

30
2e/em



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TECNICAS QUIRURGICAS EN LABIO Y/O
PALADAR HENDIDO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rene Alejandro Axotla Jimenez'.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
RENE ALEJANDRO AXOTLA JIMENEZ



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

**TECNICAS QUIRURGICAS EN LABIO
Y/O PALADAR HENDIDO**

INTRODUCCION.

CAPITULO I. HISTOLOGIA.....pags 1

CAPITULO II. EMBRIOLOGIA.....pags 5

CAPITULO III. ZONAS INVOLUCRADAS.....pags 13

CAPITULO IV. ETIOLOGIA.....pags 15

CAPITULO V. CLASIFICACION DE LABIO Y/O PALADAR
HENDIDO.....pags 21

CAPITULO VI. EDAD IDONEA PARA INTERVENIR AL
PACIENTE.....pags 22

CAPITULO VII. TECNICAS QUIRURGICAS.....pags 26

CAPITULO VIII. TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO.....pags 70

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

CASOS CLINICOS.

INTRODUCCION

La observación de malformaciones como el labio y/o paladar hendido seguramente es tan antigua como la historia de la humanidad. Existen citas en la Medicina China de la época pre cristiana sobre reparación de labio hendido. Pero se debe llegar al siglo XIV, para poder recoger una descripción detallada del tratamiento quirúrgico del labio hendido. Es citado también en la interpretación mágica-religiosa de las culturas precolombinas en relación con los eclipses lunares. Se estudiaba como malformación congénita en 1556, y años después Von Graffe e inmediatamente después Roux sientan lo que serán las bases modernas de la reparación de la fisura palatina.

Con esta técnica iniciada el pasado siglo una gran cantidad de técnicas personales más o menos diferenciadas aparecen una gran variedad de clasificaciones se establecen y notables discusiones surgen sobre las indicaciones y el momento operatorio oportuno. En fecha no lejana se suscitaban discusiones entre los partidarios de operar el labio hendido inmediatamente después del nacimiento y los partidarios de esperar hasta unos meses más tarde. También hubo mutilaciones secuelas de mayor o menor grado obra de cirujanos autodidactas que aplicaban rígidamente reglas que habían leído mucho y experimentado muy poco.

La responsabilidad del cirujano no terminaba en el acto operatorio sino que debe seguir la rehabilitación ortopédica al igual que la rehabilitación foniatrica del fisurado.

No olvidemos que el nivel de inteligencia no suele ser el mayor obstáculo en la exteriorización de los problemas de articulación de la palabra que se presenta en los niños operados de fisura palatina, sino la resultante muchas veces de una pobre actitud rehabilitadora. Los buenos resultados van a depender del conjunto de un equipo que trabaje para un mayor interés del paciente, y ello debe estar basado en la comunicación, cooperación y coordinación de los esfuerzos.

Las implicaciones sociales que las malformaciones del tipo de labio hendido o paladar hendido condicionan sobre el propio niño afecto y el medio familiar que le rodea son enormes, especialmente en los medios socioculturales de los países desarrollados; por ello no solo se trata de alcanzar con el tratamiento un éxito quirúrgico que haga desaparecer o atenuar la malformación, sino alcanzar el objetivo de la total rehabilitación funcional y estética, sin que las malformaciones en sí mismas y las acciones quirúrgicas y estancias hospitalarias obligadas hayan tenido ninguna implicación sobre el desarrollo psicosocial futuro del niño.

CAPITULO I

HISTOLOGIA

HUESO. Se dice que el desarrollo del hueso depende de la osteogénesis u osificación. Conocer cómo, dónde y cuándo ocurre este proceso en la vida embrionaria es fundamental para comprender el crecimiento y la conservación ulterior.

NOMENCLATURA. Hace largo tiempo se advirtió que la osteogénesis (osificación) comenzaba en el cuerpo en dos sitios generales, a saber: 1) en áreas de mesénquima oruinarío y 2) dentro de las porciones más o menos centrales en desintegración de los modelos cartilagosos de los futuros huesos. Considerando que algunos de los sitios donde comenzaba la osteogénesis en áreas mesenquimatosas (en las cuales no había cartílago previo) tenían aspecto algo membranoso, la osificación en estos sitios se llama osificación intramembranosa. Por otra parte, la osificación que se observó comenzaba en las porciones centrales en desintegración de los modelos cartilagosos de los futuros huesos se llamo osificación endocondral. Debe descartarse que estos dos nombres denotan y no influyen sobre el tipo de osificación o la clase del hueso que resulta del mismo, que como veremos siempre es el mismo.

LABIOS. Los labios propiamente dichos están formados por fibras de músculo estriado y tejido conectivo fibroelástico. El parénquima muscular consta principalmente en fibras del músculo orbicular de los labios, y esta distribuido en la zona más

central del labio.

La superficie externa de cada labio está cubierta con piel que contiene folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas. El borde rojo libre del labio está recubierto por piel modificada que constituye una zona de transición de la piel a la membrana mucosa, y es relativamente transparente. Las papilas de tejido conectivo de la dermis que están debajo del mismo, son muchas, altas y vasculares. En la piel del borde rojo libre del labio, no hay glándulas sebáceas ni sudoríparas, ni folículos pilosos. El epitelio no está muy queratinizado ni cuenta con sebo.

A medida que la piel del borde rojo libre pasa a la cara interna del labio, se transforma en membrana mucosa. Su epitelio es más grueso que el que cubre el exterior del labio, y pertenece al tipo plano estratificado no queratinizado. Sin embargo, en las células de las capas más superficiales se observan algunos granulos de queratohialina. Las papilas altas de tejido conectivo de la lámina propia (que en las mucosas substituye a la dermis de la piel), penetran en su interior. Dentro de la lámina propia hay pequeños cúmulos de glándulas mucosas que son las glándulas labiales, que conectan con la superficie por medio de finos conductos.

PALADAR DURO. La boca necesita de un techo firme para que la parte anterior de la lengua, que es la que mayor movilidad tiene, pueda hacer presión contra un plano duro en el proceso de la mezcla y deglución de alimentos. Además, la mucosa que

recubre el techo de la boca tiene que estar fijada firmemente a dicha zona resistente, para que no la desalojen los potentes movimientos de la lengua, y su epitelio debe soportar el desgaste. Tales condiciones son cumplidas por la presencia de un techo óseo sobre la lengua, recubierto en su superficie interior por una mucosa, cuya lámina propia se continúa con el periostio del hueso, y cuyo epitelio es del tipo estratificado plano queratinizado.

Hacia los lados la mucosa no está adherida de manera uniforme al techo óseo, y está unida a él por haces fuertes de tejido conectivo. Entre estos dos planos se encuentran células adiposas, en sentido anterior, y glándulas en la zona posterior.

En la línea media existe un borde de hueso al cual el epitelio está unido por medio de una finísima lámina propia y que recibe el nombre de rafe central. Las arrugas son centros de tejido conectivo irradiada desde este punto hacia los lados y son más importantes en los comienzos de la vida, que en el adulto.

PALADAR BLANDO. El paladar blando es continuación del duro, esta situado atrás y sus funciones son diferentes de las de este último. No tiene que soportar el potente impulso de la lengua, ni debe ser lo suficientemente móvil para que en el acto de la deglución sea llevado hacia arriba, y de este modo, obture la nasofaringe para evitar que el alimento pase a las vías respiratorias. Para este fin se necesita que conten-

ga fibras musculares; que también sea bastante resistente y - que contenga tejido conectivo dispuesto en la forma que se observa en una aponeurosis.

El paladar blando sobresale hacia atrás en la faringe, - desde el paladar duro, y en consecuencia la membrana mucosa - en su superficie superior forma parte del recubrimiento de la nasofaringe, y la mucosa de su superficie inferior comprende una porción del recubrimiento de la bucofaringe. Desde su superficie superior, en sentido descendente, muestra las siguientes capas: 1) epitelio plano estratificado o cilíndrico, pseudoestratificado, ciliado; 2) una lámina propia que contiene escasas glándulas, y que cerca del paladar duro asume la forma de una fuerte aponeurosis; 3) una capa muscular (en sentido posterior); 4) una gruesa lámina propia que contiene muchas glándulas, y 5) epitelio estratificado plano no queratinizado.

CAPITULO II EMBRIOLOGIA

En la formación de la cabeza y del cuello contribuye grandemente el aparato branquial que consta de: 1) los arcos branquiales, 2) las bolsas branquiales, 3) los surcos branquiales, y 4) las membranas branquiales.

El primer arco branquial, llamado con frecuencia arco mandibular, desarrolla dos prominencias o elevaciones: 1) el proceso o prominencia mandibular, que es el más grande, forma el maxilar inferior o mandíbula, y 2) el proceso o prominencia maxilar, que es el más pequeño, da lugar al maxilar superior, a la arcada cigomática, y a la parte escamosa del hueso temporal.

En la etapa inicial, la boca se presenta como una pequeña depresión en el ectodermo de la superficie llamada estomodeo o boca primitiva. En período incipiente, el estomodeo está separado del intestino anterior o faringe primitiva por una membrana bilaminar, la membrana bucofaríngea, también llamada lámina bucofaríngea.

Los procesos o apófisis mandibulares, se advierten causalmente al estomodeo; los procesos maxilares, lateralmente, y la prominencia frontal, elevación algo redondeada, en dirección craneal.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido, los procesos nasolateral y nasomediano, que rodean a la plácoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión, la fosita nasal. Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz, labio superior y maxilar, y todo el paladar primario.

Los procesos maxilares siguen creciendo en dirección interna y comprimen los procesos nasomedianos hacia la línea media. En etapa ulterior, estos procesos se fusionan entre sí; y también se unen con los procesos maxilares hacia los lados. En consecuencia el labio superior es formado por los dos procesos nasomedianos y los dos procesos maxilares.

En etapa inicial los procesos maxilares y nasolaterales están separados por un surco profundo, el surco nasolagrimal. El ectodermo en el suelo de este surco forma un cordón epitelial macizo que se despega del ectodermo suprayacente; después del despegamiento del cordón, los procesos maxilares y nasolaterales se fusionan entre sí.

Los procesos nasomedianos se fusionan en la superficie y también a nivel más profundo. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben, en conjunto, el nombre de segmento intermaxilar. Consisten en lo siguiente: 1) componente labial, que forma el surco del labio superior, también llamado filtrum; 2) componente maxilar inferior, que lleva los cuatro incisivos, y 3) componente palatino, que forma el pala

dar primario triangular.

Para el final de la cuarta semana, a cada lado de la porción inferior de la prominencia frontonasal o frontal aparecen engrosamientos bilaterales ovalados del ectodermo, llamados plácodas nasales. El mesénquima prolifera en los bordes de estas plácodas, lo cual produce los procesos nasomedianos y nasolaterales. Las plácodas nasales están situadas en esta etapa en depresiones llamadas fositas nasales.

Las prominencias maxilares crecen rápidamente y pronto se acercan entre sí y a las prominencias nasomedianas. Cada prominencia nasolateral está separada de las prominencias maxilares por una hendidura o pliegue que recibe el nombre de surco nasolagrimal. Al final de la quinta semana cada prominencia maxilar se ha unido con la prominencia nasal lateral a lo largo de la línea del conducto nasolagrimal.

PALADAR. Se desarrolla a partir de dos primordios: el paladar primario y el secundario. La fusión de las diversas partes del paladar no se completa sino hasta alrededor de la decimosegunda semana.

PALADAR PRIMARIO. Se desarrolla al final de la quinta semana a partir de la porción más interna del segmento intermaxilar del maxilar superior.

El paladar primario se vuelve la parte premaxilar del ma

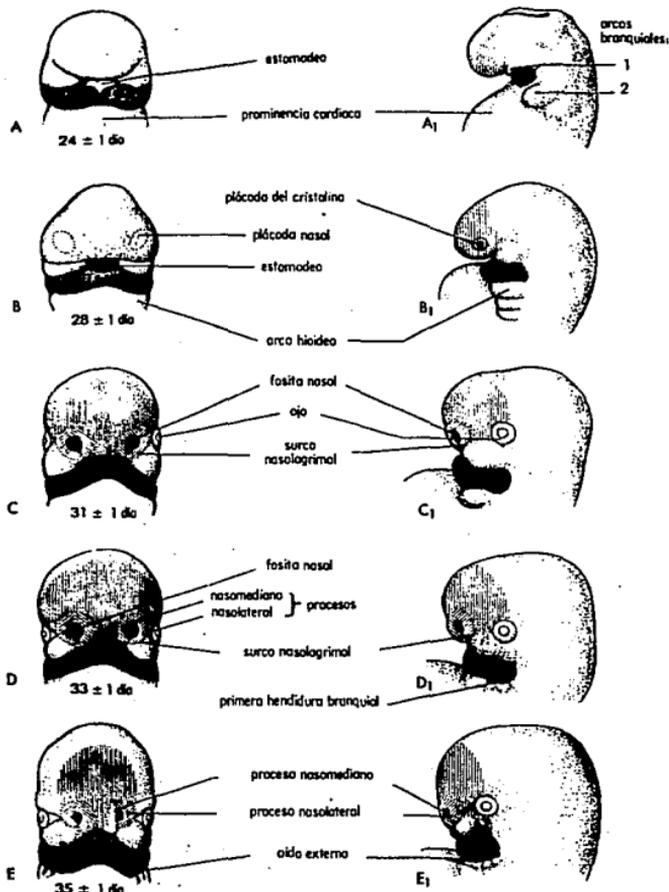
xilar, el cual contiene a los incisivos.

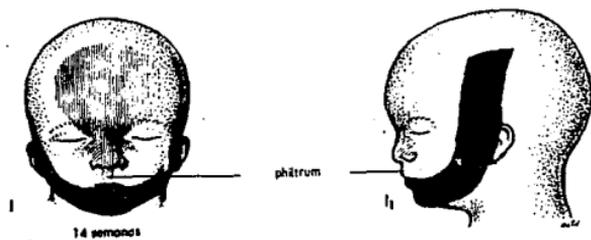
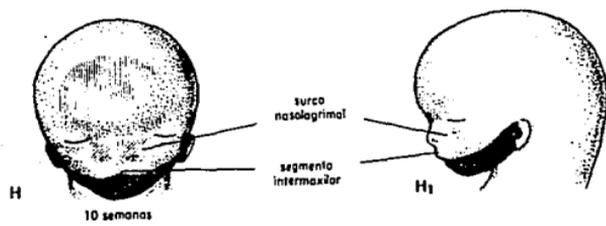
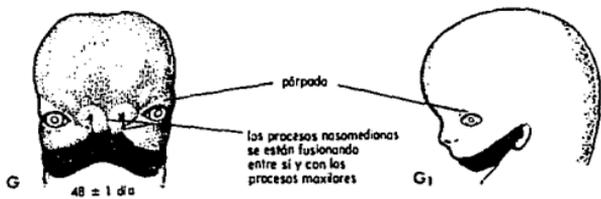
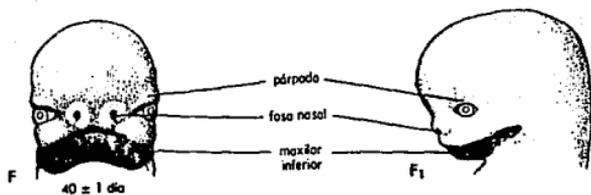
El paladar primario da origen solamente a una pequeña parte del paladar duro del adulto.

PALADAR SECUNDARIO. El paladar secundario es el esbozo del paladar duro y del paladar blando, y se extiende desde la región del foramen posterior de los incisivos. El paladar secundario se desarrolla a partir de dos proyecciones mesodérmicas horizontales que se extienden desde las partes internas de las prominencias maxilares, a las cuales se les llama procesos palatinos laterales o crestas palatinas, aparecen en el embrión de seis semanas y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua. En la séptima semana, la lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden y se tornan horizontales por arriba de la lengua y se fusionan una con otra, formando así el paladar secundario.

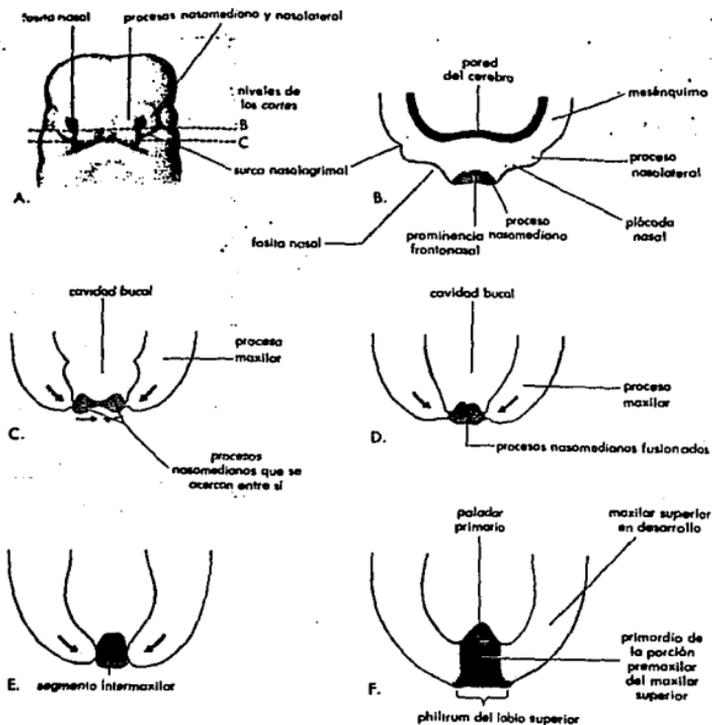
La fusión entre el tabique nasal y los procesos palatinos comienza en un período anterior durante la novena semana y se completa posteriormente en la región de la úvula alrededor de la decimosegunda semana. En el paladar primario se desarrolla hueso gradualmente y forma la parte premaxilar del maxilar superior. Al mismo tiempo se extiende hueso de los maxilares y palatinos hacia las prolongaciones palatinas y se forma el paladar duro u óseo. Las porciones posteriores de las prolongaciones palatinas no se osifican sino que exceden del tabique nasal y se fusionan para formar el paladar blando

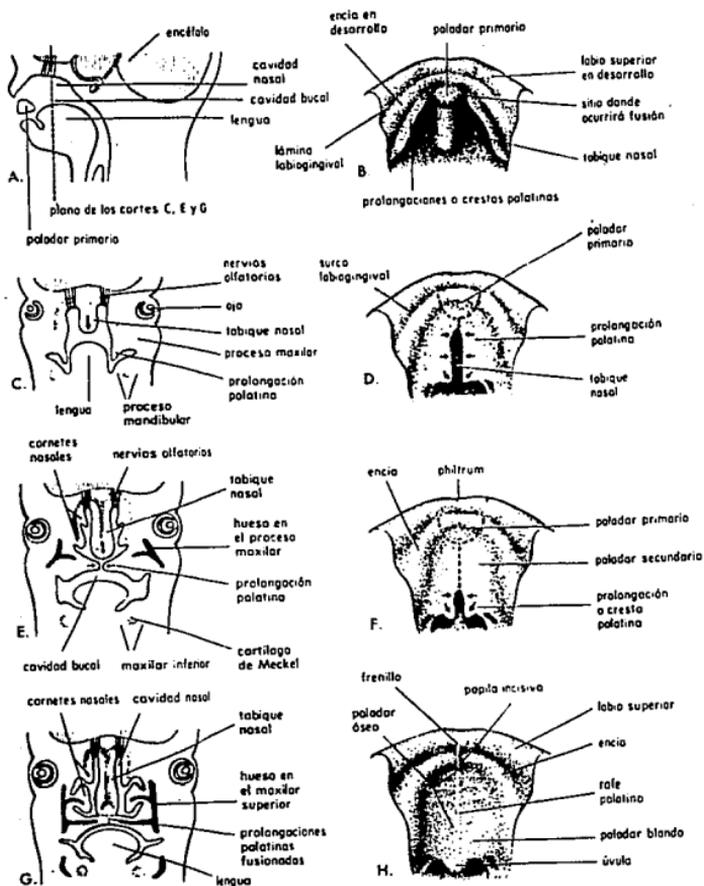
y la úvula. La úvula es la última porción que se forma del paladar. El rafe palatino señala permanentemente la línea de fusión de las prolongaciones o crestas palatinas.





EL APARATO BRANQUIAL Y LA CABEZA Y EL CUELLO





CAPITULO III ZONAS INVOLUCRADAS

Las fisuras del labio superior y del paladar son comunes y se hacen evidentes porque causan anomalías de la apariencia facial y del habla. Hay dos grupos que son los más importantes:

1. Fisuras que comprenden el labio superior y la parte anterior del maxilar, con o sin participación de partes de las regiones restantes del paladar, sean duras o blandas; y

2. Fisuras que comprenden las regiones duras o blandas del paladar.

Los orificios de los incisivos sirven como un detalle anatómico entre las deformidades anteriores y posteriores dependientes de falta de unión. Las situaciones por delante del agujero incisivo dependen de defecto de la penetración mesodérmica propiamente dicha en los surcos y de desaparición verdadera de tejido en los surcos que separan los procesos nasomediano y maxilar. Incluyen labio hendido lateral, maxilar superior hendido y hendidura entre paladares primario y secundario. Los defectos situados por detrás del agujero incisivo dependen de que no se fusionen las crestas palatinas e incluyen paladar hendido (secundario) y úvula hendida. El tercer grupo corresponde a combinación de hendiduras situadas por delante y por detrás del agujero incisivo.

Las hendiduras anteriores varían en gravedad desde defectos apenas visibles en el borde mucocutáneo del labio hasta hendiduras que se prolongan a la nariz. En casos graves, la hendidura se extiende a mayor profundidad y abarca el maxilar superior.

De manera análoga, varía la gravedad de las hendiduras posteriores desde aquellas que afectan todo el paladar secundario hasta las que se circunscriben a la úvula.

C A P I T U L O I V

E T I O L O G I A

EMBRIOGENESIS DEL LABIO HENDIDO. Por teorías pueden explicar el labio hendido; el defecto de coalescencia de las membranas faciales y la ausencia de mesodermización del muro epitelial.

Un engrosamiento del ectodermo, el muro epitelial, crece progresivamente en espalón, esbozando así detrás de él la cavidad de las fosas nasales. El mesodermo debe aportar vasos y nervios al muro epitelial. Sino penetra este muro se produce una reabsorción y, por consiguiente, una hendidura que constituye el labio hendido.

La división palatina se produce en el proceso de formación del paladar secundario, ya que los pliegues palatinos no realizan su unión en la parte media.

Las malformaciones congénitas se definen como "defectos estructurales macroscópicos" presentes en el neonato. Se han comprobado varias anomalías a nivel celular y molecular de carácter congénito, pero no suele incluirse en la definición antes mencionada sino que se llaman "anomalías congénitas".

El labio hendido es una malformación relativamente frecuente; constituye el 15% de todas las malformaciones.

En la actualidad se estima que alrededor de 10% de las malformaciones humanas dependen de factores ambientales, y otro 10% adicional de factores genéticos y cromosómicos; se su-

pone que el resto, 30% de las malformaciones, sean causadas - por una interacción complicada de diversos factores genéticos_ y ambientales.

COMPONENTE HEREDITARIO. Se acepta, en general, que el factor_ etiológico principal del labio hendido y paladar hendido tiene carácter genético; sin embargo no hay relación genética entre el labio hendido y paladar hendido aislado. El labio hendido es más frecuente en varones que en mujeres. En lo que se refiere a la repetición del labio hendido, está comprobado -- que padres normales pueden tener hijos con labio y/o paladar_ hendido pero en índice muy bajo, al contrario de padres que - presentaron labio y/o paladar hendido en el cual el nivel de_ incidencia es más alto.

COMPONENTE CROMOSOMICO. Cuando existen una alteración en el_ gún par cromosómico, es decir, existe un cromosoma adicional_ se dice que el sujeto es trisómico para el cromosoma dado, y_ el estado se llama trisomía. Se han comprobado cuatro triso- mias que pueden presentar labio y/o paladar hendido.

1. TRISOMIA 21. Constituye el llamado síndrome de Down.

Clinicamente el Síndrome de Down se caracteriza por:

- a) Retraso mental.
- b) Ojos y facies características.
- c) Displasia auricular.

- d) Macroglosia con prognatismo.
- e) Cardiopatías en el 10-12% de los casos.
- f) Labio hendido y fisura palatina en un 4-6% de casos.

2. TRISOMIA 17-18. Los pacientes que presentan esta disposición cromosómica tienen suficientes caracteres que sugieren entidad clínica neta. Constituye el denominado síndrome - de Edwards. Presenta clínicamente:

- a) Retraso mental.
- b) Defectos cardíacos congénitos.
- c) Orejas de inserción baja.
- d) Flexión de dedos y manos.
- e) Micrognatia.
- f) Anomalías renales.
- g) Sindactilia y malformaciones óseas.
- h) Labio hendido en un 15% de casos.

3. TRISOMIA 13-15. Las principales anomalías de este síndrome son:

- a) Retraso mental.
- b) Defectos cardíacos congénitos.
- c) Sordera.
- d) Paladar y labio hendidos en un 70-80%.
- e) Defectos oculares de la índole de: microftalmía, anoftalmía y coloboma.
- f) Micrognatia.
- g) Displasia auricular.
- h) Sindactilia y polidactilia.
- i) Anomalías cerebrales.
- j) Anomalías urogenitales.

FACTORES AMBIENTALES. En la actualidad se estima que alrededor del 10% de las malformaciones humanas conocidas dependen de factores ambientales, quizá debido a que los factores teratógenos son poco conocidos. Se consideran factores teratógenos ambientales los siguientes:

AGENTES INFECCIOSOS. Se han atribuido malformaciones congénitas a una docena de virus, aproximadamente; pero sólo dos

de ellos, el de la rubéola y el citomegalovirus, se han identificado como causa de malformaciones y de infección fetal crónica, que persisten después del nacimiento.

Se han descubierto malformaciones consecutivas a infección materna por virus de sarampión, parotiditis, hepatitis, poliomelitis y varicela. Estudios recientes indican que probablemente ninguno de ellos cause malformaciones.

La sífilis es considerada causa destacada de malformaciones congénitas, pero se ha comprobado que esta teoría carece de fundamento. Cuando la sífilis estaba difundida se atribuía a ella malformaciones congénitas de la fístula de labio hendido, espina bífida y otras. Sin embargo, al disminuir la frecuencia de la enfermedad, también disminuyó la relación que guardaba con estas malformaciones.

RADIACION. Desde hace años se conoce el efecto teratógeno de los rayos X, y está comprobado que la administración de dosis grandes de rayos X o radio a embarazadas puede ocasionar microcefalia, defectos craneales, espina bífida, paladar hendido y defectos de las extremidades.

AGENTES QUIMICOS.

1. FARMACOS. Entre los muchos medicamentos utilizados durante la gestación, de pocos se ha comprobado que sean teratógenos para los hijos.

La aminopterina pertenece al grupo de los antimetabólicos y antagoniza al ácido fólico. Se utilizaba al principio del embarazo para producir aborto terapéutico. En los casos en los que no ocurrió aborto se advirtieron malformaciones en los hijos; fueron éstas: anencefalia, meningocele, hidrocefalia y labio y/o paladar hendido.

2. HORMONAS. Se ha comprobado repetidamente por experimentación que la cortisona inyectada a ratones y conejos en determinados períodos de la preñez puede aumentar la frecuencia del paladar hendido en la descendencia. Aunque algunos investigadores indican que la administración a mujeres en etapa incipiente de la gestación puede causar paladar hendido en el feto, se ha informado de casos en los cuales la madre recibió cortisona durante todo el embarazo y el feto fue normal. No se ha comprobado que la cortisona sea factor ambiental que cause paladar hendido en el ser humano.

CAPITULO V
 CLASIFICACION DE LABIO Y/O PAL
 DAR HENDIDO

LABIO HENDIDO	UNILATERAL	COMPLETO	Con o sin involucración del paladar.
		INCOMPLETO	
LABIO HENDIDO	BILATERAL	COMPLETO	Con o sin involucración del paladar.
		INCOMPLETO	

PALADAR HENDIDO	UNILATERAL	COMPLETO	Con o sin involucración del labio.
		INCOMPLETO	
PALADAR HENDIDO	BILATERAL	COMPLETO	Con o sin involucración del labio.
		INCOMPLETO	

INSUFICIENCIA V LOZARINGA

CAPITULO VI
EDAD IDONEA PARA INTERVENIR
AL PACIENTE.

LABIO HENDIDO. Aunque en la actualidad podemos decir que mundialmente existe un criterio uniforme sobre el momento en que está indicado operar un labio hendido, hemos de resaltar que durante largos años de la historia del tratamiento quirúrgico del labio hendido han existido dos grandes tendencias: 1) Operar al nacer. 2) Operar al cabo de unos meses del nacimiento.

1. Operar al nacer

Indicaciones:

- a) Que los padres no tengan que soportar la visión de la deformidad.

Contraindicaciones:

- a) Menor resistencia del niño ante una intervención quirúrgica.
- b) No da tiempo de estudiar al niño (muchos de ellos — tienen malformaciones asociadas, cardiopatías, etc.).
- c) Las referencias anatómicas del labio en que nos basamos para realizar su reconstrucción son al nacer apenas reconocibles.

2. Operar al cabo de unos meses.

Indicaciones:

- a) Estar superadas todas las contraindicaciones del ope
rar al nacer.
- b) Poder hacer ortopédica prequirúrgica en los casos que lo presicen.

Contraindicaciones:

- a) Que los padres tengan que soportar por unos meses la visión de la deformidad.

Los tratamientos ortopédicos, tan necesarios e indispensables en la compleja terapéutica del labio hendido, han repercutido de una manera esencial sobre la elección del momento oportuno.

En la actualidad, la opinión mundial reflejada unánimamente en los Congresos Mundiales de labio hendido que han tenido lugar es de operar entre los 3 y 6 meses de edad.

Una serie de razones ha determinado este momento:

1. Mayor resistencia del niño ante una intervención quirúrgica.
2. Da tiempo a estudiar detenidamente al niño antes de -

la intervención.

3. Es indispensable en muchos de los casos realizar un - tratamiento ortopédico preoperatorio, especialmente en las formas bilaterales.
4. Las técnicas quirúrgicas actuales consisten en la formación de colgajos geoméricamente disecados nos obligan a operar sobre un labio mucho más desarrollado y - por lo tanto con referencias anatómicas más precisas y definidas que las que nos encontramos en el labio del recién nacido.
5. El hueso maxilar del recién nacido apenas esta osificado. Las deformidades que producen las inevitables - tensiones postoperatorias sobre este hueso son gravísimas.

PALADAR HENDIDO. Dos aspectos condicionan el momento en que - debe ser intervenido un paladar hendido.

1. Conseguir una recuperación funcional de la musculatura.
2. Evitar al máximo las deformidades óseas.

La potencia de la musculatura palatina se recupera en - función de la edad en que se opera. La inactividad muscular - disminuye la potencia del músculo. Con la operación tardía el

músculo queda con menor potencia funcional y con la operación demasiado precoz nos exponemos a producir graves y en ocasiones irreversibles deformidades óseas.

Por estas circunstancias se cree que el momento ideal para realizar la intervención es a los 18 meses de edad. A partir de los 18 meses, el niño comienza a utilizar la musculatura palatina para el lenguaje. No se priva, por lo tanto, al músculo de su actividad motora.

En las formas totales, en que por haber pérdida de continuidad a nivel del reborde alveolar se realiza, la intervención en dos tiempos; se cierra la parte funcional del velo a los 18 meses, dejando para un segundo tiempo, entre los 4 y 5 años de edad, el cierre del paladar óseo.

CAPITULO VII
TECNICAS QUIRURGICAS

Para comprender los objetivos de la reparación de labio y paladar hendido debe evaluarse no sólo la deformidad sino también su relación con la anatomía normal.

TECNICA DE TENNISON-RANDALL (REPARACION DE LABIO HENDIDO CON COLGAJO TRIANGULAR).

Consideraciones:

1. Incisión en "Z" en el borde externo de la fisura, la fisura, la cual es desplegada.

2. Incisión en el borde interno de la fisura, la cual se abre para recibir el colgajo triangular del elemento lateral, alargando el elemento medial.

3. Reorientación de la fibras del orbicular en dirección horizontal normal.

A. Se marcan incisiones de espesor total del lado medial de la fisura, que se extienden desde el punto 5 al punto 13.- El exceso de labio se recorta como marcan las zonas sombreadas. La incisión 7-13 se hace revelando un defecto de forma triangular a medida que el arco de Cupido remanente se rota a su posición normal.

B. Se marcan zonas anatómicas normales que nos servirán de guía para la reparación, esto se hace con azul de metileno

C. Las marcas se controlan antes de la construcción del colgajo lateral triangular: la distancia 4-2 iguala la distancia proyectada 5-10-3, iguala la distancia proyectada 6-11-8. Las incisiones de espesor total se hacen entonces del lado exterior de la fisura. La movilización de la base alar y de la mejilla se hace de manera suficiente como para realinear la narina del lado fisurado, para emparejarla lo más posible con la narina normal. Los haces musculares del orbicular de los labios se disecan cuidadosamente de los bordes de la fisura socavando en los planos subcutáneo y submucoso y liberándolos de sus inserciones anormales superiormente a lo largo de los bordes de la fisura. El cierre labial se hace en tres planos: músculo, piel y mucosa, con los puntos 6,5,9,13,7 y 8-13.

D. La reparación terminada.



**TECNICA CON COLGAJO RECTANGULAR (AXHAUSEN, HAGEDOM, LEMESU---
RIER).**

Consideraciones:

1. Evitar una cicatriz vertical rectilínea.
2. Mobilización adecuada de ambos lados del labio a lo largo del surco gingivovestibular, con avance de los lados del labio hacia la fisura.
3. Generoso socavado del ala de la nariz y de la mejilla del mismo lado de la fisura.
4. Tierre en tres planos: mucoso, muscular y cutáneo.
5. Alineación precisa del borde rojo con respecto a la masa externa, para formar un labio superior fruncido en el arco de Cupido.
6. Evitar lesionar hueso o cartílago.

A. Se hace la medición inicial (con la deformidad de la columnela apartada a la línea media) en la cara interna de la base de la columnela (A), en la punta del borde rojo mediano hasta el vértice del arco de Cupido (B). El punto A está en el extremo del borde rojo exterior. La distancia A-D-C-B es igual que la distancia A'-D'-C'-B'. Se restan 3 ó 4 mm. (B-C=D'-C'= distancia menor) de esta distancia inicial (usualmente 11 ó -

12 mm.), llegando a 8 mm. ($A-D=A'-D'$ = distancia mayor). En consecuencia, $(A-D)+(B-C)=(A'-D')+(B'-C')$ = dimensión vertical del lado normal y a la vez es igual a la dimensión vertical deseada del lado fisurado. Los puntos D, B y B' están situados en la línea mucocutánea. C está a 3 ó 4 mm. directamente por encima de B, mientras que C' está a 3 ó 4 mm sobre una línea en ángulo recto con respecto al límite cutáneo-mucoso. Las incisiones no se hacen a lo largo de las líneas D-C y D'-C' hasta el cierre de la operación, dado que la movilización y rotación de la base alar puede variar en parte las mediciones iniciales. Se remite el paso M por la orientación de los puntos.

B. Reconstrucción del piso de la nariz en su parte anterior: se comienza con un colgajo vuelto hacia afuera, mediano y de mucosa, del borde de la fisura de la cresta alveolar. Se toma la precaución de no desgarrar este colgajo ni lesionar el hueso o cartílago subyacentes. Este colgajo no debe extenderse más allá del punto en que el premaxilar se encuentra con el vómer.

Se forma entonces un colgajo lateral de mucosa vuelto hacia afuera, comenzando desde el proceso alveolar y desde allí hacia arriba, hacia la nariz.

C. Los colgajos mediano y lateral vueltos hacia afuera han sido aproximados con sutura interrumpida en catgut cromado 5-0 ó 6-0. La movilización de la porción lateral del labio se comienza con una incisión gingivovestibular, dejando suficiente mucosa adherida en la cresta alveolar, para la aplica-

ción de suturas para avanzar el labio. Esta incisión comienza en el extremo del labio, cerca del ala de la nariz y se extiende por la fosa canina. Esta incisión no debe ser muy cercana al cartílago y el reborde, de lo contrario se colansarían las narinas. Si se hace demasiado posteriormente, las narinas parecerán demasiadas voluminosas.

D. Con pequeñas tijeras curvas y romas se moviliza la abertura hasta algunos milímetros del reborde orbitario inferior, teniendo cuidado para no lastimar el nervio infraorbitario. El labio, el carrillo y el ala de la nariz quedan así liberados como una sola unidad.

E-F. Se hace una incisión gingivovestibular similar del lado opuesto, extendiéndose bastante más allá de la línea media. Si existe desplazamiento de la columela, esta incisión se hace más profunda para liberar a la columela. Se emplean pequeñas tijeras curvas. Debe tenerse cuidado para no lesionar cartílagos ni la espina nasal anterior.

G. Si existe marcada deformidad del ala de la nariz, se hace una incisión a lo largo del borde del ala. Esto facilita la aproximación del ala desplazada lateralmente (punto O) hacia la columela, con lo cual se estrecha la narina y se forma un piso de fosa nasal más normal. El colgajo alar (O) es mejor que sea muy corto que muy largo.

H. Para facilitar la aproximación del colgajo alar a la base de la columela, se indica la incisión mediana del borde

rojo en el punto A, el extremo del cartilago se sutura al tubérculo de la columna.

I-J. Se ha completado la sutura del colgajo alar con su borde inferior aproximado al borde saliente del piso de la nariz reconstruido (los colgajos vertidos hacia afuera mediano y lateral) y su borde externo al área remanente denudada en la base de la columna.

Se hace ahora una incisión en todo el espesor, comenzando en el punto A' que esta en el extremo superior de la unión cutáneomucosa, en el lado externo de la fisura. Es mejor interrumpir temporalmente esta incisión en C' mientras se extiende la incisión del lado interno. La longitud de esta incisión desde el punto A' depende de la medición inicial de la dimensión vertical del labio en el lado sano, cuando más labio se requiere, más larga será la incisión.

K. La incisión interna del colgajo de borde rojo se hace desde el punto D en el límite cutáneo mucoso hacia el punto C.

L. Ahora se cruzan los colgajos y se compara la dimensión del labio reparado con el lado normal. Si la dimensión vertical del labio es escasa, se extienden ambas incisiones. Se avanza ahora el colgajo medial del labio hacia la fisura y se fija con suturas de catgut cromado que pasan a través del borde de la mucosa que se dejó aplicada en la cresta alveolar.

El colgajo exterior de labio se avanza y sutura de manera similar.

M. La porción superior del colgajo lateral de labio (A) se sutura ahora al piso de la fosa nasal, llegando hasta la columela (A). Las partes excesivas del colgajo de borde rojo se recortan ahora luego de una evaluación cuidadosa, a continuación de la maniobra de cruce. Debe lograrse un pliegue en el labio. La primera línea de suturas de catgut cromado fino se aplica en la mucosa, con nudos ajustados sobre la superficie de esta membrana. Se hacen por lo menos tres puntos de sutura musculares con catgut cromado 5-0 ó 4-0 para el segundo plano. Antes de suturar el tercer plano, se levantan ligeramente los bordes de la piel por facilitar cierta eversión del cierre de la piel. La aproximación de la piel se hace con nailon 5-0. Los bordes rojos deben estar esmeradamente alineados en forma perfecta.

N. El cierre terminado. Se aplica un apósito de gasa con colodión sobre la reparación, que se extiende bien hasta las mejillas. Se inmovilizan los codos.

Si existiese asimetría del eje de los orificios nasales o de la punta de la nariz, debe diferirse la corrección hasta la edad de cinco años aproximadamente. El tiempo y los tejidos blandos recobrados de la reparación inicial tenderán a remodelar la estructura ósea y se debe permitir que esos cambios ocurran antes de hacer cirugía de la punta de la nariz.





H



I



J



K



L



M



N

TECNICA DE AVANCE POR ROTACION (MILLAR).

Consideraciones.

1. Rotación (hacia abajo) del arco de Cupido hasta su posición normal con su preservación.

2. Avance (medial) de la porción superior del elemento lateral de la fisura (colgajo B).

3. Elongación de la columnela en el lado de la fisura — (colgajo C).

4. Corrección independiente del ensanchamiento alar del lado de la fisura (colgajo D).

5. Reconstrucción del esfínter muscular del orbicular de los labios.

A. Se hace una incisión en ángulo recto con respecto a los bordes rojos, hacia el borde interno del labio fisurado, en un punto correspondiente a la altura potencial del arco de Cupido en el lado de la fisura (punto 3). Desde este punto hacia arriba se recorta el borde rojo de la fisura. La incisión —que abarca todo el espesor— se lleva entonces hacia arriba siguiendo la curvatura recíproca y la posición del filtrum del lado normal, hasta alcanzar la base de la columnela. La incisión se hace sesgada para conservar en el colgajo tanto —músculo como sea posible. Sin cruzar al filtrum normal, la in

cisión se curva bajo la base de la columnela y se extiende hacia el lado normal tanto como sea necesario para rotar el arco de Cupido (colgajo A) hacia un plano horizontal normal. -- Una pequeña incisión recurrente (punto X) dirigida oblicuamente facilita esta rotación.

B. Una erina fija ejerce tracción hacia arriba en el reborde alar del lado de la fisura. Esto mostró un defecto en la base de la columnela del lado de la fisura para ser rellenado con el colgajo C. Este colgajo es ulteriormente socavado y avanzado a su posición, para equilibrar la columnela. La cara interna del colgajo C se adapta y se sutura a la cara superior del defecto creado por la rotación hacia abajo del colgajo A.

C. Se forma ahora el colgajo B, cortando nuevamente al sesgo para preservar todo el músculo posible en el colgajo. -- El borde rojo se recorta haciendo una incisión en ángulo recto hasta el borde en el punto (8), en el cual el borde se atnúa y en el que la longitud resultante preservada del elemento lateral al ser suturada al elemento medial (colgajo A) dará como resultado un labio normal y equilibrado. La distancia entre este punto (8) y la comisura bucal ipsilateral (7) generalmente corresponde a la distancia entre el vértice del arco de Cupido (2) y la comisura bucal del lado no fisurado (6). -- La incisión se hace siguiendo el borde rojo, para incluir el tejido labial más superointerno utilizable y entonces se curva lateralmente bajo la base alar.

Mediante una incisión en el surco gingivestibular supe-

rior se disecciona entonces el elemento lateral del maxilar superior subyacente. Al mismo tiempo, la base alar del lado del defecto (colgajo D) se libera de su fijación al agujero periférico. La atención se centra entonces en una disección cuidadosa de los haces musculares del orbicular de los labios, liberándolos tanto por debajo de la piel como por debajo de la mucosa, de manera que cuando sean aproximados a través de la fisura, la orientación de sus fibras será modificada de su dirección anormal, casi vertical, a la dirección horizontal normal. Se avanza entonces el colgajo medial B y se sutura en el defecto creado por la rotación hacia abajo del colgajo A y el labio se cierra en tres planos: músculo, piel y mucosa.

Se avanza entonces el colgajo D en sentido medial para cerrar el piso del orificio nasal. Una porción de este colgajo puede desepitelizarse y suturarse a la base del tabique nasal, con una sutura permanente como cincha alar unilateral.

D. La reparación terminada.

Complicación.

La complicación iatrogénica más frecuente es la hiporrotación del colgajo A.



A



C



B



D

REPARACION DE LABIO HENDIDO BILATERAL

Consideraciones.

1. Restaurar y mantener el premaxilar en su posición correcta en el arco dentario superior. Esto facilita la reparación bilateral del labio con mínima tensión.

2. Proyectar la reparación labial teniendo en mente la corrección nasal adecuada.

3. Reconocer, identificar y preservar los hitos normales y todos los tejidos posibles.

4. Reconstruir la porción central del arco de Cupido con el borde rojo de los elementos laterales.

5. Restaurar el esfínter muscular del orbicular de los labios en la etapa correspondiente.

A. Hay tres tipos de deformidades principales:

1. Deformidad del maxilar superior: separación del componente premaxilar de la parte lateral de los arcos maxilares superiores. El premaxilar puede estar desviado o rotado hacia un lado y puede proyectarse anteriormente en grado variable.

2. Deformidad labial: prolabio de tamaño variado, que no contiene elementos musculares, arco de Cupido ni filtrum, in-

TECNICA DE CIERRE EN LINEA RECTA (VEAU) PARA LA REPARACION DE LABIO HENDIDO COMPLETO

Consideraciones.

1. Reconstruir el arco de Cupido con borde rojo de los elementos laterales.

2. Para revestir la porción central oral de la reconstrucción, se preserva y utiliza el borde rojo del prolabio.

3. Incisiones pequeñas para relajar las alas de la nariz.

A. Se hacen incisiones a lo largo de los bordes rojos, - como lo indican las líneas de trazos interrumpidos.

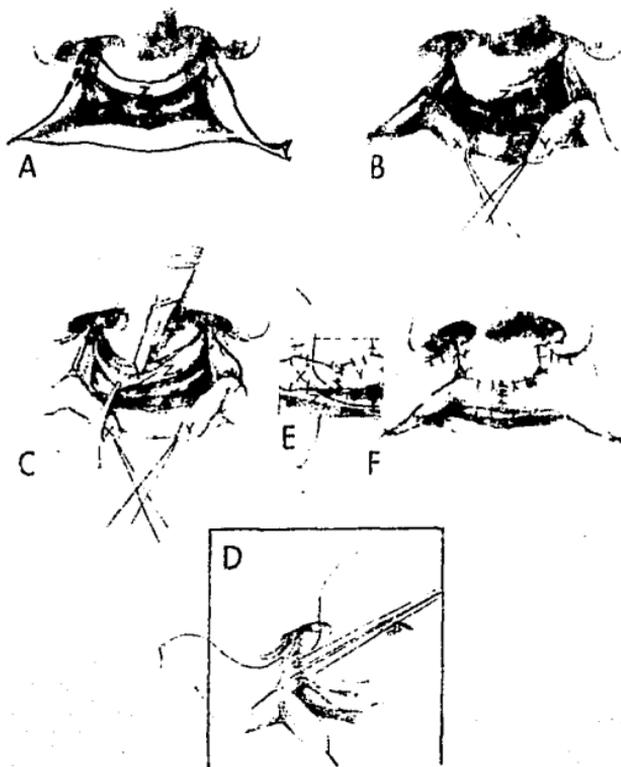
B. Los colgajos X e Y movilizados.

C. El borde rojo del prolabio, Z, se recorta a lo largo de su límite externo. El límite interno se preserva. El borde rojo del prolabio se encozna en consecuencia y se gira hacia abajo para servir como ferro mucoso. Se hacen incisiones para aflojamiento en la base de las alas de la nariz, a lo largo de las líneas de trazo interrumpidos.

D. Se aproximan los colgajos labiales exteriores hacia la porción central del labio en tres capas. El orbicular de los labios de los elementos laterales se aproximan en esta etapa (paso C) o en una operación ulterior.

E. Los colgajos exteriores X e Y se recortan y transponen a su sitio bajo el prolabio. El borde rojo del prolabio, Z, se sutura a la cara posterior del labio superior reconstruido, formando un revestimiento intraoral.

F. La restauración terminada.



TECNICA DE ROTACION Y AVANCE PARA LA REPARACION DE LABIO HENDIDO BILATERAL INCOMPLETO

Con liberaciones.

1. Reconstrucción del arco de Cupido con borde rojo de los elementos laterales.

2. Liberación del prolabio respecto del premaxilar.

3. Reconstrucción del esfínter muscular del orbicular de los labios.

4. Las incisiones se hacen en las líneas naturales.

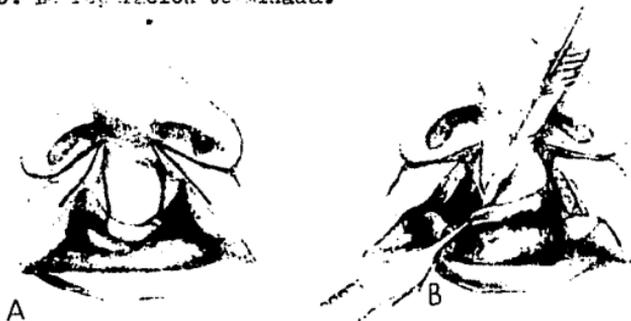
A. Se hacen las incisiones como lo indican las líneas — llenas. Las incisiones a lo largo del borde rojo de cada elemento lateral incluyen la cresta mucocutánea. La incisión alrededor de cada base alar la separa del elemento labial lateral. El borde rojo del prolabio se divide en tres colgajos; — un colgajo central de base superior en el tejido subcutáneo — del prolabio, que al ser replegado forma la pared posterior — del borde rojo del labio reconstruido y dos colgajos exteriores basados en el premaxilar. Nótese que las incisiones para rotación en la cara superior del prolabio están claramente separadas.

B. Los colgajos labiales exteriores se movilizan bilateralmente mediante incisiones en los surcos gingivovestibula—

res superiores, liberándolo así del premaxilar. El prolabio_ (junto con el colgajo de borde rojo vuelto hacia abajo) se disecciona el premaxilar y los colgajos de borde rojo prolabial, se suturan para cubrir la superficie desnuda del premaxilar. -- Los fascículos del músculo orbicular de los labios se diseccionan de los elementos laterales para facilitar un cierre cuidadoso en tres planos. Los elementos labiales exteriores se avanzan entonces hacia la línea media y se suturan en dos planos: mucoso y muscular, tras el colgajo prolabial levantado.

C. Se sutura entonces el prolabio a los bordes de la piel de los elementos labiales laterales. Los colgajos de borde rojo traspuestos de los elementos laterales se suturan uno a otro en la línea media, bajo el prolabio. El borde rojo prolabial plegado forma el revestimiento posterior del labio.

D. La reparación terminada.





C



D

CORRECCION DE DEFORMIDAD NASAL EN FISURADOS LABIALES

PRIMERA ETAPA.

Consideraciones.

1. Puede requerir dos o más etapas, en especial si esta indicada una rinoplastia.
2. Realinear la espina nasal anterior.
3. Realinear y rectificar el tabique nasal.
4. Realinear la colámnula.

5. Corrección de las alas nasales mediante rotación del cartilago alar del lado de la fisura.

6. Puede estar indicada una rinoplastia externa para exponer el cartilago deformado. Esto ayuda a la corrección del cartilago deformado. La técnica consiste en el corte de la porción membranosa de la base de la columela, que entonces se repliega hacia arriba.

A. La deformidad nasal se caracteriza por el marcado aplastamiento del ala de la nariz del lado del labio fisurado reparado previamente, con el orificio nasal oval en una posición horizontal que la vertical normal. La columela esta angulada fuera de la línea media hacia el lado normal y esta colapsada. El tabique nasal esta desviado hacia el lado normal, causando obstrucción. Puede haber una fisura coexistente en la cresta alveolar superior, asociada con un aplastamiento y depresión del maxilar superior y el piso del vestibulo nasal en la región de ese defecto alveolar. La malposición del cartilago alar deformado está indicada por las líneas de trazo interrumpido, en comparación con el cartilago alar normal. Las flechas indican la relación defectuosa entre los orificios de las fosas nasales.

B. Se hace una incisión en la porción central del surco gingivovestibular superior, a lo largo de la línea llena, dejando mucosa para facilitar el cierre ulterior.

C. Se han expuesto la espina nasal anterior y el piso ó-

seo de las fosas nasales. El defecto en la cresta alveolar -- del lado derecho se ve como parte de la depresión del piso de la fosa nasal del mismo lado. El periostio de la espina nasal anterior no se levanta.

D. Se moviliza la espina nasal y una porción de su base, usando un esclopo. La base se incluye dado que requiere longitud adicional al realinear la espina hacia la línea media. Esta área de la línea media es el borde del piso de la fosa nasal del lado derecho, deprimido. La movilización se continúa hacia atrás a lo largo de la base del tabique un poco más allá del área de desviación.

E. La espina nasal anterior se realinea un poco hacia la derecha del centro (ligera sobrecorrección). Esa posición se mantiene con uno o más puntos de sutura con catgut cromado -- 3-0 ó 4-0 ó nailon 4-0, pasados a través del periostio de la espina nasal anterior y a través del piso de la cavidad nasal del lado derecho. Esta sutura puede hacerse a continuación de los pasos adicionales -- que se mencionan más adelante -- para rectificar y movilizar el tabique.

F-F. Para enderezar adicionalmente el tabique, si fuese necesario, se hacen dos incisiones en el tabique, una a cada lado. Cada incisión atraviesa cartílago y solamente una capa de mucopericondrio. Las incisiones se disponen y ubican en forma escalonada, de manera que el tabique quede girado hacia el mucopericondrio opuesto. Se reseca una pequeña tira vertical de cartílago si éste se traba o se curva al enderezarlo.

Según el grado de deformidad del tabique nasal en su extremo anterior, pueden ser necesarias nuevas incisiones. Para realinear el extremo anterior del tabique, se hace una incisión entre los cartílagos nasal lateral (superior) y alar de cada lado y una incisión por transfixión, como una rinoplastia estándar, a través del dorso de la nariz y hacia abajo — hasta el extremo anterior del tabique. Los cartílagos laterales (superiores) se liberan del tabique a cada lado. El tabique está ahora enteramente liberado y se corre hacia una posición ligeramente hacia la derecha de la línea media: ligera sobrecorrección.



A



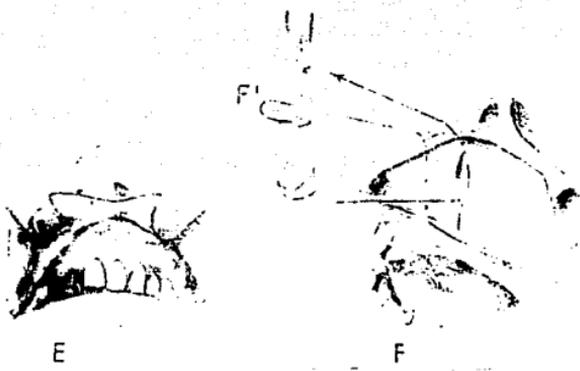
B



C



D



SEGUNDA ETAPA.

Consideraciones.

1. Rinoplastia estándar conforme esté indicada.
2. Rotación del orificio nasal del lado de la fisura.
3. Usar la "giba" resecada de la rinoplastia estándar como injerto óseo y cartilaginoso para el piso del vestíbulo nasal del lado de la fisura, según esté indicado.
4. Corregir la cicatriz del labio fisurado si es necesario, con una retaplástia modificada.

Ya que puede existir una giba nasal, se realiza primero una rinoplastia estándar. Se conserva la giba resecada.

A. Se hace una incisión a lo largo de las líneas llenas, que moviliza toda el ala nasal derecha con el pilar interno y la cúpula del cartilago y de la piel en la mejilla yuxtapuesta. Se reseca un pequeño triángulo de tejido en el área nasolabial, para realinear los bordes de la piel (Blair). La base del ala de la nariz se moviliza como otro triángulo.

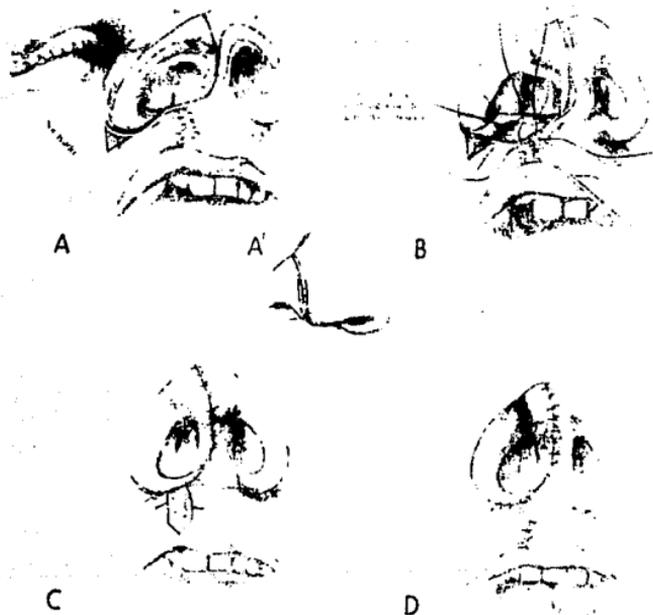
A. La incisión se lleva hasta la parte lateral de la punta de la nariz.

B. Para reconstruir el defecto en el pico del vestíbulo, la giba reseca del dorso de la nariz se inserta en la incisión como injerto óseo y cartilaginoso autógeno. Se aplican varias suturas de catgut cromado 3-0 en la profundidad del piso de la fosa nasal, para asegurar este injerto óseo y cartilaginoso. El ala de la nariz se rota en sentido medial y superior sobre el injerto y se sutura la columela. Toda piel y mucosa excesiva se reseca.

C. Si es necesario, se reseca la antigua cicatriz del labio fisurado. Se hacen pequeñas incisiones laterales y mediales para ampliar el labio superior.

D. El cierre del labio consiste en la interdigitación de los bordes como una zeta-plastia modificada.

Si se requiriese realineación o alargamiento adicional de la columela, puede hacerse en una fecha posterior.



REPARACION DEL PALADAR HENDIDO

Las fisuras palatinas pueden presentarse aisladas o asociadas con fisuras completas unilaterales o bilaterales del labio. La incidencia de las anomalías congénitas asociadas al-

canza el 30%, haciendo obligatorias una historia y un examen físico completos.

Tipos de Deformidad del Paladar Hendido. El agujero palatino anterior o incisivo divide las fisuras prepalatinas (o fisuras del paladar primario) de las fisuras palatinas (o fisuras del paladar secundario). Aunque las fisuras prepalatinas y palatinas son diferentes embriológicamente y ocurren individualmente en forma completa o incompleta, con frecuencia se hallan en forma simultánea en el mismo paciente.

Objetivos de la Reconstrucción.

1. Cierre de la fístula oronasal.
2. Producción de habla normal.
3. Asegurar oclusión y crecimiento facial normales.
4. Producción de función normal de la Trompa de Eustaquio.

TECNICA DE REPARACION EN PALADAR SECUNDARIO HENDIDO COMPLETO (VON LANGENBECK)

Consideraciones.

1. Movilización adecuada de los colgajos laterales.
2. Preservar los vasos palatinos posteriores.
3. Hierre por planos.
4. Conservar en sus sitios los apóscitos laterales durante el período de curación.
5. Evitar lesionar el hueso maxilar superior (paladar duro).
6. Buena aproximación nasooral.
7. Anestesia: endotraqueal, nasal u oral.
8. Ubicación del paciente. Cabeza y cuello extendidos — con campos plegados bajo los hombros.
9. Reconstrucción de un cabestrillo de músculo periestafilino externo.

A. Se ilustra la anatomía ósea que muestra el origen del músculo pterigoideo interno., que marca el plano de movilización del paladar blando. Este músculo lleva también a la identificación del gancho de la apófisis pterigoidea, alrededor — del cual pasa el periestafilino externo.

B. Se logra la exposición mediante abre bocas de Dingman.

o de Jennings; la lengua se deprime o bien se lleva hacia adelante con un punto de hilo de seda 2-0.

La incisión en mucosa y periostio comienza hacia medial de la cresta alveolar. Cuando se alcanza el extremo posterior de la cresta alveolar, la incisión se curva hacia afuera y se extiende luego posteriormente hasta una línea que pasa a través del plano de la úvula.

C. Con un periostótomo nasal, se levanta un colgajo mucoperiostico del paladar duro. Hacia adelante, el colgajo se extiende alrededor del borde anterior de la fisura a través de la mucosa. Posteriormente, la movilización se continúa con la exposición del músculo periestafilino externo. Se preservan los vasos palatinos posteriores.

D. La movilización posterior del paladar blando se logra con la exposición del músculo pterigoideo interno y su tendón abriendo ampliamente el espacio medial con respecto a él. Esta maniobra desplaza las amígdalas y sus pilares en sentido medial. La fijación del colgajo al hueso palatino cerca del origen del músculo pterigoideo se separa entonces usando disección cortante o roma.

E. Con el músculo pterigoideo interno como guía, la punta aguda del gancho de la apófisis pterigoidea se palpa y expone. Con un pequeño escoplo se fractura el gancho de la apófisis pterigoides, liberando de tensiones al músculo periestafilino externo. Algunos creen que esta maniobra está contrain-

dicada, ya que contribuye a la disfunción de la Trompa de Eus-
taquio y a la enfermedad del oído medio. Las fijaciones del -
paladar blando a los bordes posteriores del paladar duro pue-
den ser separadas entonces por disección cortante. El espacio
lateral se taponza con una cinta de gasa de 1.25 cm. de ancho
para controlar la hemorragia mientras se opera en el lado opo-
puesto.

E. Se tracciona de la úvula con un punto de Dermalene —
5-0, y se hace una incisión a lo largo del borde interno de -
fisura.

F. A lo largo del borde del paladar duro se forman dos -
capas: la mucosa oral y la mucosa nasal. A lo largo del borde
del paladar blando se forman tres capas: mucosa oral y nasal,
más capa muscular intermedia.

G. Por lo general se requiere disección cortante para de-
linear una capa de mucosa nasal limpia. Se debe tener sumo —
cuidado para no fragmentar esta mucosa.

H. La disección se prosigue hasta disecar claramente las
capas. Estas se extienden desde el ángulo anterior de la fisu-
ra hacia atrás, para incluir la úvula. Los haces musculares -
del periostafilino externo se delinean con cuidado y luego se
liberan cortando sus fijaciones a los huesos palatinos. En es-
te estadio, todas las capas de los bordes mediales de la fisu-
ra deben aproximarse unas a otras, fácilmente y sin ninguna -

tensión. Por cierto, el taponaje en ambos espacios laterales debe obtener la aproximación en el paladar blando.

I. Se usan suturas interrumpidas de catgut cromado 4-0 con los nudos escondidos, para aproximar la mucosa nasal.

J. Con puntos de colchonero en catgut cromado 3-0, se aproxima la capa muscular. Nótese que el cabestrillo de peries tafilino externo reconstruido asume ahora una posición desplazada hacia atrás.

K. La mucosa oral se aproxima con sutura interrumpida de nailon 4-0 a 5-0.

Se retiran entonces los tapones de gasa laterales para controlar si hay alguna hemorragia. Resulta conveniente volver a taponar con gasa de 1.25 cm. de ancho impregnada en Furacin líquido, en el primer período de la curación. Estos paquetes de gasa ayudan a mantener aproximados los colgajos por su volumen y también porque evitan la contractura y la tensión de las heridas laterales que por otra parte cicatrizan con rapidez. Suturas aplicadas flojamente, de nailon 4-0 (no a través de la gasa), mantienen los tapones en su lugar. Puede pasarse un punto por cada tapón, sacando el hilo hacia la cara, donde se fijan con la tela adhesiva; estos hilos pueden usarse para retirar las gasas.

L. Anatomía del paladar normal.



TECNICA PARA REPARACION DE FISURA INCOMPLETA DEL PALADAR SECUNDARIO (VEAU, WARDILL, KILMER Y MODIFICADA POR PEET)

Consideraciones.

1. Movilización adecuada de los colgajos laterales.
2. Preservar los vasos palatinos.
3. Cierre por planos.
4. Reconstrucción de un refuerzo de periestafilino externo.
5. Alargamiento del paladar mediante avance de una V a Y.

A. Se hace una incisión lateral para relajación y se moviliza el paladar blando hacia la línea media. Se hace entonces una incisión en la mucosa a lo largo del borde libre de la fisura. Los extremos anteriores de las dos incisiones son conectados entonces con una incisión oblicua, creando un colgajo mucoperiostico de base posterior.

B. Se disecciona entonces el colgajo desde adelante hacia atrás, preservando los vasos palatinos posteriores. Con la exposición obtenida de esta manera se separan todas las fijaciones musculares de los "estantes" palatinos (bordes posteriores del paladar duro): y conservando el mucoperiostio nasal.

El mucoperiostio nasal del piso de las fosas se levanta entonces del proceso palatino (1) sacándolo por la espina palatina posterointerna (?) a la que está firmemente adherido. Mediante disección roma se libera esta capa anteriormente y medialmente. Se contornea entonces con cuidado el periestafilino externo con disección cortante, del revestimiento nasal y oral.

C. Los bordes del colgajo mucoperiostico triangular situados por delante de la fisura se socavan ligeramente para permitir la introducción de las suturas.

Las capas se aproximan entonces con catgut cromado 4-0. Los puntos de sutura se aplican secuencialmente desde anterior a posterior y se anudan desde posterior hacia anterior.

Se aproxima entonces el periestafilino externo con suturas de colchonero de catgut cromado 3-0.

D. Se avanzan entonces los colgajos laterales, pasando de una V a una Y y se aproximan con suturas de catgut cromado 4-0 desde la parte posterior hacia anterior. A nivel del estante palatino se aplica una sutura de catgut cromado 3-0 en uno de los colgajos laterales, cruzando el cierre nasal y saliendo por el colgajo lateral opuesto. Esta sutura se ajusta finalmente para obliterar los espacios muertos entre las capas nasal y oral. Los colgajos laterales se cosen entonces al colgajo triangular para completar el cierre.

Complicación.

Se ha comunicado una incidencia más alta de retardo de crecimiento de los maxilares con esta técnica, pero no ha sido comprobado en forma satisfactoria hasta la fecha.



A



B



C



D

TECNICA REPARACION DE PALADAR HENDIDO UNILATERAL COMPLETO

Consideraciones.

1. Reparación del paladar duro con técnica de colgajo vo
meriano.

2. Reparación del paladar blando con técnica de Von Lan-
genbeck.

3. Mobilización adecuada de los colgajos mucosos de pala-
dar y de tabique.

4. Incluir periostio y pericondrio en los colgajos mucos-
sos.

5. Reconstrucción de cabestrillo del periestafilino ex-
terno.

A. Se hacen primero los procedimientos para aflojamiento lateral de un paladar fisurado. Esas heridas laterales pueden taponarse con tiras de gasas. Se hacen entonces incisiones a lo largo de los bordes libres de la fisura en los elementos palatino lateral y medial. Se forma primero el colgajo mucoso del elemento lateral, para estimar la cantidad de mucosa septal que será necesaria para el cierre ulterior del defecto en el paladar duro. La incisión en el borde libre del elemento medial se hace entonces a lo largo de la unión de la mucosa rosa del tabique con la mucosa blanquecina del paladar.

B. Por medio de disección cortante y roma, se moviliza - el colgajo mucoperióstico del elemento lateral.

El mucoperiostio del tabique (vómer) se levanta de forma semejante. Una vez que se ha establecido un plano sobre el hueso, resulta suficiente la disección roma con un periostómo nasal. Debe haber movilización suficiente de ambos colgajos - para permitir el contacto por superposición.

La elevación del mucoperiostio se hace hasta el límite - posterior del tabique. En ese punto, el paladar blando se trata como durante la reparación de Von Langenbeck.

C. Corte frontal que muestra el mucoperiostio levantado - del paladar y del tabique.

D-E. Se utilizan suturas de colchonero horizontales en - Dermaleene o nailon 5-0 ó 4-0 para aproximar los dos colgajos - mucoperiosticos sobre el defecto del paladar duro. Estas suturas se aplican de manera tal que superpongan los colgajos, a-segurándose de que las superficies denudadas tomen contacto - con superficies denudadas.

F-F'. Cierre final del defecto en el paladar duro. Se de-be tener cuidado para lograr la aproximación correcta de las superficies descarvadas en el extremo anterior. Si es facti-ble y necesario, se aplica un único punto de sutura anterior - en la mucosa. Para el paladar blando se emplea sutura en tres planos, incluyendo la reconstrucción del periestafilino externo.

G. La operación terminada. Nótese las superficies desnudas en el valadar duro. Pueden suturarse gasas embebidas en unguento antibiótico en las heridas laterales, si se desea.

Rutina Posoperatoria.

1. Líquidos intravenosos las primeras 24 horas, luego líquidos solamente los días segundo y tercero. A partir del cuarto día puede comenzarse con una dieta de gelatinas, flanes y cereales.

2. Contención de las manos.

3. Aspiración de la boca únicamente con cateter de material blando.

Complicacio

1. Obstrucción de la vía respiratoria en el posoperatorio.

2. Hemorragia durante la operación.

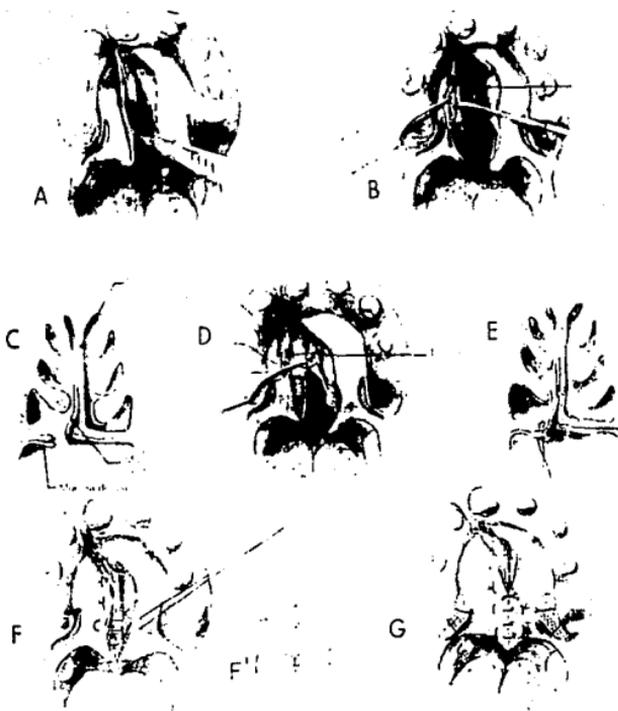
3. Insuficiencia velofaríngea.

4. Dehiscencia de la herida.

a) Completa.

b) Incompleta: fistula.

5. Rinolalia.



**TECNICA DE COLGAJO FARINGEO PARA LA REPARACION DE PALADAR HEM
DIDO**

Consideraciones.

1. Colgajo unipediculado formado por mucosa, submucosa y músculo constrictor superior de la faringe.

2. Dejar fijado permanentemente el pedículo.

A. Esquema del colgajo faríngeo de base inferior.

B. Elevación de un colgajo que contiene mucosa, submucosa y músculo constrictor superior de la faringe. Se expone la fascia prevertebral.

C. Cierre primario del hito donante. Esto forma una saliente posterior que estrecha aún más el espacio nasofaríngeo, efecto favorable para restaurar un habla más normal.

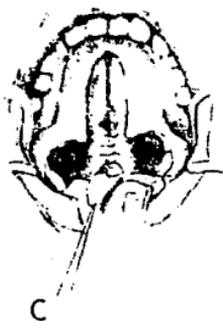
D. La porción anterior del paladar fiburado se cierra, mientras que el colgajo faríngeo se interpona en la parte posterior. La superficie superior o nasofaríngea del colgajo se deja denudada.



A



B



TECNICA PARA REPARACION DE INSUFICIENCIA VELOFARINGEA

Consideraciones.

1. El colgajo de base inferior es más fácil de hacer que el de base superior.
2. El colgajo de base superior puede salvar un defecto - algo mayor.
3. El colgajo se forra para reducir su contracción.
4. Evitar la perforación del paladar blando.
5. El componente del paladar blando del colgajo contiene mucosa y submucosa, mientras que el componente faríngeo con--

tiene mucosa, submucosa y músculo constrictor superior de la faringe.

6. Evitar tensiones significativas en la sutura.

7. Se prefiere el colgajo de base superior cuando se encuentra presente tejido adenoidal aumentado o friable.

8. Los hallazgos endoscópicos guían el tamaño y la ubicación del colgajo faríngeo.

9. Cuidados intensivos la noche de la operación para prevenir cualquier obstrucción respiratoria.

A. El colgajo faríngeo se forma con mucosa, submucosa y músculo constrictor superior de la faringe. Este colgajo se aplica entonces sobre el paladar blando y se levanta un colgajo de tamaño similar de mucosa y submucosa.

B. Con suturas de colchonero verticales en nailon 4-0 se aproximan ambos colgajos. Se usa catgut cromado 3-0 para aproximar los bordes laterales del sitio donante todo lo posible. Si no se puede obtener la aproximación completa, se movilizan los bordes todo lo posible y se suturan a la fascia prevertebral expuesta.

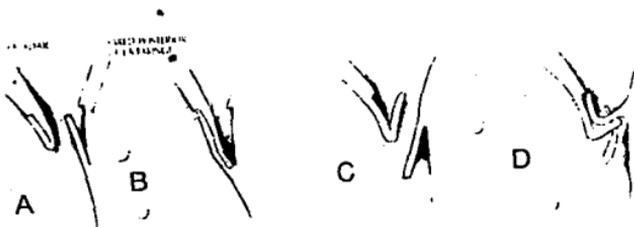
Corte Sagital de Colgajo Faríngeo de Base Superior.

C. En el colgajo de base superior, las capas de los col-

ESTA TESIS NO DEBE
SALAR DE LA BIBLIOTECA

gejos son las mismas. Resulta obvio, no obstante, que la formación del colgajo palatino es más dificultosa.

D. La aproximación es igual, con puntos verticales de — colchonero en nailon 4-0. Se prefiere el nailon a causa de la reacción tisular mínima que produce. Usualmente hay pocos problemas para terirar los puntos. En realidad, si quedan enterados, mucho mejor, se recortan las puntas y el nudo oculto permanece.



CAPITULO VIII
TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO

Desde los primeros días que siguen a la reconstrucción primaria del labio y del paladar hendido, se observa un desplazamiento del maxilar superior, consistente en colapso de los fragmentos óseos en sentido transversal y retroposición de los mismos en sentido anteroposterior. Estas alteraciones morfológicas óseas que comienzan en el postoperatorio inmediato no se detienen sino que van evolucionando a lo largo de todo el crecimiento.

La única arma terapéutica que se dispone para evitar estas deformidades, es la ortodóncica.

El gran avance que ha experimentado la cirugía en estos últimos años hace que nuestra atención se centre cada vez más en el tratamiento ortopédico y ortodóncico, ya que su importancia es de igual magnitud que el quirúrgico y sus objetivos son también estéticos y funcionales.

ORTOPEDIA PRE Y POSTQUIRURGICA DEL FISURADO. Hay que distinguir entre: ortopedia (movimiento del maxilar) y ortodoncia (movimiento de los dientes).

Finalidad: Regularizar la arcada maxilar, evitando y corrigiendo:

Las deformidades óseas.

Las anomalías de erupción.

Los trastornos de crecimiento.

En el tratamiento ortopédico-ortodóncico del fisurado se distinguen tres fases:

FASE I: Ortopedia pura.

FASE II: Mixta u ortodontopédica.

FASE III: Ortodóncica pura.

FASE I. Ortopedia pura. Tiene por misión colocar los fragmentos óseos en que se halla dividido el maxilar superior en posición normal respecto a las bases craneales y respecto al maxilar inferior.

1. La ortopedia pura preoperatoria. Comienza antes del cierre de la fisura labial.

a) Ortopedia preoperatoria del labio unilateral total: con hendidura palatina unilateral total.

En estos casos se coloca una placa de acrílico dividida siguiendo la fisura con un tornillo de expansión colocado anteriormente y una fijación posterior a fin de conseguir una expansión en abanico.

A las cuarenta y ocho horas después de la intervención labial, se coloca una placa de contención similar a la anterior pero rígida (sin estar partida y sin tornillo de expansión) y la mantendremos durante cinco meses.

b) Ortopedia preoperatoria del labio bilateral total - con paladar bilateral total.

La indicación de instaurar un tratamiento preoperatorio viene determinada por dos factores:

- Por el grado de protusión de la premaxila.
- Por el momento en que se visto el paciente.

Su misión es retroceder la premaxila protuida.

En las formas de pequeña protusión no se instaura tratamiento ortopédico.

En las formas de mediana protusión se realizará el tratamiento ortopédico con el fin de retroceder la premaxila. Para conseguir este fin se utiliza una placa paletina que no incluye la porción de la premaxila con anclaje extraoral y un gorro.

La placa puede o no estar dividida y llevar o no tornillo, según tengamos o no que hacer expansión de los fragmen-

tos laterales.

Las formas con mediana protusión y gran protusión que se vean después de los dos meses de edad son tributarios del tratamiento quirúrgico-ortopédico.

El tratamiento preoperatorio quirúrgico-ortopédico consiste en realizar una osteotomía a nivel de la cresta vomeriana que nos permite retorcer la premaxila.

2. Ortopedia Pura Postoperatoria. Esta indicada en todas las formas de labio hendido con paladar hendido, ya sea uni o bilateral y haya tenido o no tratamiento preoperatorio.

Comienza alrededor de los tres años de edad, cuando ya - hecho erupción la dentición temporal.

Se utilizan placas de expansión, hechos de acrílico, divididas y con tornillo de expansión.

FASE II. Mixta u ortodontopédica. Se inicia alrededor de los siete años, cuando aparecen los incisivos permanentes:

En esta etapa debe de lograrse una oclusión interincisiva superior e inferior normal, evitando sobre todo una articulación cruzada.

El empleo de mentoneras y aparatología tipo Bimblar de -

progenie unidas a mecanismos de expansión, es muy útil en esta fase.

FASE III. Ortodancia Pura. Se inicia alrededor de los once años.

En esta fase deben corregirse las malposiciones dentarias siguiendo una articulación normal.

Esta última fase, queda coronada con la colocación de una prótesis dentaria que al mismo tiempo que reemplazará la pérdida de los dientes, mejorando el aspecto estético, cumpliendo además otras dos funciones, la de contención y la de masticación.

Cada una de estas fases dura más de un año. Están separadas por períodos de contención durante los cuales se reeduca al niño fonéticamente. En la práctica, estas fases muchas veces deben mezclarse, por lo que el tratamiento exige una atención continúa.

REHABILITACION FONIATRICA DEL FISURADO. Voz es la emisión laríngea del aire en vibración que resuena en las cavidades faríngea y bucal, precisando de una integridad anatómica y funcional del velo del paladar para que su timbre sea considerado como "normal".

Las alteraciones del timbre de la voz, conocidas como ri

molalalia abierta (salida del aire por la nariz), pueden producirse por un velo del paladar abierto, por un paladar hendido, por un velo congénitamente corto o por una lesión encefalopática (conocida o no).

La característica fundamental en los fisurados es la comunicación permanente entre la cavidad nasal y la bucal, aunque dicha comunicación sea mínima.

El foniatra debe, además de rehabilitar el lenguaje, la escolarización cuando se trata de un niño en edad escolar o preescolar.

El foniatra plantea sólo la rehabilitación de aquellos pacientes que son remitidos por el cirujano por presentar trastornos en el lenguaje.

Antes de comenzar por la ortofonía se realiza toda una fisioterapéutica preverbal. Según el grado de colaboración conseguida en el medio familiar, el período preverbal de la reeducación es más o menos corto. Durante este período se realizan los siguientes ejercicios:

- a) Ejercicios rítmicos-musicales.
- b) Ejercicios respiratorios.
- c) Ejercicios pasivos de motilidad de los órganos de la articulación.

CONCLUSIONES

Las fisuras quielomaxilopalatinas, entre las que se incluyen todas las variedades de labio hendido, además de ser una de las malformaciones congénitas más frecuentes, tienen la particularidad de que con un tratamiento correcto ofrecen resultados estéticos muy favorables, con mínimas cicatrices residuales. En la mayoría de estos enfermos existe un factor hereditario, pero la transmisión de los genes en el labio hendido y fisuras alveolares sigue una ruta distinta de la correspondiente a las fisuras palatinas. La morfología definitiva del labio hendido queda ya profijada a la quinta o sexta semana de embarazo. Desde el punto de vista embriológico, estas lesiones son formaciones fisurarias genuinas, contra la opinión clásica que las consideraba debidas a una inhibición del desarrollo ontogénico. De hecho, en ninguno de los estadios embrionarios normales de la región facial se forman fisuras verdaderas ni prominencias destinadas a soldarse entre sí, sino sólo surcos y mamelones.

Las fisuras pueden ser unilaterales o bilaterales. Unas veces, la fisura asienta exclusivamente en el labio, en el alvéolo maxilar, o en el paladar duro y blando, pero otras veces afecta a todos los elementos anatómicos citados, ya sea en un lado o en ambos lados, y de modo completo o incompleto. Las raras fisuras faciales medias, oblicuas y transversales, por lo que concierne a los factores etiológico-hereditarios y frecuencia de aparición, así como por los problemas técnico-

quirúrgicos que plantean, nada tienen que ver con las malformaciones descritas.

La considerable variedad morfológica de las fisuras quialveolopalatinas se presta a numerosas clasificaciones, hasta el punto de que casi todos los autores han propuesto la suya propia. Apenas existe en toda la cirugía un territorio que haya sido objeto de tantas variadas interpretaciones y diferentes métodos terapéuticos como la corrección de las fisuras quialveolopalatinas. Casi en todos los casos se requiere de diversas modalidades terapéuticas (operaciones repetidas, tratamiento ortofónico y corrección ortopédica de maxilares), como premisa obligada de un resultado satisfactorio. En algunos casos, a pesar de la práctica de operaciones sucesivas, - tratamiento maxilo-ortopédico prolongado, terapéutica ortofónica, etc., siempre queda un cierto defecto residual.

El trípode terapéutico para la corrección de hendiduras complejas se basa en las siguientes medidas:

Una intervención quirúrgica encaminada a reestablecer una morfología lo más normal posible y a la obtención de un paladar con movilidad fisiológica, condición indispensable de - la función fonética.

Un tratamiento odontológico (incluyendo medidas maxiloortopédicas y protésicas) dirigido a prevenir o corregir las -- tendencias anómalas de desarrollo, y las inevitables o prevenibles secuelas operatorias en relación con el crecimiento de

los maxilares y la dentición.

Un adiestramiento funcional (tratamiento logopédico y foniátrico) para conseguir que el enfermo desarrolle un nivel práctico de lenguaje que le permita comunicarse con sus semejantes.

Las operaciones para el tratamiento de las hendiduras palatinas poseen una "finalidad funcional" que implica una colaboración activa del enfermo y cuyo objetivo estriba en la obtención por éste de un lenguaje fisiológico.

Por lo que respecta a la elección del momento cronológico óptimo, se han emitido las opiniones más dispares. La gama de edades propuestas se extiende desde el primer día de vida hasta la terminación del desarrollo corporal.

Como requisitos previos para la operación, se exige que el niño haya alcanzado por lo menos un peso de 5 kg. y se encuentre en un estado eutrófico, sin trastornos generales.

La práctica precoz de dichas intervenciones favorecen el desarrollo de un lenguaje normal, en el sentido de que proporciona al enfermo unos órganos de estructura anatómica adecuada, antes de que comience el aprendizaje del lenguaje. Sin embargo, desde el punto de vista de la dentición y desarrollo del maxilar superior, sería preferible retrasar la operación palatina hasta después de finalizado el crecimiento del esqueleto facial.

Todo esto nos ayudará a que el tratamiento sea lo más eficaz posible y proporcione al paciente un desarrollo y vida normal.

BIBLIOGRAFIA

— Tratado de Histología.

A. W. HAM. / D. H. CORMACK.

8a. Edición.

Ed. Interamericana.

Pags. 425, 724-44.

— Histología Básica.

L. C. JUNQUEIRA Y J. CARNEIRO.

2a. Edición.

Salvat Editores.

Pags. 135, 142, 150, 239-95.

— Embriología Médica.

JAN LANGMAN.

3a. Edición.

Editorial Interamericana.

Pags. 334-365.

— Embriología Clínica.

K. L. MOORE.

3a. Edición.

Editorial Interamericana.

Pags. 191-229.

— Cirugía Plástica y Reconstructora Tomo III.

HEINZ GELBERG.

1a. Edición.

Ediciones Torrey.

Pags. 1-87.

— Tratamiento del Labio Leporino y Fisura Palatina.

LUIS TRESSERRA.

1a. Edición.

Editorial JIMS.

Pags. 33-38.

— Técnicas Quirúrgicas en Labio y Paladar Hendido.

JANUSZ BARDACH / KENNETH SALYER.

Pd. Medilibros.

Pags. 1-52, 96-134, 180-222.

— Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello.

JOSE YOEL.

2a Edición.

Ed. Massan-Salvat.

Pags. 286-296.

— Cirugía de Cabeza y Cuello.

JOHN M. LORE.

3a Edición.

Ed. Panamericana.

Pags. 409-444.

— Cirugía Bucal y Maxilofacial Pediátrica.

BRUCE SANDERS.

1a. Edición.

Editorial Mundí S.A.I.C. y F.

Pags. 69-71, 73, 238, 267, 438-439.

— Tratado de Cirugía Bucal.

GUSTAVO A. KRUGER.

4a. Edición.

Ed. Interamericana.

Pags. 356-374.

— Tratado de Patología Bucal.

SEAFER.

4a Edición.

Ed. Interamericana.

Pags. 13-20.

C A S O S C L I N I C O S

NOMBRE: Luis Sanchez Uribe.

TELÉFONO: 227-02-02.

ESTADO DE SALUD EN GENERAL

1. Tuvo alguna enfermedad grave. (No)
2. Ha sido intervenido (a) en alguna ocasión. (No)
3. Sufre hemorragia después de una extracción o por herida. (No)
4. Es alérgico (a) a algún medicamento o alimento. (No)
5. Presenta algún problema de tumor o cáncer. (No)
6. Se ha aplicado radiaciones como terapia. (No)
7. Ha perdido peso últimamente. (No)
8. Ha estado bajo algún tratamiento o droga. (No)
9. Cuando fue la última vez que visito al médico. (2)

meses

ESTADO DE SALUD DENTAL

1. En atenciones anteriores sufrió algún inconveniente. (No)
2. Presenta alguna inflamación o ulceración en la boca. (Si)
3. Cuando fué la última vez que asistió al dentista. (6)
meses
4. Tiene dolor al juntar los dientes. (No)
5. Tiene dolor con lo frío o lo caliente. (No)
6. Cree usted que al hacer el intento de salvar sus dientes es pérdida de tiempo. (No)

CABEZA Y CUELLO

1. Presenta dolores inmensos en cara o cuello. (No)
2. Sabe si los ganglios del cuello sufren agrandamiento (No)
3. Tiene problemas respiratorios (No)

4. Tiene dolor o ardor persistente en la garganta. (No)

SISTEMA RESPIRATORIO

1. Ha tenido problemas de tuberculosis. (No)

2. Tiene asma. (No)

3. Sabe si presenta algún sibilante. (No)

4. Presenta tos persistente regularmente. (No)

SISTEMA CARDIOVASCULAR

1. Tiene fiebre reumática. (No)

2. Ha sufrido ataques cardíacos. (No)

3. Problemas de herida de la herida. (No)

4. Su presión es alta o baja. (Normal)

5. Tiene algún soplo cardíaco. (No)

6. Sufre dolor a la altura del pecho. (No)

7. Inflamación de tobillos. (No)

8. Se agota fácilmente. (No)

SISTEMA GASTROINTESTINAL

1. Existe algún problema en su digestión. (No)

2. Presenta ictericia. (No)

3. Ha tenido trastornos hématicos. (No)

SISTEMA NERVIOSO

1. Ha presentado alguna depresión nerviosa. (No)

2. Ha sido tratado de epilepsia. (No)

3. Se mareo fácilmente. (No)

4. Se considera una persona nerviosa o tensa. (No)

Paciente que refiere dolor en zona retromolar, a la exploración física extraoral no se observa inflamación ni alteración al

guna; a la exploración intraoral detectamos un área eritematosa e inflamada en la zona del tercer molar inferior derecho, esto es debido a la presencia del tercer molar D16.e I en posición me sionagular. Al estudio radiográfico se observó dilaceración en ambas raíces. El tratamiento elegido fue la cirugía.

Una vez acomodado el paciente se procedió a anesteciarlo -- con bloqueo regional mandibular, nervio lingual y nervio bucl.- Una vez bloqueado iniciamos la incisión contorneando hasta el segundo molar, se levantó el colgajo y se trató de eliminar el --- diente con el elevador; se pudo elevar un poco el diente pero no se pudo eliminar por la dilaceración de las raíces. Se realizo - entonces la odontosección, una vez realizada se uso el forceps - 69 para traccionar y eliminar el diente por partes, la parte co- ronaria de la porción mesial se fracturo, por lo tanto procedi- mos a extraer la porción distal sin mayor dificultad, en la raíz mesial se tuvo que hacer osteotomía y osteoctomía ya que presen- taba retención en vestibular, una vez hecha esto se pudo extraer la raíz mesial sin problema. Se lavó la cavidad con suero fisio- lógico y suturamos, colocamos gasas y se le dió al paciente sus_ indicaciones postoperatorias.

NOMBRE: Juana Hernandez Galicia.

TELÉFONO: 785-42-30.

ESTADO DE SALUD EN GENERAL

1. Tuvo alguna enfermedad grave. (No)
2. Ha sido intervenido (a) en alguna ocasión (No)

3. Sufre hemorragia después de una extracción o por herida. (No)
4. Es alérgico (a) a algún medicamento o alimento. (No)
5. Presenta algún problema de tumor o cáncer. (No)
6. Se ha sometido a radiaciones como terapia. (No)
7. Ha perdido peso últimamente. (No)
8. Ha estado bajo algún tratamiento o droga. (No)
9. Cuando fue la última vez que visitó al médico. (1 año)

ESTADO DE SALUD GENERAL

1. En ocasiones anteriores sufrió algún inconveniente. (No)
2. Presenta alguna inflamación o ulceración en la boca. (No)
3. Cuando fue la última vez que asistió al dentista. (2 años)
4. Tiene dolor al juntar los dientes. (No)
5. Tiene dolor con lo frío o con lo caliente. (No)
6. Cree usted que el hacer el intento de salvar sus dientes es pérdida de tiempo. (No)

CABEZA Y CUELLO

1. Presenta dolores inusuales en cara o cuello. (No)
2. Sabe si los senos del cuello sufren agrandamiento. (No)
3. Tiene problemas respiratorios. (No)
4. Tiene dolor o ardor persistente en la garganta. (No)

SISTEMA CARDIOVASCULAR

1. Tiene fiebre reumática. (No)
2. Ha sufrido ataques cardíacos. (No)
3. Problemas de hemiplejía. (No)
4. Su presión es alta o baja. (Normal)
5. Tiene algún soplo cardíaco. (No)
6. Sufre dolor a la altura del pecho. (No)
7. Inflamación de tobillos. (No)
8. Se agota fácilmente. (No)

SISTEMA RESPIRATORIO

1. He tenido problemas de tuberculosis. (No)
2. Tiene asma. (No)
3. Sabe si presenta algún enfisema. (No)
4. Presenta tos persistente regularmente. (No)

SISTEMA GASTROINTESTINAL

1. Existe algún problema en su digestión. (No)
2. Presenta ictericia. (No)
3. Ha tenido trastornos hepáticos. (No)

SISTEMA NERVIOSO

1. Ha presentado alguna depresión nerviosa. (No)
2. Ha sido tratado de epilepsia. (No)
3. Se mareo fácilmente. (No)
4. Se considera una persona nerviosa o tensa. (No)

Paciente que presenta movilidad de grado 3 por acumulación de tártaro dentario de canino a canino inferior. Es desdentada - total maxilar y en mandíbula sólo presenta estos dientes. El tratamiento elegido fué, extracciones múltiples y regularización de proceso.

Se colocó al paciente y se procedió a anestasiarla mediante bloqueo mentoniano de ambos lados, una vez bloqueada, debridamos todos los dientes y se eliminarón con forceps, ya extraídos los dientes las papilas interdientarias se cortaron, también las crestas alveolares y el tabique interradicular con el alveolotomo; - las astillas y las porciones irregulares se aislaron con la lima para hueso. Una vez hecha la osteoplastia, se lavo con suero fisiológico y se suturo con surjete continú, se aplicaron gasas y se le dieron sus recomendaciones postoperatorias.