

11211  
209.  
13



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
Sector Salud  
Cirugía Plástica y Reconstructiva

CORRECCION NASAL EN FISURAS UNILATERALES  
DEL PALADAR PRIMARIO

*Dr. José Abel de la Peña Salcedo*

*Vobo.*

*Integ.*

T E S I S

Que para obtener la Especialidad en:  
Cirugía Plástica y Reconstructiva

present

SECRETARÍA GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ  
JUN 27 1966  
División de Enseñanza y  
Actividades Académicas

DR. JOSE ABEL DE LA PEÑA SALCEDO

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1986



## **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**

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>3</b>
<b>EMBRIOLOGIA</b>	<b>4</b>
<b>ANALISIS DE LA DEFORMIDAD</b>	<b>7</b>
<b>CORRECCION DE LA DEFORMIDAD</b>	<b>12</b>
<b>TECNICA QUIRURGICA</b>	<b>16</b>
<b>MATERIAL</b>	<b>23</b>
<b>VALORACION DE RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>35</b>

" EL AVANCE LOGRADO EN NUESTRA AREA, ES EL RESULTADO DEL  
ESFUERZO, DEDICACION Y ESPIRITU DE LUCHA DE LOS CIRUJA  
NOS QUE NOS PRECEDIERON, ES NUESTRO DEBER CONTINUAR -  
CON ESTE TRABAJO, PARA ABRIR NUEVOS HORIZONTES QUE ES-  
TIMULEN A LAS GENERACIONES JOVENES A PROSEGUIR POR EL  
MISMO CAMINO. "

**CORRECCION NASAL EN FISURAS**

**UNILATERALES DEL**

**PALADAR PRIMARIO**

## I. INTRODUCCION

El concepto de belleza aplicado a una cara, ha cambiado a través de las épocas razas costumbres y culturas, pero cualquier desviación de este modelo es suficiente para impedir la integración completa del individuo a la sociedad, teniendo en muchos casos como barrera solamente el estigma nasal de una fisura labial; barrera, - que lo mantendrá al margen de su felicidad.

Los niños que nacen con fisuras labiales no deben ser expuestos al trauma psicológico de una reparación tardía, desafío que - desde remotos tiempos han tenido miles de cirujanos y que debemos conquistar, para obtener en estos niños, no solo la normalidad sino la belleza, así la nariz que se ve afectada en estos pacientes debe ser corregida desde la primera intervención.

Estos niños experimentan una o mas de las condiciones que deterioran o afectan adversamente su desarrollo intelectual social o personal. Estas hacen su aparición inmediatamente despues del nacimiento debido a los problemas relacionados con su alimentación, posteriormente con los repetidos traumas quirúrgicos y finalmente con la reacción de padres y personas allegadas, que se relacionan a él, como persona en desventaja.

En lejanos tiempos estos niños fueron considerados demoniacos al estar supuestamente habitados por espíritus malignos de manera que eran separados de sus tribus para morir aislados.

En otras culturas tomaron lugares destacados y prominentes al

conferirles poderes sobrenaturales. Al aparecer la cirugía y lograr semejar la apariencia de estos seres, se corroboran sus cualidades físicas y psíquicas que no difieren de las personas normales, haciendo del tratamiento actual un compromiso importantísimo para llevar a estos sujetos a una integración completa y un máximo rendimiento psicossocial.

No se puede pasar por alto, que el realizar una especialidad en cirugía plástica y reconstructiva en un centro, en donde se encuentra posiblemente la casuística mas grande de pacientes con fisuras de labio y paladar, es un incentivo para que la investigación clínica de esta entidad sea constante. Durante todo el entrenamiento son incontables las horas que se pasan hablando sobre este tema que apasiona tanto a los cirujanos mas experimentados como a los que iniciamos en este campo. Por otro lado el tiempo dedicado a todos y cada uno de los pacientes, que con su deformidad anatómica desarrollan personalidades diferentes y que solo el contacto estrecho, mas la apertura de una relación médico paciente sin barreras puede proveer la información necesaria para conocer los alcances de esta deformidad. En el otro extremo se encuentran sus familiares que en muchos casos abalidos por los " tabues " y un sentimiento de culpabilidad no fundamentado, tratan de buscar una explicación lógica y una educación para aprender a comportarse ante esta nueva situación.

El desarrollo normal del paciente afectado con labio hendido in

cluye una vida de relación, así desde las primeras etapas preescolar y escolar será expuesto a la inocente crítica hiriente de los demás niños que iniciaran a formar y modelar una personalidad determinada.

En general es palpable la necesidad de una educación a todos los niveles que ponga de manifiesto que el ser portador de esta deformidad no constituye limitación alguna para el desarrollo psicológico normal del individuo.

Si el problema del labio hendido es entendido de esta manera se apreciará la responsabilidad que se adquiere al operar a cada uno de estos niños, que dependerán en gran manera de el trabajo desempeñado por el cirujano, de aquí que las técnicas para corregir las fisuras labiales se hallan modificando y perfeccionando cada día, obteniéndose en el cierre del labio unos resultados muy cercanos a la perfección, pero no así con la nariz que en muchos casos queda como el estigma de una deformidad casi imperceptible en el labio.

Preocupados por éste punto realizamos ésta investigación para proponer una técnica quirúrgica que corrija la deformidad nasal al mismo tiempo de el cierre del labio, sin dejar cicatrices externas y propongo además una valoración objetiva para la evaluación de los resultados independientemente de la técnica efectuada.

Ya que el concepto estético de la belleza puede cambiar y se presta a ser subjetivo, es necesario que se cuente con parámetros exclusivamente objetivos que nos lleven a una evaluación real y uni

#### IV

forme, que sea utilizable en cualquier tipo de cirugía correctiva -  
de nariz, en pacientes con fisuras labiales.

## ANTECEDENTES HISTORICOS.

No hay en el cuerpo humano otra estructura que haya recibido tanta atención, estimulada la habilidad creativa del cirujano plástico y cambiando técnicas como la nariz y el labio hendido en conjunto.

Ya en el año 390 A.D. se reporta el caso de un cierre de labio hendido en China sin mencionar al cirujano.

Para 1295 Yperman un cirujano flamenco es el primero en describir un artículo totalmente documentado sobre labio hendido y su reparación quirúrgica, mediante la sección del borde de la fisura y uniéndolos atravesando los bordes con una aguja triangular que se mantenía con un hilo de cera trenzado y colocado en ocho. Método que se siguió utilizando hasta que uno de los padres de la cirugía plástica Gaspare Tagliacozzi en 1597 describe un cierre de labio con puntos en todas las capas del labio.

Para el Siglo XIX se inicia la Introducción de colgajos para cerrar el espacio de la fisura con Mirault en 1844 quien describe el colgajo cruzado, y se abren las puertas para las opciones que hoy conocemos como colgajo cuadrangular descrito por Le Messurier en 1949, el colgajo triangular descrito por Tennison en 1952 y el colgajo de rotación y avance de Millard en 1958.

Estos avances logrados fueron mejorando los resultados obtenidos en el labio, al mismo tiempo que aparecieron los reportes indicando la necesidad de realizar una unión muscular y cambiar la orien

tación de sus fibras, perfeccionando el acto quirúrgico sobre la región del labio.

En forma independiente se desarrollaban las investigaciones en otras áreas relacionadas con esta entidad para conocer más a fondo - su origen embriológico, su incidencia, las alteraciones dentales y de crecimiento facial, entendiéndose de esta manera que el tratamiento de estos pacientes debe ser multidisciplinario y ofrecer un tratamiento integral.

En 1959 en México el Dr. Fernando Ortiz Monasterio a cargo del servicio de Cir. Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México inicia la primera clínica multidisciplinaria, de labio y paladar hendido con la colaboración de los servicios de:

Genética, Ortodoncia, Prosthodoncia, Pediatría, Otorrinolaringología, Rayos X y Foniatría.

A pesar de los avances obtenidos en las reparaciones quirúrgicas del labio hendido los pacientes, preservaban un estigma que hacía evidente el origen de la cicatriz del labio, la deformidad nasal. Este estigma se presenta desde el nacimiento y ha sido objeto de varios enfoques y múltiples técnicas para intentar su corrección, la falta de resultados persistentemente aceptables en manos de la mayoría de los cirujanos ha obligado a esta disparidad de técnicas. Siendo este el aspecto central de la investigación y aun un problema sin resolver profundizaremos un poco más sobre este tópico en especial.

## OBJETIVO

Teniendo conciencia de la importancia que contiene la corrección nasal, se realiza un estudio bibliográfico para conocer las causas, presentación y alteraciones presentes en la nariz de los pacientes con labio hendido, analizando cada una de las estructuras nasales y su repercusión clínica.

Conociendo el desarrollo del pensamiento de los cirujanos que han intervenido en el avance de esta cirugía, adaptamos una técnica quirúrgica que permite la corrección nasal a través de las incisiones habituales para la qualloplastia ( plastia del labio ), como fue propuesto por Mr. Harold McComb en Australia en 1975.

Una vez comprendido el problema, se plantean varias tablas de valoración objetiva para obtener una, como modelo que sea aplicable a todas las intervenciones quirúrgicas de nariz en labio hendido y así proponer una evaluación objetiva de resultados.

## EMBRIOLOGIA

Para que la cara del recién nacido se transforme en una cara de adulto normal, intervienen una serie de factores desconocidos que juegan un papel esencial en la distribución de fuerzas para crear una forma definitiva. Estos son los instrumentos que contribuyen a lograr la armonía que conocemos.

Antiguamente se pensaba que la etiología del labio y paladar hendido era la falta de fusión de los procesos de la cara.

A partir de esto el Dr. Veau inicia la corroboración de la tesis del Dr. Fleisman en la cual se asentaba:

" El paladar hendido es la falta de desaparición de la membrana epitelial que permanece intacta y no penetrada por el mesodermo vecino."

Arey en 1947 explicó que la fisura labial era la falta de fusión adecuada de los procesos nasal medial y maxilar.

Patten en 1961 especificó que la fisura labial se localizaba en la línea donde al segundo mes de desarrollo el proceso maxilar se debía fusionar con el nasal medial.

En 1948 Streeler sugirió que inicialmente el labio superior era una estructura epitelial sin fisuras que se desarrollaría normalmente solo si el mesodermo reforzaba los surcos presentes bajo cada narina.

Stark en 1954 realiza uno de los avances importantísimos para

la comprensión de esta patología, mediante mediciones de mesodermo - en el lado sano y en el fisurado encontrando que no existía mesodermo en el lado fisurado.

En 1965 se completan los estudios del Dr. Stark cuando Johnson da la evidencia adicional de la trayectoria de migración del mesodermo con estudios radioautográficos, observando la migración dinámica de mesodermo perivertebral, sobre y alrededor de la cabeza, para - así reforzar la cara.

A la formación de la cavidad oral el labio superior existe como una membrana bilaminar branquial, como una de las tantas que existen en la vida embrionaria y de las que solo 2 persisten después del nacimiento: el himen y la membrana timpánica. Estas membranas destinadas a ser reforzadas y separadas por mesodermo, el cual llegará a través de la migración dinámica y que formará hueso, cartilago, músculo, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos. Cuando el depósito de mesodermo es insuficiente la membrana se separa y si hay una falla completa la membrana se romperá. Alternativamente el mesodermo programado para llegar en un tiempo puede llegar mas tarde ocasionando elementos totalmente desarrollados pero con una fisura por el rompimiento prematuro de la membrana.

Existen otros 2 mecanismos en la organogénesis:

a) Esculpido ectodermico, mediante el cual células ectodermicas proliferan, se mueven a un área determinada y realizan surcos,

cavidades o tuneles, para lo cual se alinean y polarizan de manera - que las que quedan cerca de la membrana nasal se nutren por trasudado y las que quedan lejos del origen nutricional, mueren y son deshechadas; por este mecanismo el embrión realiza narinas.

El misterio de la asimetría nasal y su causa son aun muy discutidos estando 2 teorías principales:

- a) Discrepancia de tamaño en ambas mitades y
- b) Desplazamiento del segmento.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto y al hallazgo del Dr. - Stark, si no hay mesodermo que refuerce el piso nasal, el mismo tapon epitelial que formaría la fosa nasal del lado normal, aparece - en el lado fisurado impidiendo la muerte celular y la ruptura de la membrana branquial; si la ruptura no es completa el tapon persiste - y constituye una " banda de Simonart ".

Consecuentemente la pared epitelial, no reforzada por mesodermo es presa de un esculpimiento cabalístico del ectodermo, que se - tonaliza dentro de la pared atenuándola y finalmente cortándola.

En resumen, parte del mecanismo de ruptura de la pared epitelial es producida por el crecimiento rápido que produce tracción y otra parte es debida a la cavitación del rodete ectodérmico que completa el golpe maestro, y por ningun motivo es una falla de la fusión por desarrollo Insuficiente.

## ANALISIS DE LA DEFORMIDAD

La malformación de la nariz es un hecho notable y bien identificado dentro de la malformación. Aquí el septum nasal cartilaginoso es ta encorvado hacia el lado no fisurado al cual está unido en la espina nasal anterior.

La narina del lado no fisurado puede estar ocluida funcionalmente, la constricción resulta de la desviación del cartilago nasal dentro del piso, dando un efecto de acercamiento de la base de la narina a la columela ya que levanta la piel de esta región, mientras el ala nasal del lado fisurado se encuentra aplanada, estirada y con una implantación variable de acuerdo al espesor de la fisura y a la penetración mesodérmica, ya que si hay poca penetración la aparente hipoplasia maxilar hace evidente una implantación alta de la base de la narina.

La desviación septal y la asimetría de los cartilagos alares, impiden un desarrollo simétrico de la columela y un adecuado soporte para la nariz.

Cuando se lleva a cabo la unión del septum nasal al proceso palatino secundario el piso nasal se ensancha por 2 mecanismos: El maxilar no fisurado es desplazado, y El septum nasal posterior es distendido hacia la cavidad nasal del labio hendido; y el proceso palatino horizontal tracciona el vomer al piso nasal.

A pesar de encontrar estas alteraciones embriológicas que conllevan

van a cambios anatómicos, las estructuras cartilaginosas y óseas se encuentran completas.

Es frecuentemente observado que la fisura del paladar primario se observa cruzada por una banda de tejido referida como banda de -- simonart y dependiendo de el tamaño de dicha banda, una conexión como ésta a través de la fisura es capaz de prevenir grandes deformidades observadas en las fisura completas.

Las bandas usualmente pasan del tejido del labio al otro lado - del labio y algunas llegan a la mucosa alveolar, lo que puede ocasionar una mala alineación del arco alveolar.

Las bandas estan compuestas de fibras musculares, arteriolas y - nervios; y veau las explicaba como una penetración parcial de la pa - red epitelial.

Desde el inicio de los reportes sobre la deformidad nasal de estos pacientes con labio hendido unilateral se presentaron 2 corrientes, aquéllos que pensaban que la deformidad era debida a una malformación de las estructuras nasales y los que pensaron que era únicamente una malposición de éstas estructuras. No fué sino hasta 1949 - con el trabajo presentado por Huffman y Lierle en que desarrollaron - una amplia investigación sobre las alteraciones de los pacientes con fisuras unilaterales del labio y concluyen que las estructuras de la nariz se encuentran completas y afectadas por una malposición causada por bandas de tensión a nivel de la fisura labial, y de la base de la columela, como fue corroborado más tarde por Stenstrom y Oberg que -

en 1961 presentan un trabajo con disecciones en cadáver para demostrar la deformidad. En 1959 William Berkeley hace hincapie en la deformidad nasal de éstos pacientes y la necesidad de intervenirlo en forma temprana, acordando que la deformidad es prácticamente una malposición de estructuras.

En 1964 Stenstrom publica una serie de observaciones sobre la anatomía patológica de la deformidad nasal de éstos pacientes; Haciendo énfasis en las siguientes:

1.- El borde caudal del domo del cartilago alar está desplazado caudodorsalmente y que la cubierta nasal se encuentra traccionada y desplazada en la misma dirección de manera que no solo el cartilago está desplazado sino que su cubierta es estirada.

2.- La cruz media asume una posición mas dorsal dentro de la columna del lado afectado lo que la hace aparecer más corta.

3.- La crura lateral desplazada lateralmente se hace mas evidente en el vestíbulo nasal donde el borde proximal forma un pliegue que se continúa con la unión de los cartilagos sesamoideos tienen su unión fibrosa con la fosa piriforme formando una banda.

4.- Las alteraciones musculares aunque discutidas deben ser tomadas en cuenta ya que la porción alar del músculo nasalis tiene un efecto estabilizador sobre el arco del cartilago alar ya que tiene contacto en ambas cruras (lateral y media) y un defecto en éste musculo puede permitir que el cartilago asuma una posición anómala.

La porción transversa del mismo músculo está en contacto con el-

cartilago en su porción cefálica tanto en dorso como todo su contorno hasta la fosa piriforme y la falta de este músculo en los pacientes de labio y paladar hendido puede ser la causa de la inserción de la ala nasal en un ángulo mas obtuso, formando un pliegue llamado arco de Berkeley.

Posterior a estos trabajos y muchos mas presentados fué casi universalmente aceptada la postura de que la deformidad presentada en la nariz de pacientes con fisuras unilaterales del labio es debida a una malposición de las estructuras y no a una malformación de éstas.

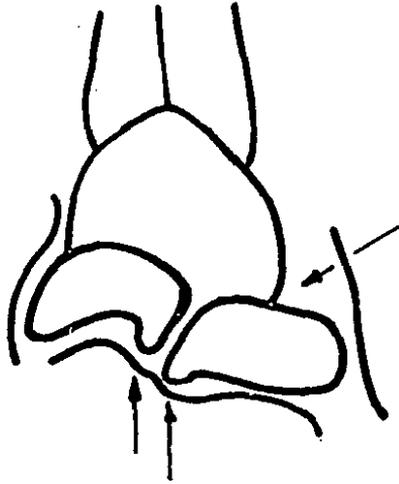


FIGURA 1

Análisis de la deformidad, observe la asimetría de los domos y el aplanamiento del cartilago alar afectado.

## CORRECCION DE LA DEFORMIDAD

La historia nos dice que desde 1885 Ericson realizaba correcciones nasales para mejorar la apariencia de sus pacientes, aunque en forma científica los primeros iniciadores son Blair y Brown quienes en 1925 realizan correcciones nasales tomando toda el ala nasal, el piso y la mitad de la columna como una unidad y así la rotaban en conjunto, las técnicas que se describieron a continuación eran solo modificaciones de ésta como la de Stephenson y Shjelderup Padget y la de Shehan, fué hasta 1931 en que se dió un avance más cuando en 1931 Jacques Joseph describe su técnica con una incisión y abordaja dorsal, con lo que mejoraba el desplazamiento del ala y colocaba el domo en posición correcta.

En 1932 Guillies y Killner extienden la incisión media columnar de Blair por arriba del domo como en la técnica de Joseph, rotando por separado columna y piso, corrigiendo el desplazamiento del ala a través de una incisión marginal.

Un esfuerzo por ocultar las incisiones y el entendimiento de que la alteración principal, en forma y contorno de la nariz esta dada por el marco cartilaginoso subyacente favoreció la creación de nuevas ideas manejando ahora tejidos blandos y soporte de manera independiente, creando así el concepto moderno de la corrección nasal, que desde su nacimiento ha tenido 2 corrientes:

Quiénes realizan la corrección nasal en forma primaria, es decir al momento de la corrección labial, y aquellos que la realizan en forma secundaria una vez que el crecimiento está por terminar.

Kiskaden en 1941 fué el primero en hacer notar la importancia de realizar correcciones primarias a lo que posteriormente siguieron reportes en la literatura apoyando esta corriente, como los descritos por Young, Huffman y Lierle, Gelbke, Berkeley, Stenstrom, Reynolds, Oberg, Maleck, Skoog y Mc Comb y en nuestro medio por Velázquez, Ortiz Monasterio, Trigos y Alonso.

Los trabajos presentados para las correcciones secundarias se encaminaron a la gran cantidad de pacientes que habían sido manejados sin corrección primaria o que esta fué defectuosa lo que obligó a sentar bases para las correcciones secundarias sin hacer ahora por ningún motivo hincapie en realizarlas rutinariamente.

Una vez establecido que la corrección de la fisura unilateral de paladar primario debía ser completa, es decir incluyendo labio - nariz y vomer en un tiempo, se continuo de inicio con las tendencias de las reparaciones antes mencionadas a través de incisiones externas a través de las cuales se modificaba la alteración cartilaginosa y corrigiendo el exceso de piel del lado fisurado con resección de esta como los trabajos de Gelbke, Berkeley, O'Connor, Maleck, Royster y Whitacre, McIndoe y Rees, Lamont, Musgrave y Stenstrom.

Siguiendo esta línea de publicaciones en Septiembre de 1979 el -

Dr. Manuel Velazquez y el Dr. Fernando Ortiz Monasterio publican la adaptación de la técnica de corrección nasal externamente a la corrección del labio con la técnica de queiloplastia mas usada en la actualidad; colgajo de rotación y avance.

En Septiembre de 1979 los Drs. Ignacio Trigos y Alonso presentan la adaptación de la corrección nasal externa al mismo tiempo de la corrección labial con la técnica del colgajo triangular; entre ambas técnicas se corrigen todas las fisuras del labio en el hospital y prácticamente en todo el mundo.

Ambas técnicas consisten en continuar las incisiones del labio hacia la hemicolumnela, punta nasal y dorso siguiendo hacia el lado afectado de acuerdo a la curvatura de la nariz.

A través de esta incisión era posible observar directamente los cartilagos alares, despegarlos de la piel suprayacente, unir las cruas medias, elongar la hemicolumnela y reseca el excedente de piel sobre la crura lateral del alar por donde corria la incisión.

La experiencia obtenida, así como la preocupación por obtener resultados similares sin la presencia de una cicatriz visible nos impulsó a la adaptación de una técnica que permitiera la corrección de la malposición cartilaginosa nasal, a través, de las incisiones habituales de la queiloplastia, sin continuarlas sobre columnela y dorso nasal. Al mismo tiempo la gran cantidad de técnicas propuestas para la corrección indican la falta de resultados persistentes entre los cirujanos, que han utilizado una serie de valoraciones personales y en

muchos casos subjetivos, razón por la cual decidimos presentar una tabla de valoración que sea aplicable a todas las técnicas, con parámetros objetivos a los cuales se les da un valor numérico.

Harold McComb presentó su primer artículo en 1975 en donde hace hincapié en que el tratamiento primario y secundario deben ser abordados de una manera distinta.

En la deformidad no difiere de lo estipulado anteriormente y así presenta la corrección nasal primaria, sin incisiones sobre la estructura nasal, es decir que la corrección se lleva a cabo en su totalidad a través de las incisiones propuestas para la quilloplastia.

Mientras que las correcciones secundarias las realiza con incisiones en la mucosa nasal, y alinea el septum y la pirámide nasal.

En este artículo se aprecia la corrección de la deformidad nasal con buenos resultados la cual se lleva a cabo al mismo tiempo de la corrección del labio utilizando la técnica del colgajo triangular.

En vista de los resultados obtenidos se implementó la técnica para realizarla de igual manera, en forma primaria, utilizando para la corrección del labio la técnica de rotación y avance.

En nuestra clínica de labio y paladar hendido, desde 1968 se han practicado correcciones nasales simultáneas a la reparación labial, aplicando varias técnicas pero predominantemente la corrección nasal con incisiones externas.

## TECNICA QUIRURGICA

Siguiendo la rutina ya impuesta la operación para la corrección del paladar primario ( vomer labio y nariz ) se lleva a cabo a las 10 semanas de edad del niño si sus condiciones generales lo permiten, de acuerdo a la regla de los 10; 10 libras, 10 de hemoglobina y 10 - semanas de vida.

Es importante un diagnóstico correcto de las deformidades para - determinar la conducta quirúrgica posterior. Así deberémos determinar si se trata de una fisura completa o incompleta, tamaño, posición y rotación de la premaxila, tamaño de la columela, localización y posición exacta del cartilago alar malposicionado.

Una vez con éstos conceptos claros se proyecta la cirugía siguiendo la rutina de asepsia y antisepsia habitual.

Se traza la corrección labial de acuerdo a los principios de la técnica descrita por Millard de colgajos de rotación y avance.

Una vez realizados los trazos con pintura, sobre el labio, se localiza la unión de la crura media y la lateral en ambos alares y se marcan sobre su proyección en la piel de la punta nasal, se realiza una estimación sobre la cantidad que es necesario subir el cartilago alar afectado para acortar la hemicariz de lado afectado.

Se procede a realizar los cortes sobre el labio para la queiloplastia y una vez que éstos estan realizados y el labio completamente desarmado y listo para su unión se pasa a la plastia nasal, recordando que los objetivos de esta son:

- 1.- Reposicionamiento del cartilago alar afectado.
- 2.- Lograr simetría con el lado no afectado.
- 3.- Acortamiento de la heminariz afectada, aprovechando las propiedades de la piel como en una rinoplastia convencional, sin resección de piel.
- 4.- Dar un piso nasal adecuado y simétrico al contralateral.

Para lograr estos objetivos se realiza a través de la porción lateral de al labio, correspondiente al colgajo de avance, en el lugar de unión del surco de la nariz, la disección subcutánea de el cartilago alar afectado, despegando por esta via toda la crura lateral de éste de la piel, desde su porción cefálica hasta la caudal.

A continuación en la base de la columela, donde se realizó el corte para el colgajo de rotación se encuentra la via de abordaje para la crura medial de ambos alares para despegarlos completamente de la piel y entre ellos dejando al cartilago afectado unido exclusivamente de la mucosa nasal. Utilizando ambas vias se realiza la disección subcutanea de todo el dorso nasal y la heminariz afectada, lo que permitirá su acortamiento.

En el fondo de saco de la porción lateral de la fisura se realiza un corte para liberar completamente el colgajo de avance y que sirve al mismo tiempo para seccionar las adherencias de el cartilago alar a la fosa piriforme.

Para llevar el cartilago a su nueva posición se colocan 3 suturas tipo colchonero que partiendo de la raiz nasal ( nasion ) se pro-

longan subcutaneamente sobre el dorso nasal, hasta el borde cefálico del cartilago alar. La primera sutura tracciona el ángulo intercrural, la segunda toma la porción central de la cruramedia y la tercera la porción mas lateral del cartilago en su borde proximal.

Al traccionar estas suturas el cartilago unido a la mucosa rota en sentido superomedial, mientras la piel se acorta desliziéndose sobre el marco osteocartilaginoso.

Se coloca una última sutura tipo colchonero que cerrará el espacio de la disección en la pared lateral de la narina. Con el objeto de no lastimar la piel las suturas son anudadas con un protector de algodón en cada una que no permitirá que la sutura se marque en la piel, esta maniobra se realiza una vez que la sutura del labio ha sido terminada.

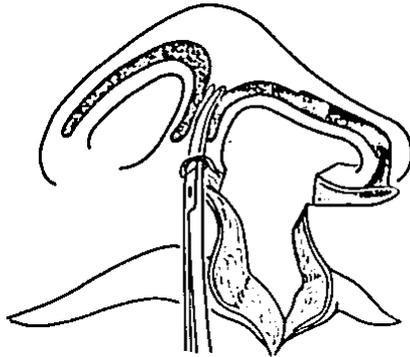


FIGURA 2

Libерación del cartilago alar afectado a través de la base de la columna.

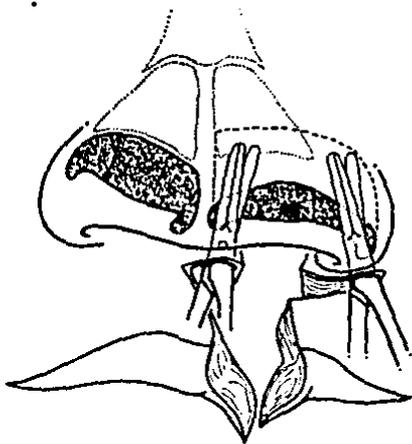


FIGURA 3

Liberación completa del cartilago alar a través de la base de la narina y columnela.

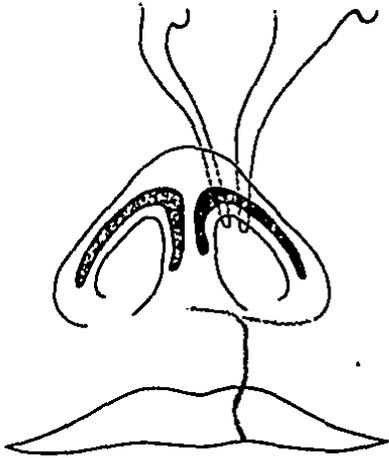


FIGURA 4

Colocación de los puntos al salir por la mucosa nasal después de tomar el borde cefálico del cartilago alar.

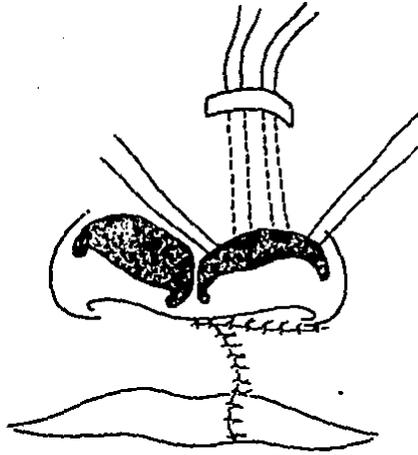


FIGURA 5

Colocación y ubicación final de los puntos.

## MATERIAL

Ya que el propósito de esta tesis es dar a conocer esta adaptación técnica y presentar los resultados obtenidos con su utilización se analizaron 28 pacientes con edades variables entre los 3 meses y los 27 años de edad, todos intervenidos con ésta técnica y a quienes he podido controlar estrechamente hasta por un año.

Para llevar a cabo el control y seguimiento diseñamos una tabla de evaluación que es utilizable para cualquier técnica y permite una evaluación objetiva; los criterios de ésta son:

EN POSICION DE FRENTE: armonía del complejo labio nasal, así como longitud cefalocaudal de la nariz, tanto en el lado sano como en el afectado. (Cuadro 1).

EN AMBOS PERFILES: observamos comparativamente la proyección de la punta nasal y la apertura del ángulo nasolabial valorando la simetría nasal obtenida. (Cuadro 2).

Finalmente la valoración crítica se lleva a cabo en la Vista Basal, para comparar: forma y altura de las narinas, la presencia de arco de Berkeley, simetría de piso nasal y depresión de fosa piriforme.

Con el objeto de calificar y clasificar los resultados obtenidos considerando la importancia de cada punto valorado, establecimos la siguiente puntuación:

Para evaluar forma y simetría de narinas tomamos en consideración:

Altura de la cúpula del cartilago.

Forma y altura del domo.

Ancho de la narina y piso nasal.

Simetría de hemicolumnelas.

A éstos parametros les asignamos una calificación máxima de 30 puntos. (Cuadro 4).

A la longitud cefalocaudal de la nariz en ambos lados la valoramos hasta 20 puntos.

La ausencia de arco de Bekelay 16 puntos.

La armonía de labio y nariz y la depresión de fosa piriforme, 10 puntos.

Finalmente la proyección de la punta nasal y apertura del ángulo nasolabial 7 puntos a cada parámetro. (Cuadro 5).

Obteniendo de ésta manera una valoración objetiva con un total de 100 puntos.

CUADRO 1

CRITERIOS PARA VALORACION DE RESULTADOS

VISTA DE FRENTE

ARMONIA ENTRE LABIO Y NARIZ

LONGITUD COMPARATIVA DE HEMINARICES

**CUADRO 2**

**CRITERIOS PARA VALORACION DE RESULTADOS**

**VISTA DE PERFIL**

**PROYECCION DE PUNTA NASAL**

**APERTURA DE ANGULO NASOLABIAL**

**CUADRO 3**

**CRITERIOS PARA VALORACION DE RESULTADOS**

**VISTA NASAL**

**ALTURA COMPARATIVA DE AMBAS NARINAS**

**FORMA COMPARATIVA DE AMBAS NARINAS**

**SIMETRIA DE PISOS NASALES**

**PRESENCIA DE ARCO DE BERKELEY**

**DEPRESION EN FOSA PIRIFORME**

CUADRO 4

ANALISIS INDIVIDUAL

SIMETRIA DE AMBAS NARINAS - 30 PUNTOS MAXIMO

PARAMETROS	PUNTUACION
ALTURA DE LA NARINA	5
ANCHO DE LA NARINA	5
FORMA DEL DOMO	5
ALTURA DEL DOMO	5
ANCHO DEL PISO NASAL	5
LONGITUD HEMICOLUMNELA	<u>5</u>
TOTAL	30

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**TABLA DE PUNTUACION**

<b>FORMA Y SIMETRIA DE LAS NARINAS</b>	<b>30 puntos</b>
<b>LONGITUD CEFALCAUDAL DE LA NARIZ</b>	<b>20 puntos</b>
<b>AUSENCIA DE ARCO DE BERKELEY</b>	<b>16 puntos</b>
<b>ARMONIA EN LABIO Y NARIZ</b>	<b>10 puntos</b>
<b>AUSENCIA DE DEPRESION EN F. PIRIFORME</b>	<b>10 puntos</b>
<b>PROYECCION DE PUNTA NASAL</b>	<b>7 puntos</b>
<b>APERTURA DEL ANGULO NASOLABIAL</b>	<b>7 puntos</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100 puntos</b>

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**TABLA DE PUNTUACION**

<b>FORMA Y SIMETRIA DE LAS NARINAS</b>	<b>30 puntos</b>
<b>LONGITUD CEFALOCAUDAL DE LA NARIZ</b>	<b>20 puntos</b>
<b>AUSENCIA DE ARCO DE BERKELEY</b>	<b>16 puntos</b>
<b>ARMONIA EN LABIO Y NARIZ</b>	<b>10 puntos</b>
<b>AUSENCIA DE DEPRESION EN F. PIRIFORME</b>	<b>10 puntos</b>
<b>PROYECCION DE PUNTA NASAL</b>	<b>7 puntos</b>
<b>APERTURA DEL ANGULO NASOLABIAL</b>	<b>7 puntos</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100 puntos</b>

## RESULTADOS

Con ésta puntuación consideramos como excelentes entre 90 y - 100 puntos, buenos resultados de 75 a 89 puntos, regulares 60 a 74; y malos 59 puntos o menos. (Cuadro 6).

De acuerdo a ésta clasificación los resultados fueron:

Excelentes y buenos 64.2%

Regulares 21.5%

Malos 14.3%

Al realizar el análisis global nos encontramos que los resultados regulares y malos correspondieron en su mayoría a nuestros primeros casos en quienes el problema postoperatorio se localizó en la simetría de las narinas y en la presencia de depresión en la fosa piriforme.

Esto nos llevó a incluir en nuestra técnica la colocación de un injerto de cartilago homologo colocado supraperióstico , y tallado - en forma de semiluna en la base del ala nasal sobre la fosa piriforme.

CUADRO 6

ANALISIS DE RESULTADOS  
CALIFICACION Y CLASIFICACION

CLASIFICACION	PUNTAJE	PORCENTAJE
EXCELENTES	90 - 100	32.1
BUENOS	75 - 89	32.1
REGULARES	60 - 74	21.5
MALOS	< 59	14.3

64.2





## DISCUSION

En el análisis fotográfico realizado con todos los casos observamos algunas deficiencias técnicas que se presentaron en los primeros casos como el sitio de tracción del cartilago alar y la mala fijación de los puntos retentivos los cuales no se volvieron a presentar una vez que fueron detectados.

Observamos igualmente la presencia de inflamación importante sobre el dorso nasal por lo que decidimos colocar telas adhesivas sobre la nariz a la manera de una rínoplastía convencional, lo que permite que la nariz guarde su forma lograda en el postoperatorio inmediato y no presente un edema postoperatorio que enmascare el resultado durante las primeras semanas.

Ya que la crura medial se encuentra mas baja es importante antes de cerrar el labio observar si ambas cruras se encuentran al mismo nivel de lo contrario se fijarán con un punto transfixivo que tome ambas cruras medias y sea un soporte mejor, asegurando que la proyección lograda no se perderá, esta sutura se coloca con nylon 6-0 en la base de la columela, sutura que quedará interna al cierre del labio.

Nunca será demasiado el insistir, en que la colocación de los puntos de tracción sea de la manera expuesta anteriormente, pues es la única manera de obtener resultados excelentes en una fisura completa unilateral.

La técnica aquí presentada es posible adaptarla a la corrección de secuelas de fisuras labiales con algunas adaptaciones, ya que la patología aunque es la misma presenta algunas diferencias, que permiten de acuerdo a la edad, mas facilidad y la combinación de otras técnicas. De ésta manera entendemos que la deformidad seguirá siendo en esencia la misma: la cruz media está desplazada medialmente y hacia abajo, produciendo una columela corta y una disminución de la proyección del domo del cartilago alar del lado fisurado.

El domo alar se encuentra desplazado lateralmente a pesar de haber rotado la narina al momento del cierre labial, ésto ocasiona una tendencia a la nariz bifida, el ángulo entre la cruz media y laterales mas obtuso, la cruz lateral está desplazada hacia abajo, formando un dobléz lateral al domo, produciendo un ángulo facio alar aplanado y un piso nasal deprimido, y en ocasiones ancho.

En la plataforma ósea de los pacientes se observa en la porción lateral a la fisura hipoplasia importante.

Por otra parte las alteraciones de las estructuras de soporte de la línea media persisten y si el paciente ha terminado su crecimiento será necesario corregirlas, ésto incluye desviación del borde caudal de septum cartilaginoso hacia el lado no fisurado lo que distorciona la columela. Hay una desviación convexa de la porción media del septum en la narina fisurada y puede ocasionar obstrucción, así como desviación del dorso nasal.

Las adaptaciones técnicas para la corrección en los casos de secuelas incluyen:

1) La posibilidad de realizar incisiones en la mucosa del vestibulo de la nariz ya que el haber terminado el crecimiento éstas no ocasionarán una deformidad posterior. En el caso de no haber terminado el crecimiento y considerando que el cartilago alar es mas consistente que a los tres meses es posible realizar la disección subcutánea a través de una incisión marginal.

2) Es necesario corregir las alteraciones del septum nasal ya mencionadas.

3) Es posible realizar una rinoplastia completa, simultánea, para mejorar y perfeccionar el resultado obtenido.

De la experiencia obtenida podemos concluir que ésta, es una magnífica técnica para solucionar integralmente el problema labionasal en las fisuras unilaterales del paladar primario.

BIBLIOGRAFIA

- BERKELEY, W.: " THE CLEFT LIP NOSE ", Plast Reconst. Sur. 23: 567, 1959.
- BLAIR, V. :Brown J.: " MIRAULT OPERATION FOR SINGLE HARELIP " Surg. Gynecol. Obstet., 51: 81, 1930.
- COLLINS, H. H.: " THE AESTHETIC TRETMENTE OF HARCLIP WITH A DESCRIPTION OF A NEW OPERATION FOR THE SCIENTIFIC REMEDY OF THIS DEFORMITY". Dublin Quart. J. Med. Sci., 45: 292, 1868.
- CRICKELAIR, G. F., et al: " A METHOD FOR ALLOPLASTY IN CLEFT LIP NASAL DEFORMITIES ", Plast. & Reconst. Surg. 24: 588, 1959.
- GELBKE, H.: " THE NOSTRIL PROBLEM IN UNILATERAL HARE LIPS AND ITS SURGICAL MANEGEMENTE ". Plastic & Reconst. Surg. 18: 65, 1956.
- GILLIES, H. D.: KILNER, T. P.: " HARE-LIP: OPERATION FOR THE CORREC TION OF SECONDARY DEFORMITIES ". Lancet. 223:1369, 1932.
- HOGAN, M.: CONVERSE, J.: " SECONDARY DEFORMITIES OF UNILATERAL CLEFT LIP AND NOSE". In Grabb, Rosenstein, Bzoch: Cleftlip and palate. Boston, Little Brown and Co. 1971.
- HUFFMAN, W. C.: LIERLE, D. M.: " STUDIES ON PATHOLOGICAL ANATOMY OF THE UNILATERAL HAC-LIP NOSE". Plast. & Reconst. Surg. 4: 225, 1949.
- JOSEPH, J. : " NASENPLASTIK UND SONSTIGE GESICHTS PLASTIC". Leipzig: Curt Kabitzsh, 1931.
- KERAHAN, D.: STARK, R.: " A NEW CLASSIFICATION FOR CLEFT LIP AND CLEFT PALATE". Plast & Reconst. Surg. 22: 435, 1958.

- KRIKELAIR, J.: " A METHOD FOR ALAR PLANTY IN CLEFT LIP NASAL DEFORMITIES ". Plast. Reconst. Surg. 24: 588, 1959.
- LAHONT, E.: " AM. J. SURG." 86: 200. 1953.
- MC COMB, H.: " TREATMENT OF THE UNILATERAL CLEFT LIP NOSE" Plast. & Reconst. Surg. 55: 596, 1965.
- MCINDUE, A.: et al: " SYNCHRONOUS REPAIR OR SECONDARY DEFORMITIES IN CLEFT LIP AND NOSE ". Plast. & Reconst. Surg. 24: 150, 1959.
- MILLARD, R.: " CLEFT CRAFT. THE UNILATERAL DEFORMITY; THE HISTORY OF ITS EVOLUTION". Little, Brown and Co., 1976.
- MIR Y MIR, L.: " NASAL DEFORMITY AND SINGLE CLEFT LIP. TRANSACTIONS OF THE FIRST INTERNATIONAL CONG. OF PLAST. AND RECONST." Surg. Stockholm, Baltimore; Williams and Wilkins, 1957, pp. 171-174
- MUSGRAVE, D.: " REVISION OF THE UNILATERAL CLEFT LIP NOSTRIL," Plast. & Reconst. Surg. 25: 223, 1960.
- O'CONNOR, J.: " THE NOSTRIL PROBLEM IN CLEFT LIP ". Sur. Gynec. & Obst. 116: 503, 1963.
- ORTIZ MONASTERIO F.: SERRANO, A.: et al: " CEPHALOMETRIC MEASUREMENTS ON ADULT PATIENTS WITH NON OPERATED CLEFT - PALATES". Plast. Reconst. Surg. 24: 53, 1959.
- ORTIZ, MONASTERIO F.: OLMEDO, A.: TRIGOS, I.: " FINAL RESULTS FROM THE DELAYED TREATMENT OF PATIENTS WITH CLEFT OF THE LIP AND PALATE". Scand. J. Plast. Reconst. Surg. 8: 109, 1974.
- RANDALL, P.: " A TRIANGULAR FLAP OPERATION FOR THE PRIMARY REPAIR OF THE UNILATERAL CLEFTS OF THE LIP ". Plast. & Reconst. Surg. 23: 331, 1959.
- REES, T.: GUY.: CONVERSE, J.: " REPAIR OF THE CLEFT LIP NOSE : Addendum to the synchronous technique with full thickness skin grafting of the nasal vestibule". Plast. Reconst. Surg. 37: 47, 1966.
- SCOOK, T.: " REPAIR OF UNILATERAL CLEFT LIP DEFORMITY; MAXILLA, NOSE AND LIP ". Scand. J. Plast. Surg. 3: 109, 1969.

- STENSTROM,S. : " THE ALAR CARTILAGE AND THE NASAL DEFORMITY IN UNILATERAL CLEFT LIP ". Plast. & Reconst. Surg. 38: 223, 1966.
- TENNISON,C.: " THE REPAIR OF THE UNILATERAL CLEFT LIP BY THE STENCIL METHOD." Plast. & Reconst. Surg. 9:115,1952.
- TRAUNER,R: TRAUNER,H.: " RESULTS OF CLEFT LIP OPERATIONS ". Plast, Reconst. Surg. 40, 209, 1967.
- TRIGOS,I.: GARCIA,G.: ORTIZ MONASTERIO,F.: "TRATAMIENTO INTEGRAL TEMPRANO DEL PALADAR PRIMARIO HENDIDO". Cir,Plast.Ibero-latinoamericana, 5: 251,1979.
- VELAZQUEZ,H.: ORTIZ MONASTERIO,F.: " PRIMARY SIMULTANEOUS CORRECTION OF THE LIP AND NOSE IN THE UNILATERAL CLEFT LIP". Reconst. Surg. 54: 558, 1974.
- YOUNG,F.: " THE SURGICAL REPAIR OF NASAL DEFORMITIES". Plast.Reconst. Surg. 4: 59, 1959.