

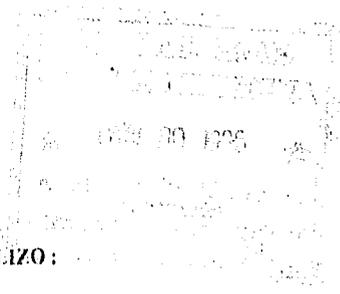
11211

11
20

TITULO:

**MANEJO DE LA PUNTA NASAL EN LA DEFORMIDAD
POR LABIO Y PALADAR HENDIDO.**

**AREA PRIORITARIA:
DEFORMIDADES CONGENITAS**



UNIDAD Y SERVICIO DONDE SE REALIZO :

**CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE: DR. JUAN CARLOS FUENTES AMEZCUA
RESIDENTE DEL IV AÑO. CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

MARZO 1996.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1996

**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 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.

INDICE :

1.	RESUMEN	pag.	3
2.	JUSTIFICACION	pag.	4
3.	INTRODUCCION	pag.	5
4.	OBJETIVOS	pag.	7
5.	METODOS	pag.	8
6.	RESULTADOS	pag.	10
7.	DISCUSION	pag.	13
8.	BIBLIOGRAFIA	pag.	15

RESUMEN :

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. El objetivo fue observar si el uso de injerto de cartilago costal, para la corrección de la deformidad en la punta nasal, por labio y paladar hendido, resulta en mejores resultados y más duraderos, sin que exista incremento de la morbilidad del procedimiento, ni complicaciones a largo plazo, respecto al sitio donador y la punta nasal. Se operaron 22 pacientes, con deformidad nasal severa, en que se uso injerto de cartilago costal. Doce fueron masculinos y 10 femeninos, el rango de edad de 10 a 15 años, la deformidad principal fue labio y paladar hendido unilateral en 86% de los casos, seguido de labio y paladar hendido bilateral (31%). El sitio donador del injerto fue el 6o. cartilago costal. El seguimiento fue mínimo de 6 meses y máximo de 12 meses. La corrección se obtuvo en todos los pacientes, con recidiva en 9%, durante el seguimiento. Se presentó asimetría de las narinas en 9% de los casos por diferencias de tejidos blandos, asociada a desviación del injerto de cartilago. No hubo complicaciones mayores, no existió infección. Las complicaciones que se presentaron fueron cicatriz hipertrófica en 9%, (1 caso en el sitio donador y otro en la columna), y sinequias de la region valvular nasal 9%. El porcentaje de corrección se acerca a las mejores series que informan un 90% de corrección de la deformidad a largo plazo. Proponemos que el uso de injerto de cartilago costal en la corrección de la deformidad nasal severa por labio y paladar hendido, es una mejor opción, especialmente en los casos en que el soporte de la punta nasal, además de la definición son de prioridad. La corrección obtenida es adecuada y persiste a largo plazo, y el procedimiento de obtención del injerto si es bien realizado no debe aumentar la morbilidad del procedimiento.

JUSTIFICACION:

La deformidad nasal acompañante del Labio y Paladar Hendido es característica en estos pacientes. La corrección quirúrgica del labio y el paladar únicamente, no corrigen la deformidad nasal, y es necesario el manejo quirúrgico de la nariz para corregir este problema. Es prioritario el manejo de la deformidad por las repercusiones estéticas, psicológicas y funcionales secundarias a la deformidad. En la corrección de la deformidad nasal por Labio y Paladar hendido, uno de los puntos claves, es el manejo de la punta nasal. Es importante que el tratamiento utilizado, proporcione una adecuada corrección y que esta sea a largo plazo, tratando de reducir el número de intervenciones quirúrgicas necesarias para la corrección. Como observación personal, los pacientes con deformidad nasal secundaria a labio y paladar hendido son intervenidos quirúrgicamente en varias ocasiones, para tratar de corregir la deformidad nasal, y en el seguimiento se ha observado una alta frecuencia en recurrencia de la deformidad, por lo que se requieren nuevas intervenciones. Las técnicas usualmente utilizadas en la corrección de la deformidad, usan cartilago de concha auricular y/o septum nasal, el primero con poca resistencia para soporte de la punta nasal, y el segundo en cantidad limitada, para una deformidad tan acentuada, donde se requiere suficiente resistencia y suficiente cantidad de injerto para la completa corrección. Se pretende con este estudio observar los resultados en la corrección de la deformidad, en la punta nasal con el uso de cartilago costal como soporte, esperando que de ser así será una alternativa en el manejo de la deformidad. El estudio es factible dado el gran número de pacientes referidos a nuestro servicio con esta patología, se cuenta con los recursos necesarios y no representa costo adicional, al manejo ya instituido para estos pacientes.

INTRODUCCION :

La malformación congénita del labio y paladar hendido, es una patología que compromete la función y estética de la cavidad oral, dientes, labios y nariz. La corrección de la deformidad esta encaminada a preservar los tejidos existentes y dar un resultado estético aceptable, y funcionalmente a crear un paladar y arcada dental funcionales. La deformidad nasal por labio hendido usualmente es característica, y su severidad se relaciona directamente con la extensión de la deformidad labial y la hendidura alveolar (1).

Los componentes de la deformidad nasal en el labio hendido incluyen defectos del cartilago lateral inferior, septum nasal, la columela, la punta y la pirámide nasal (1). Otros factores que contribuyen a la deformidad nasal son la hendidura del maxilar, la hipoplasia y situación de los segmentos maxilares, así como las alteraciones del músculo orbicular del labio. Las características anatómicas de la deformidad nasal en el labio hendido unilateral típico se han descrito por varios autores (1-4).

La deformidad nasal en el labio hendido unilateral se puede resumir como sigue: Cartilago lateral inferior en posición posterior, lateral e inferior, la nariz es más larga en el lado afectado, el septum caudal esta desviado al lado normal, la crura lateral esta aplanada o doblada, la base alar se fija muy lateralmente, pero en posición alta o baja (5). Puede haber deficiencia de la maxila. No todas las alteraciones estan presentes en todos los pacientes, ni en el mismo grado.

Las técnicas propuestas para la corrección de la deformidad fundamentalmente comprenden la corrección del cartilago lateral inferior en el lado hendido, el piso de la narina, así como la posición del ala nasal (1,2,4,5). Las dos técnicas de acceso para la corrección son la rinoplastia externa y la interna, cada una con sus indicaciones, y desventajas (1,4,5,6,7).

La deformidad nasal por labio hendido bilateral es también característica y varía solo en grado. En general la deformidad comprende: 1) Columnela corta que invade el labio; 2) la crura medial del cartilago alar está desplazada inferiormente con aplanamiento de los domos nasales; 3) los domos nasales están desplazados lateralmente con una apariencia bifida de la punta nasal; 4) la narina usualmente es ancha; 5) el contorno de la narina está colapsado por el exceso de tejido vestibular y el doblamiento de los cartilagos alares; 6) el septum caudal y la espina nasal hipoplásica están desplazados inferior o lateralmente, dependiendo del grado de asimetría de la hendidura (1). La reconstrucción de esta deformidad, comparandole con la deformidad en labio hendido unilateral es más fácil por la simetría nasal existente. Las técnicas propuestas para la corrección generalmente comprenden, la elongación de la columnela con tejido del labio superior, lo que requiere casi siempre de una incisión externa, y sutura de las cruras mediales para soporte de la columnela (1,3,4,5). Teniendo en cuenta que para dar proyección de la punta nasal y columnela se puede usar injertos de tejido autólogo (cartilago) (1,3,4,8) o usar implantes (silastix) (9). El silastix tiene un alto riesgo de infección y exposición (10), y aunque se ha informado del uso de cartilago septal y auricular, estos siempre tienen un grado de reabsorción, y como apoyo para la punta nasal se defiende el uso de cartilago costal (10).

Nosotros consideramos que la adecuada proyección de la punta nasal y columnela, requiere de un injerto de cartilago, y proponemos el uso de un poste de cartilago costal autólogo para el manejo de la deformidad nasal, además de la recolocación de los cartilagos alares, esperando que con esta técnica, se evite la necesidad de reintervenciones quirúrgicas, por recidiva de la deformidad.

La edad adecuada para la corrección de la deformidad parece corresponder de los 5 años en adelante (1,2,3,5,11), aunque hay diversas publicaciones respecto a un manejo temprano con la reparación de la hendidura del labio (4,6,12,13), parece no existir un adecuado seguimiento de estos pacientes que apoyen este enfoque en el manejo.

En el manejo de la punta nasal, es importante la disección de los cartilagos alares, además del tejido fibroadiposo de la punta, la correcta colocación de injertos cartilaginosos con adecuada precisión, es fundamental en el resultado (8,14).

OBJETIVOS:

Objetivo general: Determinar si la corrección de la deformidad nasal en la punta, por labio hendido es adecuada con la técnica propuesta.

Objetivo particular:

- Determinar los cambios en el contorno y proyección de la punta nasal, posterior a su corrección con la técnica propuesta, a mediano plazo.
- Determinar cambios en la columna, posterior a la corrección de la deformidad, con la técnica propuesta.
- Determinar cambios en las alas nasales, posterior a la corrección de la deformidad con la técnica propuesta.
- Determinar las complicaciones y desventajas con la técnica propuesta.

DISEÑO EXPERIMENTAL:

Tipo de Estudio: Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes con deformidad por labio y paladar hendido, que son enviados para manejo de la deformidad nasal, en el servicio de Cir. Reconstructiva del Hospital de Pediatría C.M.N.O., I.M.S.S.

Criterios de inclusión :

- Edad: Pacientes mayores de 10 años.
- Sexo: Ambos sexos.
- Tipo de deformidad: Labio y paladar hendido unilateral o bilateral, que tengan corrección de la deformidad del labio y paladar previamente.

Criterios de exclusión :

- Pacientes con hendidura facial asociada.
- Pacientes con contraindicación para cirugía.
- Pacientes en que los padres no estén de acuerdo con el tratamiento.

MÉTODOS:

La técnica quirúrgica para la corrección de la deformidad, consistió en una incisión vestibular intercartilaginosa y marginal para la disección de los cartilagos alares, y una hemitransflectiva para la disección del septum y columela. En los casos pertinentes como una deformidad muy severa, o que requiriera de procedimientos asociados como elongación de la columela se uso una incisión externa en V, para un abordaje externo. Como soporte de la columela y punta nasal, se utilizó una injerto autologo de cartilago costal, el cual se obtuvo del 6o. o 7o. cartilago costal. Este injerto se tallo según las necesidades para cada caso, en lo referente a la proyección y soporte que se requería. Se fijo el injerto costal por medio de nylon 4-0 hacia las estructuras adyacentes, y evitar su movilización postoperatoria. Se realizó un seguimiento de los pacientes en la consulta externa y se evaluó la mejoría con controles fotográficos preoperatorios y postoperatorios.

Forma de recolección de datos:

Periódica: Se realizaron revisiones del paciente en el preoperatorio con fotografías, se realizaron anotaciones de la técnica quirúrgica empleada, y posteriormente se revisó en la consulta externa del servicio inicialmente cada semana y posteriormente cada mes por 6 meses como mínimo, haciendo comparaciones con fotografías del postoperatorio a los 6 meses.

Fuente de recolección de datos:

Hoja de recolección de datos

Fotografías del paciente en el preoperatorio, post operatorio mediano y tardío.

Tratamiento estadístico:

Se empleo estadística descriptiva, como son medidas de tendencia central, frecuencias y gráficas.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

Paciente:

Edad:

Sexo:

Tipo de deformidad:

Cirugía previa para corrección de la deformidad nasal:

Tipo de cirugía empleada previamente:

Técnica utilizada:

Hallazgos:

Complicaciones inmediatas:

Revisiones y hallazgos:

- | | |
|----|--------|
| 1. | Fecha: |
| 2. | Fecha: |
| 3. | Fecha: |
| 4. | Fecha: |
| 5. | Fecha: |
| 6. | Fecha: |
| 7. | Fecha: |
| 8. | Fecha: |

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RESULTADOS :

Se realizó el estudio en 22 casos, operados de Octubre 1992 a Marzo 1993. La deformidad más frecuente fue la de labio y paladar hendido unilateral con 14 casos (63.6%), labio y paladar hendido bilateral en 7 casos (31.8%) y un caso con paladar hendido (tabla I).

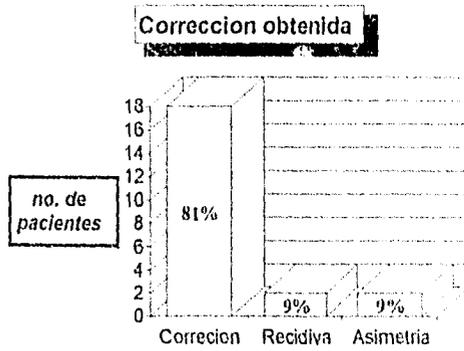
La distribución por sexo fue de 12 masculinos (54.5%) y 10 femeninos (45.5%). El rango de edad fue de 10 a 15 años, con una edad media de 12.3 años. El tipo de abordaje para la rinoplastia fue cerrada en 14 pacientes (63.6%) y en 8 pacientes (36.3%) fue abierta, con incisión en la columna.

Se utilizó un poste del 6o. cartilago costal, tallado según los requerimientos para la adecuada proyección y definición de la punta nasal. De los pacientes intervenidos, 12 (54.5%) tenían antecedente de cirugía previa para corrección de la deformidad nasal, ninguno con colocación de injerto de cartilago costal previamente. El seguimiento mínimo de los pacientes fue de 6 meses, y máximo de 12 meses.

TIPO DE DEFORMIDAD	No. CASOS (%)
LABIO Y PALADAR HENDIDO UNILATERAL	14 (63.6%)
LABIO Y PALADAR HENDIDO BILATERAL	7 (31.8%)
PALADAR HENDIDO	1 (4.5%)

Tabla I. Tipo de deformidad.

La corrección de la deformidad se logró en 18 pacientes (81.8%), con recidiva en 2 casos (9%), y asimetría notoria de ambas narinas en 2 casos (9%) (gráfica 1).



Gráfica 1.

Los cambios en la proyección y definición de la punta nasal, fueron notorios comparando las fotografías preoperatorias y postoperatorias, y este cambio persistió en los 18 casos corregidos durante el seguimiento. Las modificaciones en cuanto a la punta nasal fueron mayor proyección y definición, con mejor soporte, la columela se encontró recta en 20 casos, y solo en 2 casos existió desviación de la misma que condicionó, asimetría notoria de las narinas, aunque esta asimetría también involucra, diferencias de tejido en las mismas, lo cual no fue corregido por la colocación del injerto costal y que requiere de otros procedimientos agregados.

Las complicaciones que se presentaron fueron sinequias valvulares en 2 casos (9%) y cicatriz hipertrófica en 2 casos (9%) (tabla 2), de estos un caso fue en el sitio donador del cartilago (tórax anterior), y otro caso en la incisión de la columna. No hubo infecciones del sitio donador, ni en la nariz. No hubo complicaciones en la obtención del cartilago costal.

COMPLICACIONES	No. CASOS	(%)
Cicatriz hipertrófica	2	(9%)
Sinequia valvular	2	(9%)
Infección	0	

Tabla 2. Complicaciones postoperatorias.

El tiempo quirúrgico fue en promedio 30 minutos mayor, por la obtención del injerto de cartilago y su tallado, y en casi todos los casos se trabajó con 2 equipos quirúrgicos para mayor rapidez. La estancia hospitalaria mínima fue 1 día y máxima de 3, en promedio 1.2 días.

DISCUSION :

El uso de injerto de cartilago para mejorar y corregir la deformidad de la punta nasal, en el labio y paladar hendido, se hace necesario en los casos, donde la deformidad es severa, y en los cuales no es posible corregir esta deformidad, con los tejidos presentes en la nariz (8, 9). La elección del sitio donador de este cartilago varia según las características requeridas, principalmente por el sitio a corregir (10). En la deformidad de la punta nasal se requiere de mejorar el soporte, para mejor proyección y definición, por lo que un cartilago que sea resistente y firme, es el más adecuado, como lo podría ser el cartilago septal y el costal. Existen informes del uso de cartilago de concha auricular, para soporte en la punta nasal, pero en la evaluación a largo plazo de los resultados, existe una alta frecuencia de recidiva, en relación a la falta de definición y proyección de la punta nasal (10). El uso de cartilago septal, en la deformidad nasal por L.P.H., en ocasiones no es posible por que se trata de pacientes en desarrollo, y la resección de una parte de este, podría afectar su desarrollo nasal (8). Otra razón es que no siempre se encuentra disponible, la cantidad requerida de cartilago. Además dado que la deformidad en ocasiones es muy severa, se requiere de un cartilago más resistente y en gran cantidad. El uso de cartilago costal como injerto es bien conocida, en la corrección de la microtia, este problema se corrige en la edad preescolar, sin haberse informado de secuelas importantes o complicaciones importantes (15), respecto al sitio donador y con buena corrección a largo plazo. En el presente estudio el uso de cartilago costal, corrigió en el 80% de los casos la deformidad, que se acerca a las mejores cifras informadas de un 66% a 90% de corrección de la deformidad nasal por L.P.H. (5,16). Las complicaciones fueron menores, tales como cicatriz hipertrofica en 9%, y problemas de sinequias, que también involucra una cicatriz retráctil en 9%. La corrección persistió durante todo el seguimiento del estudio, pero es necesario, que se vuelva a evaluar este grupo de pacientes en un período más largo, quizá 5 a 10 años, por la posible reabsorción del injerto de cartilago, o deformidad del mismo (6,12). Es importante modificar los criterios para seleccionar un cartilago como injerto. El cartilago que se elija debe llenar los requerimientos para la solución del problema.

En el caso particular, como es la corrección de una deformidad nasal severa, que requiere soporte de la punta nasal y mejor definición, se debe preferir el cartilago costal sobre el cartilago de concha auricular, ya que el primero tiene mayor resistencia a la deformación, se encuentra en cantidad suficiente para lograr la corrección total y, si se realiza en forma cuidadosa, no deben existir complicaciones importantes en el sitio donador y receptor del injerto. La ventaja mas importante es la mejor corrección del problema y sin necesidad de tener que reoperar al paciente por recidiva de la deformidad, debido a que el injerto utilizado anteriormente, fue inadecuado, ya sea por un tamaño limitado o por que sus características permiten la recidiva de la deformidad. En cuanto al uso del cartilago septal para la corrección, es difícil que se encuentre la cantidad suficiente para lograr la corrección adecuada de la deformidad. Es importante evitar a estos pacientes reoperaciones que se pueden evitar, con la corrección adecuada durante la primer cirugía, así se evitan mayores gastos médicos y hospitalarios, pérdida de tiempo para los familiares y menor trauma al paciente, que finalmente es lo más importante, en especial para su bienestar psicológico y su adaptación a la sociedad. Por eso el cartilago costal, que se encuentra en cantidades suficientes es mejor opción, para corregir deformidades nasales severas, por labio y paladar hendido, todo esto encaminado a evitar reoperaciones y gastos innecesarios.

BIBLIOGRAFIA:

1. Jackson I.T., Fasching M.C. Secondary deformities of cleft lip, nose and cleft palate. Mc Carthy J.G. Plastic Surgery, W.B. Saunders Co. 1990, 2771-2877.
2. Millard D.R. Unilateral Cleft Lip Deformity. Mc Carthy J.G. Plastic Surgery, W.B. Saunders Co. 1990, 2627-52.
3. Cronin T.D., Cronin E.D., Roper P., Millard D.R. Bilateral clefts. Mc Carthy J.G. Plastic Surgery, W.B. Saunders Co. 1990, 2653-2708.
4. Mc Comb H. Primary repair of cleft lip nose. Mc Carthy J.G. Plastic Surgery, W.B. Saunders Co. 1990, 2708-2718.
5. Cronin T.D., Denkler K.A. Correction of the unilateral cleft lip nose. Plast. Reconstr. Surg. 1988, 82, 419-32.
6. James N.K., Mercer N.S.G., Peat B., Pigott R.W., Mc Comb H. Nasal symmetry: a 10 year comparison between the Pigott and Mc Comb nasal correction. Br. J. Plast. Surg. 1991, 44, 562-66.
7. Teichgraber J.F., Riley W.B., Russo E.C. External rhinoplasties: Indications for use. Br. J. Plast. Surg. 1992, 45, 47-54.
8. Millard D.R. Various uses of the septum in rhinoplasty. Plast. Reconstr. Surg. 1988, 81, 112-123.
9. Endo T., Nakayama Y., Ito Y. Augmentation rhinoplasty: Observations on 1200 cases. Plast. Reconstr. Surg. 1991, 87, 54-9.

10. Brent B. Repair and grafting of cartilage and perichondrium. Mc Carthy J.G. *Plastic Surgery*, W.B. Saunders Co. 1990, 559-82.
11. Millard D.R., Latham R.A. Improved primary surgical and dental treatment of clefts. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1990, 86, 856-71.
12. Mc Comb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 15 year review and a new treatment plan. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990, 86, 882-9.
13. Matsuo K., Hirose T., Otogiri T., Noroso N. Repair of cleft lip with nonsurgical correction of nasal deformity in the early neonatal period. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1989, 83, 25-31.
14. Wexler M.R., Neuman A.R., Weinberg A. Nasal tip augmentation with cartilage graft in aesthetic rhinoplasty; an accurate placement. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990, 86, 812.
15. Brent B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: Two decades of experience with 600 cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 1992, 90, 355-74.
16. Dibbell D.G. Cleft lip nasal reconstruction: Correcting the classic unilateral defect. *Plast. Reconstr. Surg.* 1982, 69, 264-70.