

11211

23

2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de
Posgrado



CIUDAD DE MEXICO
Servicios **DDF**
Médicos

Dirección General de Servicios Médicos del Departamento
del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
Departamento de Posgrado

Curso Universitario de Especialización en:
Cirugía Plástica y Reconstructiva

ELONGACION DE COLUMNELA CORTA, CON
EXPANSION RAPIDA E INJERTO DE
CARTILAGO AURICULAR.

Trabajo de Investigación Clínica

p r e s e n t a :

Dr. Ricardo Maldonado Ruelas

Para obtener el Grado de Especialista en
Cirugía Plástica y Reconstructiva

Directores de Tesis: Dr. José Maya Behar
Dr. Jorge González Rentería

1 9 9 1

FALLA DE ORIGEN



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

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	4
HIPOTESIS.....	8
OBJETIVOS.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	24
CONCLUSIONES.....	26
RESUMEN.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	31

INTRODUCCION

El labio y el paladar hendido sigue siendo un tema que siempre está presente en congresos nacional e internacionales, por su alta frecuencia con que se presenta y las grandes repercusiones que ocasionan en nuestra sociedad.

Debido a la alta incidencia de las secuelas estético funcionales de el labio y el paladar hendido, es frecuente que este tipo de pacientes, que sufren esta malformación congénita, presenten alteraciones psicosociales ocasionando trastornos en su ambiente familiar, debido a la patología de su problema congénito y a las múltiples cirugías, donde el cirujano plástico trata de ofrecerle el mejor resultado cada día, para que el individuo se integre a la sociedad siendo una persona productiva.

Son múltiples los factores que hacen que la nariz, en el paciente con labio y paladar hendido, uno de los aspectos de más difícil dominio y su tratamiento constituye un reto para el cirujano plástico.

En los pacientes con labio y paladar hendido unilateral y bilateral presentan alteraciones en la formación de la estructura nasal, -- siendo una hipoplasia segmentaria anterior, resultando de esto un septum

caudal corto e hipoplásico, espina nasal hipoplásica y en ocasiones no-existe atrofia de cartílagos alares y luxación de los mismos y también- los tejidos blandos nasales hipodesarrollados. Ocasionando que la nariz presente una columela corta o falta de la misma, obteniendo un común denominador en la nariz de estos pacientes, base nasal ancha falta- de formación de piso nasal, columela corta o ausente, falta de proyec- ción y soporte de punta nasal, sobre todo cuando se trata de pacientes- con labio hendido bilateral, sin embargo, tratándose de una hendidura - labial unilateral, la deformación de la estructura nasal es solamente - del lado afectado ocasionando una asimetría muy importante de la estruc- tura nasal.

Las alteraciones estructurales de esta malformación congénita ocasionan problemas tanto estéticos como funcionales, como la desvia- ción del septum nasal, hipertrofia de cornetes, estenosis valvular, que ocasionan problemas inflamatorios crónicos de las vías aéreas superio- res, y cuando se acompaña de paladar hendido presentan frecuentemente - incompetencia velofaríngea, que se manifiesta con una hipernasalidad, - que ocasiona trastornos en el lenguaje.

Se realizará un estudio clínico experimental, que consiste en la elongación de la columela corta en pacientes con labio y paladar -- hendido unilateral y bilateral, además de la colocación de injerto de - cartílago auricular, para el sostén de la columela y proyección de pun- ta nasal.

La elongación de la columela se llevará a cabo por medio de la expansión rápida o también llamada expansión intraoperatoria, con sonda de foley del número diez, la cual se llena con solución fisiológica para expandir la piel de la región anterior de la nariz, en este caso la columela y la punta nasal; posterior a la expansión se toma cartílago de la concha auricular, enrollándolo en sí mismo para formar un poste, el cual se realiza un corte en la parte superior en sentido longitudinal, aplicando a sus lados laterales el cartílago, formando una especie de paraguas dando éste un sostén y proyección a la punta y columela nasal.

Con esta nueva técnica, omitiremos así los múltiples colgajos e incisiones de avance, que dejan cicatrices y riesgo de sufrimiento de los colgajos, además de la poca naturalidad de la estructura nasal, posterior a estas cirugías.

ANTECEDENTES

El primer esfuerzo para obtener una elongación de la columna fue de GENSOUL en 1833, además de LEXER Y JOSEPH que utilizaron un colgajo V-Y del prolabio.

En 1902 KONING, DUPERTUIS, MUSGRAVE (1961) quienes usaron injertos compuestos del lóbulo auricular, llevándolo a la base de la columna.

En 1928 OMBREDANNE, DIEFFENBACH (1952), LEWIS y MCKNELLY (1967) realizaron colgajo V/Y invertido en la parte superior de la columna. LEXER en el año de 1931 modifica la técnica de GENSOUL añadiendo incisiones en el piso nasal.

BROWN y CANNON en 1946 elongan la columna con injerto del ala nasal.

STRAITH (1946) y LEWSON (1954) alargan la columna mediante zetaplastia. BLAIR Y LETTERMAN en 1950 avanzan el prolabio en forma de trébol, combinado con avance en V-Y en el extremo distal del colgajo avanzado.

VON DEILEN (1952), MUSGRAVE (1961), CONVERSE (1964), MILLARD- (1974) realizan avance del prolabio en combinación con el colgajo abbé.

La expansión tisular se inicia cuando el Dr. NEUMAN en 1957 - describe el uso de implantes subcutáneos, para la reconstrucción auricu- lar, dando un efecto similar a la expansión tisular, el resultado qui- rúrgico fue aceptable, pero su trabajo fue tratado como una anécdota y- se olvidó.

CRONIN en 1958 describe el avance bilateral de colgajos de la base de la columna, piso nasal y ala nasal, rotando hacia la línea me- dia aumentando la longitud de la columna.

MILLARD en 1974 menciona el riesgo de sufrimiento y necrosis- de la elongación de la columna, con colgajos de prolabio en el cierre primario del labio hendido.

RADOVAN en 1975 desarrolla el concepto de expansión tisular - con implantes de silicón, realizando la primera expansión tisular en -- enero 26 de 1976, al poco tiempo AUSTED y ROSE desarrollan prótesis in- flables, así como estudios histológicos de la expansión tisular en 1978, ganándose el primer premio, en un concurso de investigación clínica.

En 1979 representaciones subsecuentes por RADOVAN, ARGENTA, - AUSTED y otros cirujanos, que popularizan la aceptación de la expansión

tisular, como una nueva técnica en la cirugía plástica.

En 1980 GORDON SASAKIY desarrolla el concepto de expansión tisular rápida.

En 1980 el Dr. REES menciona que en diferentes culturas, se realizan expansión tisular en diferentes partes del cuerpo, como signos de belleza o religioso.

En 1984 el Dr. SASAKIY demuestra el aumento de vascularidad - en el tejido expandido. En 1986 AUSTED, POSKY demuestra el aumento de - mitosis en las células epidérmicas. En 1986 LEONARD y SMALL usan la ex - pansion tisular en el extremidad superior.

En 1986 MARKS realiza expansión tisular rápida en colgajos -- random. SALYER en 1986 realiza un estudio en pacientes de 2 a 3 años - de edad, encontrando aumento de los tejidos blandos nasales, a esta --- edad.

En 1987 PASYK, ARGENTA, CHERRY, y AUSTED realizan estudios -- histológicos en la expansión tisular en humanos, en comparación con animales.

En 1987 el Dr. JULIEN H. A. realiza un estudio experimental, - del área que puede ser expandida por un expansor.

En 1988 el Dr. MASSON y FOYATIER realiza un estudio experimental de resección de cicatrices con expansión tisular rápida en cara.

El Dr. STEVEN S. GREENBAUM realiza un estudio, donde reseca - carcinomas basocelulares mediante expansión rápida con sonda de foley - en 1990.

HIPOTESIS

Con este nuevo método de elongación de columna y de proyección de punta nasal, eliminaremos las cicatrices y no alteraremos la estructura anatómica al movilizar colgajos adyacentes a la columna.

Demostremos que la expansión tisular rápida en la columna puede darnos hasta 1 cm. de longitud, con una sonda de foley del No. 10 la cual es accesible en cualquier hospital.

También se demostrará que la colocación del cartílago auricular en esta forma, puede sostener la columna y proyectar la punta nasal adecuadamente.

Al elevar la punta nasal, se modificará la columna de aire, - obteniendo una mejor función respiratoria del paciente.

Se demostrará que es una técnica sencilla al alcance de cualquier hospital.

También se disminuyen las intervenciones quirúrgicas en estos pacientes. Se obtendrán medidas de la columna de los pacientes afectados, realizando una clasificación de leve moderado a severa.

OBJETIVOS

1. El objetivo principal es obtener una técnica quirúrgica - adecuada, que nos ayude a solucionar las secuelas de la - columna corta y la falta de proyección de punta nasal.
2. Resultado del procedimiento sin cicatriz visible.
3. Técnica quirúrgica sencilla y accesible en cualquier hospital.
4. Obtener una mejor proyección de punta nasal y resultados- estéticos naturales a la anatomía normal.
5. Mejorar la función respiratoria.
6. Incorporar un individuo útil a la sociedad.
7. Con el cartílago dar mejor sostén a la columna, poste- rior a la expansión.
8. Eliminar el gran número de cirugías en estos pacientes.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Pediátrico de TACUBAYA; dependiente de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. En el periodo comprendido del 1 de Mayo al 31 de diciembre de 1990.

Se estudiaron doce pacientes, todos provenientes de la consulta externa, del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del hospital pediátrico antes mencionado, los pacientes acudieron por problemas esteticofuncionales de las secuelas nasales de labio y paladar hendido unilateral y bilateral.

En forma aleatoria se crearon dos grupos de estudio, siendo un grupo control y un grupo de estudio, el grupo control se les realizó -- elongación de la columela con técnicas convencionales (colgajos V-Y, en la base de la columela o en la punta nasal, colgajos laterales del piso y alas nasales como lo describe CRONIN) en cambio a nuestro grupo de estudio se les realizará la elongación de la columela con expansión rápida con sonda de foley, y posteriormente la colocación de un injerto de cartílago auricular, en forma de poste, el cual en su parte superior se realiza un corte longitudinal, en el extremo superior se coloca un punto

transfictivo para conformar la estructura como un paraguas, semejando la estructura anatómica de la punta nasal, que va a dar sostén y proyección a nuestra punta nasal.

Los pacientes de ambos grupos fueron seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes con secuelas nasales de labio y paladar hendido unilateral y bilateral, que presenten columela corta y falta de definición de la punta nasal.
2. Pacientes mayores de 3 años.
3. Pacientes de ambos sexos.
4. Pacientes que no hayan sido operados anteriormente de la columela.

En los pacientes (tanto del grupo control, como del grupo estudio) se registró: edad, sexo, escolaridad, cirugías previas relacionadas con su patología congénita o bien de otra índole, medición de la longitud de la columela en mm. (de la base de la columela a la punta nasal), y además se clasificará el tamaño de la columela en tres grados: leve (6 a 8 mm.), moderada (6 a 2 mm.), severa (menor de 2 mm.), problemas respiratorios, tanto funcionales, la valoración de la punta nasal se valorará con la medición de los ángulos nasolabial, ángulo de

Joseph, además se valorará el problema de lenguaje, además de la valoración de la naturalidad de la estructura nasal, se realizará un archivo - fotográfico de los pacientes en tres posiciones (frontal, perfil, apical).

Una vez seleccionados nuestros pacientes, los cuales han cumplido con los requisitos de los criterios de inclusión, se procede a llevar a cabo nuestra intervención quirúrgica, en la sala de quirófano, el paciente bajo anestesia general inhalatoria, se realiza asepsia, colocación de campos estériles se infiltra xilicaina con epinefrina (1:100 000) - se realiza una incisión de 5 mm. en forma paralela a la columela, 2 mm. hacia la parte posterior o septal, se disecciona con tijeras romas la parte anterior de la columela y la punta nasal y las partes superiores y medias de las alas nasales, posterior a esto se introduce una sonda de foley del número 10, previamente cortando el extremo distal, después de introducir la sonda de foley se llena con solución fisiológica de 6 a 10 cc. antes de la infiltrada se realiza una jareta con naylon 4-0 en la incisión donde se colocó la sonda, se realizan 3 a 4 expansiones de 3 minutos de duración, observando que nuestra piel a expandir se torna blanca. Al momento de estar expandiendo se toma cartilago auricular, pero con la característica de tomarlo lo más junto a la región mastoidea, ya que este cartilago es más consistente. Se enrolla en sí mismo el cartilago, formando un poste, el cual se le realiza un corte longitudinal en la parte superior, el cual se aplica en sus bordes laterales, formando una especie de sombrilla, que se asemeja a la estructura cartilaginosa de la punta nasal.

Antes de introducir el poste (injerto de cartilago) en la región expandida se liberan los ligamentos que puedan existir de la crura media a la espina nasal, además se realiza una incisión transfectiva en el septum membranoso, para que el domo se pueda desplazar hacia la parte superior junto con el injerto de cartilago, después de introducir el cartilago se colocan tres puntos de dermalón 4-0, en la parte superior, tomando la parte más superior del ala nasal junto con el domo e injerto de cartilago, posteriormente en la región media tomando crura media o lo que exista de ella y el poste de cartilago, se realiza la misma operación en la parte inferior de la columela, es importante comentar que estas suturas son permanentes por lo que deben de ser intradérmicas.

En los pacientes que haya necesidad de realizar otros procedimientos quirúrgicos se llevarán a cabo, como lo es rotación de alas nasales, formación de piso nasal, retoque de labio, etc.

Al término de la cirugía se colocan tapones nasales anteriores, retirándolos posteriormente a las 24 hrs. también se coloca una férula de micropore, recambiándola cada semana por tres ocasiones.

Al retiro de la férula se le indica al paciente masaje en la nariz tres veces al día, tomándose controles fotográficos al mes, 4 y 6 meses.

Para la valoración adecuada de la longitud y la proyección de

la punta nasal se realizarán mediciones de la longitud de la columna, pre y postoperatorio, la punta nasal se va a lograr con los ángulos -- nasolabial (normal 90 a 110°).

Además también se medirá el ángulo de Joseph o también llamado ángulo de la punta nasal (65 a 80°).

RESULTADOS

En total se estudiaron doce pacientes, seis pertenecientes al grupo estudio y seis al grupo control.

La edad promedio del grupo estudio fue de 7.5 años (rango de 5 a 8 años) de los cuales dos pacientes fueron mujeres y cuatro hombres. En relación a su escolaridad, uno cursaba preescolar, dos primaria, una secundaria, y dos no cursaban escuela.

Todos los pacientes de este grupo acudieron al hospital por secuelas de labio y paladar hendido, siendo en este grupo cinco pacientes de labio y paladar hendido bilateral, y solamente un paciente con labio y paladar hendido unilateral.

En este grupo de estudio, previamente en años anteriores fueron realizadas nueve queiloplastías, siete palatoplastías, refiriendo uno dehiscencia del mismo, lo que ameritó nueva cirugía del paladar, cuatro faringoplastías (San Venero Rosseli), cuatro retoques nasales, pero con la característica de no haber manejado la columnela, cuatro retoques de labio, una rinoplastía a la cual se le manejó resección del borde caudal de cartílagos alares, y septoplastía por gran desviación.

Con respecto a nuestra clasificación, tres pacientes correspondieron al grado uno de columna corta (LEVE), un paciente en grados (MODERADA), y dos pacientes de tercer grado (SEVERA).

Los problemas respiratorios de estos pacientes fueron: Todos los pacientes presentaron problemas respiratorios funcionales predominando colapso valvular (interna y externa), además de la desviación septal e hipertrofia de cornetes.

Para la valoración de la punta nasal se midieron el ángulo nasolabial, además del ángulo de Joseph, en ambos grupos.

	D.S.	MEDIA	D.S.
Angulo nasolabial	125°	135°	145°
Angulo de Joseph o de punta nasal.	120°	142°	152°

La edad promedio del grupo control fue de 5.6 años (rango de 4 a 8 años), los cuales un paciente fue mujer y seis hombres. En relación a la escolaridad, tres cursaban preescolar, uno primaria y dos no habían cursado escuela.

Cinco pacientes de este grupo acudieron al hospital por secuelas de labio y paladar hendido, uno fue captado al visitar un familiar en el hospital; estos pacientes presentaban secuelas de labio y paladar

hendido bilateral, siendo cuatro de ellos, y solamente dos con secuelas de labio y paladar hendido unilateral.

Este grupo control, previamente en años anteriores fueron realizadas ocho queiloplastías, seis palatoplastías, tres faringoplastías (San Venero Rosseli), dos retoques nasales, seis retoques de labio y -- dos amigdalectomías.

Con respecto a nuestra clasificación de columnelas cortas, -- cuatro pacientes correspondieron al grado uno (6 a 8 mm.), un paciente al grado dos (2 a 6 mm.), y un paciente al tercer grado (menos de 2 mm.).

Los problemas respiratorios de estos pacientes fueron tres, -- predominando el colapso de la válvula externa e interna, y desviación -- septal no muy severa, la cual se acompañó de hipertrofia moderada de -- cornete inferior.

En ambos grupos se les midieron las mismas variables preope-- ratoriamente y postoperatoriamente (tres meses después de la cirugía), -- así también se les tomó control fotográfico en el pre y postoperatorio.

La primer variable medida en ambos grupos fue, la longitud de las columnelas cortas, comparándolas con el preoperatorio y postoperato-- rio, en ambos grupos como lo demuestra la siguiente gráfica:

LONGITUD DE LA COLUXNELA

GRUPO ESTUDIO	No. PACIENTES	MEDIDA PREOP.	MEDIDA POSTOP.	3 MESES	6 MESES
Primer Grado (6 a 8 mm.) (LEVE)	3	7.2 mm	14 mm	13 mm	13 mm
SEGUNDO GRADO (2 a 6 mm.) (MODERADA)	1	4 mm	11 mm	10 mm	10 mm
Tercer Grado (Menos de 2 mm.) (SEVERA)	2	2 mm	9 mm	8 mm	8 mm
GRUPO CONTROL	No. PACIENTES	MEDIDA PREOP.	MEDIDA POSTOP.	3 MESES	6 MESES
Primer Grado (6 a 8 mm.)	4	7 mm	11 mm	9 mm	6 mm
Segundo Grado (2 a 6 mm.)	1	5 mm	9 mm	8 mm	7 mm
Tercer Grado (menos de 2 mm.)	1	2 mm	8 mm	7 mm	5 mm

.....

Los resultados obtenidos de las variables de la punta nasal - son los ángulos, nasolabial y el ángulo de Joseph o ángulo de la punta-nasal. Obteniendo los siguientes resultados como lo demuestran las gráficas:

ANGULO NASOLABIAL

AMBOS GRUPOS	MEDIA	D.S.
Preoperatorio	145°	12°
Postoperatorio Grupo Estudio	110°	10°
Postoperatorio Grupo Control	140°	5°

ANGULO DE JOSEPH

(Angulo de Punta Nasal)

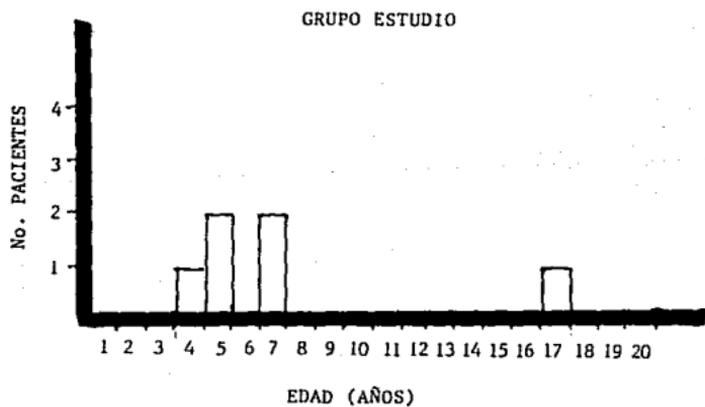
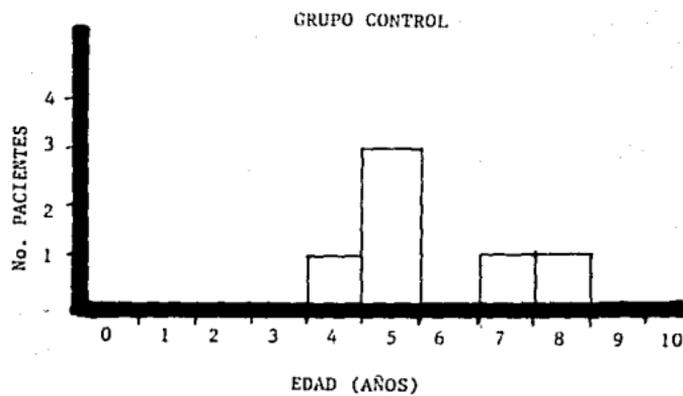
AMBOS GRUPOS	MEDIA	D.S.
Preoperatorio	142°	20°
Postoperatorio Grupo Estudio	105°	12°
Postoperatorio Grupo Control	140°	5°

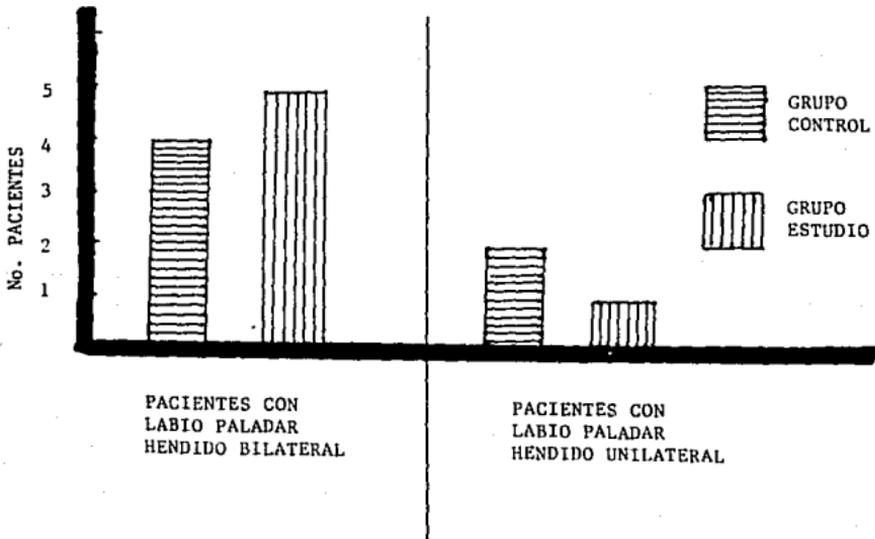
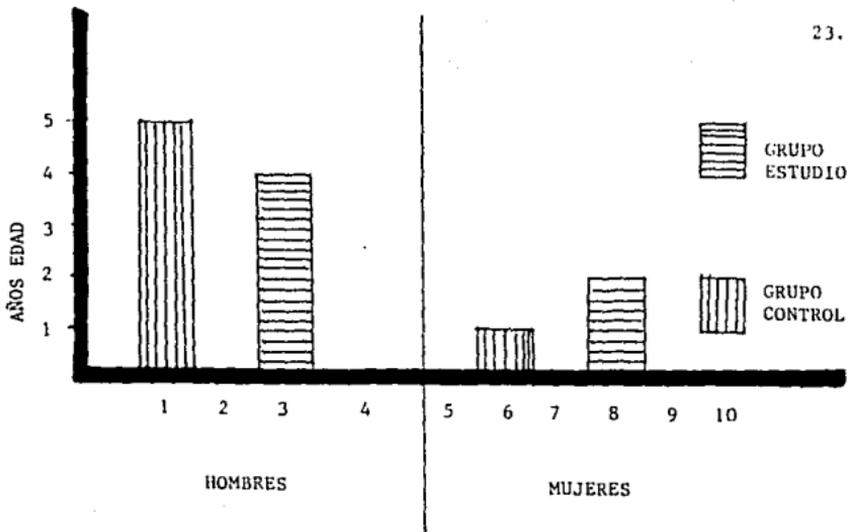
Revisando los cuadros anteriores, de los resultados preoperatorios y postoperatorios, se demuestra que con nuestro método de elongación de columnela y la colocación del injerto de cartilago, para sostener y proyectar la punta nasal. En el grupo estudio, se logró un promedio de 7 mm. de longitud, en los tres grupos de la clasificación antes mencionada.

En estos pacientes a los 3 meses disminuyó 1 mm., pero a los 6 meses ya no hubo cambio y se mantuvo con la misma longitud teniendo un aspecto natural de la estructura nasal.

En el grupo control, se realizaron colgajos de avance en forma de V-Y, en el extremo superior de la punta nasal o en el extremo inferior de lo que existe de columnela, también se realizó los colgajos laterales de piso y alas nasales como lo describe el Dr. CRONIN. El promedio de longitud ganado por estas técnicas fue de 5 mm. pero lo importante es que con el tiempo, tiende a disminuir la ganancia lograda, y esto es porque no existe un soporte adecuado de la columnela y punta nasal. La disminución a los 6 meses fue de 3 mm.

Respecto a los ángulos estudiados la modificación fué mínima con una variable de 5 a 10°. En cambio los ángulos en los pacientes del grupo estudio, disminuyeron notablemente, como lo demuestran las gráficas. Esto ocasiona que la punta nasal se defina más adecuadamente.





DISCUSION

En la actualidad no existe una técnica eficaz para resolver el gran problema como lo es, la columna corta en pacientes con labio y paladar hendido principalmente bilateral. Es por eso que existen una gran diversidad de técnicas quirúrgicas para la corrección de este problema, pero ninguna ha dado resultados satisfactorios, obteniendo narices con poca naturalidad, falta de proyección de punta nasal, múltiples cirugías y cicatrices visibles. Además los resultados no han sido evaluados adecuadamente, sino con carácter de apreciación personal.

Es por eso que en nuestro trabajo de investigación demostramos que las técnicas convencionales de elongación de columna no dan resultados satisfactorios como los obtenidos en nuestro trabajo de experimentación.

Es importante mencionar las alteraciones que sufren con el paso del tiempo las columnas elongadas y las puntas nasales proyectadas. Es por tal motivo que presentamos el trabajo de elongación de columna corta, con apreciaciones demostrativas, relacionadas con la antropometría nasal, basados en los estudios y mediciones dadas por el Dr. FARKAS, para evaluar mejor nuestros resultados.

En este trabajo se realiza una clasificación de la columna corta, para evaluar y orientar mejor nuestra información obtenida.

CONCLUSIONES

La utilización de esta nueva técnica quirúrgica, de elongación de la columnela corta en pacientes con labio y paladar hendido, ha demostrado sus beneficios en la elongación de la columnela corta y la definición y proyección de la punta nasal, como lo demuestra las mediciones de longitud de columnela y los ángulos nasales, tomados durante el estudio, antes y después de cada cirugía, así como el control fotográfico de los pacientes.

La elaboración de una clasificación de la columnela corta en pacientes con labio y paladar hendido, esto nos permitió hacer un estudio comparativo, con variables medibles, ya que anteriormente las técnicas quirúrgicas de elongación de la columnela convencionales, sus resultados eran meramente apreciativos.

Es importante hacer notar la diferencia de los resultados del grupo estudio al grupo control.

El grupo estudio obtuvo mayor elongación con el método propuesto que con las técnicas convencionales del grupo control.

Respecto a las variantes anatómicas de la punta nasal, que son dadas por el ángulo nasolabial y el ángulo de Joseph, los valores de estos ángulos fueron comparados con los valores estandar preestablecidos, ya que no existen valores preestablecidos para una nariz con secuelas de labio y paladar hendido.

El aspecto natural de la nariz fue demostrado con la disminución de los grados de apertura de ambos ángulos, acercándose a la normalidad. En cambio en el grupo control la modificación de los ángulos fue mínima (ver cuadros).

La longitud de la columela ganada con la cirugía, disminuyó con el tiempo, siendo mayor en el grupo control, y esto se debe a la falta de sostén del tejido elongado.

Es por eso que el tejido expandido con la sonda de foley es -- mantenido con el injerto de cartílago auricular, en forma de sombrilla -- para su semejanza con el domo nasal, esto hace que resista a la fuerza -- de gravedad, siendo la pérdida de longitud mínima como lo demuestra el -- cuadro .

Consideramos que los objetivos propuestos inicialmente en el -- trabajo, se han cumplido en forma satisfactoria, ya que se ha demostrado que la elongación rápida transoperatoria de la columela, con sonda de -- foley y colocación de injerto auricular, en pacientes con labio y pala--

dar hendido, principalmente bilateral, se mejoran los índices antropométricos de la nariz con secuelas de labio y paladar hendido. La técnica quirúrgica no deja cicatrices visibles, en todos los pacientes que se les realizó elongación con expansión e injerto de cartílago, mejoró notablemente la función respiratoria, al quitar el colapso de las válvulas externas nasales.

Así con esta técnica sencilla, accesible a cualquier hospital, ayudamos a resolver el gran problema de las secuelas de estos pacientes, también evitaremos las múltiples cirugías que se les realizan, tratándole de dar un mejor resultado.

Todo esto nos da como resultado la incorporación de un individuo productivo a nuestra sociedad.

RESUMEN

El presente trabajo propone la utilización de la expansión tisular rápida (intraoperatoria) con sonda de foley, para la elongación de la columna corta, en pacientes con labio y paladar hendido unilateral y bilateral, y la colocación de injerto de cartílago auricular, enro--llándolo para formar un poste, el cual en su extremo superior tiene forma de sombrilla. Todo esto para obtener un soporte adecuado de la columna expandida y una adecuada proyección de la punta nasal.

Se estudiaron un total de 12 pacientes, todos provenientes de la consulta externa del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, - del Hospital Pediátrico Tacubaya. Durante el período del 10. de mayo al 31 de diciembre de 1990.

Creándose 2 grupos en forma aleatoria, uno de estudio y otro - de control, en los cuales se registraron y controlaron en pre y postope--ratoria los siguientes parámetros: longitud de la columna en mm. de la base a la punta nasal, a su vez la columna corta se clasificó en tres--grados, leve (6 a 8 mm.), moderada (2 a 4 mm.), y severa (menos de 2 -- mm.). Otras medidas que se tomaron son el ángulo nasolabial y el ángulo de la punta nasal, también llamado ángulo de Joseph, otros parámetros -- que se tomaron en cuenta es la función respiratoria de nuestros pacien--tes.

Los resultados de ambos grupos fueron evaluados con la resultante siguiente:

El grupo estudio, el resultado de la elongación de la columna le fue mayor que el grupo control, el cual fue manejado con técnicas de elongación de columna, como colgajos V-Y, o la técnica del Dr. Cronin, la pérdida de longitud ganada con la cirugía, al paso del tiempo fue mayor en el grupo control, debido a la falta de soporte de las estructuras como lo son la punta nasal y la columna. Los ángulos en el grupo control fue mínimo (10°) en cambio los ángulos en el grupo estudio se modificaron notablemente, disminuyendo hasta 40° , dando como resultado una mejor relación de nuestra estructura nasal.

BIBLIOGRAFIA

1. Brown J.B. McDowell, F. Secondary repair of cleft lips and their - nasal deformities. Ann Surg. 114;101,1941.
2. Straith, C.L. Elongation of the nasal columella. Plast. Reconstr. Surg 1;79, 1946.
3. Pegram M. Repair of congenital short columella. Plast. Reconstr.-Surg 14:305 1954.
4. Marcks, K. M. Trevaskis, A, E, and Payne, M.J. Elongation of ---- columella by flap transfer and Zplasty. Plast. Reconstr. Surg. --- 20:466, 1957.
5. Neuman C.G. The expansion of an area of skin by progressive distension of a subcutaneous balloon. Plast Reconstr. Surg. 19:124-130. 1957.
6. Cronin T.D. Lengthening columella by use of skin from nasal floor -- and alae. Plast. Reconstr. Surg. 21:417. 1958.
7. Erich J.B. and Kragh, L.V. Technique for lengthening the columella - in cases of repaired bilateral harelip. Minn. Med. 42:1592. 1959.
8. Meade R. J. Composite ear grafts for construction of columella. Plast. Reconstr. Surg. 23:134. 1959.
9. Peskova H. and Frara. M. Lengthening of the columella in bilateral-cleft. Acta Chir. Plast (Praha), 2:18. 1960.
10. Brauer R. O. and Foerster, D.W. Another method to Lengthen the --- columella in the double cleft patient. Plast. Reconstr. Surg. ---- 38:27. 1966.

11. Edgerton. M.T. Lewis, C.M. and McKnelly. L.O. Lengthening of the - short nasal columella by skin flaps from the nasal tip and dorsum. *Plast. Reconstr. Surg.* 40:343, 1967.
12. Dibbell, D.G. A cartilaginous columellar strut in cleft lip rhinoplasties. *Br. J. Plast. Surg.* 29:247. 1976.
13. Gibson T. The physical properties of skin. In J. M. Converse (Ed) *Reconstructive Plastic Surgery*, Vol. 1 Philadelphia: Saunders ---- Pp. 70-77. 1977.
14. Cronin T.D. and Upton J. Lengthening of the short columella associated with bilateral cleft lip. *Ann. Plast. Surg.* 1:75 1978.
15. Broadbent T. R. and Wolf. R.M. Cleft lip nasal deformity *Ann. Plast. Surg.* 12:216. 1984.
16. Radovan C. Tissue expansion in soft-tissue reconstruction. *Plast.-reconstr. Surg.* 74:482. 1984.
17. Manders F.K. Schenden M.J. Furrey J.A. and Hetzler P.T. Soft-tissue expansion: concept and complications. *Plast. Reconstr. Surg.* 74: -- 493. 1984.
18. Argenta N^oC^o Marks M. W. Pasyk K.A. Advances in tissue expansion. *Clin Plast Surg* 12 : 159-171. 1985.
19. Shively R.E. Skin expander volume estimator. *Plast. Reconstr. Surg.* 77:482. 1986.
20. Sasaki G.H. Intraoperative sustained limited expansion as an ---- immediate reconstructive technique. *Clin. Plast. Surg.* 14:563-573. 1987.
21. Masson Ch. L. Foyatier J.L. Rapid Tissue expansion (in French) *Ann Chir Plast Esthet.* 1989 n -6 521-523.

22. Steven S. Greenbaum M.D. Intraoperative Tissue Expansion using a -foley catheter following excision of a basal cell carcinoma. J. -- Dermatol Surg Oncol 16:1 January 1990.