

11211

25
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
"HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE"

Manejo de Punta Nasal en Paçientes con
Fisura Labial Bilateral
Análisis de los Resultados Obtenidos.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A

Dr. Julio A. Saldaña Angulo

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

MEXICO. D. F.

1992





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.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MANEJO DE PUNTA NASAL EN PACIENTES CON FISURA LABIAL BILATERAL

INTRODUCCION:

SON MÚLTIPLES LOS FACTORES QUE HACEN DE LA NARÍZ, EN LOS PACIENTES CON LABIO Y PALADAR HENDIDOS, UNO DE LOS ASPECTOS DE MAS DIFÍCIL DOMINIO Y QUE EN SU TRATAMIENTO SECUNDARIO CONSTITUYEN UN RETO PARA EL CIRUJANO PLÁSTICO Y RECONSTRUCTIVO.

ADEMAS DE LA HIPOPLASIA SEGMENTARIA DENTRO DE LAS ESTRUCTURAS DE LA CÁPSULA NASAL, COMO PRODUCTO DE LA ANOMALÍA CONGÉNITA, LA ACTUACIÓN PRIMERA PUEDE DEJAR-ALGUNAS SECUELAS QUE, MÁS TARDE, YA EN EL ADULTO, OBLIGAN AL PACIENTE A BUSCAR -REFINAMIENTOS Y EXIGENCIAS, MUCHAS VECES CON LOGROS MÍNIMOS, POR, ELLO LA ENTIDAD CONTIENE VIGENTE DEBIDO A LA DEFORMIDAD EN LA PUNTA NASAL DE LOS PACIENTES -CON FISURA LABIAL BILATERAL. YA QUE CONFRONTA ANORMALIDADES DE CUBIERTA, SOPORTE REVESTIMIENTO Y PLATAFORMA.

EL ORIGEN DE ESTA DEFORMIDAD ES PARALELO A LA DEL LABIO, SIENDO LA DEFICIENCIA DE MIGRACIÓN MESODÉRMICA, LA RESPONSABLE ENTRE OTRAS DE ESTE PROCESO.

HUFFMAN Y LIERLE EN 1949 ESTUDIARON LAS DEFORMIDADES ANATOMICAS OBSERVANDO: HIPOPLASIA DE CARTÍLAGOS ALARES, DOMOS BAJOS, DESPLAZAMIENTO LATERAL DE LOS DOMOS, PUNTA BÍFIDA O APLANADA, CRURAS LATERALES DESPLAZADAS HACIA ABAJO, COLUMNELA CORTA, COLAPSO DE ALAS NASALES, DESPLAZAMIENTO LATERAL DE ALAS, ÁNGULOS FACIAL-ALARES APLANADOS BILATERALMENTE, PISOS NASALES ENSANCHADOS, HIPOPLASIA BILATERAL DE APERTURA PIRIFORME, ASIMETRÍA DEL SEPTUM NASAL, FALTA DE CONTINUIDAD DEL MÚSCULO ORBICULAR E INADECUADA RELACIÓN DOMO - COLUMNELAR.

EXISTIENDO UNA ASIMETRÍA EXCESIVA EN LAS DIMENSIONES VERTICAL Y HORIZONTAL -DE LA PUNTA NASAL, LO QUE FORZARÁ A UNA COMPARACIÓN CONSTANTE ENTRE AMBAS NARIAS.

EN BASE AL VIEJO AXIOMA DE COLOCAR LO NORMAL EN POSICIÓN NORMAL, LA REPARACIÓN DE ÉSTA PATOLOGÍA HA CONTEMPLADO DIVERSOS MANEJOS, DESTACANDO INICIALMENTE -LAS INCISIONES EXTERNAS Y EXCISIONES, DE AUTORES COMO ERICKSON, BLAIR, GILLIES, -JOSEPH, CRONIN, ENTRE OTROS, QUE NOS CUESTIONAN LA MEJORÍA DEL CONTORNO, CONTRA -UNA BUENA CICATRÍZ. LA BÚSQUEDA CONTINUÓ Y LOS ABORDAJES INTRANASALES Y MARGINALES CON MANEJO DEL CARTÍLAGO ALAR EN VARIAS FORMAS, POR AUTORES TALES COMO: ERICH, MERVILLE, REES, PITANGUY, MEYER, ORTÍZ MONASTERIO, McCOMB, ENTRE OTROS.

AUNADO A LA UTILIZACIÓN DE INJERTOS AUTÓLOGOS COSTALES, SEPATALES O CONCHA -
LES COMO LOS PROPUESTOS POR GILLIES, MUSGRAVE, SPINA, MILLARD, GORNEY, ETC. . SE
HA DESCRITO LA UTILIZACIÓN DE MATERIALES ALOPLÁSTICOS CON ÉSTOS MISMOS FINES, NIN
GUNO DE ELLOS A LA FECHA, CON RESULTADOS SUPERIORES A LOS ANTERIORMENTE OBTENI -
DOS.

CON EL DESARROLLO DE ESTOS CONOCIMIENTOS Y EN BASE A LA DIVERSIDAD DE CRITE-
RIOS EXISTENTES PARA EL MANEJO DE ESTA PATOLOGÍA, TRATAMOS DE ESTABLECER UNA CLA-
SIFICACION APLICABLE A DIVERSAS EDADES, CON DEFORMIDAD ALAR SECUNDARIA A FISURA -
LABIAL BILATERAL, ASÍ COMO PROPONER LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS PA-
RA CADA GRUPO EN CUESTIÓN.

HISTORIA:

LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS SE CONOCEN DESDE LOS ALBORES DE LA HUMANIDAD, TAL COMO LO MUESTRAN GRABADOS Y FIGURILLAS, TESTIGOS DE PASADAS CIVILIZACIONES EN CONTRADAS EN DIVERSAS PARTES DEL MUNDO. PARA COMPRENDER LA PRODUCCIÓN DE ESTAS DEFORMIDADES CONGÉNITAS, ES NECESARIO CONOCER LA HISTORIA DE LOS PRIMEROS MANEJOS - DE ESTA DEFORMIDAD COMO A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN:

EIGIZEH 2500 A.C. PRÓTESIS DENTALES EN FISURAS LABIO-PALATINAS.
SUSRUTA 600 A.C. DESCRIPCIÓN DE LA ANATOMÍA DEL LABIO Y PALADAR.
HIPÓCRATES 400 A.C. MECANISMOS DEL LENGUAJE, UVULECTOMÍA.
CHINA 290 D.C. EXITOSA RECONSTRUCCIÓN DE LABIO.
PAULUS AEGINETA 625 D.C. ESTAFILO TOMÍA.
ALBUCASIS 936 D.C. CAUTERIZACIÓN DE FISURAS LABIALES NO CONGÉNITAS.
YPERMAN 1295 D.C. PRIMERO EN DESCRIBIR CIERRE DE LABIO FISURADO CON TÉCNICA QUIRÚRGICA.
AMBROSIO PARÉ 1549 PRIMERO EN REALIZAR UN OBTURADOR PARA PALADAR.
PIERRE FRANCO 1556 PADRE DE LA CIRUGÍA DE LABIO Y PALADAR.
HOFFMAN 1680 GORRA PARA RETRUSIÓN DE PREMAXILA.
LEMONNIER 1766 PRIMERO EN CERRAR UN LABIO CON SUTURA Y CUTERIZACIÓN.
MALGAIGNE 1834 UTILIZA COLGAJO PARA CIERRE DE FISURA LABIAL.
VICTOR VEAU 1936 CONSIDERADO EL PADRE DE LA CIRUGÍA LABIOPALATINA MODERNA.
TENNISSEON 1951 TÉCNICA DE CIERRE LABIAL CON COLGAJOS TRIANGULARES.
MILLARD 1951 TÉCNICA DE ROTACIÓN Y AVANCE.
SKOOG 1958 TÉCNICA DE COLGAJOS TRIANGULARES.
RANDALL 1959 AGREGA MEDICIONES EXACTAS A LA TÉCNICA DE TENNISSEON.
MILLARD 1966 MODIFICA SU TÉCNICA DE CIERRE LABIAL.
RANDALL-GRAHAM 1971 TÉCNICA DE LIP ADHESION.
MANCHESTER 1971 DESCRIBE SU TÉCNICA DE CIERRE DE LABIO BILATERAL.
HAROLD McCOMB 1985 TÉCNICAS PARA DEFORMIDAD NASAL.

EN LA ACTUALIDAD SE ESTUDIAN NUEVAS TÉCNICAS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS - DE LAS FISURAS LABIALES Y CORRECCIONES DE LA SECUELAS SIN LOGRAR HASTA EL MOMENTO QUE UNA TÉCNICA SEA FUNCIONAL Y ESTÉTICA, APROXIMÁNDOSE A ELLO LA DESCRITA - POR EL DR. MILLARD.

EPIDEMIOLOGIA:

DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS QUE AFECTAN LA CARA DEL SER HUMANO, LA FISURA LABIO-PALATINA ES LA MÁS COMÚN, YA QUE SE PRESENTA EN CUALQUIER NIVEL SOCIOECONÓMICO, EN TODAS LAS RAZAS Y CAUSA GRAN REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA TANTO INDIVIDUAL - COMO FAMILIAR. EXISTE GRAN DISCREPANCIA EN LA FRECUENCIA DE ESTA ANOMALÍA EN EL - MUNDO, PROBABLEMENTE DEBIDO AL MÉTODO DE REGISTRO. EN LOS PAÍSES EN DONDE SE LLEVA A CABO UN CONTROL ESTRICTO COMO DINAMARCA, SUECIA, FINLANDIA, E.U., ETC. ES POSIBLE CONOCER CON MAYOR EXACTITUD SU FRECUENCIA. SIN EMBARGO COMO LO REFIEREN LOS AUTORES TAMBIEN TIENE DIFICULTAD PARA REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN EXACTA. EN NUESTRO PAÍS NO DISPONEMOS DE FUENTES QUE NOS APOYEN Y PARA PRESENTAR CIFRAS VERACES TENEMOS QUE BASARNOS EN LAS ESTADÍSTICAS REFERIDAS POR LOS AUTORES DE OTRAS NACIONES.

EXISTE DIFERENCIA RACIAL EN LA PRESENTACIÓN DE LA FISURA LABIOPALATINA COMO LO HACE NOTAR LOS DIFERENTES REPORTES EN LA LITERATURA MÉDICA MUNDIAL, PERO EN - TÉRMINOS GENERALES, SE OBSERVA 1 EN 1000 NACIMIENTOS DE LA RAZA CAUCÁSICA, SIENDO ESTA LA POBLACIÓN MÁS AMPLIAMENTE ESTUDIADA. ES MENOS FRECUENTE EN LA RAZA - NEGRA.

ETIOLOGÍA -	MULTIFACTORIAL	33% GENÉTICA
		66% AMBIENTAL.
	ALTEMUS Y FERGUSON	0.24/1000 U.S.A.
	NEEL 1958	2.13/1000 JAPÓN
	FUJINO 1963	2.10/1000 JAPÓN
	FOGH ANDERSON	1.47/1000 DINAMARCA
	ORTÍZ MONASTERIO	1.00/ 800 MÉXICO

CONSEJO DE RIESGO EN FISURAS LABIO-PALATINAS:

	FL / P	F / P
POBLACIÓN EN GENERAL	0.1 %	0.04 %
PADRE SANO + HIJO AFECTADO	4.0 %	2.00 %
PADRES SANOS + HIJO CON OTRA MALFORMACIÓN	2.0 %	2.00 %
PADRES SANOS + 2 HIJOS AFECTADOS	9.0 %	1.00 %
1 PADRE AFECTADO + HIJO SANO	4.0 %	6.00 %
1 PADRE AFECTADO + HIJO AFECTADO	17.0 %	15.00 %

RAZA:

ORIENTALES	2.1	POR	1000 NACIDOS VIVOS
CAUCÁSICOS	1.0	POR	1000 NACIDOS VIVOS
NEGROS	0.4	POR	1000 NACIDOS VIVOS

RELACION:

MASCULINO 60-80% FEMENINO 20-40%

UNILATERAL 3 : 1 BILATERAL

MASCULINO: MÁS FRECUENTE LA FISURA LABIAL QUE FISURA LABIOPALATINA

FEMENINO: MÁS FRECUENTE FISURA PALATINA

MASCULINO 3 : 1 FEMENINO

IZQUIERDA 2 : 1 DERECHA

EMBRIOLOGIA:

PARA COMPRENDER LA PRODUCCIÓN DE ESTAS DEFORMIDADES CONGÉNITAS, ES MENESTER-
CONOCER LA EMBRIOGÉNESIS NORMAL DE LA CARA. EL CENTRO TOPOGRÁFICO DEL DESARROLLO-
FACIAL ES EL ESTOMODEO O BOCA PRIMITIVA, ALREDEDOR DE LA CUAL SE FORMAN PROMI -
NENCIAS Y SURCOS QUE, AL CRECER Y DIFERENCIARSE, DAN LUGAR A LAS ESTRUCTURAS QUE-
FORMAN LA CARA.

EN LA QUINTA SEMANA POR CRECIMIENTO DIFERENCIAL, EL TEJIDO QUE RODEA LAS -
PLACODAS OLFATORIAS SE ELEVA RÁPIDAMENTE ADOPTANDO UNA MORFOLOGÍA EN HERRADURA, -
PARA FORMAR LOS PROCESOS NASOFRONTALES MEDIALES Y LATERALES. LOS PROCESOS NASO -
MEDIALES PARTICIPAN EN LA FORMACIÓN DE LA PORCIÓN MEDIAL DEL MAXILAR SUPERIOR, -
DEL LABIO Y PALADAR PRIMARIO (PROLABIO, PREMAXILA Y PARTE MEDIA ANTERIOR DEL PALA -
DAR). LOS PROCESOS NASOLATERALES DAN LUGAR A LA PORCIÓN LATERAL DEL MAXILAR.

EN LA SEXTA SEMANA OCURREN PROGRESOS MUY NOTABLES EN EL DESARROLLO. LOS PRO-
CESOS MAXILARES SE HACEN MÁS PROMINENTES Y CRECEN HACIA LA LÍNEA MEDIA, ACERCÁNDO
SE A LOS PROCESOS NAALES, LOS QUE A SU VEZ HAN CRECIDO HASTA TAL PUNTO, QUE LA -
PORCIÓN INFERIOR DEL PROCESO FRONTAL SITUADO ENTRE ELLOS DESAPARECE POR COMPLETO
Y QUEDAN EN CONTACTO AMBOS PROCESOS NASOMEDIALES. LOS PROCESOS NASOLATERALES SE -
MUEVEN HASTA PONERSE EN CONTACTO CON LOS PROCESOS MAXILARES EN AMBOS LADOS.

EN LA SÉPTIMA SEMANA SE ORIGINAN DOS SALIENTES EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD
ORAL, A AMBOS LADOS DEL MAXILAR, DENOMINADOS TABIQUES PALATINOS, LOS QUE TIENDEN -
A CRECER Y REUNIRSE EN LA LÍNEA MEDIA.

INICIALMENTE LA LENGUA SE ENCUENTRA ENTRE ELLOS, PERO CONFORME AVANZA EL DE-
SARROLLO, LA LENGUA SE DIRIGE HACIA ABAJO Y LOS TABIQUES PALATINOS MEDIALMENTE HA
CIA ARRIBA. EN LA REGIÓN ANTERIOR, UNA ZONA TRIANGULAR CORRESPONDIENTE AL PREMAXI
LAR PROVENIENTE DEL PROCESO NASOMEDIAL SE COLOCA ENTRE LOS TABIQUES PALATINOS, -
CON LOS QUE SE UNA. MIENTRAS TANTO, EL TABIQUE NASAL CRECE CAUDALMENTE, Y SE UNE
AL PALADAR, CON LO QUE SE COMPLETA LA SEPARACIÓN ENTRE AMBAS FOSAS NAALES Y DE -
ÉSTAS CON LA CAVIDAD ORAL.

SE HAN POSTULADO DOS TEORÍAS QUE TRATAN DE EXPLICAR LA FORMACIÓN DE LAS HEN-
DIDURAS FACIALES. LA PRIMERA, CONSIDERADA COMO CLÁSICA, ES AQUELLA QUE PROPONE LA
EXISTENCIA DE UNA FALLA CON LA FUSIÓN DE LOS EXTREMOS LIBRES DE LOS PROCESOS QUE-
FORMAN LA CARA, Y SUGIEREN COMO MECANISMOS PATOGENICOS UN RETARDO O RESTRICCIÓN -
DE SUS MOVIMIENTOS QUE EVITA QUE ESTOS PROCESOS SE PONGAN EN CONTACTO. PUEDE EXIS

TIR ADEMÁS UN DESEQUILIBRIO ENTRE LA REPRODUCCIÓN Y LA MUERTE CELULAR.

WAARBRICK SUGIRIÓ QUE LAS CÉLULAS EPITELIALES DEBEN DESAPARECER Y QUE SI ESTO NO OCURRE, AUNQUE LOS EXTREMOS DE DOS PROCESOS SE UNAN, EL MESODERMO SUBYACENTE NO PUEDE FUSIONARSE, OCACIONANDO ASÍ UNA HENDIDURA; INTERRUPCIONES PARCIALES DARÁN LUGAR A FISURAS INCOMPLETAS. ESTE MECANISMO HA SIDO ACEPTADO COMO CAUSANTE DEL PALADAR HENDIDO.

LA SEGUNDA TEORÍA O DE LA PENETRACIÓN MESODÉRMICA FUÉ PROPUESTA INICIALMENTE POR DE HAAN, STARK Y EHRMANN GUTENES SUGIRIERON QUE NO EXISTEN EXTREMOS LIBRES DE LOS PROCESOS FACIALES, SINO QUE EL CENTRO DE LA CARA ESTÁ FORMADO POR UNA CAPA BILAMELAR DE ECTODERMO, POR EL INTERIOR DE LA CUAL MIGRA EL MESODERMO, Y QUE SI ESTA MIGRACIÓN, NO OCURRE, LA DÉBIL PARED ECTODÉRMICA SE ROMPE Y ORIGINA UNA HENDIDURA. JOHNSTON RECONOCIÓ COMO ORGANIZADORES SECUNDARIOS LAS CÉLULAS DE LA CRESTA NEURAL QUE, AL MIGRAR DESDE SU ORIGEN EN LA SUPERFICIE DORSAL DEL TUBONEURAL, FORMAN UNA CAPA SUPLEMENTARIA AL MESODERMO SUBYACENTE DE LOS PROCESOS FRONTALES Y DE LOS ARCOS BRANQUIALES. ASÍ, LAS ESTRUCTURAS CRANEOFACIALES PUEDEN CONSIDERARSE COMO DERIVADAS DE LAS CÉLULAS NEUROECTODÉRMICAS, SI LA MIGRACIÓN DE ÉSTAS CÉLULAS NO SE LLEVA A CABO, LA PENETRACIÓN MESODÉRMICA NO OCURRE Y SE OCASIONA UNA HENDIDURA FACIAL, CUYA EXTENSIÓN ES INVERSAMENTE PROPORCIONAL A LA CANTIDAD DE MESODERMO EXISTENTE. LOS MECANISMOS PATOGENÉTICOS IMPLICADOS EN ESTE CASO SON: UNA ALTERACIÓN EN EL ÍNDICE MITÓTICO CON MUERTE CELULAR PREMATURA, QUE OCASIONA UNA FALLA EN LA PENETRACIÓN MESODÉRMICA Y CREA ÁREAS DÉBILES; O BIEN, EL RESULTADO DE UN RETARDO O DETENCIÓN DE LA REPLICACIÓN DE LAS CÉLULAS DE LA CRESTA NEURAL, ASÍ, CUALQUIER FACTOR QUE ALTERE LA PROLIFERACIÓN, MIGRACIÓN O DIFERENCIACIÓN TANTO DEL MESÉNQUIMA COMO DE LAS CÉLULAS NEUROECTODÉRMICAS DE LA CRESTA NEURAL SERÁ CAPAZ DE CAUSAR UNA HENDIDURA FACIAL.

LA HENDIDURA LABIAL ENTONCES RESULTA DE UNA FALLA, EN GRADOS VARIABLES, EN LA UNIÓN DE LOS PROCESOS NASOMEDIALES Y NASOLATERALES. EL PALADAR FISURADO ASOCIADO ES SECUNDARIO A LA ALTERACIÓN DEL DESARROLLO DEL LABIO. EL CIERRE PALATINO ES IMPEDIDO POR LA LENGUA, LA QUE A SU VEZ SE ENCUENTRA OBSTACULIZADA POR EL GRAN PROCESO MEDIANO O PROLABIO, QUE RESULTA DEL EXCESO DE CRECIMIENTO COMPENSATORIO DE LA HENDIDURA LABIAL. ES POR ELLO QUE EL PALADAR HENDIDO OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE EN CASOS DE HENDIDURA LABIAL BILATERAL QUE CUANDO DICHA HENDIDURA ES UNILATERAL.

PARA ANALIZAR LOS DIVERSOS FACTORES ETIOLÓGICOS QUE CAUSAN HENDIDURAS LABIALES, PALATINAS O AMBAS, ES NECESARIO CONSIDERAR POR SEPARADO EL LABIO HENDIDO CON

PALADAR HENDIDO ASOCIADO O SIN ÉL, DEL PALADAR HENDIDO AISLADO, YA QUE EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE AMBOS.

CADA ETAPA DEL DESARROLLO DE LOS PROCESOS FACIALES ESTÁ PROGRAMADA EN FORMA-TEMPORAL Y SECUENCIAL, GENÉTICAMENTE DETERMINADA. DADA LA VARIABILIDAD EN EL ESPECTRO CLÍNICO DE ESTAS ALTERACIONES, SE INFIERE QUE SE TRATA DE GENES MENORES - QUE ACTÚAN POR ACCIÓN ADITIVA, CONSTITUYENDO LO QUE SE DENOMINA HERENCIA POLIGÉNICA O CONTINUA, LA HEREDABILIDAD ES MAYOR MIENTRAS MÁS EXTENSA SEA LA LESIÓN.

AVERY MENCIONA QUE EL MESÉNQUIMA DEL PROCESO NASAL ESTÁ ALTERADO EN TODAS SUS POTENCIALIDADES, INCLUYENDO LAS CONGÉNITAS.

CLASIFICACION:

SE HAN DESCRITO VARIAS CLASIFICACIONES PARA LA FISURA LABIOPALATINA, PERO NO HAN SIDO MUY ACERTADAS. POR LA GRAN CANTIDAD DE CLASIFICACIONES Y LAS QUE SE DESCRIBIRÁN LA SOCIEDAD AMERICANA DE LABIO Y PALADAR PUBLICÓ SU CLASIFICACIÓN SIENDO ESTA LA MÁS COMPLETA Y MÁS ACEPTADA UNIVERSALMENTE.

DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA TENEMOS LAS SIGUIENTES CLASIFICACIONES:

1922 DAVIES AND RITCHIE: TOMA COMO BASE EL PROCESO ALVEOLAR Y CLASIFICAN:

- I FISURAS PREALVEOLARES (UNILATERAL, MEDIA , BILATERAL)
- II FISURAS POST ALVEOLARES (PALADAR BLANDO, PALADAR DURO, PALADAR SUBMUCOSO)
- III FISURA ALVEOLAR (UNILATERAL, MEDIA, BILATERAL)

1931 VICTOR VEAU:

- I FISURA DEL PALADAR BLANDO
- II FISURA DEL PALADAR BLANDO Y DURO
- III FISURA UNILATERAL COMPLETA
- IV FISURA BILATERAL COMPLETA

1958 KERNAHAN Y STARK:

- I PALADAR PRIMARIO (UNILATERAL, MEDIO , BILATERAL)
- II PALADAR SECUNDARIO (TOTAL, SUBTOTAL, SUBMUCOSO)
- III MIXTO (UNILATERAL, MEDIO, BILATERAL)

1974 SPINA:

- I PREINCISIVO (UNILATERAL, BILATERAL, CENTRAL)
- II TRANS-INCISIVO (LABIO, ALVEOLO, PALADAR)
- III POS-INCISIVO (TOTAL Y PARCIAL)
- IV FISURAS FACIALES RARAS.

1962 SOCIEDAD AMERICANA DE LABIO Y PALADAR FISURADO:

I FISURA DEL PALADAR PRIMARIO

- A-FISURA DE LABIO: -UNILATERAL, IZQ., DER.: EXTENSIÓN 1/3, 2/3 O COMPLETA
- BILATERAL : IZQ., DER.: EXTENSIÓN 1/3, 2/3 O COMPLETA
- MEDIA: " " "
- PROLABIO: PEQUEÑO, MEDIANO, LARGO
- CICATRIZ CONGÉNITA: IZQ. O DERECHA', EXTENSIÓN: 1/3 , 2/3 O COMPLETA.

- B-PROCESO ALVEOLAR -UNILATERAL, DER., IZQ., EXTENSIÓN: 1/3, 2/3, COMPLETA
 -BILATERAL " "
 -MEDIO " "
 -SUBMUCOSO: IZQ., DER., MEDIO.
 -AUSENCIA DEL DIENTE INCISIVO.

II FISURA PALADAR SECUNDARIO

- A-PALADAR BLANDO -POSTEROANTERIOR: EXTENSIÓN 1/3, 2/3, COMPLETA
 -GROSOR: ANCHURA EN MM.
 -PALADAR CORTO: MÍNIMO, MODERADO O MARCADO.
 -PALADAR SUBMUCOSO: EXTENSIÓN: 1/3, 2/3 O COMPLETO
- B-PALADAR DURO -POSTEROANTERIOR EXT. 1/3 2/3 O COMPLETO
 -GROSOR EN MM.
 -UNIÓN VOMERIANA: DER., IZQ., AUSENTE.
 -FISURA SUBMUCOSA: 1/3, 2/3 , COMPLETA.

III FISURA DEL PROCESO MANDIBULAR

- A-MANDIBULAR -LABIO 1/3 2/3 O COMPLETO
 -MANDÍBULA " "
 -PITS-LABIALES ; SENOS CONGÉNITOS LABIALES

IV FISURAS DE PALADAR Y LABIO MIXTO (CUALQUIER COMBINACIÓN)

V FISURA NASO OCULAR

VI FISURA ORO OCULAR

VII FISURA ORO AURICULAR

OBJETIVOS:

MEDIANTE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA ASÍ COMO LAS EVALUACIONES FOTOGRAFICAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO, FUÉ POSIBLE DEMOSTRAR LA PRESENCIA O AUSENCIA DE MEJORÍA EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LA MORFOLOGÍA NASAL:

- SIMETRÍA DE ALAS NAALES
- ADECUADA DEFINICIÓN Y PROYECCIÓN DE LA PUNTA NASAL
- CONTINUIDAD EN EL PISO NASAL
- ADECUADA RELACIÓN COLUMNELA - ALAR
- MÍNIMAS SECUELAS
- RESULTADOS ÓPTIMOS A LARGO PLAZO

MATERIAL Y METODOS:

SE ANALIZARON CLÍNICA Y FOTOGRAFICAMENTE A INTERVALOS DE TRES MESES, DURANTE UN PERÍODO DE 12 MESES, 19 PACIENTES CON DEFORMIDADES NAALES CONSISTENTES EN: HIPOPLASIA DE CARTÍLAGOS ALARES EN GRADOS VARIABLES, DOMOS BAJOS, DESPLAZAMIENTO LATERAL DE LOS DOMOS, PUNTA BÍFIDA O APLANADA, CRURAS LATAIALES DESPLAZADAS INFERIORMENTE, COLUMNELA CORTA, COLAPSO DE ALAS NAALES, DESPLAZAMIENTO LATERAL DE ALAS, ÁNGULOS FACIAL - ALARES APLANADOS BILATERALMENTE, HIPOPLASIA-BILATERAL DE APERTURAS PIRIFORMES, PISOS NAALES ENSANCHADOS, ASIMETRÍA DEL SEPTUM NASAL, FALTA DE CONTINUIDAD DEL MÚSCULO ORBICULAR E INADECUADA RELACIÓN DOMO - COLUMNELAR. QUIENES FUERON INTERVENIDOS CON LA TÉCNICA DESCRITA EN LA TESIS CORRESPONDIENTE A PLASTÍA DE PUNTA NASAL EN PACIENTES CON FISURA LABIAL BILATERAL: ANÁLISIS DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, MISMA QUE CONSISTIÓ EN LA UTILIZACIÓN DE UNA VÍA DE ABORDAJE MARGINAL, CON PLICATURA DE CRURAS Y DOMOS, MÁS LA UTILIZACIÓN DE UN COLGAJO EN TENEDOR EN CASO DE REQUERIRSE DE ALARGAMIENTO DE COLUMNELA Y COLOCACIÓN DE INJERTOS CARTILAGINOSOS DE CONCHA AURICULAR, DE FORMA CUADRANGULAR COMO LOS DESCRITOS POR PECK, Y EN SU CASO, EFECTUAR PLICATURA DEL MÚSCULO ORBICULAR PARA LOGRAR LA CONTINUIDAD DE ÉSTE.

EL UNIVERSO DEL ESTUDIO COMPRENDIÓ 19 PACIENTES A ESTUDIAR, 12 DEL SEXO MASCULINO Y 7 DEL SEXO FEMENINO CON EDADES ENTRE TRES MESES A 15 AÑOS DE EDAD. LA EVALUACIÓN FINAL DEL RESULTADO SE CONSIDERÓ UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS DOCE MESES DE POSOPERATORIO.

SE TOMARON COMO PARÁMETROS LAS MEDICIONES PRE Y POSOPERATORIAS A LOS DOCE MESES, CORRESPONDIENTES A LA LONGITUD VERTICAL DE LA PUNTA NASAL (LONGITUD PRE-OPERATORIA VERTICAL: L.PRE.O.V. LONGITUD POS-OPERATORIA VERTICAL: L.POS.O.V) MEDIDA TOMADA DEL PUNTO SUBNASAL A LA PUNTA NASAL, LA LONGITUD HORIZONTAL DE LA PUNTA NASAL (LONGITUD PREOPERATORIA HORIZONTAL L.PRE.O.H. LONGITUD POSOPERATORIA HORIZONTAL L.POS.O.H.) MEDIDA COMO LA DISTANCIA ENTRE LA SUPERFICIE INTERNA DE LAS BASES ALARES Y LA DISTANCIA INTERDOGMAL (DISTANCIA PREOPERATORIA INTERDOGMAL D.PRE.O.I.D. Y DISTANCIA POSOPERATORIA INTERDOGMAL: D.P.O.I.D.) MISMA QUE CORRESPONDIÓ A LA LONGITUD ENTRE LOS DOS PUNTOS LUMINOSOS DE LA PUNTA NASAL, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS FUEREN CLÍNICAMENTE VISIBLES.

ADEMÁS SE ANALIZARON LOS PORCENTAJES OBTENIDOS RESPECTO A SIMETRÍA DE NARINAS, CONTINUIDAD DE PISO NASAL Y PRESENCIA DE ÁNGULO PUNTA COLUMNELA.

FINALMENTE SE ANALIZAN LAS COMPLICACIONES EXISTENTES ATRAVÉS DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO.

RESULTADOS:

EN EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SE INCLUYEN EL POS-OPERATORIO- DE LOS 19 PACIENTES ESTUDIADOS. TODOS CON UNA EVALUACIÓN FINAL A LOS 12 MESES DEL POS-OPERATORIO.

LOS PARÁMETROS A VALORAR COMPARATIVAMENTE FUERON: LA LONGITUD - PR-OP, HORIZONTAL, LONGITUD POS. OPER, HORIZONTAL, LONGITUD PRE.OP, VERTICAL, LONGITUD POS.OPER, VERTICAL, LA DISTANCIA PRE.OPER. INTER DOGMAL, DISTANCIA POS. OPER. INTERDOGMAL.

<u>EDAD</u>	<u>L.PRE.O.H.</u>	<u>L.POS.O.H</u>	<u>L.PRE.O.V.</u>	<u>L.POS.O.V.</u>	<u>D.I.D.PRE.O.-POS.O</u>	
3 M	14MM.	11MM.	5MM.	5.5MM.	* A	A
3 A	21MM.	18MM.	6MM.	7.5MM.	A	A
3 A	21MM.	18MM.	6MM.	7.5MM.	A	A
3 A	22MM.	18MM.	6.5MM.	7.5MM.	A	A
4 A	23MM.	19MM.	7MM.	8 MM.	A	A
4 A	24MM.	19MM.	7MM.	8 MM.	A	5MM.
5 A	25MM.	21MM.	7.5MM.	8.5MM.	A	5MM:
6 A	28MM.	25MM.	7.5MM.	8.5MM.	A	5MM.
6 A	29MM.	25MM.	7.5MM.	8.5MM.	7MM	5MM.
6 A	28MM.	25MM.	7MM.	8.5MM.	A	5MM.
6 A	29MM.	25MM.	8MM.	9MM.	A	5.5MM.
6 A	29MM.	26MM.	8MM.	9.5MM.	7MM.	5MM.
6 A	29MM.	27MM.	8.5MM.	10 MM.	7MM.	5MM.
7 A	30MM.	26MM.	7MM.	7.5MM.	A	5.1MM.
7 A	31MM.	26MM.	7.3MM.	7.6MM.	A	5MM.
7 A	31MM.	25MM.	9.4MM.	11.5MM.	7MM.	5MM.
12A	33MM.	27MM.	11MM	14MM	7MM	5MM.
15A	33MM.	27MM.	13MM.	16MM.	A	6MM.
15A	35MM.	28MM.	14MM.	18MM.	7.5MM.	5MM.

EL 85% DE LOS PACIENTES OBTUVO UNA SIMETRÍA DE NARINAS, ASÍ - COMO LA CONTINUIDAD EN LOS PISOS NASALES EN EL 80% Y LA PRESENCIA - DE UN ÁNGULO PUNTA-COLUMNELA EN EL 80 % DE LOS PACIENTES.

* A: AUSENTE; CUANDO LA DISTANCIA INTERDOGMAL, MEDIDA ENTRE DOS PUN- TOS LUMINOSOS (DOMOS)NO ERA APRECIABLE CLÍNICAMENTE.

LAS COMPLICACIONES OBSERVADAS EN LOS DOCE MESES DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS FUERON, LA NECROSIS PARCIAL DE LA PORCIÓN DISTAL DEL COLGAJO EN TENEDOR DEL LABIO SUPERIOR, EN UNO DE LOS TRES PACIENTES EN QUE FUÉ NECESARIO REALIZARLO, PUES REQUERÍAN DE ELONGACIÓN COLUMNELAR. ESTA COMPLICACIÓN FUÉ RESUELTA A LOS 8 DÍAS, LOGRÁNDOSE EPITELIZACIÓN DE LA PORCIÓN AFECTADA.

LA DEFORMIDAD EN SUPRAPUNTA SE OBSERVÓ EN TRES PACIENTES, UNA DE ELLAS CORRESPONDE AL PACIENTE CON NECROSIS DEL COLGAJO EN TENDOR (PARCIAL) , Y OTROS DOS CASOS EN QUE A PESAR DE OBTENER GANCIAS EN LA LONGITUD VERTICAL DE 0.5MM. Y 3 MM., ÉSTA NO FUÉ SUFICIENTE PARA LOGRAR UNA ADECUADA PUNTA.

EN DOS PACIENTES, LA CONTRACTURA CICATRIZAL DE LA INCISIÓN MARGINAL PROVOCÓ RETRACCIÓN DE NARINA CON ASIMETRÍA DE ÉSTA. ESTA COMPLICACIÓN SE ATRIBUYE A UN MANEJO POCO DELICADO EN LA DISECCIÓN DE LA PUNTA NASAL.

DISCUSION

LOS RESULTADOS OBTENIDOS ATRAVÉZ DEL PRESENTE ESTUDIO, MUESTRAN TASAS DE ÉXITO SATISFACTORIAS EN LO QUE CONCIERNE A LAS PROYECCIONES ESTÉTICAS DE LA NARÍZ. LOS PUNTOS DE CRISIS LO ESTABLECEN, LA DIFICULTAD PARA LOGRAR UNA ADECUADA LONGITUD DE LA PIEL COLUMNELAR, DEBIDO A LA DELICADEZA DE LOS COLGAJOS NECESARIOS PARA LOGRAR ÉSTE PROPÓSITO. IGUALMENTE LA CONTINUIDAD DEL PISO NASAL, YA QUE IMPLICA UN RETO DEBIDO A LA DIASTÁSIS IMPORTANTE DEL MÚSCULO ORBICULAR, QUE EXIGE SU APROXIMACIÓN PARA LOGRARLA. ESTO LLEVA CONSIGO DEFICIENCIAS DEL CONTORNO EN EL PISO NASAL, QUE NO PERMITEN LOGRAR EL OBJETIVO ESTÉTICO DESEADO PARA ÉSTA ZONA.

LA CONTRACTURA CICATRIZAL DE LA INCISIÓN MARGINAL, EMPLEADA EN EL PRESENTE ESTUDIO, ES UN RIESGO LATENTE, Y FUÉ OBSERVADA EN DOS DE LOS PACIENTES. ÉSTA COMPLICACIÓN SE ATRIBUYE A UN MANEJO TISULAR POCO DELICADO DURANTE LA DISECCIÓN DE LA PUNTA NASAL.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1) KERNAHAN J.A. Y STARK, A NEW CLASSIFICATION FOR CLEFT LIP PALATE
PLAST. REC. SURGY. 22;435.1958
- 2) BERKELEY W.T. THE CLEFT LIP NOSE.
PLAST. REC. SURGY. 23;577.1959
- 3) McINDOE A.H. REES T.D. SYNCHRONOUS REPAIR OF SECONDARY DEFORMITIES IN CLEFT LIP NOSE.
PLAST. REC. SURGY. 24;150.1959
- 4) HARKINGS C.S. A CLASSIFICATION FOR CLEFT LIP AND PALATE
PLAST. REC. SURGY. 29;31. 1962
- 5) MILLARD JR. THE UNILATERAL CLEFT LIP NOSE
PLAST. REC. SURGY. 34;169.1964
- 6) MORELL-FATIO D. EXTERNAL NASAL APPROACH IN THE CORRECTION OF MAJOR MORPHOLOGIC SEQUELAE OF THE CLEFT LIP NOSE
PLAST. REC. SURGY. 44;234. 1966
- 7) BERKELEY W.T. CORRECTION OF SECONDARY CLEFT LIP NASAL DEFORMITIES
PLAST. REC. SURGY. 44;234. 1969
- 8) VILAR SANCHO B.A. PROPOSED NEW INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF -
CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE
PLAST. REC. SURGY. 511;530 1973
- 9) MILLARD JR. EARLIER CORRECTION OF THE UNILATERAL CLEFT LIP NOSE
PLAST. REC. SURGY. 70;64. 1982
- 10) PIGOTT R.W. AESTHETIC CONSIDERATION RELATED TO REPAIR OF BILATERAL CLEFT LIP NASAL DEFORMITY
BR. J. PLAST. SURGY. 41;593. 1988
- 11) CRONIN T.D. MANAGEMENT OF BILATERAL CLEFT LIP PALATE AND NOSE.
MOSBY Co. 242-252 1987