Antonio Martin Sánchez y H.

ODONTOLOGIA

Labio Leporino y su Tratamiento Quirúrgico

MEXICO, D. F., MAYO DE 1927.

Imprenta A. TORRES. Fco. Díaz Covarrubias 60

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD

Antonio Martín Sánchez y H.

Labio Leporino y su Tratamiento Quirúrgico

MEXICO, D. F., MAYO DE 1927.

Imprenta A. TORRES. Fco. Díaz Covarrubias 60

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD ODONTOLOGICA

Labio Leporino y su Tratamiento Quirúrgico

TESIS

Que para su Exámen Profesional de

Cirujano Dentista

presenta el Alumno

Antonio Martín Sánchez y H.

MEXICO, D. F. MAYO DE 1927

Para el C. Rector de la Universidad Nacional Sr. Lic. Lic. Alfonso Pruneda con mi sincero agradecimiento por su distinguida felicitación

Vasconcelos

México 10-VI-927

A MIS QUERIDOS PADRES:

El Sr. Dr. Dn. Francisco Martin Sánchez

y

La Sra. Dña. Aurora H. de Martin Sánchez

a cuyos nobles y desinteresados esfuerzos debo lo que soy

A mis Hermanos:

FRANCISCO, ENRIQUE,

AURORA y RICARDO

A MIS MAESTROS:

Sr. Dr. Francisco Bulman

Sr. Dr. Ernesto Ulrich

Sr. Dr. Angel Zimbrón Jr.

Srita. Dra. Clementina Levy

Con mi sincero Agradecimiento

A mis Maestros.

A mis Compañeros.

Honorable Jurado:

En cumplimiento del deber que el reglamento de la Escuela me impone, para obtener el honroso Título de Cirujano-Dentista, pongo a la muy docta consideración de ustedes el presente trabajo.

Espero no será la crítica austera la que lo juzgue; pues lo limitado de mis conocimientos, la pequeñez de mi experiencia y la natural desorientación de que es víctima el que acaba de abandonar las aulas, son factores bastantes para dudar del valor de esta prueba escrita.

Si tomando lo anterior en cuenta, mi desaliñado trabajo logra vuestra benigna aprobación, me habréis ayudado a realizar la suprema aspiración de mi vida.

CAPITULO I.

Embriologia.

Nociones Embriológicas. – Para tener una noción exacta de las diferentes variedades de Labio Leporino y de fisuras faciales las más raras que uno puede encontrar, es necesario recordar algunas nociones de embriología.

La cara está formada por un cierto número de yemas, que partiendo de la parte posterior de la extremidad cefálica del embrión, van hacia la parte anterior y media, circunscribiendo las cavidades: nasales, bucal y faríngea. Estas yemas son: una yema media frontal, que desciende verticalmente, dos yemas laterales, las yemas maxilares superiores y las dos yemas maxilares inferiores.

Las dos yemas maxilares inferiores se reúnen bien pronto sobre la línea media para formar la mandíbula inferior y el labio inferior.

Las yemas maxilares superiores se reúnen mas tardíamente, por intermedio de una porción de la yema frontal que viene, a colocarse entre ellas, la yema incisiva, para formar la mandíbula superior y el labio superior. La yema frontal desciende de arriba a abajo, y cada una de sus mitades se bifurca para circunscribir las fosetas olfativas.

La porción externa de la yema nasal externa; la porción interna, la yema nasal interna.

Las yemas nasales internas se fusionan y forman la yema incisiva; forman el tabique nasal, la parte media del labio superior y el hueso inter-maxilar.

La yema nasal externa se extiende menos y forma el ala de la nariz.

En fin, de la porción interna o mucosa de las dos yemas maxilares superiores, parten dos láminas horizontales que van a encontrarse una a la otra, hacia la línea media abajo del tabique medio de la naríz, y separan la cavidad nasal y de la cavidad bucal, constituyendo así la boveda palatina y velo del paladar.

Antes que todas las soldaduras de estas diferentes yemas se efectúen, existen al nivel de la cara numerosas fisuras que el esquema de Merkel (Fig. 1), pone en parte de manifiesto.

1º Una fisura que ocupa el labio superior, contorneando el ala de la nariz, y termina en el globo del ojo (A).

2º Una fisura en el labio superior y que penetra en la nariz; (B).

3º Una fisura partiendo de la comisura de la boca y que se dirige hacia la oreja; (C).

4º Una fisura separando el labio inferior y la mandíbula inferior sobre la línea media; (D).

5º Una fisura media separando en dos mitades iguales el labio superior y la nariz; (E).

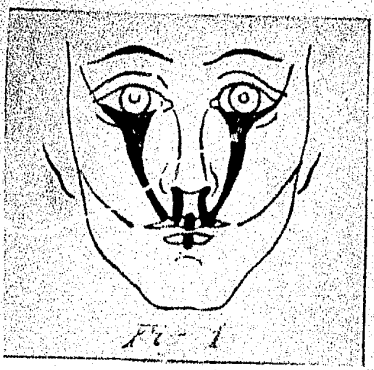


Fig. 1

Todas esas fisuras pueden persistir al nacimiento del embrión y dar lugar a las malformaciones, las unas frecuentes y descritas bajo el nombre de Labio Leporino, y las otras extremadamente raras y conocidas bajo el nombre de fisuras medianas, fisuras laterales completas, de macrostomía, etc., según el caso.

CAPITULO II.

Etiologia.

Las diversas figuras encuentran su explicación en una falta de desarrollo que interesa varios mamelones faciales y que se oponen a los fenómenos de coalescencia normal entre ellos.

¿Pero cuál es la causa primordial de esta falta de desarrollo? Muchas circunstancias; el misterio envuelve el "Primus movens" de estas anomalías; en ciertos casos sin embargo se puede dar una explicación, para lo cual invocaremos sucesivamente:

1º Las causas mecánicas (tumores, bridas amnióticas, compresiones);

2º Distrofias.

3º Influencias nerviosas.

4º Influencias hereditarias.

Causas mecánicas. Interposición de tumores.

En las fisuras medias los tumores pueden tener un papel patogénico importante oponiéndose a la aproximación y a la unión de los mamelones correspondientes; se ha visto un tumor de la base del cráneo interponiéndose entre las fosas nasales, las láminas palatinas, los mamelones nasales internos; un encefalocele que separaba las dos cavidades orbitarias, y que impedía la coalescencia de las dos fosas nasales; un meningocele que sobresalía a través de la hendidura palatina; y pequeños tumores acompañando la bífides de la lengua.

Los tumores pueden tener el mismo papel en las fisuras laterales. La lengua demasiado voluminosa podría ser un obstáculo para la unión de los huesos.

Bridas Amnióticas.

En las fisuras comisurales, en los colobomas faciales, en ciertas formas de fisuras oblícuas de la bóveda palatina, se ha observado en el lugar de las fisuras ciertos tractus fibrosos que se unen a las anomalías del amnios formando diversos tipos de bridas amnióticas.

En las fisuras labiales laterales se han observado también bridas amnióticas en relación con las líneas de fisura. Y también se han referido a una influencia del amnios, los labios leporinos coexistiendo con los encefaloceles, colobomas malformaciones de la oreja y de los miembros, anomalías que estaban en relación con bridas amnióticas.

El origen amniógeno del Labio Leporino ha sido amplificado y aplicado a los casos en que la fisura facial estaba manifiestamente exenta de toda relación por una brida del amnios. Algunos autores han combatido esta teoría amniógena, diciendo que se la podía admitir a condición de que se encuentren vestigios del amnios al nivel de la fisura o en su vecindad y siempre que la dirección de las bridas y la de las fisuras se correspondan.

Compresiones.— Se ha admitido la influencia perturbadora de la compresión del embrión por el útero o por exiguidad de la cavidad amniótica.

Según algunos autores el Labio Leporino sería debido a la rotura de una membrana tendida por delante de los maxilares; según otros, sería la consecuencia de la retracción del orbicular de los labios a consecuencia de contracciones uterinas.

2º Distrofias.

La falta de desarrollo puede tener influencias patológicas: inercia del progreso vegetativo, inflamación de los mamelones en vías de desarrollo, insuficiencia tiroidea, intoxicaciones o infecciones de los progenitores (tabaquismo, saturnismo, alcoholismo, paludismo, tuberculosis y sífilis). La influencia ha sido señalada por las experiencias de Hoennicke; la sífilis ha sido señalada por muchos autores; Fournier la ha demostrado claramente. La influencia de la sífilis no reviste modalidad especial; entra en juego por su acción distrófica.

3º Influencia del Sistema Nervioso.

Esta influencia ha sido tomada durante mucho tiempo como predominante; se trata sobre todo, de impresiones psíquicas o morales.

Como para las otras malformaciones existen en los casos de Labio Leporino hechos que parecen comprobarlo, pero surge en seguida una grave objeción que se les opone y es que lo más a menudo la influencia psíquica ha tenido lugar en una época del embarazo, en la que el embrión ya había construído su macizo facial, por la unión de los mamelones.

Pinard ha referido un hecho de los más comprobantes; una mujer al principio de su embarazo, visitó un museo y a la vista de los monstruos cayó desvanecida. Más tarde dió a luz un feto que presentaba múltiples malformaciones:

Labio Leporino bilateral, fisura palatina, pseudoencefalia, e imperforación de la faringe.

Apert, ha observado un individuo con Labio Leporino, cuya madre durante el embarazo, veía todos los días una mujer con labio Leporino; otras dos mujeres de la misma aldea habían estado bajo la misma influencia y dieron a luz cada una un niño con Labio Leporino.

4º Influencia Hereditaria.

Los niños con Labio Leporino, generalmente son hijos de padres bien conformados. Para explicar esto citaré un hecho de un autor francés.

Una mujer con Labio Leporino llegó a ser madre de once hijos, de los cuales ninguno presentaba este vicio de conformación. Pero una de sus hijas, habiendo tenido un aborto a los dos meses y medio, el pequeño embrión, parecía estar afectado, como su abuela de fisura facial.

Para la mayoría de los autores es un hecho indiscutible, la influencia de la herencia, en las malformaciones faciales.

La influencia materna parece más constante, que la paterna.

Los labios leporinos cicatrizados congénita u operatoriamente no escapan a esta regla. La tendencia a la formación de las fisuras persiste en una misma familia durante tres o cuatro generaciones.

CAPITULO III.

Definición y Variedad de Labio Leporino

Se dá el nombre de Labio Leporino a la malformación congénita constituida por la persistencia de una de las fisuras procedentemente descritas. Así es que se pueden considerar tantas variedades de Labio Leporino como fisuras existen, pero la frecuencia de estas diversas variedades hace que se describa solamente el Labio Leporino que resulta de la persistencia de la fisura comprendida entre la yema maxilar superior y nasal interna y que separa después la nasal interna de la externa. Cualesquiera que sea el sitio y cualquiera la figura embrionaria que corresponda al Labio Leporino, se dice que es de 1o. o 2o. grado cuando solo el labio está dividido y de 3er. grado o prolongado cuando la fisura anormal pasa los límites del labio extendiéndose a las partes cercanas.

El Labio Leporino se dice simple cuando las partes blandas son las únicas atacadas quedando el esqueleto intacto y se llama complicado cuando la fisura interesa los huesos de la cara.

Labio Leporino Ordinario del Labio Superior.

Ya que sea simple o complicado puede existir de un solo lado o ser bilateral, aislando entonces la porción media del labio, que proviene de las yemas nasales internas y aislando también el hueso intermaxilar cuando el esqueleto es atacado.

Labio Leporino Simple Unilateral.

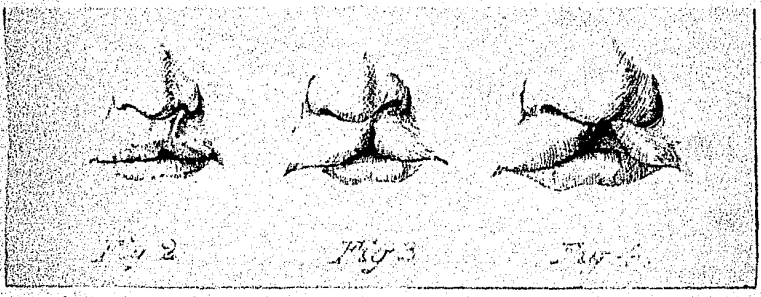
Situado generalmente a la izquierda de la línea media, conocemos tres grados de Labio Leporino simple unilateral. Se dice de primer grado cuando el labio presenta una pequeña depresión en su borde libre (fig. 2) de donde parte un cordón blanco brillante, de aspecto cicatricial que se dirige hacia la nariz. Es a esto a lo que se dá el nombre de alivio intra-uterino del Labio Leporino.

Es de segundo grado cuando el labio está dividido en toda su extensión por una ventana cuyos bordes están tapizados de mucosa, (fig. 3) no son paralelos, pues debido a la tonicidad del musculo orbicular de los labios, el borde externo es estirado hacia afuera y llega a ser oblicuo, alejándose del borde interno que queda vertical, quedando la ventana de forma triangular de base inferior: la separación de los bordes aumenta cuando el enfermo se ríe y disminuye cuando se enoja. Cada borde de la ventana está reunido a la encia subyacente por un repliege mucoso verdadero freno, que puede impedir la aproximación de estos bordes, tanto que es preciso destruirlo antes de suturar los labios. La ventana no alcanza la nariz, que en este caso queda normalmente conformada.

Es de tercer grado cuando la ventana labial, penetra hasta la nariz y está ensanchada y aplastada (fig. 4), la deformación es mucho más marcada que en

el caso precedente y el aplastamiento de la nariz requiere un tratamiento especial.

Excepcionalmente la fisura sube más arriba dirigiéndose hacia al ángulo interno del ojo; es lo que se llama Labio Leporino prolongado.



Algunas veces los dos bordes de la ventana labial tienen el mismo espesor o el borde externo está un poco atrofiado con respecto al otro. La disposición inversa (atrofia del borde interno) se observa raramente en el Labio Leporino unilateral. Cuando la fisura es completa, las dos mitades de la nariz son separadas una de la otra y reunidas a los bordes óseos subyacentes por una brida resistente de aspecto blanquecino, que se opone a todo desplasamiento. El cartílago lateral está deformado, aplastado, volteado hacia adentro; el ala de la nariz atraída hacia adentro y al mismo tiempo abatida.

Labio Leporino Simple Bilateral.

En sus dos ventanas pueden estar incluidas todas las particularidades descritas a propósito de la ventana del Labio Leporino Unilateral Simple, pero a veces de diferente grado. La simetría de las malformaciones no es regla absoluta; puede suceder que la ventana de un lado sea imcompleta, mientras que del lado opuesto interese el borde inferior de la nariz (fig. 5). En caso de que la deformidad sea simétrica las dos ventanas (fig. 6) circunscriben con el subta

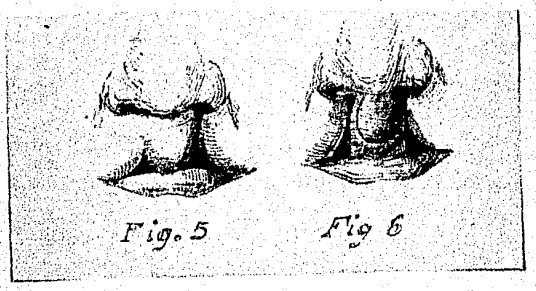


Fig. 5 Fig 6

bique nasal un lobulo labial mediano, a veces de altura normal o bien un poco corto, que no alcanza a cubrir los incisivos; limitado de mucosa en todo su con-

torno, reunido al borde ósco de la naríz, por una firme adherencia. De una manera general el Labio Leporino Bilateral es muy raro que no vaya acompañado de malformación ósea.

Labio Leporino Complicado.

La malformación de las partes blandas es la misma que en los casos anteriores; lo que diferencia a esta variedad, es la existencia de una fisura huesosa más o menos extensa. Esta fisura difiere según sea uni o bilateral.

Cuando se examina la boca en un feto recién nacido, se puede uno dar cuenta exacta de la presencia del hueso intermaxilar o incisivo que se desarrolla aisladamente. Por lo que puede uno darse cuenta por que en algunos casos, cuando el Labio Leporino es bilateral y complicado puede esta porción de maxilar quedar completamente aislada del reborde alveolar y sostenida por el mismo tabique que limita una fosa de otra.

Conocemos cuatro grades de Labio Leporino Complicado.

En el primer grado, se ve una hendidura apenas marcada sobre el arco alveolar. La mucosa pasa regularmente de un lado al otro por delante y por detrás; bajo la bandeleta mucosa, la substancia ósea falta y existe una débil desigualdad entre los dos bordes de la pequeña hendidura ósea.

En el segundo grado solamente el reborde alveolar es el que está dividido; un puente mucoso desprovisto de substancia huesosa separa bastante cerca del agujero palatino anterior los dos bordes óseos disimulados por el revestimiento periostéo-mucoso. El hueso intermaxilar hace adelante del maxilar superior una saliente más o menos marcada y se tuerce sobre si mismo, de tal suerte que el borde interno de la canaladura (borde del inter-maxilar) se levanta hacia arriba y afuera. Los dientes cuando existen, sufren desplasamientos correspondientes a la torción del inter-maxilar sobre su eje antero-posterior. Sufren igualmente irregularidades independientemente en sus alveolos; de allí proviene a menudo que den vuelta sobre si mismos o se desvien tomando las posiciones más irregulares.

Su eje se dirige horizontalmente del lado de la fisura, o adelante, a veces arriba; se colocan también unos adelante de los otros, frecuentemente hay supernumerarios; entonces el hueso inter-maxilar lleva dos incisivos y algunas veces se encuentra un tercero en el maxilar superior junto al canino.

En el tercer grado la fisura es más extensa, interesa el reborde alveolar y la parte anterior de la bóveda palatina. Esta porción de la fisura tiene una dirección oblicua de atrás a adelante, hacia el agujero palatino anterior, en donde termina.

El cuarto grado consiste en la combinación de la fisura alveolo-palatina con una fisura velo-palatina completa que es la prolongación.

Cuando el Labio Leporino es complicado y bilateral, sucede algunas veces que las partes blandas faltan en parte. La porción del labio que deberá proporcionar los colgajos para la restauración son irregulares, atrofiados y recojidos. Esta deformación puede observarse también en el Labio Leporino Unilateral.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la fisura ósea en el Labio Leporino Complicado, pasa entre el hueso maxilar superior y el intermaxilar.

Labios Leporinos Raros.

Como Labio Laporino raro se cuenta el mediano del labio superior debido a la persistencia de la fisura intermediaria a las dos yemas nasales internas, acompañado algunas veces de ausencia de huesos de la nariz.

Coloboma facial se llama, a la persistencia de la fisura intermediaria a las yemas maxilar superior y nasal externa. La ventana divide al labio en toda su extensión, sube por el surco naro-geniano, fuera del ala de la nariz y termina en el parpado inferior (algunas veces se prolonga más allá de la órbita).

Cuando el Coloboma Facial es complicado, deja hacia afuera de la ventana, el hueso maxilar superior y hacia adentro al inter-maxilar, al vómer, huesos propios de la nariz y el etmoides.

Cuando persiste la fisura intermediaria a las yemas maxilar superior e inferior, se forma el Labio Leporino llamado Macrostomía. Esta deformación generalmente es bilateral.

El Labio Leporino inferior y mediano es muy raro y puede como los demás ser simple o complicado.

CAPITULO IV.

Consecuencia de las deformaciones

Las deformaciones precedentemente descritas traen consigo consecuencias de órden patológico y de órden fisiológico.

Influencia sobre el estado general.

Los niños que nacen con alguna de las deformaciones ya descritas son atacados generalmente de debilidad. Llevan esta tara desde que vienen al mundo y no se libran de ella sino poco a poco, a medida que su constitución se fortalece; o bien no se libran de ella y sucumben en gran número durante los dos o tres primeros años de su vida. (Que se le tenga en cuenta y que no se le pierda de vista).

Los que nacen con Labio Leporino complicado de deformación huesosa de diversos grados, son portadores de debilidad congénita, con la cual es necesario contar, cuando se trata de la oportunidad de la operación. Esta debilidad constitucional es aumentada por las dificultades de la lactancia.

Dicha debilidad congénita se traduce por una insuficiencia de peso del feto a su nacimiento, por su desarrollo tardío, por la tendencia a la diarrea; por falta de digestión, por la frecuencia de bronquitis y congestiones pulmonares debidas a la amplia abertura de las fosas nasales permitiendo la llegada directa del aire frío a los bronquios, cargado de polvo y gérmenes por no haber sufrido la función fisiológica de las fosas nasales y aumentando también la flora microbiana de las cavidades nasal y bucal por la abertura ya mencionada; más fáciles en un individuo dotado de menor resistencia orgánica. Todo esto es conocido desde hace mucho tiempo.

Desordenes fisiologicos locales.

Los desordenes fisiológicos se reducen a los defectos de los aparatos de la deglución, de la respiración y de la fonación. El Labio Leporino Unilateral Simple no impide siempre la succión; el niño llega frecuentemente a aproximar los dos bordes de la fisura y a aplicarlos fuertemente contra el maxilar.

Las dificultades comienzan con el Labio Leporino Bilateral Simple y aumentan más con la fisura huesosa; pero sobre todo la succión, pues la deglución es posible cuando los líquidos son depositados hasta la faringe. Refluye una parte en las fosas nasales durante la deglución voluntaria, lo mismo cuando la pérdida de substancia se reduce a una pequeña fisura posterior. En las perforaciones accidentales del paladar óseo y velo del paladar sucede lo mismo. Los alimentos sólidos pasan más fácilmente el itsmo de la garganta.

La comunicación de las fosas nasales, con la boca, la amplia abertura de la ventana de la naríz y la interrupción del orbicular de los labios modifican

las condiciones de la respiración, dejando entrar en gran cantidad en la faringe, el aire frío; desecando las mucosas nasal, bucal y faríngea provocando una coriza crónica de lo que resulta una disminución de agudeza del olfato y del gusto. Algunos individuos a consecuencia de un catarro en la Trompa de Eustaquio tienen pertubaciones del oído.

Los desordenes de la fonación son una consecuencia inevitable de las deformaciones alveolo-palatinas y velo palatinas. Toda comunicación por pequeña que sea, entre las fosas nasales y la boca, las determina fatalmente. Algunas veces se reduce a un simple silvido, ocasionado por el paso del aire, através de una pequeña solución de continuidad; pero generalmente, son más notables y toman el carácter de una gangosidad o voz nasal más o menos acentuada, combinado constantemente con los defectos de articulación de ciertos sonidos. Estos desórdenes son muy complejos, pues la fonación se haya profundamente modificada por desórdenes en la bóveda y velo palatinos. No se puede uno dar cuenta, si no conoce las condiciones de formación del sonido y emisión de la voz hablada o cantada.

Podemos dejar a un lado, lo concerniente a los músculos respiradores y de la laringe, para no ocuparnos sino de lo relativo a la articulación de los sonidos

Las ondas sonoras después de ser emitidas por la laringe, son proyectadas hacia afuera por intermedio del tubo vocal formado por la faringe, la retrocavidad de las fosas nasales, la boca y las fosas nasales. El velo del paladar se levanta más o menos y una cantidad de sonido emitido, va por la boca o las fosas nasales según se trate de pronunciar tal o cual sílaba.

La oclusión de la boca es necesaria, atrás en el velo del paladar y adelante en la bóveda palatina para interceptar el paso del aire a las fosas nasales; por eso la pronunciación es defectuosa en los individuos que tienen malformaciones del paladar. Además la pronunciación de las consonantes pone en juego todas las partes contráctiles de la cavidad bucal: lengua, carrillos y labios. En el lenguaje normal estos órganos ejercen su acción sobre una determinada cantidad de aire, que la elevación del velo del paladar ha obligado a introducirse en la boca. Las perforaciones y divisiones de la bóveda y velo del paladar descomponen la emisión de ciertos sonidos, permitiendo el paso de una cierta cantidad de aire, destinada a la boca, hacia las fosas nasales. De ahí la voz nasal (gangosa) propia de los individuos que llevan estas deformaciones.

Es de suponerse que ciertos defectos de las fosas nasales, en relación con la falta de desarrollo que ha causado la fisura, no son extraños a esta particularidad. Los cornetes y los meatos, no tienen ni la forma ni las dimenciones normales. La caja de resonancia estando modificada, los sonidos que ahí se emiten deben estarlo también y es posible que en los cambios de conformación de las fosas nasales, reside en parte la causa de la voz nasal, y la dificultad que uno tiene para corregirla. Este hecho debe aplicarse especialmente a individuos que tienen voz nasal, sin tener una deformación aparente del paladar. Se ha visto que un exámen atento, puede enseñar una cicatriz de la bóveda o del velo, o simplemente una falta de substancia huesosa en ciertos puntos del paladar.

Cuando el niño empieza a hablar, las perturbaciones de la fonación llegan a ser tales, que la voz se hace ininteligible y en casos de lesión ligera no deja de ser difícil la pronunciación de determinadas letras, tales como: M–N–P–P–T etc.

CAPITULO V.

Tratamiento

En este capítulo sólo me referiré al tratamiento de las partes blandas. Incluiré el tramiento del reborde alveolar y del hueso intermaxilar, porque en algunos casos es necesaria esta intervención al mismo tiempo que la de las partes blandas.

La mayoría de las deformaciones congénitas son tratables por la cirugía. Antes de describir la técnica operatoria por la que se pueden corregir; hay que tratar dos asuntos de suma importancia: 1º ¿Existen ejemplos auténticos de curación expontánea? y 2º ¿Cuál es la edad favorable para operar?

1º Curaciones Expontaneas.

Algunos niños nacen con un especie de cicatriz, en el mismo lugar en que se encuentran los labios leporinos y las divisiones del paladar. En el labio se ve una pequeña depresión en el borde mucoso de donde parte una línea cicatricial, que corre de abajo arriba hacia el borde inferior de la ventana de la nariz, algunos milímetros a un lado de la línea media. A lo largo de esta línea, el labio es más delgado y a veces aun translucido. La ventana de la nariz es generalmente más estrecha y el ala de la nariz más corta. Verneuil ha observado sobre un mismo feto una cicatriz en el labio superior, al mismo tiempo que una división del labio inferior. Particularidades del mismo genéro han sido encontradas al nivel de todas las fisuras embrionarias.

Se han encontrado líneas de cicatrisación sobre el arco alveolar y el paladar huesoso coexistiendo con una división del velo y una cicatriz labial.

2º Edad oportuna para la intervencion.

Desgraciadamente en la mayoría de las estadísticas publicadas, las conclusiones han sido tomadas de casos muy diferentes unos de otros. El problema es muy complejo como se comprende fácilmente.

Para determinar la época oportuna en que se debe de operar, debemos de tomar en cuenta no sólo la edad sino también el estado general del individuo y la extensión de la lesión que vamos a tratar.

El Labio Leporino simple y unilateral, puede operarse desde las primeras semanas que siguen al nacimiento, siempre y cuando las condiciones del enfermo lo permitan.

El Labio Leporino simple y bilateral, siendo la intervención más compleja, no deberá operarse sino después del quinto o sexto mes. El Labio Leporino complicado, es bueno operarlo precozmente, es decir hacia el quinto o sexto mes, la restauración del labio tiene a menudo una acción benéfica sobre la fisura palatina. Esta se estrecha y la saliente de la mitad interna del maxilar disminuye.

En el Labio Leporino complicado bilateral, cuando el hueso intermaxilar no hace saliente la restauración se podrá intentar en la segunda mitad del primer año. Al contrario si el hueso intermaxilar hace saliente es bueno esperar hasta los quince meses.

Tratamiento.

Labio Leporino Unilateral.—El avivamiento simple de los dos bordes de la fisura y su reunión por la sutura ayudan a la formación de un labio cuyo borde está provisto de una escotadura de mal aspecto. Los esfuerzos del cirujano son tendientes a evitar esa escotadura. Para conseguirlo hay que usar procedimientos especiales que mas adelante describiré.

Un segundo escollo en la restauración de Labio Leporino se presenta en la corrección del aplastamiento de la nariz, defecto difícil de corregir por los procedimientos ordinarios: pero siguiendo un método apropiado se puede conseguir.

Cuidados Pre operatorios.

Unos días antes de la operación sometemos a los enfermos a un tratamiento, que tenga por objeto conseguir hasta donde sea posible la asepcia de las cavidades bucal, nasal, y faríngea.

La boca es muy difícil de poner en estado de asepcia completa. Los medios de que nos valemos para conseguirlo aunque sea de una manera parcial son: unos mecánicos y otros químicos. Difiere según se trate de individuos con piezas dentarias o sin ellas. Cuando se trate de un individuo con piezas dentarias, lo primero que tenemos que hacer, es extraer los raigones, obturar las piezas cariadas y hacer una limpieza mecánica de ellas en su totalidad. Se le recomienda que haga uso frecuente del cepillo y de pastas dentríficas. Además se le manda que haga buches y gargarismos durante varios días y varias veces al día, con una solución antiséptica.

Se le recomienda que se haga lavados de su nariz.

Un día antes de la operación se le dá un ligero purgante y que el día de ella no tome alimento.

Preparación del Enfermo.

Antes de colocar al enfermo en la mesa de operaciones se le debe de hacer un lavado con alguna solución antiséptica, de sus cavidads nasal y bucal. Después lo colocamos en la mesa de operaciones en la posición de decúbito-dorsal, con la cabeza un poco más bajo que el resto del cuerpo.

Se puede usar anestesia general o local según que se trate de un niño o de un adulto. Cuando usamos anestesia general debemos dar cloroformo porque el éter produce muchas mucosidades.

Algunos cirujanos acostumbran colocar a cada lado de la fisura, a unos dos o tres centímetros, una pinza hemostática cuyas ramas están revestidas de caucho.

La región por operar la desinfectamos con tintura de yodo, quitando el exceso con alcohol, para evitar su acción cáustica.

Operación.

1er. Tiempo.—Liberación del labio.

Levantados sucesivamente los dos bordes de la fisura, se cortan los frenos mucosos que unen la cara interna del labio con la arcada alveolar. Se puede ejecutar por medio del bisturi, tijeras termo o galvano-cauterio que tienen es-

tos últimos la ventaja de no producir hemorragia; pero tienen el inconveniente de mortificar gran cantidad de tejido, por lo que es preferible usar el bisturí.

Dichas desbridaciones deben hacerse sobre el hueso, tan amplias como sean necesarias, hasta que las dos mitades del labio dividido se puedan afrontar fácilmente. Algunas veces es necesario separar la cara profunda del ala de la nariz, no solamente del apófisis ascendente sino también de los huesos propios de la nariz. Esto es muy necesario cuando la arcada alveolar no obstante estando intacta hace un saliente anormal; o aún cuando estando dividida, está generalmente muy prominente.

2º Tiempo.— Tallado de los bordes.

Para esto se usan varios procedimientos que se deben de utilizar según cada caso en particular.

Procedimiento de Clemont Malgaigne.

Sobre uno de los bordes de la fisura facial, en el límite exacto de la piel y la mucosa, se introduce por transfixión de adelante atrás (fig. 7) un pequeño

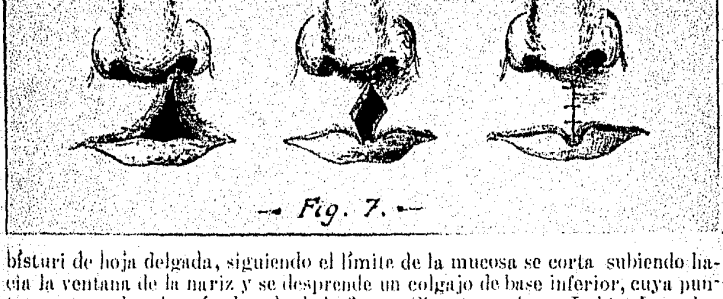


Fig. 7.

bisturí de hoja delgada, siguiendo el límite de la mucosa se corta subiendo hacia la ventana de la nariz y se desprende un colgajo de base inferior, cuya punta corresponde a la más elevada de la fisura. Si se trata de un Labio Leporino prolongado, la punta del colgajo debe llegar hasta el borde correspondiente de la ventana de la nariz.

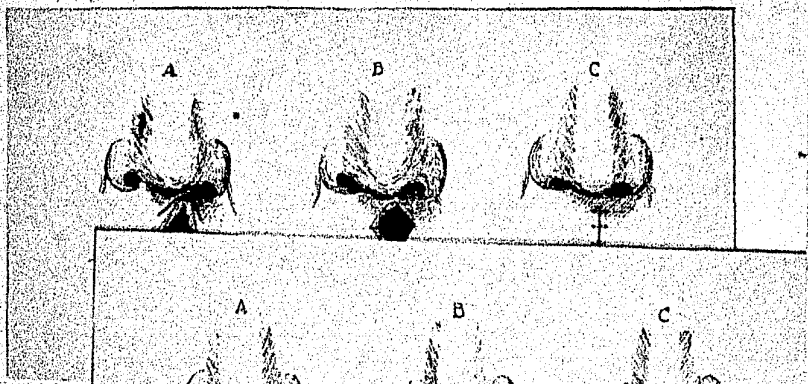
Se repite la misma maniobra sobre el borde opuesto de la fisura y se perfecciona el avivamiento en el ángulo superior, quitando con el bisturí lo que quede del borde primitivo.

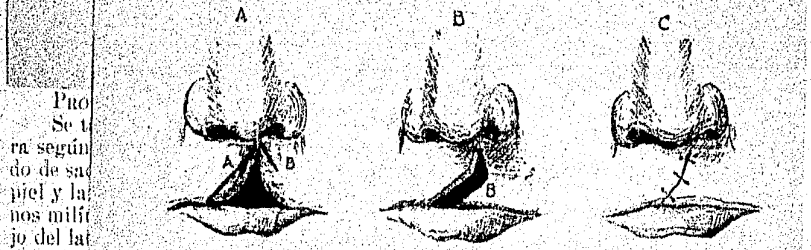
Una vez que se hayan desprendido los dos colgajos, se volteau hacia abajo de manera que se correspondan por su cara cruenta y formen el borde libre del labio, con una pequeña saliente. Si ésta saliente es muy grande se le pueden quitar algunos milímetros; pero es necesario contar con la retracción cicatricial que se efectúa tiempo despues de la operación; por lo tanto hay que tener cuidado de no cortar demasiado. Un tubérculo un poco largo deja de serlo al cabo de algunas semanas.

Modificacion de A. Nelaton.

En lugar de desprender la punta del colgaje de la parte superior de la fisura, se circunscribe el vértice en una V, de manera que los colgajos se continúen

por este punto. Tiene la ventaja que el tubérculo sublabial no puede desunirse, (fig. 8.)

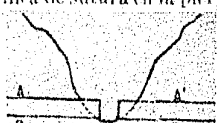




— Fig. 9 —

Pun
Se t
ra según
do de sa
piel y la
nos milí
jo del lat

3er.
Las
superficie
sutura de puntos separados es la mejor. Aplicando una hilera de sutura en la piel prolongándola hasta la mucosa.



— Fig. 10 —

Se introduce la aguja de la superficie hacia la profundidad del colgaje situado a la derecha del operador, a tres o cuatro milímetros de su borde y se le hace caminar oblicuamente hacia el límite de la mucosa bucal. Se pica de nuevo en el punto correspondiente del otro colgajo y se hace salir la aguja a través de la superficie cutánea, en un punto que corresponda exactamente a la transfixión del otro borde (fig. 10).

El número de puntos de sutura varía según la extensión por afrontar, deben de ser apretados lo suficiente para que los bordes queden en contacto.

No es indiferente usar cualquier clase de hilo. Se usa hilo de seda o crin de Florencia que son los mejor tolerados.

Los puntos de sutura se quitan al cabo de cuatro o seis días según vayan cicatrizando. En general en los niños se quitan antes que en los adultos porque la actividad de los tejidos es mayor.

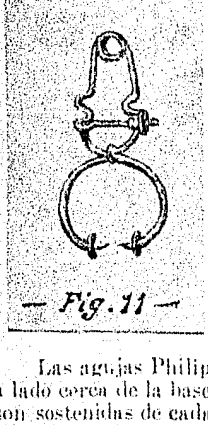
4o. Tiempo.—Inmovilisacion del labio.

Este tiempo es de suma importancia pues la mayoría de los fracasos se deben a la desunión de las superficies puestas en contacto, porque es una re-

gión que está sujeta a movimientos continuos, tanto voluntarios como involuntarios.

Hay varios procedimientos para conseguir este objeto.

Guersant ideó una serra fina de puntos que fijaba lateralmente en las ventanas de la naríz (fig. 11).



— Fig. 11 —

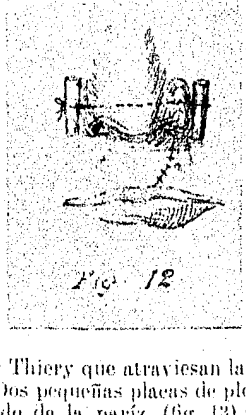
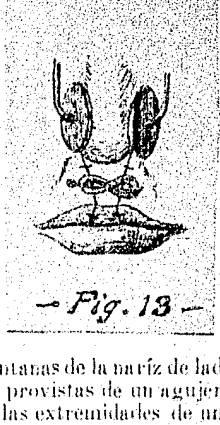


Fig. 12



— Fig. 13 —

Las agujas Philips y Thiery que atraviesan las ventanas de la naríz de lado a lado cerca de la base. Dos pequeñas placas de plomo provistas de un agujero son sostenidas de cada lado de la naríz, (fig. 13) por las extremidades de una aguja cortada con cisalla y encorvada hacia adelante. Lister, Trelat y otros cirujanos han reemplazado la aguja por un hilo grueso de plata.

Otros cirujanos usan bendoletes de tela adhesiva.

En la Facultad Nacional Odontológica se usa el procedimiento de mi padre el Sr. Dr. D. Francisco Martín Sánchez que consiste en lo siguiente: (fig. 12) se pone un punto de sostén con un hilo de seda doble, que se pasa con una aguja recta y redonda, del surco nasogeniano de un lado al otro, pasando por el tabique, fijando sus extremidades sobre un rollo pequeño de gasa. Se aprieta a voluntad pues las dos extremidades llevan un nudo que se puede desamarrar fácilmente.

Este punto es el último que se quita, cuando la cicatrización es perfecta y resistente. La cicatríz que deja este punto de sutura es imperseptible porque queda situado en uno de los surcos naturales de la cara.

Este procedimiento aunque muy sencillo, desde hace muchos años es usado en la Escuela con muy buenos resultados pues es muy bien tolerado por los enfermos; mientras que los aparatos metálicos tienen el inconveniente de que molestan mucho y obligan a quitarlos antes de que la cicatrización sea perfecta.

Los bendoletes de tela adhesiva no molestan al enfermo pero fácilmente se desprenden y los labios quedan sujetos a sus movimientos naturales.

5o Tiempo.—Curacion.

Se colocan dos pequeños tapones de gasa en las ventanas de la naríz que tienen por objeto impedir el escurrimiento de mucosidades sobre la herida.

Se cubre la herida con un apósito de gasa aseptica simplé. Esta curación se cambia cada vez que sea necesario.

Cuidados consecutivos.

Para evitar que el niño lleve sus manos hacia la herida y se quite la curación es necesario inmovilisárselas.

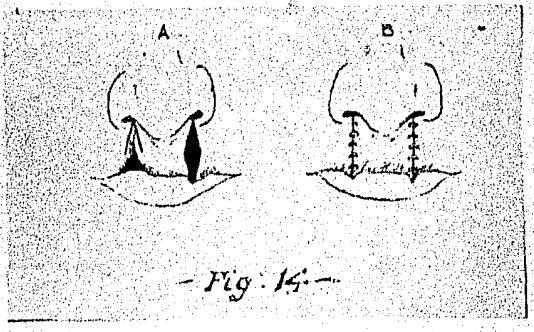
Durante los primeros días, la alimentación se hará por medio de cuchara. Para los niños que se alimentan con el pecho, la succión se les puede permitir, sin peligro para las suturas al cabo de cinco días.

Se le recomendará a la madre que cada vez que tome alimento el niño le limpie la boca con agua estéril.

Labio Leporino bilateral.—El modo de restauración depende del estado del lóbulo mediano.

El lóbulo mediano está bien desarrollado.

Se talla sobre cada borde de cada una de las fisuras, un pequeño colgajo según el procedimiento de Clemot y se le reune al colgajo opuesto de la misma fisura por puntos de sutura (fig. 14).

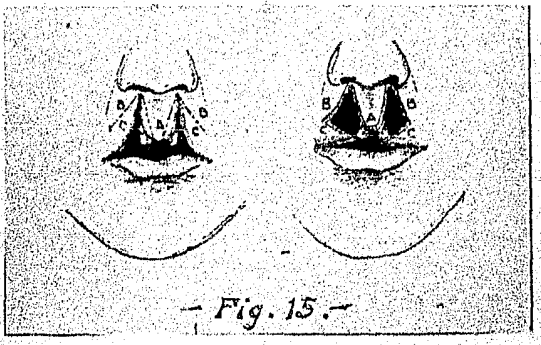


— Fig. 14. —

El lóbulo mediano es más pequeño que el resto del labio.

En este caso recurrimos al procedimiento de Mirault.

Después de haber avivado todo el contorno del lóbulo, quitándole sus bordes mucosos, se talla a expensas de los bordes externos de las fisuras, dos colgajos de base inferior que una vez invertidos se reunen abajo del lóbulo. Ellos ocupan el espacio debido a la falta de altura de éste. Los puntos de sutura toman entonces la forma de una Y de rama vertical muy corta y ramas oblicuas largas (fig. 15).



— Fig. 15. —

El lóbulo mediano está atrofiado o no existe.

Se trata generalmente de casos muy complexos con separaciones muy grandes.

Es necesario casi siempre hacer verdaderas autoplastías, con la ayuda de grandes colgajos, tomados de los carrillos; estos colgajos una vez movilizados, se reunen en la línea media abajo de la naríz. Se procederá a invertir el ángulo inferior de su base para reproducir el tubérculo medio del labio.

Procedimiento de Sedillot (fig. 16).

El lóbulo mediano (A) tallado en V alargada, servirá para formar el tabique subnasal y para restituir el labio.

Una insición oblicua es hecha hacia afuera de cada lado del lóbulo y prolongados dos o tres centímetros. El labio es avivado por una insición acodada (B, B) correspondiendo la porción vertical al borde de su fisura y la porción oblicua al ángulo obtuso inferior. Al colgajo triangular cortado del carrillo se le quitan sus aderancias al hueso maxilar, tanto como sea necesario para permitir el abatimiento; su costado superior deslisado bajo el borde de avivamiento en V del lóbulo mediano, su vértice truncado se reunirá al del otro lado; los dos pequeños colgajos del ángulo obtuso, son invertidos y coaptados.

Fig. 16

Como regla general el lóbulo mediano por rudimentario que sea no debe ser sacrificado. Debe ser disecado y avivado para que sirva en parte o en su totalidad a reconstruír el sub-tabique. Los colgajos se reunirán abajo de él.

Reparacion de la ventana de la nariz.

En el labio leporino uni o bi lateral cuando se prolonga hasta la ventana de la naríz, ésta presenta una uniformación difícil de corregir. El ala de la naríz se inserta sobre el carrillo, hacia afuera del punto a donde debería estar normalmente fijada; está aplastada y extendida sobre el orificio de la naríz. Una amplia liberación de la cara posterior del labio, puede mucho para levantar y desprender la ventana de la naríz, pero generalmente esto no es suficiente.

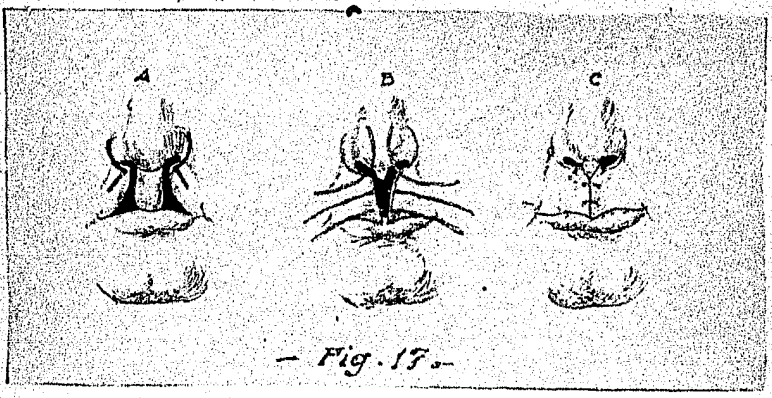
Procedimiento de Berger.

Por una insición en el contorno del ala de la naríz, se desprende completamente ésta de la mejilla y del labio correspondiente (Fig. 17).

La punta del colgajo formado por el ala así desprendida se une al sub-tabique previamente avivado. La ventana de la naríz presenta por lo mismo un

contorno circular; ella forma un canal verdadero y no solamente una hendidura o un agujero.

La insición que ha liberado la naríz permite utilizar las partes blandas del carrillo para reconstruír la parte superior del labio, que de esta manera lo hacemos más alto y más resistente.



— Fig. 17. —

Tratamiento del reborde alveolar.

La fisura del reborde alveolar no exige por sí sola una operación especial y cuando el inter-maxilar no tiene relieve o es poco marcado sobre el resto del reborde alveolar, bastará con suturar la fisura de las partes blandas sin ocuparse de su fisura ósea, la cual con mayor frecuencia se cerrará por sí sola.

Pero de ordinario el inter-maxilar tiene un relieve muy aparente que dificultaría la reconstitución del labio y el cual hay que nivelar. La técnica que debe emplearse con éste fin difiere según se trate de una fisura uni-lateral del reborde alveolar o de una fisura bilateral, con tubérculo medio prendido al subtabique y siempre haciendo prominencia hacia adelante.

Labio Leporino complicado unilateral.

Es preciso movilizar mediante una noble osteotomía el inter-maxilar saliente y rechazarlo hacia la fisura alveolar donde se le fija con una sutura.

Las adherencias del labio al esqueleto se desprenden desde un principio y se avivan los bordes de su fisura ósea. Antes de practicar la osteotomía conviene perforar el inter-maxilar para pasar los hilos de plata que han de fijarse a las partes óseas vecinas.

Insición vertical en la cara anterior del borde alveolar entre el canino y el último incisivo del lado sano; en éste punto se aplica un escoplo estrecho que se dirije oblicuamente hacia adelante y adentro: así se desprende el inter-maxilar siguiendo un trazo que termina en la hendidura palatina a 1 o 2 cm. por detrás del arco dentario. Con el escoplo aplicado por segunda vez exactamente por encima de la cara superior del borde alveolar se secciona la espina nasal anterior y el vómer acabando de movilizar el inter-maxilar.

El fragmento se empuja en seguida hacia atrás en la fisura y se fija por medio de dos suturas metálicas.

Labio Leporino complicado bilateral.

Muchos cirujanos, suprimen pura y simplemente el lóbulo medio que resecan; pero el labio reconstituído queda entonces sin sostén.

La operación lógica consiste en hacer la osteotomía del pedículo del lóbulo para hacer posible su rechazamiento, fijando por medio de una sutura el lóbulo rechazado.

En el borde inferior del tabique a nivel del pedículo se inside longitudinalmente la mucosa y el periostio; se desprenden con la legra las dos caras del tabique; después con unas tijeras fuertes se secciona verticalmente el pedículo.

Se intenta entonces rechazar el lóbulo en la hendidura inter-maxilar; si es demasiado voluminoso se quita en cada una de sus caras la cantidad de hueso necesaria para que ésta reducción llegue a ser posible. Es preferible fijar el lóbulo en ésta posición por medio de uno o dos hilos metálicos; ésta precaución es indispensable cuando el lóbulo es más pequeño que la hendidura inter-maxilar.

CAPITULO VI.

Historias Clínicas

HISTORIA CLINICA NUM. 1

J.....U.....de diecisiete años de edad y originario de Querétaro, se presentó en la Escuela el 11 de julio de 1926.

Presentaba Labio Leporino unilateral izquierdo de tercer grado, complicado de fisura ósea de segundo grado, con torción del hueso incisivo.

Operado el día 14 de julio del mismo año, usando el procedimiento de Mirault para el tallado de los bordes de la fisura y el procedimiente de inmobilización de los labios del Dr. Francisco Martín Sánchez. Cicatrización por primera intención.

Dado de alta por curación el 2 de agosto del mismo año.

HISTORIA CLINICA NUM. 2

A..... S.....de trece años de edad y originario de México, se presentó en la Escuela el 13 de octubre de 1925.

Presentaba Labio Leporino derecho de tercer grado, complicado de fisura ósea de segundo grado, con torción de hueso incisivo.

Operado el día 17 de octubre de 1925, usando el procedimiento de Mirault para el tallado de los bordes de la fisura y el procedimiento de inmobilización de los labios, del Dr. Francisco Martín Sánchez. Cicatrización por primera intención. Dado de alta por curación a los quince días.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO