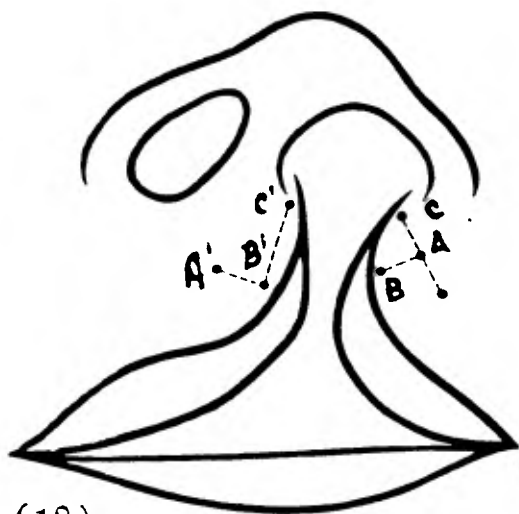
Para Labio Leporino Bilateral

Esta es igual que labio leporino unilateral a excepción de que esta tiene un apéndice de piel pequeño sobre el maxilar, se colocan los puntos A', - B', C' en el hueso intermaxilar, después se marca - A, B, a la misma distancia de A' B' y de igual distancia C, C' el punto "D" se coloca en el borde coloreado a cada lado de manera que la distancia entre C y D sea igual a cada lado, después se corta - el labio, se sutura uniendo A y A', B y B', C y C', la porción coloreada de este método es una línea - recta sin superposición del tejido.

TECNICA DE LE - MESURIER

Para Labio Leporino Unilateral

Se marca el punto B y B' el primero sobre la línea cutáneo mucosa del borde externo, el segundo se sitúa en el borde interno del arco de cupido, partiendo de ellas se hacen 2 incisiones de 4 mm. B, A y B', A', perpendicularmente a la línea cutáneo mucosa, se trazan 2 incisiones partiendo de "A" sobre el borde externo y una sobre "B'" sobre el borde interno. Se unen en la nariz formando la narina igual a la normal, las incisiones se hacen en todo el espesor del labio, se separan los colgajos cutáneos del plano muscular, es indispensable despegar el labio del maxilar



(18)

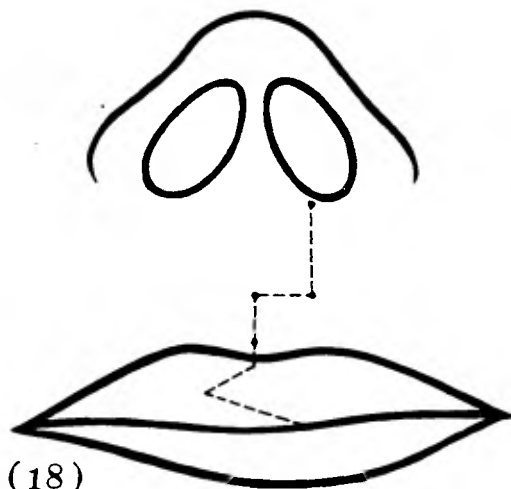


Despegamiento de colgajos cutáneos del plano muscular. (25)



Pasar hilo de nylon de apoyo en el músculo.

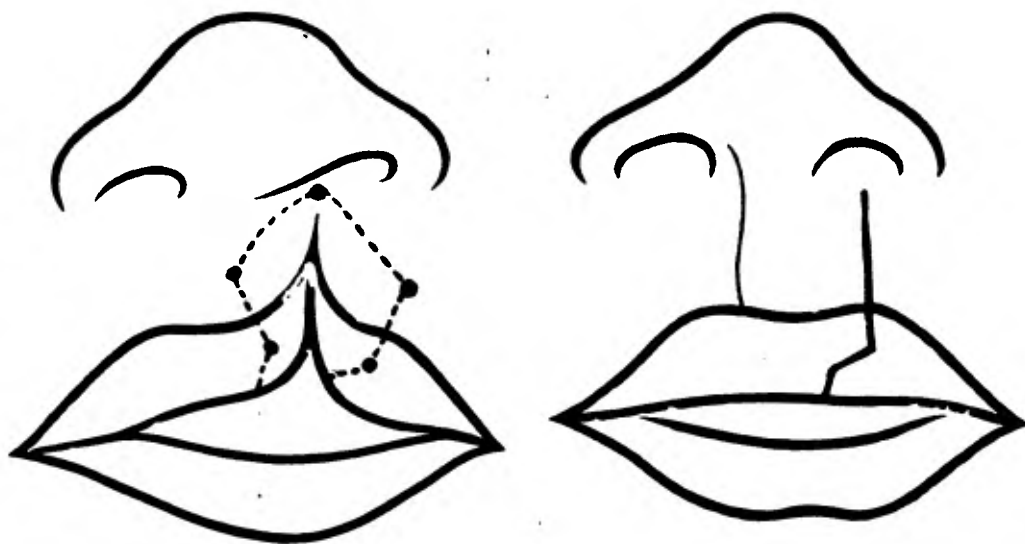
con una legra recta de Veau, se coloca un hilo de apoyo de nylon forrado 000 que carga las láminas musculares sobre el plano de la línea cutáneomucosa, por detrás los cabos del hilo atraviesan la mucosa y se dejan a la espera; a continuación se sutura músculo con catgut 000 anudando en profundidad, después suturan colgajos y la mucosa con crines de nylon 000, el hilo de apoyo se anuda sin tensión excesiva se retira al 8° ó 10° día, al final se limpia con suero fisiológico y la línea de sutura se deja expuesta al aire sin apósito, es la menos antiestética sin embargo su gran defecto es el alargamiento que sufre posteriormente.



TECNICA DE VICTOR VEAU

Para Labio Leporino Unilateral Incompleta

Sobre el borde externo se realiza una incisión de 4 mm. perpendicular a la línea cutáneomucosa, - donde el labio comienza a perder su espesor normal, la incisión cutánea comienza en el borde superior - de la precedente, siguiendo un ángulo que debe ser limpio y franco, la incisión remonta sobre el labio describiendo una cueva con ligera convexidad externa que se continúa hasta la nariz, la incisión comienza en el ángulo recto abierto hacia adentro sobre el borde inferior de la incisión de la línea - cutáneomucosa, este ángulo sirve de señal para el - hilo de afrontamiento inferior la incisión alarga - el defecto hasta la encía conservando la mayor cantidad posible de mucosa, en el borde externo pero - en el límite externo del arco de cupido, la inci- - sión cutánea se empalma en ángulo recto abierto hacia afuera y se encurva según una concavidad opuesta a la del borde externo, siguiendo la columnela - hasta la nariz donde se junta en forma de mango de - raqueta a la incisión cutánea externa, se utiliza - una porción de piel para darle una dimensión normal, no abarcando el suelo nasal. Se empalma en án - gulo recto abierto hacia adentro obteniendo así un - buen relieve cutáneo del labio, los pasos a seguir - son los mismos que la técnica de Le Mesurier.



(18)

Para Labio Leporino Unilateral Completo

La meseta nasal del labio externo se despegga - ampliamente y se alarga gracias a un incisión de - descarga, destinada a la elevación sin tensión, del ala de la nariz.

A).- Incisión del borde externo, con excisión triangular de la línea cutáneomucosa, el vértice del - triángulo se encuentra en la unión de la línea cutáneomucosa y el surco gingivolabial sobre el reborde alveolar, se profundiza la punta hasta hueso, incisión de la mucosa a lo largo del surco gingivolabial, la cara anterior del maxilar superior se legra, se hace la disección del músculo orbicular y - ligar arteria coronaria, se secciona a fondo con - bisturí sobre la legra se termina el borde anterior

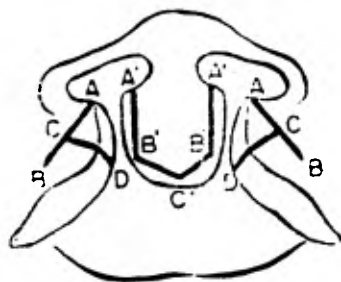
del maxilar bajo el ala de la nariz para liberarla por completo, se atiranta la nariz sana.

B).- Incisión del borde interno, en bayoneta del punto de reunión de la línea cutáneomucosa y el surco gingivolabial sobre el borde alveolar, siguiendo el borde superior de la línea cutáneomucosa, cruzando perpendicularmente esta línea por fuera del arco de cupido y prolongándose por debajo y hacia afuera de este arco entre 5 y 6 mm. extirpación del triángulo cutáneomucoso delimitado por la incisión, a lo largo del surco gingivolabial en profundidad hasta el hueso, disección del orbicular, legrado bajo la mucosa vomeriana, incisión en profundidad, sobre la gra liberando el subtabique.

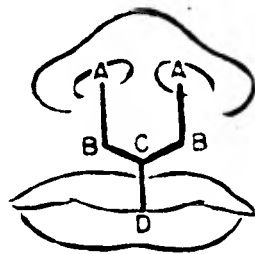
C).- Suturas, primero tres puntos en la nariz para solidizar colgajos en plano nasal, en el vértice de los bordes gingivales se pasa un hilo con el asa en la nariz y los 2 cabos remontando en la boca servirán para amarrar la mucosa labial y cerrar el labio por detrás, después se reconstruye con nylon 000 el surco gingivolabial, por último se comienza la sutura muscular con hilo de nylon enfundado 000 que va hacia delante en las láminas musculares sobre el plano de la línea cutáneomucosa, se hace una sutura muscular directa con catgut 000 comenzando con el borde inferior y afrontando el borde superior de la lámina muscular para sostener el ala de la nariz, suturas cutáneas y mucosas por último.

Para Labio Leporino Bilateral

Se prepara los dos bordes laterales igual que en el labio completo unilateral solo que se disecciona 1 cm. más y legar sobre el maxilar una superficie más intensa, se realiza dos incisiones en el tubérculo medio una, en la línea cutáneomucosa y al otro lado del arco de cupido, excisión a cada lado de los dos triángulos con vértice hacia la nariz, el vértice debe estar en el punto donde se continúa el revestimiento del tubérculo con la mucosa vomeriana, del lado cutáneo se trata de seguir el trayecto de una imaginaria columna de manera que se conserve más que una banda de piel rectangular bajo el subtabique, se unen los extremos inferiores de las dos incisiones cutáneomucosa bajo el arco de cupido, conservando una banda de 3 mm. de alto, la muesca subyacente al tubérculo se conserva para la reconstrucción del surco gingivolabial, el colgajo mucoso se libera al igual que el cutáneomucoso medio del tubérculo y del esqueleto medio, en medio se coloca el músculo saturado, para la vitalidad del tubérculo la excisión se hace hasta bordes gingivales de -



(25)



los bordes laterales, alcanzando el borde libre del vómer más que hasta la derecha de los rebordēs gingivales de los bordes laterales, alcanzando el borde libre del vómer, la parte superior de la mucosa se despega lo necesario para suturarla a la mucosa preparada sobre el borde lateral, el suelo nasal se construye igual que en el labio unilateral completo la mucosa lateral se sutura de fuera a adentro, el collarete restante contiguo a la línea cutáneomucosa, a los hilos de fijación dejados en espera sobre el suelo nasal, el colgajo mucoso conservado sobre el tubérculo en fin uno con el otro por delante de este colgajo mucoso.

Sutura muscular nylon 000 a sutura perdida, sutura de la línea cutáneomucosa a uno y otro lado del arco de cupido, sutura de las dos incisiones cutáneas, sutura de la mucosa de delante atrás, primero los dos colgajos laterales se amarran a la pequeña superficie mucosa conservando sobre el arco de cupido después entre sí y desde este punto hasta el hilo conservando en espera por delante del colgajo mucoso inferior del tubérculo.

TECNICA DE TENNISON - RANDALL

Para Labio Leporino Unilateral Completo

Conociendo h o altura del labio sano y h' o altura del labio fisurado, la longitud final del labio una vez rotados los colgajos dependerá de la base x del triángulo formado en el lado externo. Para determinar esta longitud x de la que dependerá la longitud final del labio son numerosos los procedimientos que se han propuesto. Así, en principio, Tennison trazaba con la ayuda de un alambre una Z con 3 ramas iguales a $1/3$ de h , pero no daba ninguna precisión sobre los ángulos que formaban entre sí las líneas de esta Z. Brauer da como valor de x la diferencia entre h y h' . Randall propone que las incisiones deben hacerse de tal manera que la distancia 5 - 10 más la distancia 8 - 11 sea igual a $4 - 2$, o sea h .

(18) Colgajos triangulares.
Método propuesto
por Randall.



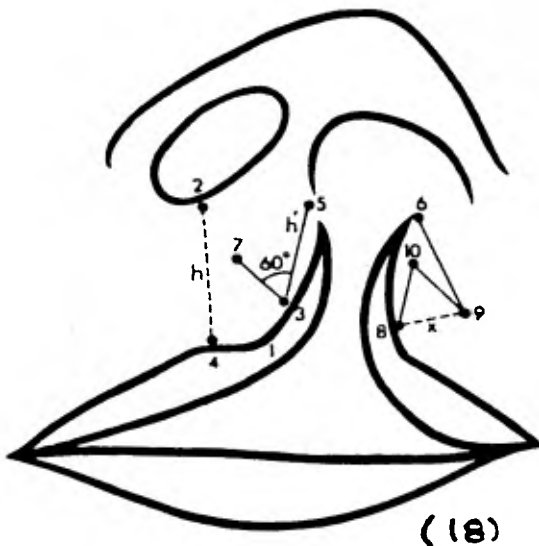
Ciertos autores confían más en su experiencia y habilidad que en un plan matemático preestablecido.

TECNICA DE MALEK

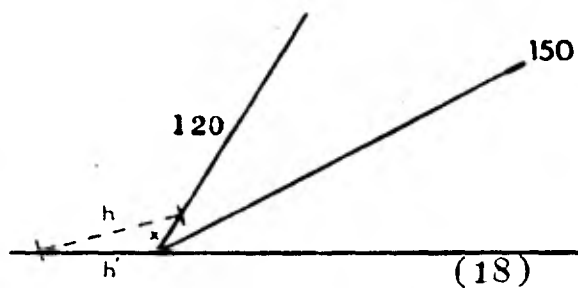
El principio técnico que exponemos tiene 4 variantes:

- a).- Método directo de 60°
- b).- Método directo de 90°
- c).- Método invertido

Método directo de 60° .- Llamamos h a la longitud del labio sano ($h = 2-4$). Llamamos h' o altura del labio fisurado ($h' = 5-3$). Si este vértice externo no es visible lo podemos calcular marcando el punto 1, que representa el centro del arco de cupido, que si tampoco es visible lo situaremos sobre la línea del bermellón a una distancia aproximada de 3 mm. del punto 4 (vértice interno del arco de cupido); a la misma distancia del punto 1 situaremos el punto 3, también sobre la línea del bermellón con lo que habremos preformado un arco de cupido de unos 6 mm. de longitud. Una vez conocidos h , h' y x , ya podemos fácilmente realizar el trazado de las incisiones.



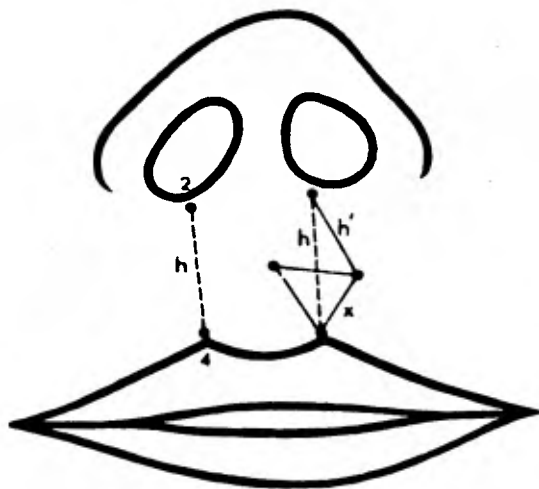
Cálculo de la longitud de los lados del triángulo equilátero - en el método directo - de 60° .



(18)

Lado interno.- Se dibuja el segmento 7-3, de longitud igual a x , formando por un ángulo de 60° - con el segmento 5-3. trazamos un arco de longitud x que cortará dicha línea en un punto. Desde este punto y con el mismo radio trazamos otro arco. Finalmente desde el punto 3 y con el mismo radio trazamos un último arco que cortará al anterior en un punto que será la situación exacta del punto 7 para que la línea 7-3 forme un ángulo de 60° con la 5-3.

Lado externo.- A partir del punto 6 y - con un radio de longitud h' trazamos un arco, y a partir del punto 8, trazamos con un radio x otro arco que cortará al anterior en un punto que llamaremos punto 9. A partir del punto 9 y con un radio x trazamos un arco que cortará al trazado desde el punto 8, en el que llamamos punto 10, con lo que habremos formado el triángulo equilátero 8-10-9 de base x que es lo que pretendíamos.

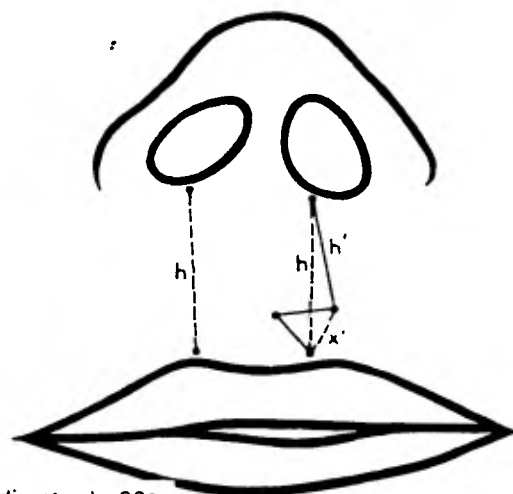
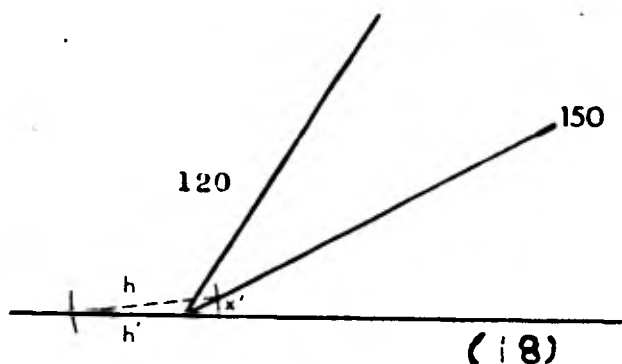


(18) Método directo de 60° .
Afrontamiento de los colgajos al finalizar la intervención.

Método directo de

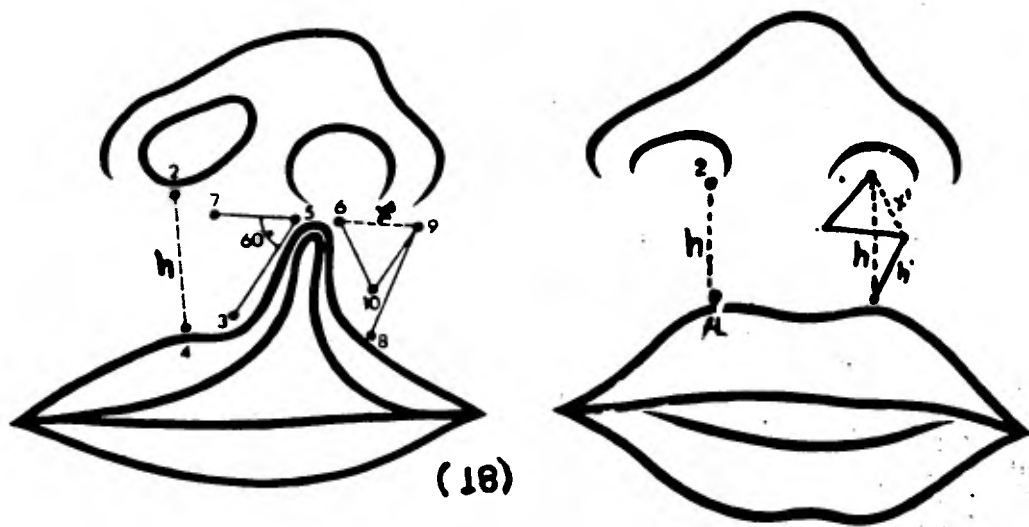
90°. - Su realización y fundamento es prácticamente igual al descrito para el método directo de 60°; la única diferencia consiste en que el ángulo formado en el labio interno -

por las líneas 5-3 y 7-3 tienen un valor de 90°. El trazado en el lado externo es idéntico al descrito para el de 60°. En lo que hay diferencia es el cálculo de la longitud x , puesto que si damos al colgajo del lado interno un ángulo de 90°, al hacer el afrontamiento con el del extremo de 60° entre ambos sumarán 150°; por tanto, el cálculo de x en la cartulina lo haremos a partir del ángulo de 150°. A esta x calculada a partir del ángulo de 150° la llamamos x' para diferenciarla de la anterior. El trazado de las incisiones, así como el afrontamiento final de los colgajos están representados en el esquema.



(18) Método directo de 90°.
Afrontamiento de los colgajos al finalizar la intervención.

Método invertido. - El método sólo puede ser realizado con ángulo de 60° . Es decir, que el cálculo de x deberá hacerse en la cartulina siempre sobre el ángulo de 120° . La incisión sobre el lado interno del labio se efectúa en la parte alta del mismo. O sea, que el punto 7 se marca también con la longitud x , pero no a partir del punto 3, sino a partir del punto 5, formando el ángulo 3-5-7 de 60° . En el lado externo, la base del triángulo equilátero se encuentra inmediatamente por debajo del ala de la nariz. Para ello, a partir del punto 8 y con un radio de valor h' , trazamos un arco que cortará el arco trazado desde el punto 6 con radio x en el punto 9. A partir del punto 9 y con radio x trazamos un arco que cortará el arco trazado desde el punto 6 y con radio también x en el punto 10.



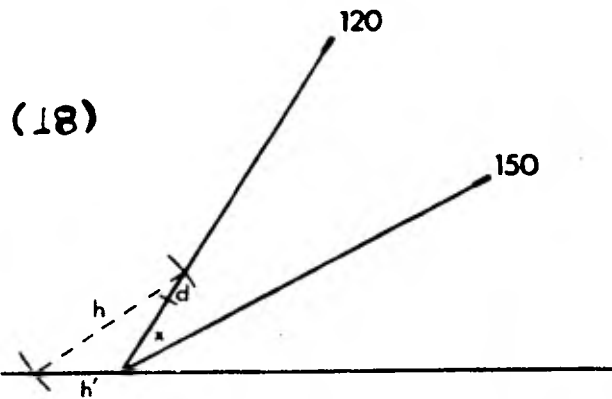
(18)

TECNICA DE LA DOBLE " Z "

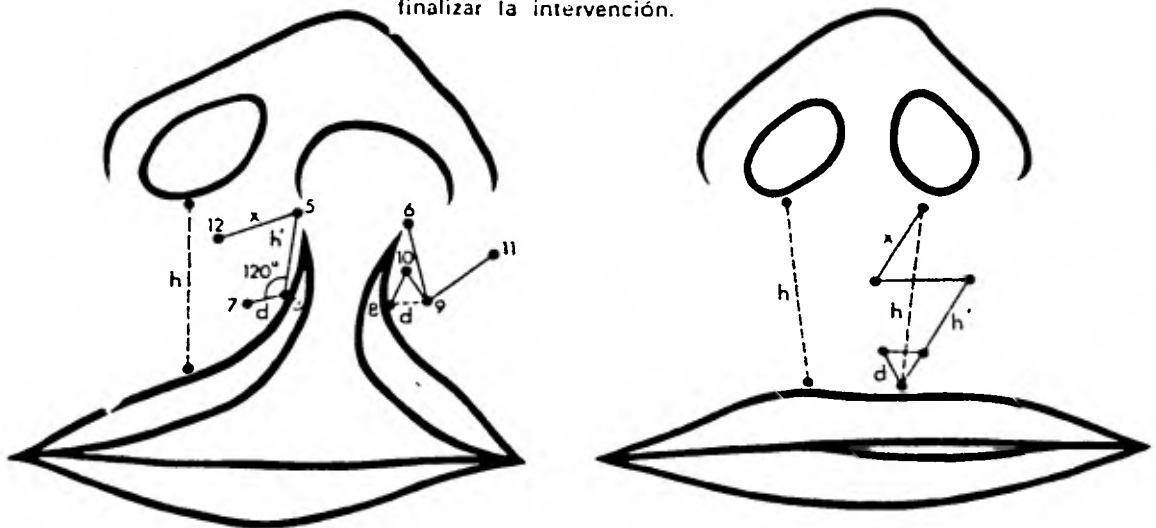
En los casos en que la hipoplasia en altura - (del lado fisurado) es muy importante, el cálculo - de x tal como lo hemos expuesto da valores muy altos, aunque se toma su valor sobre el ángulo de - 150° . No nos es posible en estos casos trazar el - triángulo restante. La incisión, además, por ser la x demasiado larga, cortaría a nivel del borde interno la cresta normal del filtrum, pasando más allá - de la línea media. Estos son los casos en los que - está indicada la llamada técnica de la doble Z. El fundamento geométrico es igual al ya explicado anteriormente.

En uno de los ángulos de 120° , dibujado en la cartulina, se marca el valor de h' . Luego se traza un círculo de magnitud radial h . El segmento así obtenido, x , es mayor que h' . Si calculáramos la longitud de x' sobre el ángulo de 150° , comprobaríamos, en los casos en que la altura h' es muy hipoplásica, que x' sigue siendo mayor que h' . Esto nos indica - que cuando x y x' sean mayores en longitud que h' , - es preciso utilizar la técnica de doble Z. El trazado del labio consiste en realizar una plastía invertida con un triángulo de lado h' y una plastía inferior con un triángulo d . En el borde interno El ángulo 12-5-3 tiene un valor de 60° como está indicado en una plastía invertida. Sobre el punto 3 se - marca el segmento 3-7 de longitud igual a d , con un ángulo de 120° con respecto al segmento 3-5. Para - trazar el ángulo de 120° basta con que la línea de longitud d sea paralela a la línea 12-5. En el borde externo, el dibujo de las incisiones resulta fácil. Los dos triángulos son equiláteros. El mayor -

e invertido con lado h' y el menor y directo con la do d . El vértice del triángulo superior coincide con el punto externo de la base del colgajo inferior.



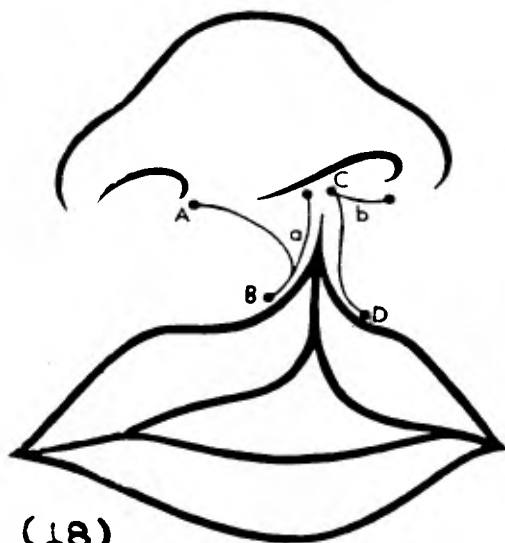
(18) Método de doble Z.
Alrontamiento de los colgajos al finalizar la intervención.



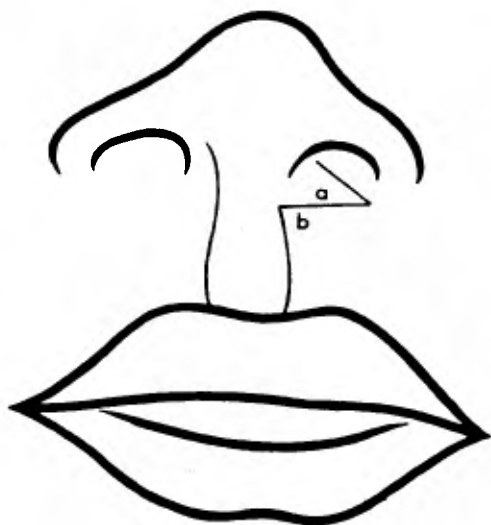
Con la utilización de esta técnica, se consigue la longitud deseada del labio, sin necesidad de hacer incisiones demasiado extensas.

TECNICA DE MILLARD

Se basa en la rotación de la vertiente interna y avance de la vertiente externa. Se marca previamente y con cuidado el arco de cupido. Este marcaje puede ser difícil de hacer en el lado hendid^o porque el límite del arco no siempre se nota bien. En este caso se mide la altura del labio sano desde la nariz hasta el punto más elevado del arco de cupido y se transporta esa medida a la orilla interna de la fisura.



Se efectúa primero la incisión interna desde la línea cutaneomucosa, 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 dirige hacia arriba, dibujando una suave curva a concavidad inferior y sobrepasa ligeramente la línea media, colocándose por debajo de la columela. La longitud de esta incisión está en función de la hipoplasia y se la continúa hasta lograr que la vertiente interna pueda descender rotando, hasta colocarse sin esfuerzo ni tensión en su -



(18) Técnica de rotación-avance. Afrontamiento de los colgajos al finalizar la intervención.

posición normal. Queda un colgajo superior con la base por debajo de la columela, que contribuirá a formar el piso de la nariz. La incisión en el lado externo se efectúa desde el piso de la nariz hacia abajo hasta lograr que la distancia A-B sea igual a C-D. A continuación se efectúa el trazado horizontal desde C hasta la base del ala de la nariz, rodeando dicha ala nasal. Estas incisiones delimitan un colgajo triangular cuyo vértice se lleva a la brecha que abre el descanso del colgajo-

tallado en el vértice interno. Es decir, que se entrecruzan los colgajos de manera tal que se sutura A con C y B con D.

El desplazamiento de C hacia la línea media produce rotación del ala de la nariz hacia la buena posición. El colgajo triangular que se lleva hacia afuera y se sutura al extremo de la incisión por debajo del ala de la nariz tiende a corregir el desplazamiento de la columela hacia el lado sano. -- Afrontados los colgajos, se procede a la unión de los tejidos por planos de manera análoga a como hemos expuesto en la técnica a colgajos cuadrangulares.

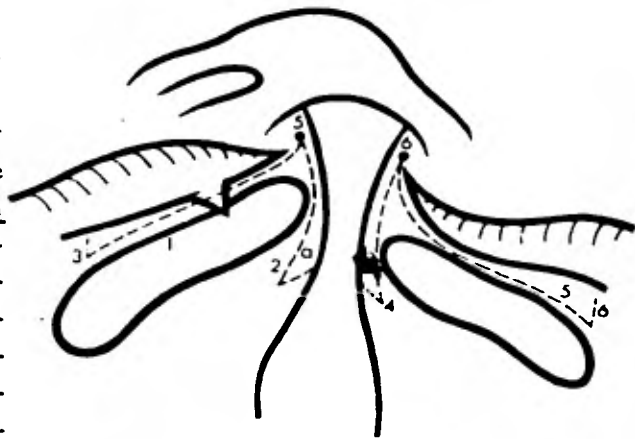
INCISIONES MUCOSAS

Lado Interno

Incisión 1 que recorre el fondo del vestibulo - por encima de los rodetes gingivales. Se continúa - con la incisión dada sobre la mucosa del vómer. La incisión 1 comprende la mucosa, respetando el pe - riostio, pues si no se hiciera así produciríamos al - teraciones en el posterior desarrollo óseo. Con pe - riostotomo, ayudamos con una gasa, se despega la mu - cosa del fondo del vestíbulo en dirección a la nar - riz (cuidado con el agujero infraorbitario). En el punto en que la incisión 1 llega a nivel de la col - lumela, con espátula o despegadores muy pequeños - despegamos hasta la altura de la espina nasal ante - rior (su porción correspondiente al lado interno). - Para visualizar bien dicha espina nasal, tendremos - ya que ir iniciando el despegamiento de la mucosa - vomeriana, a expensas de la incisión 2, con cuya - mucosa hemos de lograr formar el colgajo y a rotar - lo de tal manera que nos llegue, junto con el colga - jo b que formaremos a expensas de la mucosa del ala de la nariz, a formar el suelo de la nariz. La in - cisión 3 se efectúa en caso de que queramos reali - zar la maniobra de Schuchardt que consiste en sutu - rar la mucosa vestibular adelantándose respecto a - como estaba en su origen. Gracias a esta maniobra - se consigue llevar la mucosa yugal y el conjunto - del labio hacia la línea media, ayudando pues a qui - tar tensión en la sutura final del labio. Con el - despegamiento de mucosa nasal despegamos la mucosa - correspondiente al colgajo "a" a expensas de la in - cisión 2.

Lado Externo

Incisión 4 que tiene su origen en el punto 6 (marcado en el labio) y se dirige hacia atrás, incidien- do la mucosa nasal, yendo a buscar la mucosa nasal palatina. El despegue con el despegador de mucosa-nasal de esta incisión nos formará el colgajo b que es un colgajo de mucosa correspondiente al ala de la nariz. Hemos de lograr que este colgajo b llegue ampliamente a contactar con el colgajo correspondiente al lado interno. A fin de poderlos suturar posteriormente sin que queden a tensión. La incisión 5 es igual a la 1 del lado interno. La incisión 6 es igual a la 3 del lado interno. El despegue mucoso a través de estas incisiones es idéntico al descrito para el lado interno.



(18) En trazo discontinuo, están representadas las incisiones mucosas, que son comunes a todas las técnicas.

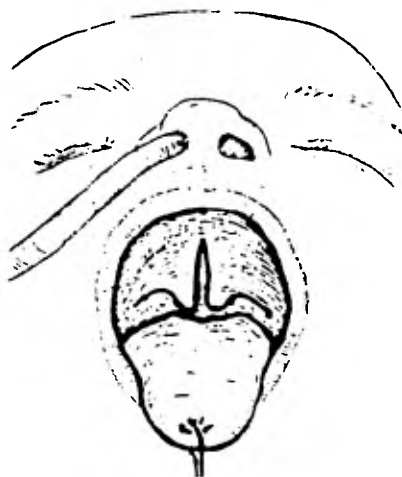
Maniobra para rotar el ala de la nariz

Empleamos la técnica de Mirault-Brown-Mc Dowell que consiste en separar la piel del cartílago hasta la punta de la nariz, así como la mucosa del cartílago, lo cual facilita en gran manera la rotación de la aleta nasal. Para lograrlo, introducimos por la incisión del vestíbulo (incisión 5) una tijera curva roma y buscando los planos antes descritos despegamos hasta la punta de la nariz.

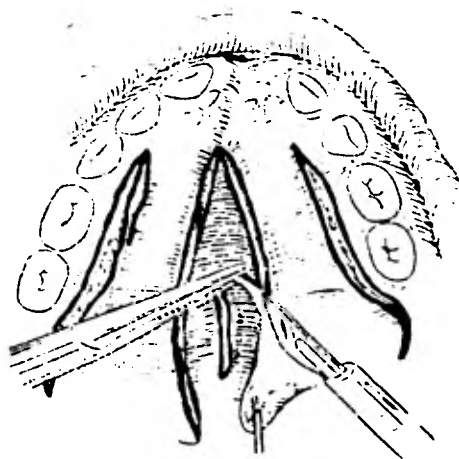
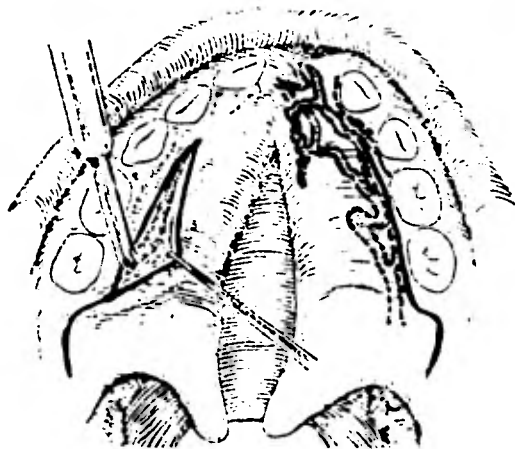
TECNICA DE VON LANGENBECK

Reconstrucción de paladar hendido

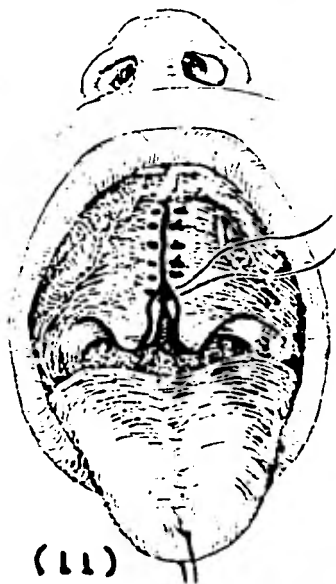
La sonda es endotraqueal por la nariz, para que la abertura bucal que de libre. Se hace una incisión mínima por dentro, cerca del borde alveolar dejando un punto de tejido sin cortar en el extremo anterior de la fisura, la incisión se lleva hacia atrás hasta la terminación del borde alveolar y se continúa en el mismo



(11)



plano que el pliegue alveolar lateral a una distancia de 5 cm. debe llegar a hueso se despega el mucoperiostio sin lesionar la arteria palatina posterior los bordes de la fisura se debe unir sin tensión, se quita una franja de tejido que permita suturarlo con catgut crómico 5-0 sobre todo en la parte



te muscular del paladar, - en la parte posterior del paladar blando se ponen - puntos separados en la parte alta donde se pueden - quitar con facilidad, desde la úvula hasta el extremo anterior de la fisura - se ponen puntos de colchonero con 5-0, en ocasiones no hay cicatrización completa, el sitio más difícil de la reparación secundaria es la porción anterior adyacente al borde alveolar, otra forma más eficaz es desplazar un colgajo mucoperióstico para cerrar el defecto, la cicatrización incompleta del

paladar blando no suele crear problemas para el cierre secundario.

TECNICA DE VEAU EN URANOESTAFILORRAFIA

La técnica operatoria a la altura de velo se -
pasa hilo de bronce, destinado a la sutura muscular
mediante una aguja de Reverdin penetrando primero -
en el lado izquierdo, desde afuera, aflorando su -
punto a nivel de la línea media, la aguja atraviesa
los tejidos a nivel de la cara posterior del velo -
entre los músculos y la mucosa nasal, después se -
aviva los bordes internos el hilo de bronce no se -
anuda todavía, se hace incisión cerca de la arcada -
dentaria, dejando una pequeña región mediana sin le -
grar, disección, hasta la espina nasal posterior, -
manteniendo estrecho contacto con el hueso sutura -
nasal, muscular, bucal, la nasal se hace de adelan -
te atrás, posteriormente la bóveda hacia atrás en -
la región de el velo, se prosigue hacia la úvula, -
cuya cara bucal se sutura a continuación, posterior -
mente se retuerce y ajusta el hilo de bronce para -



(17)



la sutura muscular y su extremidad seccionada se rebate entre los labios de la sutura del velo por último se fijan los colgajos palatinos sobre la bóveda, con ayuda de hilos pasados por la mucosa bucal que no se habían anudado, estos son 4, 2 de los cuales están a la izquierda y los otros a la derecha, por último se sutura en la línea media, que según Veau sería accesoria.



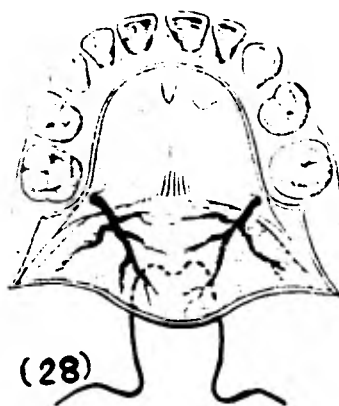
(17)

Sus características son: En el velo conservación de los músculos sin seccionar y sutura muscular. Auto plastía en dos planos uno principal a expensas de la mucosa bucal, conservando la arteria palatina posterior, bóveda palatina más ojival, otros resultados serían la desunión de los colgajos es menos frecuente y la fonética resulta más mejor.

TECNICA DE DORRANCE O " PUCH - BACK "

Esta técnica permite deslizar hacia atrás dos colgajos y afrontarlos y suturarlos en la línea media.

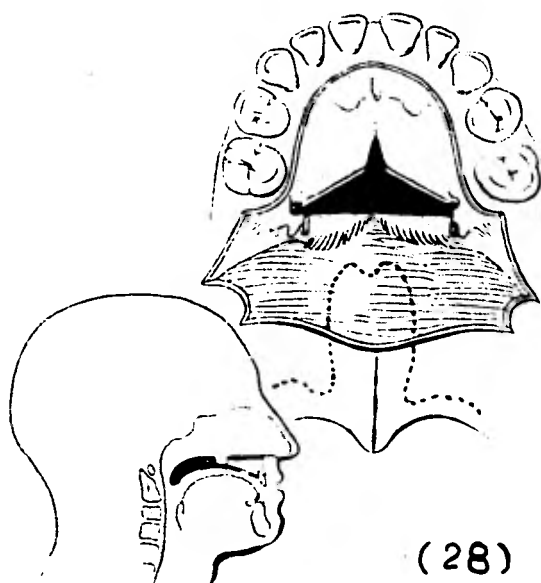
Esto se efectúa por 2 incisiones liberatrices a lo largo de la base del muro alveolar, paralelas a las arcadas dentarias, - en el centro del espacio comprendido entre los cuellos de los dientes y el trayecto de la arteria palatina, al llegar el corte al espacio retromolar, se encurva para contornear la tuberosidad alveolar y extendiendo lo necesario, para que el futuro colgajo se deslice y afrente sin tensión, la prolongación del corte liberatriz no debe hacerse sobre el pilar anterior, por crear una cicatriz retráctil, la profundidad del corte abarca el espesor de la capa mucoperióstica.



Se tallan 2 colgajos laterales, separando en el borde de la fisura, la mucosa bucal de la nasal, practicando un corte en el centro del borde de la fisura y a lo largo de toda ella desde la parte más anterior hasta el vértice de la úvula, se legra la fibromucosa de anterior a posterior, sin tocar la arteria palatina, en ocasiones se practica ligera -

osteotomía en la porción del palatino horizontal, después se legra la mucosa nasal, ya que la bóveda se reconstruye en 2 planos.

La mucosa nasal, está poco adherida, por lo que es fácil-tallar los colgajos, la reconstrucción de la mucosa nasal es muy importante, ya que si no se practica la separación del

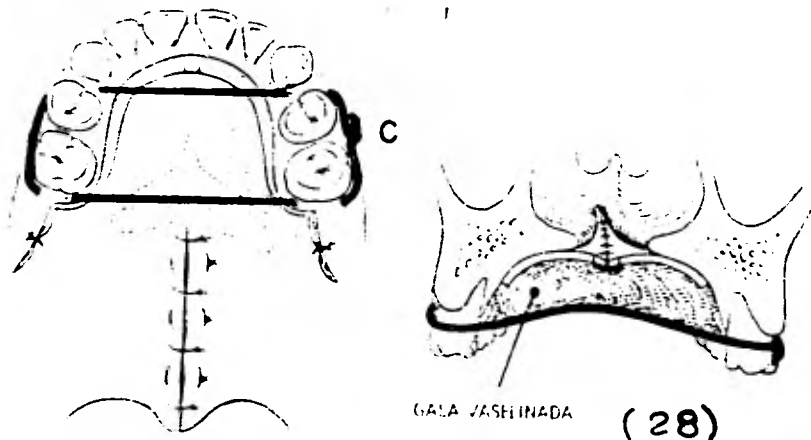


(28)

piso de las fosas nasales, se abrirá dejando una perforación, la sutura se hace con puntos invertidos, quedando los nudos hacia nasal y el afrontamiento se hace de superficie a superficie y no de borde a borde, con seda 00 ó 000 atraumática, para fijar la fibro-mucosa y contacto de ambos reforzados con puntos americanos, terminado la sutura a nivel del borde posterior de la porción horizontal de los palatinos, es importante la reconstrucción del velo del paladar la cual se hace en 3 planos: un plano mucoso posterior, otro muscular y otro mucoso anterior, con objeto de dejar libre la capa muscular y poder suturar entre si los músculos palatoes-tafilinos o ácidos de la úvula, que pueden considerarse como eje central del armazón muscular del velo al igual que en el paladar duro se empieza por suturar la mucosa que se encuentra hacia la rinofa-

ringe, en sus $\frac{2}{3}$ de longitud, esto es desde el bor de posterior de la porción horizontal de los palatinos, hasta la mitad de la úvula, quedando los nudos hacia la rinofaringe, usando el mismo material que se usa en la mucosa nasal.

A continuación se sutura la capa muscular con puntos en U con catgut simple atraumático 00 ó 000- se hace cuidando de reconstruir el cono palatoesta-filino, por último, se sutura la mucosa de la cara anterior con puntos aislados con el mismo material-



usando en fibromucosa, el último punto corresponderá al vértice de la úvula que se deja referido para tirar de él y evitar ésta, permitiendo suturar la - porción no suturada de su cara posterior.

El vértice de la úvula jamás debe manejarse - con pinzas, pues puede edematizarse.

M A N E J O P O S T - O P E R A T O R I O

Una vez terminada la intervención se asea la - región con solución estéril, no se aplican pomadas - y sustancias antisépticas.

El paciente permanece en ayuno hasta su total - recuperación anestésica, manteniéndose una vena per - meable con solución glucosada al 10%.

Los signos vitales son tomados cada hora hasta la recuperación y posteriormente cada 4 horas.

Debe vigilarse en forma importante la posibili - dad de sangrado inmediato colocando al paciente en - una posición que nos permita observar el sangrado.

El paciente debe permanecer continuamente vigi - lado para evitar que se lesione el sitio interveni - do.

En los pacientes intervenidos de paladar utili - zamos:

Antibióticos en forma "profiláctica". General - mente penicilina procainica.

La dieta a base de líquidos se inicia aproxima - damente a las 6 hrs. del post-operatorio y debe ser administrada con cuchara independientemente de la - edad del paciente. La dieta líquida se mantendrá - por 8 días en los casos de cirugía de paladar y por 3 días en los casos de cirugía de labio. Posterior -

mente debe ser blanda y una dieta normal puede ser dada a los 15 días del post-operatorio.

La utilización de analgésicos es útil y ésta - debe ser adecuadã a la edad del paciente y su dosis dependiendo del tipo de analgésico.

C O N C L U S I O N

La más frecuente de las malformaciones congénitas es la del labio y paladar hendido, ya que representa el 15% de todas las malformaciones.

En México nace normalmente 5,000 niños aproximadamente con esta malformación. Lo anterior nos da una idea de la gran importancia de este problema.

En la actualidad existen muy pocos centros en el país verdaderamente capacitados para resolver en forma adecuada los problemas derivados de esta malformación.

Este trabajo tiene la finalidad de abarcar todos los factores de una de las disciplinas más importantes en la rehabilitación de estos pacientes: - La Cirugía.

Estamos conscientes que la cirugía sólo forma parte de un equipo de especialidades que conjuntamente estudian y analizan estas malformaciones. El análisis minucioso de cada paciente y el criterio al respecto de cada especialista van a determinar la técnica quirúrgica a efectuar, la edad en que se tiene que intervenir y el momento en que intervendrá otras disciplinas en el tratamiento. Para que el tratamiento sea completo y accesible debe efectuarse en forma institucional y para esto es indispensable la formación de clínicas de labio y paladar hendido.

Una clínica de labio y paladar hendido debe es

tar formado por servicios base y servicios consul--
tantes o auxiliares.

Los servicios base son:

Cirugía.
Foniatría y Terapia de Leng
uaje.
Ortopedia Maxilofacial.
Prótesis.
Psicología.

Los servicios consultantes auxiliares son:

Pediatría.
Odontopediatría.
Genética.
Radiología.
Anestesiología.
Lab. Clínico.

En conclusión podemos afirmar que no existe na
die que por sí solo pueda tratar en forma completa-
y satisfactoria a un paciente con labio leporino y-
paladar hendido.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BECKER, P. E. Génética Humana; Barcelona, ed.- Toray, 1975 págs. 457-460.
- 2.- LAGMAN, JAN. Embriología Médica; Tr. por Dr.- Homero Vela Treviño, ed. Inter-- Americana, 1969 págs. 21-31, 41-62, 203-219, 222-223, 319-325.
- 3.- BRADLEY, PATTEN Embriología Humana; tr. por Félix P. E. 5a. ed. Buenos Aires, - ed. El Ateneo, 1969 págs. 365- - 379, 432-441.
- 4.- BENSON CLIFFORD, D Cirugía Infantil; Barcelona, ed. Salvat, 1967 págs. 112-132.
- 5.- CACHO, FELIPE. Malformaciones Congénitas de la bio y Paladar y su Tratamiento; - México, ed. Médicas del Hospital Infantil, 1954. págs. 23-55.
- 6.- E. GARDNER, D. J. GRAY, R. O'RAHILLY. Anatomía Humana; Tr. por G. Sánchez M. - Barcelona, ed. 2a., ed. Salvat, - 1972. págs. 878-880.
- 7.- HARRISON, TINSLEY RANDOLPH Medicina Interna; - Tr. por Carolina A. de Fournier; 4a. ed. México, ed. Prensa Médica Mexicana, 1974. págs. 207-264.

- 8.- J. GARLIN, M. ROBERT, M. GOLMAN, HENRY Patología Oral; Barcelona, ed. Salvat, págs. 21-55-57.
- 9.- J. HAMILTON, WILLIAM Embriología Humana; 4a. - ed. Buenos Aires, ed. Inter-médica, 1973, págs. 181-186-187.
- 10.- JAMES S, THOMPSON Genética Médica; Barcelona, - ed. Salvat, 1971.
- 11.- JEAN, PATEL Y LEGER, LUCIEN Tratado de Técnicas Quirúrgicas; Vol. I. Barcelona, ed. Toray, 1974 págs. 27-245.
- 12.- J. A. FORT Compendio de Anatomía Descriptiva; - México ed. Majona, 1976. págs. - 122-124, 345, 508-510.
- 13.- MAUREL, GERARD Cirugía Maxilofacial; 2a. ed., - ed. Alfa, 1944. págs. 674-679.
- 14.- MOORE, KEITH Embriología Básica; Tr. por S. Sa piña R. México, ed. Interamericana, 1976. págs. 120-122.
- 15.- NARBAITZ, ROBERTO Embriología Humana; 3a. ed., ed. Médica Panorámica, 1973. - - págs. 70-72.
- 16.- NELSON, VAUGHAN, Mc. KAY Tratado de Pediatría; Tomo I págs. 775-776.

- 17.- PALACIO GOMEZ, ALBERTO Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello; ed. Interamericana, 1967, págs. 182-190.
- 18.- LUIS TRESSERA Tratamiento del Labio Leporino y Fisura Palatina; Barcelona ed. - Jims. Primera ed. 1977, págs. -- 13-18, 33-40, 53-54, 69-99.
- 19.- PERALTA SERRANO, A Patología Pediátrica; Madrid, ed. Santa Martha, 1975. -- pág. 227.
- 20.- PRAXIS MEDICA Aparato Digestivo, Peritoneo y Hernias; Tomo IV, ed. Latinoamericana.
- 21.- L. TESTUT, A. LATARJET. Compendio de Anatomía - Descriptiva; Barcelona, ed. Salvat. 1970. págs. 158-161, 592-597.
- 22.- QUIROZ, FERNANDO Anatomía Humana; 5a. ed. México, ed. Porrúa. Tomo I, II. págs.
- 23.- QUIROZ, FERNANDO Patología Bucal; 2a. ed. México, ed. Porrúa. págs. 153-154.
- 24.- STANLEY L, ROBBINS Tratado de Patología; 3a. ed. México, ed. Interamericana, -- 1975.
- 25.- SWENSON, ORVAR Cirugía Pediátrica; México, ed. Interamericana, 1960, págs. 54--66.

- 26.- A. C. GUYTON Fisiología Humana; Tr. por R. - -
Folch F. 3a. ed. 1972 ed. Inter-
americana pág. 363.
- 27.- TAURE GOMEZ, M. Embriología Humana; 2a. ed. -
Barcelona ed. Científico-Médica,
1956. págs. 360-370.
- 28.- THOMA, K. H. Patología Bucal; ed. Uteha, Tomo-
I. págs. 560-564.
- 29.- VOS, HERMAN Y HERRLINGER, R. Anatomía Humana;-
Tr. por J. R. Alboni; 2a. ed. -
Buenos Aires, ed. El Ateneo, - -
1968. págs. 125-145, 154-155.
- 30.- ZEGARELLI, EDWARD Diagnóstico en Patología - -
Oral; Barcelona, ed. Salvat. - -
1974. pág. 501.
- 31.- BRODBENT, T. R., y WOOLF, R. M.: Bilateral - -
cleft lip repairs. Review of 160
cases, and description of pre---
sent management. Plast. and Re--
const surg., 50, 42, 1972.
- 32.- BROWN, J. B. y Mc. DOWELL, F.: Simplified de--
sising for repairs of single cleft
lips. Surg. Gynec Obst 80, 12, -
1945.
- 33.- BRUCE, H. W.: A method of cleft lip repairs. -
Comparison of the Le Mesurier --
and Millard techniques, Plast. -
and Reconst. Surg., 41, 1968.

- 34.- CONVERSE, J. M.: Cleft Lip and clefts palate:- Introduction Reconstructive Plastic Surgery. Ed. W. B. Saunders-Company. Philadelphia and Londhn 1954.
- 35.- GRABB, W. C., SMITH, J. W., y COLS.: Cleft palate. Plastic Surgery. Ed. Churchill. London, 1968.
- 36.- LE MESUEIER, A.: The treat ment of complete - unilateral harelip. surg. Gynec. Obst., 95, 17, 1952.
- 37.- MILLARD, R.: Median lip clefts of the upper - lip. Plast and Reconst. Surg., - 42, 4, 1968.
- 38.- MILLARD, R.: Extensions of the rotation-advancement principle for wide unilateral cleft lips. Plast. and Reconst. Surg., 42,535 1968.
- 39.- RANDALL, P.: A triangular flap operation for - the primary repair of unilateral clefts of the lip. Plast. and - Reconst. Surg 23, 331, 1959.
- 40.- RANDALL, P.: The importance of muscle recons- trution in primary and second- ary cleft lip repair. Plast and - Reconst. Surg., 54, 316 - 1974.

- 41.- TENNISON, C. W.: The repair of unilateral - -
cleft lip by the stencil method.
Plast and Reconst. Surg., 9, 115,
1952.
- 42.- VEAU, V.: Operative treatment of complete dou-
ble-hare-lips, Ann, Surg., 76, -
143, 1922.