

11211
Zej.
10

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE"

I.S.S.S.T.E.

REFINAMIENTOS EN LA RECONSTRUCCION DE FILTRUM

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA

DR. JORGE FRANCISCO CLIFTON CORREA

ASESOR: DR. ALEJANDRO DUARTE Y SANCHEZ

MEXICO, D.F. 1989

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
HISTORIA	3
OBJETIVOS	4
ANATOMIA DEL FILTRUM	6
MATERIAL Y METODO	8
RESULTADOS	13
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	16

RESUMEN

Entre junio de 1986 y noviembre de 1986 se operaron diez pacientes de reconstrucción secundaria de filtrum por secuela de fisura de labio.

Los limitantes para cualquier tipo de procedimiento son el tejido cicatrizal intenso y la mala distribución de los tejidos.

En el presente estudio se realiza una detallada revisión anatómica y en base a la mala distribución de los tejidos se realiza la técnica de colgajo de dermis enrro--llado a nivel de las columnas filtrales.

El 80% de los pacientes operados se encontró satis--fecho con el resultado de la cirugía a largo plazo, el 20% restante no encontró cambios postquirúrgicos permanentes a largo plazo.

;

INTRODUCCION

El problema de las secuelas en la reparación de un labio fisurado, representa un gran desafío para el cirujano actual, por los múltiples factores en contra, entre ellos: la fibrosis marcada, la mala distribución de los tejidos y la falta de ellos.

Al principio la única preocupación consistía en lograr el cierre de la fisura, para esto crearon diferentes técnicas que lograron este objetivo.

Sin embargo en la ambición de obtener un labio de forma y características normales, surgieron nuevas técnicas que consideraban pequeños detalles que anteriormente habían sido pasados por alto, es así como se intenta formar en un solo tiempo quirúrgico un labio que no solo es te unido, sino que además posea simetría, equilibrio y naturalidad.

A pesar de este esfuerzo las técnicas de reconstrucción secundaria de filtrum han tenido pobres resultados. Es por eso que presento una nueva técnica quirúrgica que ofrece una mejor solución, a esta difícil secuela que es la reconstrucción del filtrum.

HISTORIA

El primer intento quirúrgico para la corrección de volumen y proyección del labio superior y de simular un filtrum, los publicó Sabatini en 1838, sin embargo quien lo popularizó fué el Dr. Robert Abbe en 1898, por lo que a este colgajo axial de labio inferior se le conoce como colgajo de Abbe.

El Dr. Pickrell en 1954, reporta la utilización de fascia, dermis y tendones, para dar relieve al contorno del labio superior.

Los Dres. O'Connor y Mc Gregor en 1958, desarrollaron una técnica en donde rotaron un colgajo muscular hacia cada lado del filtrum, proporcionando mayor volumen en las columnas y produciendo una depresión central.

El Dr. Schmid en 1959, utiliza injerto de cartílago auricular colocandolo subdérmico con el fin de reproducir el filtrum.

Takuya y Onizuka en 1975, publica los resultados en forma comparativa de cinco diferentes técnicas diseñadas por él:

Tipo I : Colgajo muscular.

Tipo II : Excisión muscular.

Tipo III : Injerto muscular.

Tipo IV : Resección osea.

Tipo V : Inserción muscular.

En 1978, publica una sexta técnica, llamada de suspensión muscular, obtenía mejores resultados que en las anteriores.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es el de proponer - una técnica quirúrgica sencilla para la reconstrucción se-- cundaria de filtrum que nos da una proyección de columnas - filtrales, con hundimiento central natural y un resultado - estético satisfactorio.

ANATOMIA DEL FILTRUM

El filtrum se encuentra situado en el centro del labio superior, es una estructura vertical que se inicia en la base de la columela llegando hasta el arco de cúpido en el bermellón. Consta de dos columnas filtrales que rodean al hundimiento central que es la porción más delgada mide 7 mm de espesor y las columnas filtrales miden 11 mm de espesor.

La arquitectura normal del filtrum tiene varios componentes:

1.- Una intrincada arquitectura de colageno intradérmico, que ayuda a mantener las concavidades y convexidades con una condensación en la línea media.

2.- Una condensación de fibras elásticas en la piel ayuda a mantener la depresión central del filtrum.

3.- Las escasas fibras verticales, juegan un pobre papel en mantener el volumen de las columnas filtrales.

4.- El músculo orbicular oral altera los movimientos del filtrum durante los movimientos de expresión facial. -- Sin embargo la configuración de las columnas filtrales no depende del tono muscular. El músculo orbicular oral está formado por tres partes:

-Musculus incisivus (músculo incisivo).

-Pars Peripheralis (parte periférica).

-Pars Marginalis (parte marginal).

El músculo incisivo, proviene de la maxila y se inserta en la espina nasal y en la dermis del área del filtrum.

Los músculos de la parte periférica y marginal provienen del labio y del bermellón respectivamente. Forman 2 capas musculares: una superficial que en su porción media se interdigita con la contralateral insertandose en la dermis, creando la columna filtral y una capa profunda que en su porción media se continúa con el lado contralateral.

5.- Tiene gran importancia como apoyo la espina nasal, los alveolos dentales y los dientes.

En los niños el filtrum tiene una mayor proyección, durante el envejecimiento las fibras de colágena y las elásticas se relajan con lo cual el filtrum pierde proyección.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a 10 pacientes referidos a la clínica de labio y paladar, del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Centro Regional "20 de Noviembre", que se operaron en el período de tiempo comprendido entre el 10. de junio de 1986 y el 30 de noviembre de 1986. Ocho de los pacientes de sexo masculino y dos de sexo femenino, sus edades flucturaron entre los 5 y los 36 años de edad.

Todos los pacientes de este estudio incluían las siguientes características: Eran mayores de 5 años de edad, se les había reparado una fisura de labio y no tenían un filtrum bien definido.

Se tomó como criterio de eliminación a aquellos pacientes menores de 5 años, pacientes sin filtrum bien definido de etiología traumática, pacientes operados previamente de reconstrucción secundaria de filtrum con una técnica diferente a la de colgajos enrollados de dermis y a pacientes con deformidades múltiples.

De cada paciente se anotó edad, sexo, los antecedentes más importantes que pudieran tener relación con la fisura de labio, el diagnóstico se clasificó dependiendo de la severidad de la malformación y las características de las -

cicatrices previas.

Se solicitaron exámenes de laboratorio preoperatorios (BH, QS, TPT, TT, TP).

En el postoperatorio se vigiló la presencia de datos de infección, hematoma y dehiscencia de sutura.

Se cito a consulta externa para la evaluación final.

Se valorarán los resultados postoperatorios en:

- Satisfactorios: cuando encontramos:

Columnas filtrales bien definidas, simétricas con buena proyección.

Hundimiento central bien marcado.

Aspecto natural.

- Regulares: Cuando encontramos:

Columnas filtrales bien definidas con adecuada proyección.

Hundimiento central poco definido.

- Pobres: cuando encontramos:

Que no existen cambios con el estado preoperatorio.

TECNICA QUIRURGICA

La intervención quirúrgica se realiza con anestesia-local infiltrada (Xilocaína al 2% con epinefrina al 1:100 000), previa asepsia y colocación de campos estériles.

Con violeta de genciana se realiza la marcación de 2 triángulos isóceles en donde se planea elevar las columnas-filtrales, con base en la línea blanca del bermellón de 3 a 5 mm dependiendo de la edad del paciente. Se proyecta el vértice en la base de la columela de cada lado, la línea interna se une al vértice con la base y se encuentra a 5 mm de la línea media.

Se desepiteliza el área marcada de ambos triángulos-se incide la parte externa de la dermis hasta el tejido celular subcutáneo, este colgajo de dermis se enrolla en sí mismo para producir una prominencia y dar proyección a la futura columna del filtrum, este colgajo enrollado se sutura con dermalón 5-0.

Realizamos resección de relajación tipo Webster bilateral.

De ser necesario se hace una resección de tejido subdémico en el valle filtral para acentuar el hundimiento.

En algunas ocasiones a nivel del bermellón realizamos una resección de un triángulo en espejo pero más peque-

ño que el triángulo de la dermis, suturamos piel con dermalón 6-0.

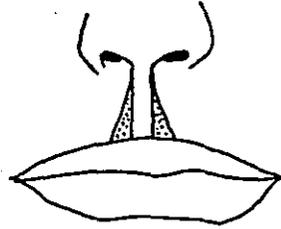
Colocamos 2 puntos con dermalon 3-0, que van de piel a mucosa, protegidos con gasa en la piel y tubo de hule en la mucosa, los cuales van a producir una presión moderada y constante sobre el lecho del tejido resecaado, se retiran al 5to. día de posoperatorio.

En el postoperatorio inmediato se indican analgésicos suaves del tipo de acetaminofen 3 a 4 días.

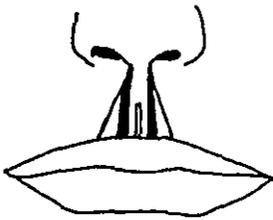
Los puntos con dermalón 6-0 se retiran al 6to día postoperatorio, se colocan vendetas de microporo por 5 días más.



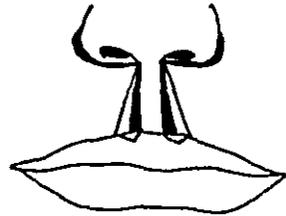
PREOPERATORIO



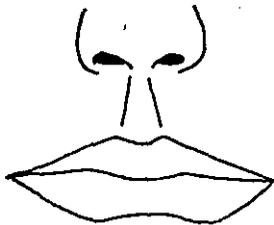
TRIANGULOS MARCADOS



COLGAJO DERMIS
ENRROLLADO



INCISION TIPO WEBSTER



POSTOPERATORIO

RESULTADOS

Se operaron 10 pacientes con edad que osciló entre 5 y 36 años de edad, promedio de 15.9 años.

Durante los primeros 10 días del postoperatorio ningún paciente presentó hematoma, seroma o datos de infección.

El seguimiento a largo plazo fué de 10 a 24 meses con un promedio de 19.2.

Se valoraron los resultados postoperatorios en:

- Satisfactorios en 5 pacientes.
- Regulares en 3 pacientes.
- Pobres en 2 pacientes.

Al interrogar a los pacientes si se encontraban satisfechos con los resultados de la cirugía, 8 respondieron que estaban contentos con el resultado y 2 pacientes no estaban conformes porque no habían notado cambio con su estado preoperatorio.

10 10 10 10 10 10 10 10 10 10

CONCLUSIONES

La reconstrucción secundaria de filtrum en pacientes con secuelas de fisura de labio se ha abordado poco, lo cual se demuestra con los escasos artículos publicados en la literatura hasta la fecha.

Debido a las características anatómicas del labio superior y a que es difícil dar relieves de aspecto natural a los tejidos blandos de esta región que tiene una gran movilidad.

Consideramos que las bases para la formación de un filtrum natural en un paciente con secuelas de labio fisurado son:

1.- Restaurar la continuidad normal de la capa profunda del músculo orbicular oral.

2.- Restaurar las inserciones dermicas contralaterales de la capa superficial del músculo orbicular oral.

3.- Cerrar el labio sin tensión y formar las columnas filtrales elásticas.

4.- Otorgar un buen apoyo esquelético y dento-alveolar al labio superior.

5.- Restaurar la continuidad de las fibras musculares verticales.

6.- Minimizar el tejido cicatrizal con una detallada técnica quirúrgica.

Con experiencia se pueden alcanzar los siguientes criterios: una buena disección muscular, adecuada miorrafia (si no había unión muscular previa) y colocar la cicatriz sobre los triángulos a nivel de las columnas filtrales. Obtendremos un filtrum de aspecto cercano al normal. De aquí que falta un largo camino por recorrer antes de formar un filtrum normal.

BIBLIOGRAFIA

- Abbé, R.: A new plastic operation for the relief of deformaty due to double harelip. Med. Rec. Ann., 53:477,1898.
- Briedis J.: The anatomy of the filtrum: observations made - on dissections in the normal lip. Br. J. Plast. Surg. 34:--128, 1980.
- Fara M.: Postoperative follow up of reconstructive procedures in the orbicularis oris muscle after surgery for complete cleft of the lip. Plast. Reconstruc. Surg. 40:13, 1967.
- Fernandez V. J.: A study of the development of the orbicularis oris muscle. Plast. Reconstruct. Surg. 55:205, 1975.
- Ivy R.: The filtrum of the upper lip. Plast. Reconstruct. - Surg. 40:94, 1967.
- Millard, D.R.: Rotation advancement inwide unilateral cleft ,lips. Plast. Reconsruct. Surg.: 43:535, 1968.
- Millard, D.R.: Closure of bilateral cleft lip and elonga---tion of columella by two operations in infancy. Plast. Re--construct. Surg. 37:324, 1971.
- Monie, I.W.: The development of the filtrum. Plast. Reconsruct. Surg.30:313, 1962.
- O'Connors, G.B.: Surgical formation of the Philtrum and the cutaneous Upsweep. Am. J. Surg. 95:227, 1958.

- Schid, E.: The use of auricular cartilage and composite - grafts in reconstruction of the philtrum. In Broadbent, - T.R. (Ed): Transactions Third International Congress Plas- tic Surgery Amsterdam. Excerpta medica. 1963.
- Smith, J.W.: Clinical experiences with the vermilion borde- red lip flap. Plast. Reconstruct. Surg. 27:527, 1961.
- Takuya, O.: Philtrumformation in the secondary cleft lip- repair. Plast. Reconstruct. Surg. 56:522, 1975.
- Takuya, O.: Secondary cleft lip repair. Plast. Reconstruct. Surg. 62:842, 1978.
- Joos U.: The importance of muscular reconstruction in the treatment of cleft lip and palate; Scand J. Reconst. Surg. 62:109-114, 1987.
- Takuya O. Akagawat T. Tokunaga S.: A new method to create philtrum in secondary cleft lip repairs. Plast. Reconst.- Surg. 62:842-847, 1978.
- Trier, W.: Evaluation and treatment planing for patients- with cleft lip and palate. Clin. Plast. Surg. 12:555-572- 1985.
- Tessier P., Tulasne JF.: Secondary repair of cleft lip de- formity: Clin Plast Surg: 11:747-760, 1984.
- Wilson L.: Correction of residual deformities of the lip- and nose in repair clefts of the primary palate (lip and- nose repair clefts of the primary palate (lip and alveo-- lus). Clin Plasta Surg. 12:719-733, 1985.