

11211
1ej.
7



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
REFINAMIENTOS EN LA CORRECCION QUIRURGICA
DE LA NARIZ CON SECUELAS DE LABIO Y
PALADAR HENDIDO UNILATERAL

TRABAJO CLINICO QUIRURGICO
EFECTUADO EN
EL CENTRO HOSPITALARIO
20 DE NOVIEMBRE
ISSSTE

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A
DR. MANUEL GOMEZ

ILLALBA
FIELS CON
M.A. DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
2. OBJETIVOS TERMINALES
3. ANATOMIA NORMAL Y COMPARADA
4. ANATOMIA PATOLOGICA
5. ANTECEDENTES HISTORICOS
6. ANALISIS GRAFICO
7. OBJETIVOS INTERMEDIOS
8. METODOLOGIA
9. RESULTADOS
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFIA

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Clínica de labio y paladar hendido del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del C.H. 20 de Noviembre observamos un grupo de 10 pacientes que presentaban secuelas de fisura de labio y paladar hendido unilateral circunscritas a la región labionasal y que asistieron en forma regular a la consulta externa, los pacientes seleccionados fueron todos ellos adolescentes cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 20 años, 8 del sexo masculino y 2 del sexo femenino, todos ellos tenían interés en mejorar su aspecto ya que esto les comprometía su vida social o acrecentaba aún más sus complejos.

Se detectaron cuales eran estas alteraciones en forma específica y de acuerdo a lo anterior ante cada circunstancia de cada caso en especial, se propone una dinámica quirúrgica que aborda los siete problemas específicos relacionados única y exclusivamente con la nariz y que pueden ser utilizados en forma individual o en su totalidad en forma sistemática o adicionales a técnicas tradicionales ya establecidas para corregir su apariencia y función en forma integral.

Se excluyeron de este estudio los pacientes que presentaban secuelas de labio y paladar hendido bilateral, otras de formidades sobreagregadas o que no asistieron en forma regular a sus citas programadas dentro de la C.E.* de la clínica de labio y paladar del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSSTE.

El periodo comprendido de este estudio fue entre el mes de marzo de 1982 a el mes de enero de 1983.

* Consulta Externa.

2. OBJETIVOS TERMINALES

- 2.1. DETECTAR LAS CARACTERISTICAS DE LAS ALTERACIONES Y DEFORMIDADES QUE LA MAYORIA DE ESTOS PACIENTES COMPARTEN A EFECTO DE UNIFICAR EL CRITERIO QUIRURGICO PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE ESTE TIPO DE ENFERMOS.
- 2.2. OFRECER UNA DINAMICA QUIRURGICA DIFERENTE QUE PERMITA MEJORAR TOTALMENTE EL ASPECTO FISICO Y LA FUNCION MEDIANTE LA CORRECTA APLICACION DE LOS REFINAMIENTOS PROPUESTOS PARA LA MEJORIA O CORRECCION DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS A NIVEL DE LA NARIZ DE LOS PACIENTES ADOLESCENTES Y ADULTOS QUE CURSAN CON SECUELAS DE LABIO Y PALADAR HENDIDO UNILATERAL.
- 2.3. EVITAR INCISIONES EXTERNAS QUE PODRIAN COMPLICAR AUN MAS LA SITUACION, UTILIZANDO LA VIA ENDONASAL MEDIANTE UN ABORDAJE INTERCARTILAGINOSO SIGUIENDO LA METODOLOGIA QUIRURGICA DE LA RINOPLASTIA TIPO JOSEPH CON LAS MODIFICACIONES PERSONALES DE CADA CIRUJANO, ADICIONANDO LOS SIETE REFINAMIENTOS CONTEMPLADOS DENTRO DE LA DINAMICA QUIRURGICA PROPUESTA.
- 2.4. OPTIMIZAR EL USO DE TEJIDOS LOCALES Y DE LA VECINDAD LOS CUALES YA ES POR TODOS CONOCIDO QUE ESTOS SON LIMITADOS EN ESTE TIPO DE PROBLEMAS Y QUE HAN SIDO DESCRITOS POR OTROS AUTORES. ESTA SITUACION NOS PERMITIRA INCREMENTAR LAS POSIBILIDADES DE EXITO EN NUESTRO PROCEDIMIENTO.
- 2.5. DISMINUIR EL NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SOBRE UNA MISMA AREA, ACORTANDO CON ESTO EL TIEMPO DE EVOLUCION Y LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES PARA UN MEJOR APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

3. ANATOMIA NORMAL Y COMPARADA

Es bien sabido que la anatomía normal de las estructuras involucradas en la fisura unilateral de labio y paladar, no son independientes del desarrollo y crecimiento de los otros elementos que conforman la cara y que ni estas son ajenas a las alteraciones que posiblemente podrían sucederles, con esto queremos decir que todas las partes están sujetas a una influencia recíproca constante y que exigen una delicada armonía entre sí expresando de esta forma los rasgos individuales del ser humano.

Nuestro primer principio básico es establecer las características de las diferentes condiciones ambientales y de raza en que se ubica al individuo en su adolescencia y adultez ya que este aspecto es inherente a cada uno de ellos, solo mencionaremos las características anatómicas sobresalientes y que todos los grupos étnicos comparten en relación al complejo labionasal referido.

Los grupos étnicos a considerar en forma comparativa son los siguientes:

MESTIZO

NEGRO

ORIENTAL

CAUCASICO

Los detalles anatómicos de importancia para el trabajo son:

LA ARMONIA DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES INTEGRADAS COMO UN TODO

NARIZ

Pirámide Osea

Prominencia de los Cartílagos Alares

Altura de la Cúpula

Punta Nasal

Ala Nasal

Borde Alar
Columnela
Base Alar
Orificio Nasal
Piso Nasal

LABIO Y BOCA

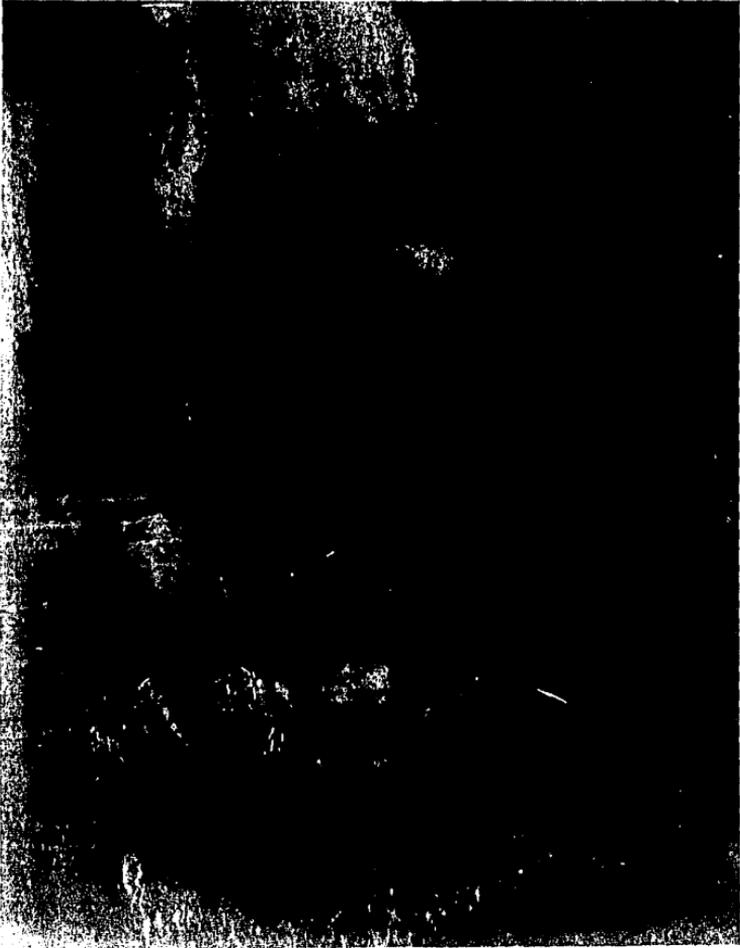
Filtrum
Columnela del Filtrum
Excavación del Filtrum
Tubérculo
Línea de Piel Blanca
Arco de Cupido
Comisura

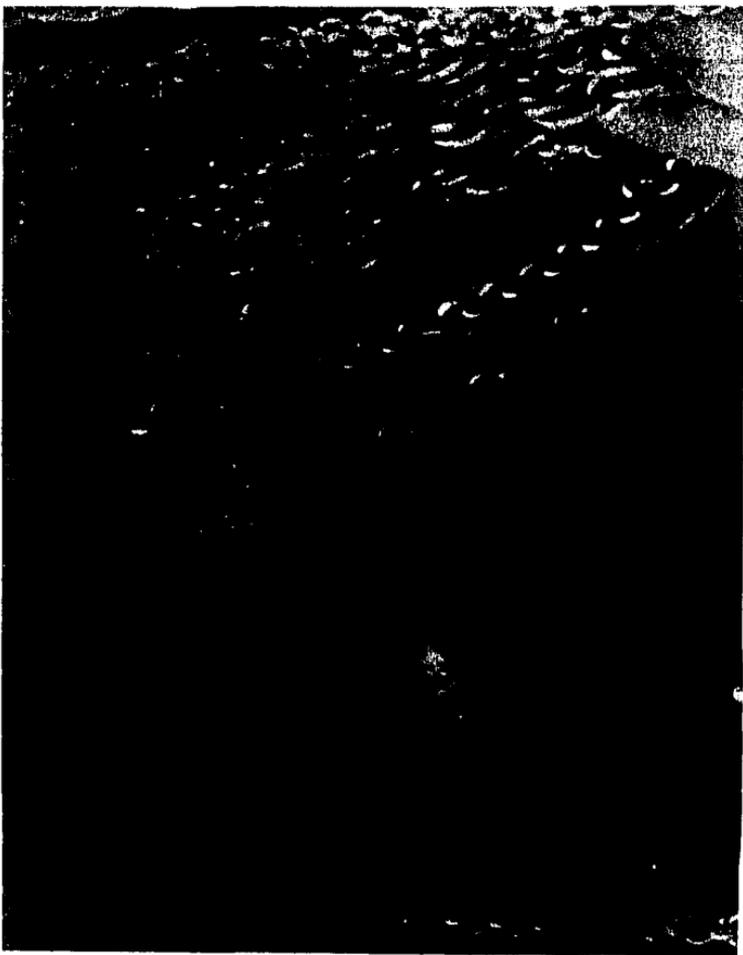
Se presenta graficamente los detalles anatómicos anteriormente enunciados.



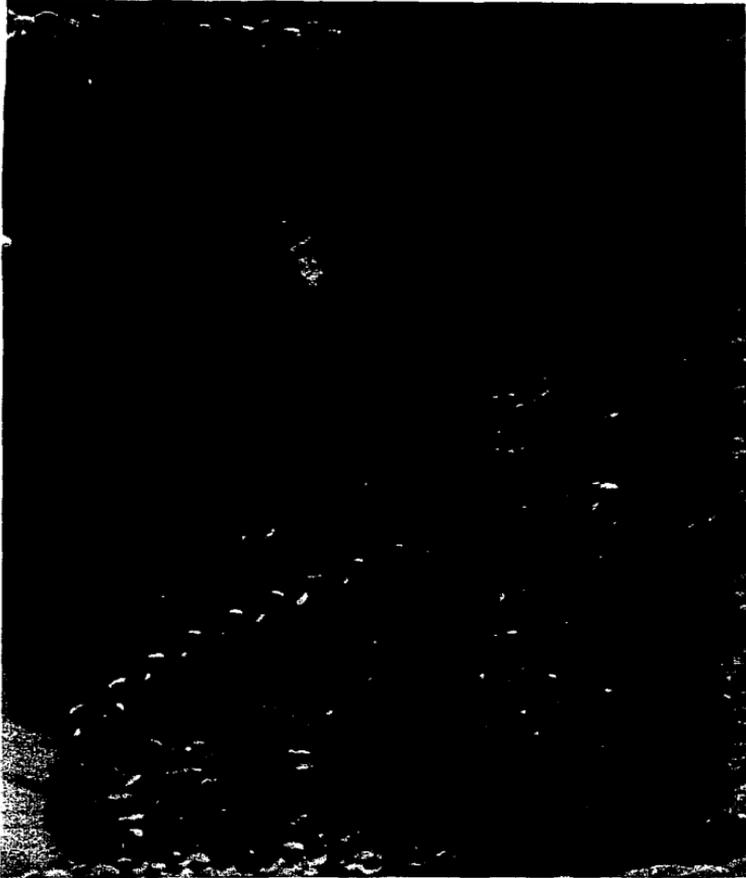


-651





ER-



LOS DETALLES ANATOMICOS ANTERIORMENTE ILUSTRADOS
CORRESPONDEN A UNA EXPRESION NATURAL DE LOS MIS
MOS EN PERSONAS ADULTOS Y SOLAMENTE SE UTILIZAN
PARA EL FIN DESCRITO YA QUE NUESTROS PACIENTES_
ESTOS DETALLES SON SIMILARES.

En cuanto a el punto de referencia para establecer parámetros de comparación de los valores normales con las diferencias que presentan los pacientes con secuelas de labio y paladar hendido unilateral, se toma como base las tablas promedio de Farkas y Linsay, para la medición de las estructuras que componen la nariz y la boca. Estas medidas corresponden a un grupo de origen caucásico de individuos normales.

Se efectuó una amplia revisión bibliográfica y en esta no existen tablas promedio de las mencionadas características en nuestra población.

LARGO DE LA COLUMNELA [*]

HOMBRE	10-16 mm	PROMEDIO 12.3 mm
MUJER	9-15 mm	PROMEDIO 12.2 mm

AMPLITUD (ANCHURA) DE LA COLUMNELA [*]

HOMBRE	7-10 mm	PROMEDIO 8.2 mm
MUJER	6-9 mm	PROMEDIO 7.9 mm

DISTANCIA LATERAL VERTICAL DEL LABIO [*]

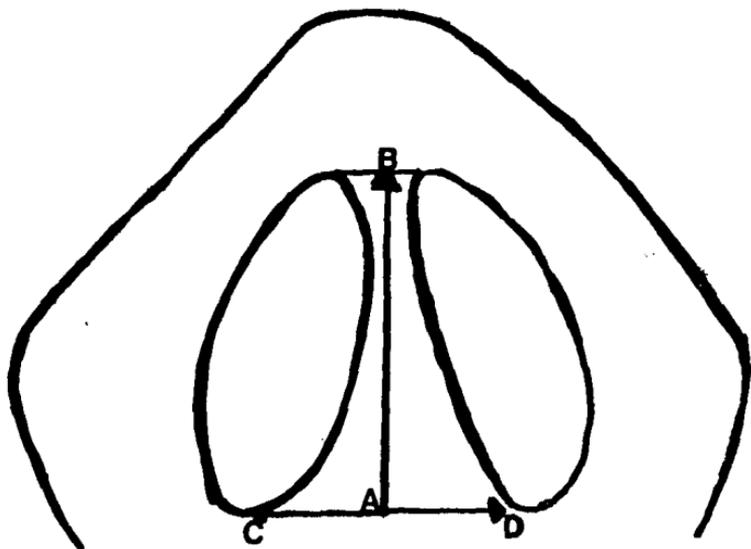
HOMBRE	11-21 mm	PROMEDIO 16.4 mm
MUJER	16-20 mm	PROMEDIO 14.6 mm

DISTANCIA MEDIAL VERTICAL DEL LABIO [*]

HOMBRE	18-26 mm	PROMEDIO 22.0 mm
MUJER	16-24 mm	PROMEDIO 19.6 mm

[*] Farkas y Linsay

MEDIDAS ANATOMICAS DE LA COLUMNELA



LINEA A-B

A. BASE DE LA COLUMNELA

B. PUNTO MÁS ALTO DE LA NARINA = ALTURA DE LA COLUMNELA

LINEA A-C

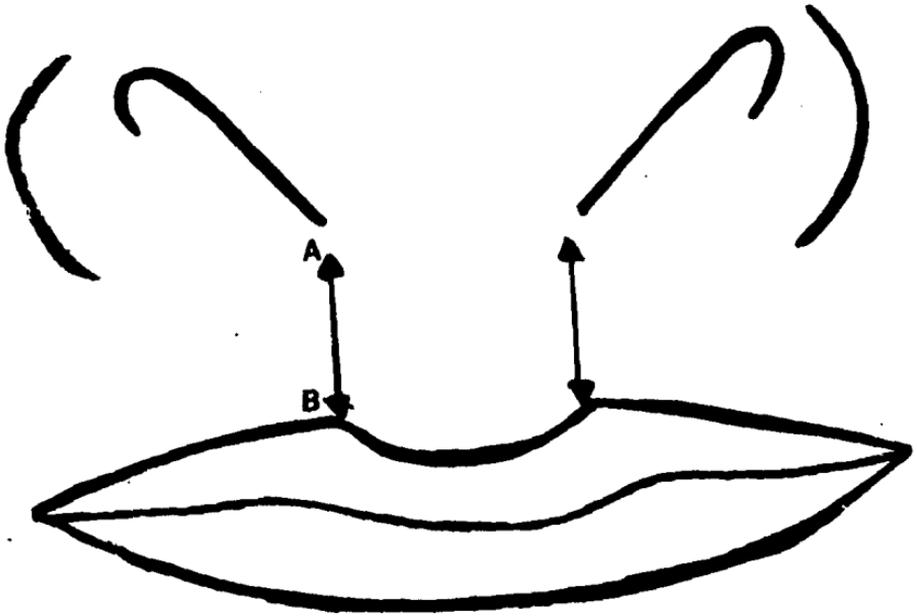
PUNTO MEDIO DE LA BASE DE LA COLUMNELA A
LA BASE INFERIOR DE LA NARINA DERECHA

LINEA A-D

PUNTO MEDIO DE LA BASE DE LA COLUMNELA A
LA BASE INFERIOR DE LA NARINA IZQUIERDA

A-C + A-D = Anchura de la columnela

DISTANCIA LATERAL VERTICAL DEL LABIO



LINEA A-B

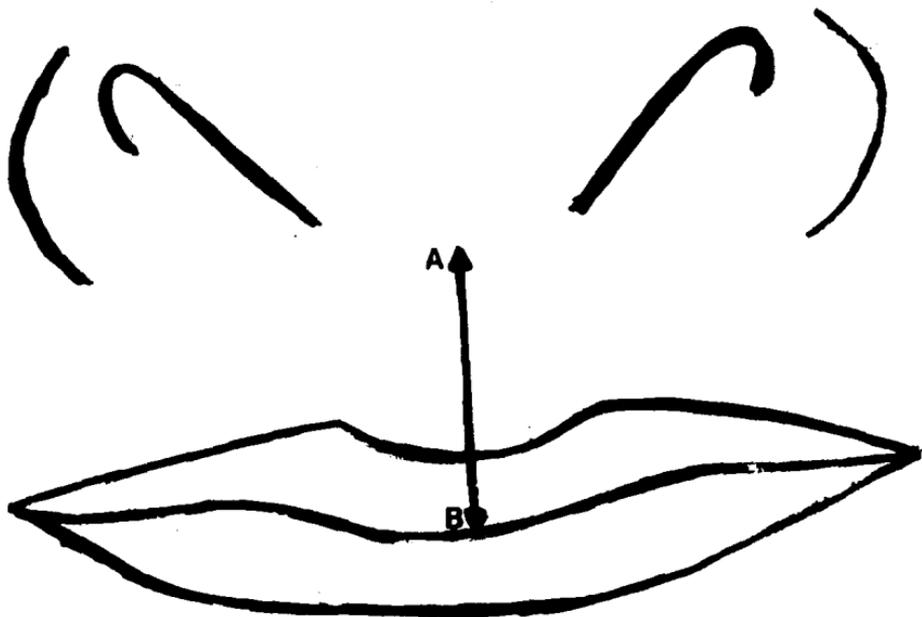
SEÑALA LA DISTANCIA ENTRE LOS PUNTOS DE RELACION PARA LA MEDIDA

A. BASE LATERAL DE LA COLUMNELA

B. PUNTO MAS ALTO DEL LABIO A NIVEL DE LA UNION

MUCOCUTANEA (COINCIDE CON LA COLUMNA DEL FILTRUM)

DISTANCIA MEDIAL VERTICAL DEL LABIO



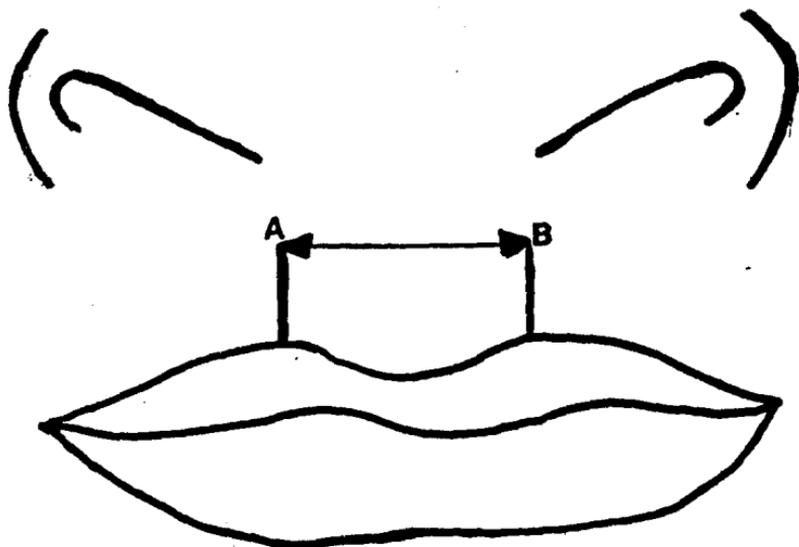
LINEA A-B

SEÑALA LA DISTANCIA Y LOS PUNTOS DE RELACION PARA LA MEDIDA

A. BASE DE LA COLUMNELA (SUBNASALE)

B. PUNTO DE UNION HECOCUTANEA A NIVEL DEL TUBERCULO

AMPLITUD HORIZONTAL DEL FILTRUM



LÍNEA A-B

SEÑALA LA DISTANCIA ENTRE LOS PUNTOS DE RELACION
PARA LA MEDIDA

A. COLUMNA DERECHA DEL FILTRUM

B. COLUMNA IZQUIERDA DEL FILTRUM

Las diferencias raciales y de las variables que presentan los grupos étnicos en lo relativo al color de la piel no son significativas para este estudio.

Basicamente en lo que se refiere al area nasolabial las variantes de importancia en cuanto a medidas correspondientes a cada somatotipo así como las características morfológicas de estas estructuras, es lo referido a columna corta en el negro y el mestizo con pirámide cartilaginosa amplia, en el caucásico el labio superior es más corto, en la mujer negra esta aumentado

El filtrum del adulto caucásico es similar al del adulto negro en el oriental la pirámide cartilaginosa es amplia con filtrum estrecho y columna corta, de acuerdo a reportes anteriores estadísticos determinan que nuestra población en un 90% es de características mestizas, en un estudio posterior se intentara establecer los parámetros y variables de los fundamentos anatómicos que ahora nos ocupa.

4. ANATOMIA PATOLOGICA

Las alteraciones anatómicas descritas, encontramos que estas estuvieron circunscritas, en la mayoría de los casos, a las secuelas que quedan como producto de una reparación primaria y de las que sería importante destacar:

La contracción cicatrizal del piso nasal como producto de la reparación primaria o secundaria de la fisura del labio.

Deformidad del ala de la nariz por persistencia de la elongación en estos casos "normal" de la misma al desplazarse hasta el extremo lateral de la fisura y proceder a cerrarla con cualquier técnica quirúrgica, el ala continúa en su estado inicial de elongación.

Cicatrices quirúrgicas externas cuando ya se intentó corregir las deformidades de la nariz en situaciones anteriores y que recorren el largo de la columela continuándose en el dorso y alas nasales, a veces en forma bilateral, contribuyendo a un mayor acortamiento con las deformidades estéticas ya referidas.

Colapsos del ala nasal por la "elongación" anormal de sus componentes anatómicos.

Hipertrofia de la Mucosa Nasal

Presencia de Fístulas Oronasales

En cuanto al aspecto intrínseco de las alteraciones congénitas podríamos destacar:

Atrofia o ausencia del Cartilago Alar

Acortamiento de la Crura Lateral del lado de la fisura

Desviación Septal por luxación congénita de la porción cartilaginosa (Membranosa) del septo

Hipertrofia de los Cornetes

Hipertrofia de la Mucosa Nasal

Ausencia de un Piso Nasal suficiente

De las alteraciones encontradas a nivel de la nariz en los pacientes incluidos en el estudio, destacan siete proble^{mas} fundamentales siendo su insidencia de la siguiente forma:

<u>DEFORMIDAD</u>	No. de Pacientes
1.- COLAPSO Y DEFORMIDAD DEL ALA DE LA NARIZ	DIEZ
2.- ACORTAMIENTO DE LA COLUMNELA	DIEZ
3.- INADECUADA PROYECCION DE LA PUNTA NASAL CON AGUDIZACION DEL ANGULO N/L*	DIEZ
4.- AMPLITUD DESPROPORCIONAL DE LA PIRAMIDE NASAL	DIEZ
5.- HIPERTROFIA DE LA MUCOSA NASAL CON PROTUSION	OCHO
6.- CONTRACCION CICATRIZAL DEL PISO DE LA NARIZ	CUATRO
7.- AUSENCIA O ATROFIA DEL CARTILAGO ALAR DEL LADO AFECTADO	TRES

* NASOLABIAL.

LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES A EL AREA NASOLABIAL DE NUESTROS PACIENTES FUERON LAS SIGUIENTES:

LARGO DE LA COLUMNELA

HOMBRE	7-13 mm	PROMEDIO	9.0 mm	F.D.-3.3 *
MUJER	7-9	PROMEDIO	8.0 mm	F.D.-4.2 *

AMPLITUD (ANCHURA DE LA COLUMNELA)

HOMBRE	6-9 mm	PROMEDIO	7.25mm	F.D.-0.95*
MUJER	7-8 mm	PROMEDIO	7.5 mm	F.D.-0.40*

DISTANCIA LATERAL DEL LABIO (VERTICAL)

HOMBRE	7-9 mm	PROMEDIO	8.25 mm	F.D.8.15(-)
MUJER	7-8 mm	PROMEDIO	7.50 mm	F.D.6.70(-)

DISTANCIA MEDIAL DEL LABIO (VERTICAL)

HOMBRE	12-17 mm	PROMEDIO	14.38 mm	F.D.7.62(-)
MUJER	16-17 mm	PROMEDIO	16.50 mm	F.D.5.50(-)

* F.D.-- Factor Diferencial con las cifras reportadas en las tablas de Farkas y Lindsay (Comparativas).

EJEMPLIFICACION DE ALGUNOS PROBLEMAS:

- COLAPSO ALAR
- PIRAMIDE NASAL AMPLIA
- DESVIACION DE LA COLUMNELA
- INADECUADA PROYECCION DE LA PUNTA NASAL
- ACORTAMIENTO DE LA COLUMNELA
- DISMINUCION DEL ANGULO NASOLABIAL



EJEMPLIFICACION DE ALGUNOS
PROBLEMAS:

- COLAPSO NASAL DEL LADO _
AFECTADO
- HIPERTROFIA CON PROTRU_
SION DE LA MUCOSA NASAL
- CONTRACCION CICATRIZAL _
DEL PISO NASAL
- PIRAMIDE NASAL AMPLIA
- DISMINUCION DE LA DISTAN_
CIA MEDIO LATERAL DEL LA_
DIO SUPERIOR



EJEMPLIFICACION DE ALGUNOS
PROBLEMAS A NIVEL DEL _
LABIO:

- CICATRICES EXTERNAS NOTORIAS
- CONTRACCION CICATRIZAL
- DEFORMIDAD DEL FILTRUM
- DESNIVEL DE LA LINEA MU_
CUCUFANEA (VERNELLON)
- DISMINUCION DEL ANGULO NASO_
LADIAL
- DISMINUCION DE LA DISTANCIA_
MEDIAL Y LATERAL VERTICAL



5. ANTECEDENTES HISTORICOS

*HUFFMAN Y LIERLE.

Describen en forma detallada la anatomía patológica de la fisura labionasal seguida de reparación primaria, haciendo énfasis en la oblicuidad de la columnela y el desplazamiento de las partes blandas en dirección del lado sano, esta situación causa ---seudoluxación del cartílago septal.

TRAUNER Y WIRTH.

Determinan que la línea de mucosa lateral de la nariz es relativamente más corta del lado de la fisura esto hace que evite la tensión horizontal afectando la parte media del cartílago alar.

*SHEEHAN.

Efectúa una insición en rombo en el piso del vestíbulo para acortar la apertura del ala, este procedimiento es modificado por Aufrecht y Herlyn, al extenderla del piso vestibular al orificio nasal.

HERMANN MEYER Y LEXER.

Emplean la insición romboidea para la corrección de la crura-media.

*JOSEPH.

Efectúa una insición sobre el ala y el rin modificándola sobre el ala de la nariz.

YOUNG.

Hace una combinación de rotación de la parte media de la columnela y el procedimiento de Sheehan.

BROWN Y MC DOWEL.

Hacen una reparación alar quitando solo el tejido cicatrizal de la reparación primaria.

***BYARS.**

Separa la crura media de la lateral del lado afectado montándola sobre el domo de la crura media sana, combina este procedimiento con una V-Y de avance en la mucosa nasal.

HUMBY.

Moviliza 2/3 internos de la crura lateral sana y la pasa al lado afectado.

WALTER.

Utiliza solo el borde superior de la crura media suturándola al borde libre del cartílago opuesto.

AXHAUSEN.

Hace una pequeña corrección solo usada en asimetría de la punta nasal, haciendo una insición en la piel que va del domo al orificio nasal del lado fisurado.

STRAITH.

Describió una Z plástica en dos niveles, la hace sobre el domo del lado fisurado al similar de lado opuesto, rotando un pequeño colgajo triangular de piel con pediculación en el rin alar.

GINESTET Y MERVILLE.

Practican una insición horizontal sobre la columnela para una mejor expansión.

TRAUNER, SHEEHAN, LE MESURIER.

Efectúan V-Y de avance sobre la línea de la columnela del lado afectado.

R. MEYER.

Publica una modificación a la técnica anterior siendo posible corregir la posición de la columela.

O'CONNOR, MC GREGOR Y TOLLETH.

Corrigen la tensión del vestíbulo con una Z plástica.

STENSTROM.

Actúa sobre la tensión del vestíbulo con una V-Y de avance.

*REES, GUY DUFOURMENTEL Y CONVERSE.

Adaptan un injerto de piel para profundización del vestíbulo nasal.

KLIPPERA, DUFOURMENTEL SR., TRAUMEN Y FOMONT.

Efectúan la rininsición vestibular en lugar de la insición intercartilaginosa para colocar un injerto de cartílago auricular fijado mediante una sutura simple.

AUBRY Y LEVIGNAC.

Emplean un implante para el cartílago alar inferior a el que le llaman CLINOPLAQUIA, ellos colocan este material en --tre la crura lateral del lado fisurado y la crura media en la columela.

METZEN BAUN Y CELTZER.

Ellos reponen en su lugar el septum desplazado con el uso de un injerto de Thierch.

RAGNELL.

Utiliza un colgajo del labio superior de forma tal que solo incluya músculo y se reseca la cicatriz primaria utilizándolo para profundizar el piso vestibular, es una técnica muy buena cuando hay aplastamiento o colapso vestibular.

KAZANJIAN.

Efectúa una rotación de la porción inferior de los cartílagos alares y llevar la depresión del dorso al area del supratip.

GILLIES.

Hace un intercambio de colgalos en el piso del vestíbulo en forma de S.

***BLAIR.**

Corrige la crura media con una insición a la mitad de la -- columnela extendiéndose a la base alar, este procedimiento eleva el domo y estrecha la base alar ya que corrige la luxación de las cruras y en los casos de dislocación de la porción caudal del cartílago alar.

***YOUNG MOREL-FATIO, LALERDRIE , ORTIZ MONASTERIO Y VELAZQUEZ.**

Tienen publicadas variaciones a la técnica de Blair.

BERKELEY.

Combina la insición tipo Blair y Joseph para mover el ala en bloque, combina las ventajas de ambas técnicas y corrige el desplazamiento de la crura media.

***OJEDA.**

Describe el Ajuste Gráfico Anterior y determina las proporciones de la nariz a las medidas antropométricas de la cara.

Modifica el colgajo de Peck para mejorar la proyección de la punta.

WYNN.

Practica una insición alrededor de la cavidad nasal empleando un colgajo triangular en la base alar.

*ABBE Y ESTLENDER.

Utilizan un colgajo del labio inferior en los casos en que el labio superior está retraído, adelgazado o con mucho tejido cicatrizal por insiciones previas en el filtrum, ellos mismos-- emplean tejido de fascia escafoidea para hacer una reparación de engaño del ala nasal, estas dos operaciones las efectúan en un solo tiempo quirúrgico y además permite la colocación de un injerto de cartílago auricular para la profundización del piso-nasal, se pueden obtener mejores resultados si este procedimiento se combina con el intercambio de colgajos propuesto por Trauner.

Los autores referidos con un asterisco son los considerados para la dinámica quirúrgica propuesta.

6. ANALISIS GRAFICO

SE HACE UNA REPRESENTACION GRAFICA DE LOS SIGUIENTES FACTORES

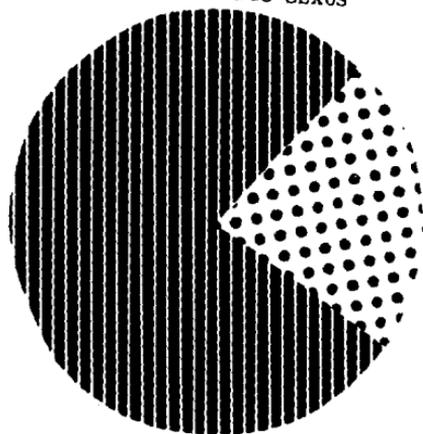
INCIDENCIA DEL PROBLEMA EN AMBOS SEXOS

VARIABLE DE EDADES

FRECUENCIA DE EL LADO MAS AFECTADO

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR PROBLEMAS

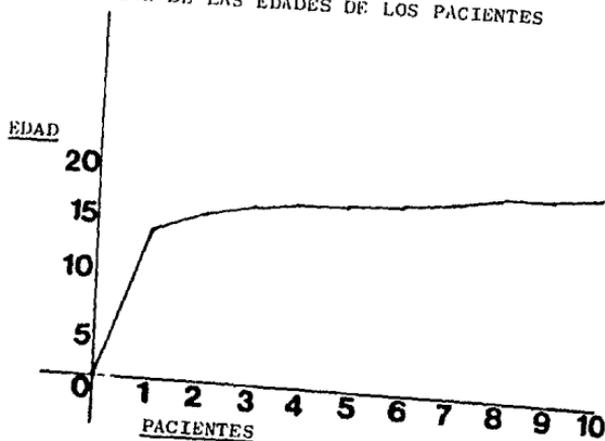
*DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA INCIDENCIA DEL PROBLEMA
EN AMBOS SEXOS



MASCULINO 80%
FEMENINO 20%

G-I

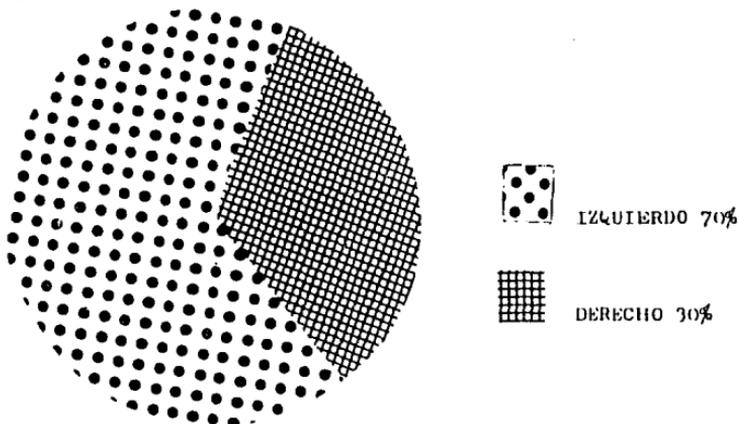
*FLUCTUACION DE LAS EDADES DE LOS PACIENTES



G-II

* Fuente: Pacientes incluidos en el estudio.

*INCIDENCIA DE LA FISURA DE ACUERDO A EL LADO AFECTADO



G-III

* DISTRIBUCION PORCENTUAL POR PROBLEMAS

PACIENTE %	No. DEFECTOS
40 %	7
40 %	6
10 %	4
10 %	3

G-IV

*Fuente: Pacientes Incluidos en el estudio.

7. OBJETIVOS INTERMEDIOS

Los Objetivos Intermedios estan considerados a resolver en forma específica cada problema por separado constituyendo básicamente el principio fundamental de nuestra dinámica quirúrgica propuesta.

7.1 NIVELAR CRURA MEDIA CON EL LADO SANO

7.2 MEJORAR LA PROYECCION DE LA PUNTA NASAL

7.3 CORREGIR COLAPSO ALAR DEL LADO FISURADO

7.4 REUBICAR MUCOSA NASAL PROTRUIDA

7.5 PROPORCION ESTETICA DE LA NARIZ

7.6 APERTURA DEL ANGULO NASOLABIAL

7.7 LEVANTAMIENTO Y PROFUNDIZACION DEL PISO NASAL AFECTADO

El manejo integral de los pacientes sometidos a nuestro estudio no requieren necesariamente la aplicación de todos los refinamientos quirúrgicos propuestos ni tampoco estos requieren un orden de prioridad puesto que estos problemas tienen la probabilidad de presentarse en forma aislada como lo pudimos observar aún en pacientes que quedaron fuera de la serie que aquí presentamos.

8. METODOLOGIA

Los siete refinamientos propuestos para los pacientes seleccionados se adecúan de acuerdo a las necesidades de cada problema, por lo que habrá pacientes que unicamente requieran de un solo refinamiento, la combinación de varios o la posibilidad de utilizar todos ellos en un mismo paciente y en un mismo tiempo quirúrgico.

REFINAMIENTO NO. 1

A través de una insición intercartilaginosa y liberación de la pirámide nasal membranosa, se procede a localizar la crura media del lado afectado y colocarla en la cúpula contralateral de acuerdo al método de Byars.

REFINAMIENTO NO. 2

Se agrega colgajo septal de Ojeda para punta nasal, se caracteriza por presentar un borde dorsal con el pedículo caudal diferenciándose del colgajo septal de Peck que es de características inversas.

REFINAMIENTO NO. 3

Se reseca el cartílago alar del lado sano y se coloca como injerto en el colapso alar adaptándolo al tipo y rasgo de la nariz. (En el caso de que hubiese necesidad de utilizar en forma combinada el refinamiento 3 y 6, se recomienda dar prioridad al 3 y utilizar para el 6 injerto de cartílago auricular, de forma tal que los tejidos empleados en la pirámide nasal o mas cercana al problema, sean de la vecindad o locales con el objeto de evitar en lo posible una mayor reabsorción de los injertos).

REFINAMIENTO NO. 4

Eliminar la protusión de la mucosa del ala nasal afectada--- mediante una Z plastía modificada por Trauner y Wirt que de --- ameritarlo incluiría los vestigios, si los hubiese del car----- tílago alar correspondiente.

REFINAMIENTO NO. 5

De acuerdo a las características descritas por Ojeda en lo-- referido al Ajuste Gráfico Anterior se conforman las dimensio-- nes de la nariz a las proporciones estéticas de la cara y que-- básicamente se efectúa un adelgazamiento de la base de la pi--- rámide nasal con insisiones tipo Sheehan para quedar comprendi-- da entre las dos líneas cantales internas.

REFINAMIENTO NO. 6

Dentro de este mismo refinamiento se puede modificar la pro-- yección tanto de la punta nasal mediante in injerto de Sheen--- como para la apertura del ángulo nasolabial utilizando el car--- tílago alar no afectado.

REFINAMIENTO NO. 7

Utilizar los cartílagos triangulares exendidos según técni-- ca de Jos eph y ponerlos por la misma insición de Sheehan la--- cual se tuneliza hacia la columnela y el surco nasal para le--- vantar y profundizar el piso nasal afectado.

REFINAMIENTO No. 1



REFINAMIENTO No. 2

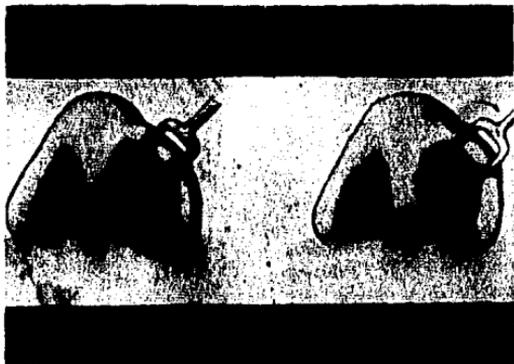


EN LO REFERENTE A EL REFINAMIENTO No. 2
SE ESQUEMATIZA LA DIRECCION DEL COLGAJO
EN RELACION A SU PEDICULO ADECUANDOLO A
LA DISTANCIA CALCULADA PARA PROYECTAR _
LA PUNTA NASAL INDEPENDIENTEMENTE SI LA
NARIZ REQUIERE O NO DE XIBECTOMIA.

REFINAMIENTO No. 3



REFINAMIENTO No. 4



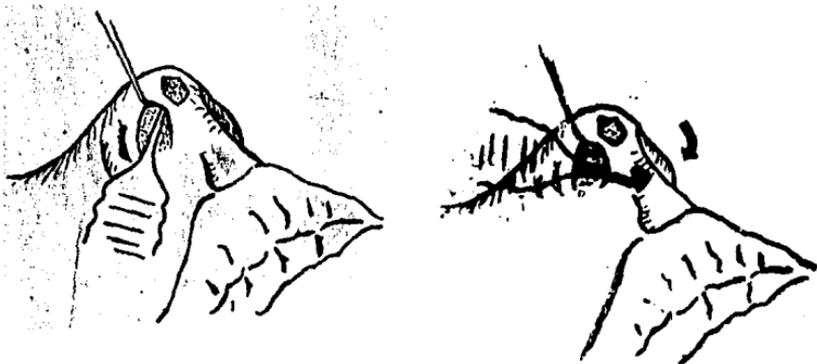
AJUSTE GRAFICO ANTERIOR (REFINAMIENTO No. 5)



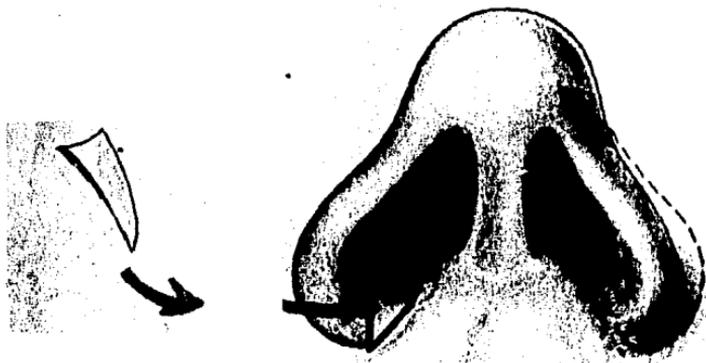
REFINAMIENTO No. 5



REFINAMIENTO No. 6



REFINAMIENTO No. 7



9. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en nuestros pacientes pueden considerarse como satisfactorios ya que adicionalmente a los efectos positivos en el mejoramiento de la nariz así como las correcciones adicionales al labio superior el cual son motivo de posterior reporte se logró influir en la actitud de ellos ya que al mejorar su estado físico les ha sido más fácil readaptarse a su medio socioeconómico y tener perspectivas de desarrollo aún más optimista y seguro.

De los parámetros que son considerados como evaluables podemos señalar:

- En ocho de los pacientes solo se requirió un solo procedimiento quirúrgico.
- Dos pacientes requirieron un segundo tiempo adicional en cirugía menor, uno de ellos, paciente masculino de 16 al que se le efectuó un retoque para corregir una ligera desviación de la base de la columela como efecto de una pequeña brida cicatrizal del piso de la nariz, también se le efectuó nivelación del vermellón del labio superior.
El otro, paciente femenino de 18 años la cual presenta un efecto de supratip dos meses después de la cirugía el cual fue corregido en un segundo tiempo mediante la aplicación de un pequeño injerto de cartílago auricular para reforzar el Sheen que ya tenía siendo este procedimiento satisfactorio.
- La probabilidad de aplicación de estos siete refinamientos fue en base al grado de deformidad y localización de los defectos que presentaban y su aplicación se fundamentó en la especificación porcentual de los pacientes de acuerdo a el número de defectos que presentaron.

- Durante el periodo de nuestro estudio no observamos complicaciones como consecuencia directa de nuestra dinámica quirúrgica. Un paciente presentó efecto de supratip el cual se corrigió con un injerto tipo Sheen adicional, el otro resultó con una pequeña desviación de la base de la columna por efecto de una contracción cicatrizal del piso de la nariz, se corrigió el defecto con una Zplastia en la mucosa.
- Los parámetros promedio en cuanto a la mejoría obtenida tomando como base las tablas de normalidad, se pueden resumir de la siguiente forma.

TABLA COMPARATIVA EN HOMBRES

	PREOP.	POSTOP.	NORM.
LARGO DE LA COLUMNELA	9.0 mm	12.7 mm	12.3 mm
AMPLITUD DE LA COLUMN	7.2 mm	8.2 mm	8.2 mm
*DISTANCIA L.V. DEL L.	8.2 mm	16.2 mm	16.4 mm
**DISTANCIA M.V. DEL L.	14.3 mm	21.8 mm	22.0 mm

TABLA COMPARATIVA EN MUJERES

	PREOP.	POSTOP.	NORM.
LARGO DE LA COLUMNELA	8.0 mm	12.5 mm	12.2 mm
AMPLITUD DE LA COLUMN	8.0 mm	7.7 mm	7.9 mm
*DISTANCIA L.V. DEL L.	7.5 mm	13.8 mm	14.6 mm
**DISTANCIA M.V. DEL L.	16.5 mm	19.4 mm	19.6 mm

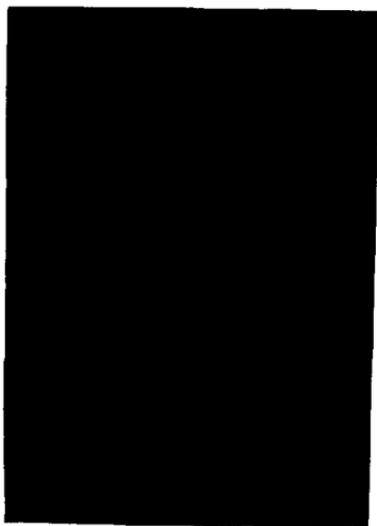
- *Distancia Lateral Vertical del Labio
- **Distancia Medial Vertical del Labio

LA PROYECCION DE LA PUNTA A JUICIO DE LOS PACIENTES DETERMINARON QUE FUE MUY SATISFACTORIA.

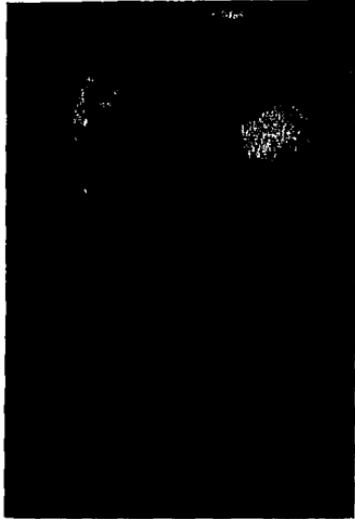
PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



10. CONCLUSIONES

- 1.- LA UTILIZACION ADECUADA DE ESTOS SIETE REFINAMIENTOS OFRECE UNA DINAMICA QUIRURGICA DIFERENTE DE GRAN VERSATILIDAD LA CUAL PERMITE UN TRATAMIENTO QUIRURGICO INTEGRAL DE LAS DEFORMIDADES NASALES RESULTANTES DE LAS SECUELAS DE LA HENDIDURA DE LABIO Y PALADAR UNILATERAL.

- 2.- CONSTITUYE LA POSIBILIDAD DE CREAR UN SISTEMA DE CLASIFICACION DEL GRADO DE DEFORMIDAD, DE ACUERDO AL NUMERO DE REFINAMIENTOS UTILIZADOS EN UN MISMO PACIENTE ASI MISMO DETERMINAR LA GRAVEDAD O COMPLICACION DE LA DEFORMIDAD NASAL.

- 3.- ES IMPORTANTE PROFUNDIZAR POSTERIORMENTE EN LOS RASGOS SOMATOTIPOLOGICOS DE LA NARIZ Y DE LA REGION QUE COMPARTIENE CON EL LABIO SUPERIOR ESTABLECIENDO SUS CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES EN EL MESTIZO Y ESTABLECER PARAMETROS COMPARATIVOS CON OTROS GRUPOS ETNICOS Y QUE EN UN MOMENTO DETERMINADO SEAN PUNTOS DE REFERENCIA O DE PARTIDA PARA ADECUAR MAS A UNA REALIDAD ESTETICA Y FUNCIONAL DE ESTAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS DE NUESTRA RAZA CON FUNDAMENTO EN APLICACIONES ANTHROPOMETRICAS MAS PROFUNDAS.

F I N .

11. BIBLIOGRAFIA.

Avery, J.K.

THE NASAL CASPULE IN CLEFT PALATE

Anat. Anz. 109:722, 1961

Berkeley, W.T.

THE CLEFT LIP NOSE

Plast. Reconstr. Surg. 23:567. 1959

Berkeley, W.T.

CORRECTION OF SECONDARY CLEFT-LIP NASAL DEFORMITIES

Plast. Surg. 44:234. 1969.

Blair, V.P.

NASAL DEFORMITIES ASSOCIATED WITH CONGENITAL CLEFT-
OF THE LIP.

J.A.M.A. 84:185. 1925

Blair, V.P.

CORRECTION OF THE ALA AS A UNIT

Recons. P.S. 4:2180. 1925

Boo-Chai, K. and Tange L.

THE ISOLATED CLEFT LIP NOSE

Plast. Reconstr. Surg. 41:28. 1968

Brown, J.B. and Mc Dowell, F.

SECONDARY REPAIR OF CLEFT LIPS AND THEIR NASAL DE--
FORMITIES

Ann, Surg. 114:101

Brawn, J.B. Cannon B. Lischer C.C. Davis W.B. Moore A and Mu-
rray J.

FURTHER REPRTS OF THE USE OF COMPOSITE FREE GRAFTS
OF SKIN AND CARTILAGE FROM THE EAR

Plast. Reconstr. Surg. 1:130. 1946

- Converse, J.M.
CORRECTIVE SURGERY OF NASAL DESVIATIONS
Arch. Otolaryngol. 52:671. 1950
- Converse, J.M.
CORRECTIVE SURGERY OF THE NASAL TIP
Laryngoscope. 67:16. 1957
- Cronin, T.D.
LENGTHENING COLUMNELLA BY USE OF SKIN FROM NASAL.
FLOOR AND ALAE
Plast. Re c. Surg. 21:417. 1958
- Champion, R.
RECONSTRUCTION OF THE COLUMNELLA
Br. J. Plast. Surg. 12: 353. 1960
- Deklein, E.H.
NASAL TIP RECONSTRUCTION THROUGH EXTERNAL INCISIONS
Plast. Rec. Surg. 15:502. 1955
- Denecke, H.J. and Meyer R.
PLASTIC SURGERY OF THE HEAD AND NECK I: CORRECTIVE
AND RECONSTRUCTIVE RHINOPLASTY
Berlin, Springer-Verlag. 1967
- Elsahy, N.L.
A NEW METHOD FOR CORRECTION OF CLEFT LIP NASAL DE-
FORMITIES
Cleft Palte, J. 11:214. 1974
- Erich, J.B.
A TECHNIQUE FOR CORRECTION A FLAT NOSTRIL EN CASES
OF REPAIRED HARELIP
Plast. Rec. Surg. 12:320. 1953
- Farkas and Lindsay.
MEASUREMENTS NORMAL CANADIANS OF THE NOSE AND LIP
Cleft. Graft. 1:3637

Matthews, D.

THE NOSE TIP

Br. J. Plast. Surg. 23:153. 1968

Mc Indoe A.H.

CORRECTION OF ALAR DEFORMITIES IN CLEFT LIP

Lancet, 1:607. 1938

Mc Indoe A.H. and Rees T.D.

SYNCHRONIUS REPAIR SECONDARY DEFORMITIES IN CLEFT
LIP AND NOSE

Plast. Rec. Surg. 24:150. 1969

Meade R.J.

COMPOSITE EAR GRAFTS FOR CONSTRUCTION OF COLUMNELLA

Plast. Rec. Surg. 23:134. 1959

Metzenbaum M.

REPLACEMENT OF THE LOWER END OF DISLOCATED SEPTAL
CARTILAGE VERSUS RESECTION SUBMUCOUS RESECTION OF
THE DISLOCATED END THE SEPTAL CARTILAGE.

Arch. Otolaryngol. 9:282. 1929

Milard R.JR.

SURFACE ANATOMY OF THE LIP AND NOSE

Cleft. Graft. 1:34-35

Orticochea M.

RECONSTRUCTION OF THE SHRT COLUMNELLA IN BILATERAL
CLEFT LIP PATIENTS USING THE NASAL SEPTUM

Br. J. Plast. Surg. 28:97. 1975

Pellicciari D.D.

COLUMNELLA AND NASAL TIP RECONSTRUCTION USING MUL-
TIPLE COMPOSITE FREE GRAFTS REPORT TWO CASES

Rec. Plast. Surg. 14:305. 1954

Reynolds J.R. and Horton C.E.

AN ALAR LIFT IN CLEFT LIP RHIN OPLASTY
Plast. Rec. Surg. 35:377. 1965

Schjelderup H.

LATE CORRECTION OF SEVERE NASAL DEFORMITIES IN
UNILATERAL HARELIP CASES
Act. Chir. Scand. 126:424. 1963

Schmid E.

THE USE OF AURICULAR CARTILAGE AND COMPOSITE GRAF--
TS IN RECONSTRUCTION OF THE UPPER LIP, WITH ESPE--
CIAL REFERENCE TO CONSTRUCTION OF THE PHILTRUM
Thrid Cong Int. Plast. Surg. Amst Hol. Exc. Med.
1963

Spira. M. Hardy S.B. and Gerow F.J.

CORRECTION OF NASAL DEFORMITIES ACCOMPANYING UNI--
LATERAL CLEFT LIP
Clef Palate and Cleft Lip J. 7:112. 1970

Stenstrom S.J.

THE ALAR CARTILAGE AND THE NASAL DEFORMITY IN UNI--
LATERAL CLEFT LIP
Plast. Rec. Surg. 38:2 23. 1961

Stenstrom S.J. and Oberg T.R.H.

THE NASAL DEFORMITY IN UNILATERAL CLEFT LIP
Plast. Surg. 28:295. 1961

Takahashi R. and Yamasaki Y.

STUDIES ON THE EXTERNAL NOSE IN CASES OF CLEFT LIP
AND THEIR APLICATION TO PLASTIC SURGERY
J Er. Congr. Int. Plast. Surg. Amst. Hol. Exc. Me d.
:336. 1964

Velazquez J.M. and Ortiz-Monasterio F.

PRIMARY SIMULTANEOUS CORRECTION OF THE LIP AND
NOSE IN THE UNILATERAL CLEFT LIP

Plastic. Rec. Surg. 54:558. 1974

Young F.

THE SURGICAL REPAIR OF NASAL DEFORMITIES

Plast. Surg. 4:59. 1949