



UNIVERSIDAD LATINO AMERICANA

**DIVERSIFICACION DE
TECNICAS QUIRURGICAS
PARA LA CIRUGIA CORRECTIVA
DEL LABIO HENDIDO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA:

VERONICA ADRIANA CERVANTES ROMERO



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.

Esta Tesis la dedico con todo mi cariño a :

**Mis Padres ANTONIO CERVANTES RIOS
GEORGINA RONQUILLO DE C.**

**Con todo respeto y admiración por el apoyo
que me brindaron durante todo este tiempo.
Por ser un ejemplo de unión y superación, por
haber confiado en mí para la realización de mis
estudios y por ser siempre un ejemplo a seguir
en la vida.**

A mis hermanos : **MARCO ANTONIO, GEORGINA Y CLAUDIA J.**

**Por contar siempre con su apoyo
y confianza.**

A mi cuñado : **ALEJANDRO**

Por sus sabias explicaciones

A mis : TIOS, PRIMOS, SOBRINOS Y FAMILIARES

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS : GRACIAS

Al Dr. FRANCISCO CERVANTES

**Porque sin su colaboración esta tesis no hubiese
sido posible.**

GRACIAS

A mi Director de Tesis : Dr. JOSE LUIS CORTEZ BASURTO

**Con respeto y admiración
GRACIAS**

AI HONORABLE JURADO: Gracias

INDICE

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I: ANTECEDENTES (HISTORIA).	5
CAPITULO II: GENERALIDADES	8
2.1 Definición.	9
2.2 Embriología.	10
2.3 Anatomía patológica.	13
2.4 Etiología.	16
CAPITULO III: ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL.	18
3.1 Cavidad bucal.	19
3.2 Labios.	20
3.3 Carrillos.	24
3.4 Mucosa bucal.	25
3.5 Paladar.	25
3.5.1 Paladar duro.	26
3.5.2 Paladar blando.	28
3.6 Diafragma bucal.	30
3.7 Glándulas salivales.	31
3.8 Fauces.	31
3.9 Lengua	32

3.10 Dientes.	34	
3.11 Farínge.	35	
3.12 Nariz..	35	
CAPITULO IV:	ESTADISTICA.	38
CAPITULO V:	DIVERSIFICACION Y ANALISIS DE LA TECNICA	
	QUIRURGICA DE LABIO HENDIDO.	45
5.1 Técnica de rotación de avance de Millard.	46	
5.1.1 Caso clínico.	51	
5.2 Técnica de colgajo triangular de Tennyson/Randal modificada.	64	
5.2.1 Caso clínico.	71	
5.3 Técnica de colgajo cuadrangular de Le Mesurier.	84	
5.3.1 Caso clínico.	88	
5.4 Técnica de queiloplastia bilateral de Verdeja.	92	
5.4.1 Caso clínico.	101	
5.5. Técnica quirúrgica de labio hendido unilate- ral según Asensio.	106	
5.5.1 Caso clínico.	119	
5.6 Técnica quirúrgica de labio hendido bilate- ral según Asensio Del Valle.	122	
5.6.1 Caso clínico.	137	

CAPITULO VI:	SINOPSIS COMPARATIVA DE LA TÉCNICA	-
	QUIRURGICA.	141
CAPITULO VII:	EFFECTOS PSICOLOGICOS.	144
CONCLUSIONES		149
TERMINOLOGIA MEDICA		151
BIBLIOGRAFIA		166

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Las deformidades congénitas de Labio fisurado (Queiloesquisis), han afectado al hombre según se sabe desde la época Prehistórica. Los esfuerzos por corregir estas anormalidades han evolucionado con los siglos; con creciente éxito a medida que avanza el conocimiento científico.

Las fisuras bucales comprenden un complejo tratamiento a largo plazo y aparecen con suficiente frecuencia como para constituir un problema de salud pública. Las fisuras combinadas de Labio y paladar son mas frecuentes que los compromisos aislados de ambas regiones.

En la mayoría de los casos, los individuos nacidos con labio hendido o ambas cosas desarrollan varios defectos asociados, como dientes deformados, maloclusión, menoscabo del lenguaje, infecciones del oído medio y alta susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores.

Desde el momento en que se diagnostica al recién nacido, como paciente de labio fisurado, se le debe de infundir, orientar, canalizar y sobre todo concientizar a los padres, que éste padecimiento se puede y debe corregir con un plan de tratamiento adecuado y así, el niño, el día de mañana, podrá enfrentarse sin temor alguno a la sociedad y principalmente se querrá y respetará así mismo, -

sin traumas ni complejos físicos psicológicos, que le permitirán ser un miembro más de nuestra comunidad y quizá hasta valioso e indispensable a través de su capacidad, estudio, destreza y tantas cualidades que como seres humanos tenemos.

CAPITULO I
ANTECEDENTES

Gracias al deseo de ayudar al individuo afectado de una anomalía congénita y al constante interés por el progreso de la ciencia médica, se ha logrado conquistar con el escalpelo éstas deformaciones que generaciones anteriores habían considerado inoperables, ya que en otros tiempos el objetivo parecía ser el de coleccionar y describir los casos más grotescos, pues esto es ilustrado en la antigua literatura por medio de dibujos que muestran extrañas alteraciones monstruosas, la mayor parte de estos, estaban basados más en la imaginación que en la observación. Afortunadamente, se han logrado describir interesantes datos relacionados con las irregularidades congénitas del labio fisurado. Por nombrar algunos de éstos hallazgos importantes se puede mencionar el de las " **Momias Egipcias** ", que es el título del trabajo de Smith y Dawson, en el cual se describen antecedentes referentes a casos de personas con problemas del labio y paladar hendido.

También se han exhibido piezas griegas de Corinto, otras de soldados romanos, o esculturas precolombinas, presentando hendiduras labiales.

Así mismo, se dice que en el S. II. A.C. Galeno observó y denominó a ésta anomalía como; Lagocheilos, que viene del griego; Lagos-liebre y cheilos-labio, junto con Sócrates, intentaron operaciones con técnicas quirúrgicas rudimentarias y muy dolorosas pero necesarias para poder realizar las correcciones.

Posteriormente se le describió a ésta malformación como: Labio leporino y fisuras palatinas.

En 1760, Le Monier manifiesta y realiza el primer tratamiento quirúrgico, utilizando suturas y termocauterío entre otros instrumentos, obteniendo relativos resultados.

Subsiguientemente Roux, Stevens y Von Graffe desarrollan el tratamiento con la estafilorrafia o sutura del defecto del paladar blando. Para 1834, Mutter revela un informe sobre la curación de veinte pacientes, dando la impresión de solo tratar quirúrgicamente el paladar posterior, ya que el paladar anterior era cerrado con un obturador.

Estas intervenciones se llevaban a cabo hasta que la edad del paciente fuese adecuada para poder obtener su cooperación, sin embargo en 1865 se descubre la anestesia, por tal motivo Ferguson y Warren dieron inicio a las intervenciones quirúrgicas indoloras en niños de 3 ó 4 años de edad.

De igual forma en el S. XX. Investigaciones; evoluciones, adelantos positivos en la medicina, nos dan afortunadamente en ésta época, la oportunidad de superar el tratamiento de ésta anormalidad y así a través de dichas investigaciones, han surgido grandes médicos, logrando resultados satisfactorios.

CAPITULO II
GENERALIDADES

2.1 DEFINICION

Anomalía congénita consistente en la aparición de una o -
más hendiduras en el labio superior como consecuencia de la -
falta de cierre de los procesos nasales medios del maxilar en -
la vida embrionaria. El tratamiento es la reparación quirúrgica
de la anomalía durante la lactancia (22).

En la mayoría de los casos los individuos de labio y paladar
hendido o ambas cosas desarrollan varios defectos asociados como
dientes deformados, maloclusión, trastornos del lenguaje, infec-
ciones del oído medio y alta susceptibilidad en las infecciones
respiratorias superiores (23).

2.2 EMBRIOLOGIA

Embriológicamente, hacia la cuarta semana del desarrollo del embrión, la boca y la nariz constituyen una cámara común, el estomodeo o boca primitiva, situada entre el proceso frontal y el pericardio. El estomodeo es rodeado más tarde por varias prominencias que se colocan por encima, por debajo y a los lados, a partir de las cuales se generan las distintas partes de la cara. Estas prominencias son:

- 1) El proceso frontonasal, que limita por encima el estomodeo.
- 2) El proceso mandibular, dependiente del primer arco branquial, que limita el estomodeo por abajo.
- 3) El proceso maxilar, que después de partir de la base del proceso o arco mandibular, a ambos lados, constituye el límite lateral del estomodeo.

Al crecer el proceso frontonasal hacia abajo aparecen dos depresiones, las fositas nasales, que van a formar la nariz primitiva. Una vez desarrolladas las fositas nasales dividen la porción inferior del proceso frontonasal en 3 porciones: el proceso nasal medio y los dos procesos nasales laterales.

Hacia la quinta semana del desarrollo embriológico, la nariz crece hacia adelante y las fositas nasales se separan ampliamente.

A partir de cada ángulo lateral del proceso nasal medio, emergen los procesos globulares, se forma la columnela nasal; a partir de su parte superior se genera el dorso de la nariz y de sus porciones inferiores, provienen el prolabio y el filtrum labial.

A la sexta semana del desarrollo embriológico, el proceso maxilar de cada lado crece hacia la línea media por debajo del ojo y se une al proceso globular y nasal lateral completando el piso de la fosa nasal y generando la porción lateral del labio superior y la mitad superior de la región geniana. De la falta de unión o de la unión imperfecta del proceso maxilar con el proceso globular se generan los diferentes tipos de fisuras labiales.

Según teoría propuesta por Veau en 1938 y apoyados por Stark y Ehrman en 1958 y 1961, refieren que no existen verdaderos procesos faciales sino solamente una serie de surcos extodérmicos que separan masas mesodérmicas. Las masas crecen diferencialmente y penetran obliterando los surcos ectodérmicos para formar el tabique nasal primario, labio, prolabio y premaxila, es decir, el paladar primario. Este se extiende posteriormente hasta la papila incisiva y está normalmente terminada hacia la séptima semana intrauterina.

Su terminación completa depende de la penetración en esta región de tres masas mesodérmicas: una central y dos laterales. La ausencia o deficiencia de estas masas o falta de penetración da lugar a una separación del ectodermo con formación de hendiduras. Como el paladar primario forma la porción dental del labio superior y premaxilar, las hendiduras pueden prolongarse posteriormente hasta el agujero incisivo en esta región (24).

2.3 ANATOMIA PATOLOGICA.

En el labio hendido hay un defecto o falta de tejido en la porción inferior de lado interno de la fisura; esto trae como consecuencia la rotación del tubérculo labial en sentido ascendente hacia el lado del defecto y acortamiento de la prominencia labial lateral correspondiente al lado hendido.

En el lado fisurado, el ala nasal está aplanado y el eje mayor del orificio de entrada está dirigido más o menos en sentido transversal en lugar de tener una dirección oblicua.

La columela, en lugar de tener una dirección anteroposterior, está dispuesta en sentido oblicuo debido a que su base está desviada hacia el lado contrario del defecto. Existe un borramiento parcial del surco subnasal y de la prominencia labial lateral del lado afectado.

Las fibras del músculo orbicular de los labios, en el lado sano, parte de la región de la comisura y se dirigen a la línea media, terminan en el prolabio manteniendo su dirección anatómica que es horizontal. En el lado hendido, estas fibras parten igualmente de la comisura y se dirigen hacia adentro, pero en vez de alcanzar el prolabio, cambian su dirección haciéndose ascendentes y terminando difusas en la región del ala nasal.

En el labio hendido unilateral completo hay con frecuencia - subdesarrollo del maxilar superior y asimetría de los cartílagos nasales en el lado de la hendidura.

Los niños portadores de labio y paladar hendidos, presentan las siguientes alteraciones fisiopatológicas:

- a) Imposibilidad para succionar, al no poder crear succión negativa intraoral, por estar comunicadas permanentemente la boca con las fosas nasales.
- b) La respiración se verifica a través de la hendidura labial y el aire pasa directamente, sin el calentamiento ni la filtración previos que le proporcionan las fosas nasales, haciéndolos susceptibles a infecciones de las vías respiratorias.
- c) Debido a que no se puede realizar el cierre del paladar con la base de la lengua, necesarios para aislar la cavidad bucal durante la inspiración nasal, los líquidos contenidos en la boca acompañan fácilmente el aire inspirado penetrando en la laringe. Esta alteración fisiopatológica puede causar traqueobronquitis y neumonías aspirativas.
- d) A causa de las amplias relaciones del orificio interno de la trompa de Eustaquio con la boca, en los labios hendidos con

fisura palatina, se producen frecuentemente infecciones del oído medio. Las otitis medias a repetición son condicionadas por factores mecánicos y dinámicos. El factor mecánico lo constituye la irritación que provocan los alimentos al entrar fácilmente en contacto con el orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio, produciendo inflamaciones que estenosan la luz del conducto, facilitando la infección. El factor dinámico lo constituye la alteración en los mecanismos de la musculatura extrínseca de la trompa de Eustaquio, ya que los músculos tensor y elevador del paladar, al no tener inserción interna, por estar abierto el rafe palatino, no pueden realizar la acción de ordenamiento sobre la trompa que se produce en los sujetos normales durante los movimientos de velo palatino.

Master señala que una pérdida de audición por encima de 10 decibelios ocurre en el 50% de los niños con labio hendido completo y fisura palatina. La incidencia de la pérdida de la audición parece crecer en progresión aritmética a medida que aumenta la edad a que se realiza la plastia del paladar anterior y posterior.

2.4 ETIOLOGIA.

Fogh-Andersen estableció, y lo confirmaron numerosos investigadores, que existen dos entidades distintas y separadas: 1) el labio hendido con o sin asociación de paladar hendido, y 2) paladar hendido aislado. Sin duda alguna, la herencia es uno de los factores más importantes a considerar en la etiología de estas malformaciones. No obstante, también son importantes los factores externos. Según Fogh-Andersen, poco menos de 40% de casos de tipo 1 y aproximadamente 20% del tipo 2 son de origen genético.

La mayoría de los investigadores indican que el patrón hereditario en el labio hendido es diferente al del paladar hendido aislado. El modo en que se transmite es incierto. Bathia analizó esto señalando que la posible transmisión sea a través de un solo gen mutante, que produce un gran defecto; o por varios genes (herencia poligénica) produciendo cada uno un defecto pequeño, que juntos crean esta alteración. Se debe señalar que los estudios citogénicos no han podido descifrar las alteraciones visibles que se presentan en la morfología cromosómica de los individuos afectados.

Recientemente, Bixler amplió sus estudios al respecto y reiteró que existen dos tipos de hendidura. La más común es hereditaria, siendo de naturaleza poligénica (determinada por diferentes genes que actúan juntos).

En otras palabras, cuando la tendencia genética total de un individuo tiene un nivel mínimo, se alcanza el umbral para que se presente una hendidura. De hecho, se supone que cada individuo lleva alguna tendencia genética de presentar hendiduras, pero si ésta es menor que el nivel del umbral, no se desarrolla dicha alteración. Cuando las tendencias individuales de dos progenitores se unen a su descendencia y si éstas exceden el valor del umbral se presentará la hendidura. Sin embargo, aun cuando ésta es la manera más común, en el tipo de bajo riesgo el valor del umbral es bastante alto. La segunda forma es monogénica o sindrómica y está asociada con una variedad de anomalías congénitas. Debido a que éstas son monogénicas, representan un tipo de alto riesgo. Bixler señaló que, por fortuna, los síndromes de hendiduras son raros y que probablemente sólo constituyan 5% de todas las hendiduras, aunque según Cohen, en la actualidad hay publicados más de 150 síndromes de hendiduras. (11)

No obstante que hay pocas pruebas acerca de que las alteraciones nutricionales causan paladares hendidos en los seres humanos, los regímenes dietéticos anormales en los animales han causado el desarrollo de hendiduras. El paladar hendido se ha producido en forma experimental en las ratas recién nacidas mediante dietas deficientes o abundantes en vitamina A, suministradas a las madres durante la gestación. Las dietas deficientes en riboflavina que se administraron a las ratas preñadas también produjeron una descendencia con frecuencia elevada de paladar hendido.

CAPITULO III

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA CAVIDAD BUCAL

El vestíbulo de la boca: Es un espacio en forma de hendidura, circunscrito en la parte externa por los labios y los carrillos, mientras que en la parte interna se encuentra limitado por los dientes y los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula.

En la cavidad bucal se incluyen seis paredes: anterior, posterior, laterales, superior e inferior. (25).

La pared anterior esta formada por los labios; la posterior esta representada por el istmo de las fauces; los carrillos están comprendidos por las paredes laterales; la superior incluye al paladar a la pared inferior al piso de la boca y a la lengua (5).

3.2 LABIOS.

Están integrados por distintas capas, que del exterior hacia la cavidad se descubre: la piel, la fascia superficial, el plano muscular constituido principalmente por el orbicular, el tejido alveolar y la mucosa. El borde labial se cubre por una membrana mucocutánea roja y deshmedecida, cuyo límite de separación con la piel forma el Borde Bermellón, el que en la línea media presenta una pequeña muesca de concavidad superior llamada Arco de

Cupido; en el borde libre del labio superior en su parte --
media, hay una pequeña prominencia llamada Tubérculo Labial.
El borde mucocutáneo se refleja hacia atrás y arriba, conti- -
núandose con la mucosa para formar el Vestíbulo de la Boca. En
la parte media y superior forma un repliegue que constituye el
Frenillo. En la línea media del labio superior se encuentra una
depresión vertical limitada hacia abajo por el arco de cupido -
que conocemos con el nombre de Filtrum.

I R R I G A C I O N

Está dada en el labio superior por la coronaria labial su-
perior, rama de la facial, que se anastomosa en la línea media -
por la inosculación y se encuentra mucho más próxima a la mucosa
que a la piel, dirigiéndose hacia los ganglios submaxilares pos-
teriores, mientras que los del labio inferior forman tres grupos:
uno medio, que desciende verticalmente hacia ganglios situados
bajo la piel del centro de la región hioidea y dos grupos latera-
les, que van hacia atrás para abrirse en los ganglios submaxila-
res anteriores. Los nervios motores provienen del facial y los -
sensitivos del trigémino.

F U N C I O N E S .

Son efectuadas por diferentes músculos que dan movilidad voluntaria, para en un momento dado producir o interrumpir la salida del aire, llevando a cabo la opresión o bien la abertura bucal, respectivamente.

Tales músculos son los siguientes:

- 1.- Labial u orbicular de los labios: Cierra o modifica la abertura bucal.
- 2.- Buccinador: Dirige hacia atrás la comisura labial y es auxiliar de la masticación.
- 3.- Elevador común del ala de la nariz y labio superior: Eleva el ala de la nariz y el labio superior.
- 4.- Elevador propio del labio superior: Eleva al labio superior.
- 5.- Cigomático menor: Eleva y dirige hacia afuera al labio superior.
- 6.- Cigomático mayor: Desplaza hacia arriba y hacia afuera la comisura labial.
- 7.- Risorio de Santorini: Desplaza hacia atrás la comisura labial.

- 8.- Triangular de los labios: Desplaza hacia abajo la comisura labial.
- 9.- Cuadrado de la barba: Dirige hacia afuera y hacia abajo al labio inferior.
- 10.- Cútaneo del cuello: Desplaza hacia abajo la piel de la barba y al labio inferior.
- 11.- Depresor del labio inferior: Por su contracción desciende al labio inferior.
- 12.- Depresor del ángulo de la boca: Dirige la comisura labial hacia abajo y hacia afuera.
- 13.- Canino: Eleva y lleva hacia adentro la comisura labial.

Funciones fonéticas de los labios: Para la pronunciación correcta de las letras consonantes y en consecuencia de las sílabas y las palabras, los diferentes órganos de la boca nos proporcionan los sonidos, así, tenemos; que los labios apoyados contra sí mismos, en los dientes o con la lengua, ayudan en una forma importante a la pronunciación adecuada de los sonidos como es el caso de la B, V, P y de la M.

3.3 CARRILLOS.

El carrillo se extiende verticalmente del arco cigomático al borde inferior de la mandíbula; está limitado en la parte de adelante por el surco nasogeniano y el surco nasolabial, mientras que por atrás se prolonga hasta el borde posterior de la rama del maxilar inferior.

Se encuentran revestidos de epitelio escamoso estratificado, contiene varios músculos accesorios de la masticación, especialmente los buccinadores, que impiden que el alimento escape de la acción masticatoria de los dientes.

La mucosa de los labios y carrillos pasa a los procesos alveolares del maxilar y de la mandíbula, constituyendo unos pliegues por su línea media; el frenillo de los labios superior e inferior. En los procesos alveolares, la mucosa se encuentra firmemente adherida al periostio y se denomina Encía o Gíngiva.

3.4 MUCOSA BUCAL.

Se define como palatina cuando se encuentra en el paladar, Lingual en el caso de que este en la lengua, Labial sobre los labios, geniana a nivel de los carrillos y Gingival a la altura del borde alveolar.

La palabra mucosa suele referirse al revestimiento epitelial con su tejido conectivo subyacente de sostén (lámina propia o túnica propia) el cual está dispuesto, en una capa delgada de fibras musculares lisas.

3.5 PALADAR.

La pared superior de la cavidad bucal, constituye la bóveda palatina o paladar duro y el velo del paladar o paladar blando.

3.5.1 PALADAR DURO.

Su configuración esta dada por : Las ramas horizontales del maxilar superior y los huesos palatinos; el borde posterior es libre y sirve de inserción a la aponeurosis palatina. La superficie ósea es rugosa y presenta en su parte media anterior al Agujero palatino Anterior, por donde salen las arterias palatinas anteriores y los nervios nasopalatinos; a los lados y cerca del borde libre, se hallan los Agujeros Palatinos Posteriores que dan salida a las arterias palatinas posteriores, lográndose entre éstas arterias anteriores y los posteriores una anastomosis, sin embargo, las que proporcionan la principal irrigación del paladar duro son las segundas y provienen del ganglio de Meckel o esfeno palatino que es una rama colateral del V par craneal. La superficie bucal es cóncava y la cubre una mucosa rugosa e irregular que hace cuerpo con un tejido fibroso y con el periostio; contiene numerosas glándulas palatinas.

El agujero palatino posterior por el cual emerge la arteria, está situado en el punto de unión de la bóveda palatina con el velo del paladar lo más excéntricamente posible respecto a la línea media y corresponde al nivel en que se aloja el segundo molar deciduo o bien el tercer molar permanente, en el niño o en el adulto respectivamente. Las arterias están mucho más próximas a la cara profunda que a la superficie de la mucosa.

Los nervios destinados a la bóveda acompañan a las arterias y se distribuyen en la misma forma, provienen del maxilar superior y son únicamente sensitivos.

F U N C I O N E S .

El paladar anterior separa la boca de la nariz, auxilia a la lengua para la masticación y para la deglución, de la misma manera el paladar sirve de punto de apoyo a la lengua en sus diferentes zonas para que se produzcan los sonidos que se pretenden emitir de acuerdo a las sílabas, empezando con cada uno de los sonidos de las consonantes, como por ejemplo las letras linguopalatales; C, L, Ñ y la Y.

3.5.2 PALADAR BLANDO.

También llamado velo del paladar. Está situado por detrás de la bóveda palatina, entre la trasecavidad de las fosas nasales y la boca. Ofrece dos caras y cuatro bordes: La cara inferior o bucal, se continúa con la bóveda palatina; la cara superior se continúa con el techo de las fosas nasales; el borde anterior se inserta en el borde posterior de la bóveda palatina; el borde posterior es libre y en él se ven la Uvula y los pilares del velo del paladar.

M U S C U L O S .

Son doce y se encuentran distribuidos en seis a cada lado de la línea media. En el borde posterior del paladar duro se inserta la aponeurosis palatina, que ocupa el tercio anterior de la longitud del paladar blando y en la que se insertan los fascículos musculares de los:

- 1.- Palatoestafilinos.
- 2.- Periestafilinos internos.
- 3.- Periestafilinos externos.

- 4.- Faringoestafilinos.
- 5.- Glosostafilinos.
- 6.- Occipitoestafilinos.

I R R I G A C I O N .

Está dada por el dorsal de la lengua, la faríngea ascendente; rama de la facial y la palatina accesoria posterior, rama de la maxilar interna.

Los nervios provienen del trigémino, del glosofaríngeo, del neumogástrico por sus ramillas faríngeas, de los ganglios de Meckel y del ótico.

F U N C I O N E S .

La función del velo del paladar es de servir de puerta entre la Rinofarínge y la Orofarínge.

También sirve como punto de contacto a la lengua en la articulación de algunas consonantes.

3.6 DIAFRAGMA BUCAL.

También llamado piso de la boca: Esta formado por los músculos milohioideos de la región anterior del cuello y son:

- 1.- Músculo Milohioideo.
- 2.- Músculo Genihioideo.
- 3.- Músculo digástrico.

En la base de la cavidad bucal, por debajo de la lengua, la túnica mucosa constituye un pliegue denominado: Frenillo lingual.

A ambos lados del frenillo se encuentran dos prominencias, las papilas salivales, en las que se abren los conductos de las glándulas salivales, submandibulares y sublinguales.

3.7 GLANDULAS SALIVALES.

Son órganos que producen una secreción llamada Saliva, La cual es sobre todo un líquido alcalino, pero suele contener algunos globulos blancos y algunos fragmentos celulares. Es de consistencia variable, es decir, como puede ser delgada y acuosa, o bien, espesa y pegajosa, es según el tipo de alimento que se encuentra en la boca.

Existen Glándulas pequeñas conocidas como: Glándulas labiales, bucales, palatinas y linguales. Las glándulas principales, son de mayor tamaño y se agrupan en tres pares dispuestas simétricamente a los lados y en la región inferior de la boca, estos grupos son: Las glándulas parótidas, las glándulas submaxilares y las glándulas sublinguales.

Estas glándulas se encuentran en la mucosa o bien la submucosa.

3.8 FAUCES.

Constituyen el orificio que comunica a la cavidad bucal con la farínge.

Por arriba están limitadas por el paladar blando; por -
abajo, por la raíz de la lengua; por los lados, por los arcos
o pilares del paladar. En cada lado hay dos arcos; uno anterior
y otro posterior, que es el palatofaríngeo, éstos están consti-
tuidos por pliegues de la mucosa y en su espesor se encuentran
los músculos que llevan la misma denominación de los arcos. Es--
tos músculos son depresores del paladar blando.

3.9 LENGUA.

Es un órgano muscular cubierto por una túnica mucosa. En
la lengua se distinguen el ápice, el cuerpo y la raíz; ésta últi-
ma se inserta en el hueso hioides, mientras que el cuerpo y el
ápice quedan libres. La cara superior de la lengua se denomina
dorso.

M U S C U L O S .

Los músculos de la lengua se dividen en: Músculos linguales
propiamente dichos y músculos que se inician en los huesos. Los
músculos propios de la lengua están compuestos de fibras muscula

res dispuestas en tres direcciones; longitudinales, transversal y vertical, al contraerse éstos músculos, varía la forma de la lengua. De los huesos parten tres partes de músculos linguales: el geniogloso, el hiogloso y el estilogloso. Todos ellos terminan en el estesor de la lengua. Gracias a la acción de éstos músculos la lengua puede desplazarse hacia adelante y hacia atrás, hacia abajo y hacia arriba.

La mucosa del dorso de la lengua constituye una gran cantidad de excrecencias, las papilas linguales. Las hay de cuatro aspectos: filiformes, fungiformes, valladas (caliciformes) y - - foliadas. Las papilas filiformes poseen sensibilidad táctil. Las demás papilas son gustatorias.

Dan las papilas a la lengua un aspecto aterciopelado.

Este órgano contribuye a la masticación, a la deglución y participa en el hombre, en el acto del lenguaje articulado, por tal motivo debe mantenerse excesivamente ágil y flexible, así mismo realiza una autoclisis bucal.

La lengua es el órgano del gusto, por medio del cual se perciben las cuatro diferentes sensaciones gustatorias las cuales son : ácido, dulce, salado y amargo.

3.10 DIENTES.

En el hombre existen tres períodos de la dentición:

- 1.- La dentición primaria, temporal, caduca, infantil, decidua, o bien, vulgarmente conocida como dentición de leche. Existen diez dientes en cada arcada y se presentan de los 6 meses, hasta los 6 años.
- 2.- La dentición mixta. Se diagnóstica entre los 6 y los 12 años.
- 3.- La dentición permanente. Se encuentra a partir de los 12 años, con dieciseis dientes en cada arcada.

Los dientes se encuentran implantados en los procesos alveolares del maxilar y de la mandíbula.

F U N C I O N E S .

Incisivos:	Dientes cortantes.
Caninos:	Dientes de penetración.
Molares y premolares:	Dientes de trituración.

3.11. FARINGE.

Es la porción del tubo digestivo que sirve como vía de paso para los aparatos respiratorios y digestivo. Permite al individuo respirar por la boca incluso en presencia de obstrucción de las vías nasales, sin embargo, el aire no se purifica suficientemente y no se calienta, como resultado de ello, pueden presentarse - transtornos patológicos en los órganos de la respiración y en la boca misma.

3.12 NARIZ.

Desde el punto de vista de su asociación con el labio hendido, es conveniente insistir sobre algunas de sus características. Tienen forma de pirámide de tres caras, cuya base descansa sobre la cavidad nasal; las caras laterales, se continúan con los - - carrillos; la cara inferior presenta dos orificios, las narinas, separadas por la columela y están limitadas hacia afuera por las alas de la nariz.

Su inervación está dada por los nervios infraorbitarios, infratroclear y nasal.

M U S C U L O S .

- 1.- Músculo piramidal.
- 2.- Músculo transverso de la nariz.
- 3.- Músculo mirtiforme.
- 4.- Músculo dilatador propio de las aberturas nasales.

F U N C I O N E S .

Tiene varias funciones aparte de la olfatoria; las fosas y senos dan resonancia a la voz, regulan la humedad del aire y detienen partículas de polvo.

CAPITULO IV
ESTADISTICA

Se realizo un estudio inicial estadistico de labio hendido, que abarcó desde marzo de 1984 a marzo de 1989.

En este estudio se practicarón un total de 120 intervenciones quirúrgicas de plastia labial unilateral, bilateral, incluyéndose 5 técnicas diversas de corrección, según su presentación y tipo de fisura.

En la gráfica N° 1, la actividad quirúrgica para la corrección de estas fisuras se observo con mayor porcentaje en el año de 1986 y 1987, cuando se estableció la participación de la clínica de labio y paladar hendidos en el Hospital General del Centro Médico La Raza, posterior al sismo ocurrido en 1985 y que inutilizó al Hospital de Pediatría en esos años.

En 1988 la frecuencia de los procedimientos quirúrgicos decreció por mayor demanda de cirugía ortognática pediátrica, por la reducción del horario de labores y aumento del horario de la actividad docente a los medicos y cirujanos.

En la gráfica N° 2, se observa en forma clara el predominio del sexo masculino sobre el femenino, tanto en la presentación unilateral con 59% contra 41% y el bilateral con 69% en relación al 31% en el femenino.

Respecto a las técnicas empleadas, en el cuadro 1, se -
aprecia que el procedimiento de Tennyson/ Randall-Verdeja,
fue la mayormente empleada en un grupo total de 70 pacientes
con un porcentaje de 58% del total de las cirugías; la téc-
nica de Rotación-Avance de millard se utilizó en 12 pacientes,
o sea, el 10% de los casos y la técnica de Le Mesurier con - -
colgajos cuadrangulares se llevó a cabo en 10 pacientes con un
8% de porcentaje total.

En las fisuras bilaterales, la técnica de Verdeja, con inci-
siones angulares para la elongación del prolabio, fue la elegida
en 24 pacientes o sea el 20% y la técnica de Cronin con incisiones
rectas sólo fue empleada en el 4%.

Lo anterior nos concluye: que la frecuencia mayor es la -
hendidura unilateral completa del lado izquierdo con deformidad
del ala nasal.

La técnica de Rotación-Avance, fue utilizada en los últi-
mos años en los casos de fisuras incompletas o angostas, sin de-
formidad nasal.

Solo en los casos muy complejos, se utilizó la técnica -
de Colgajos Cuadrangulares de Le Mesurier siendo el 8% de los _
casos fue operado con este procedimiento.

En el cuadro N° 2 y 3, se describen la frecuencia y presentación de cada hendidura labial y las técnicas empleadas.

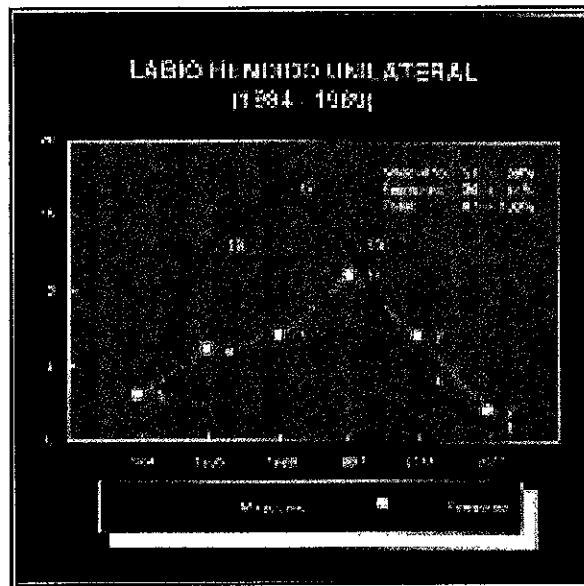


Gráfico 1.- Frecuencia de labio hendido unilateral según el sexo. Se observa el predominio del sexo masculino sobre el femenino.

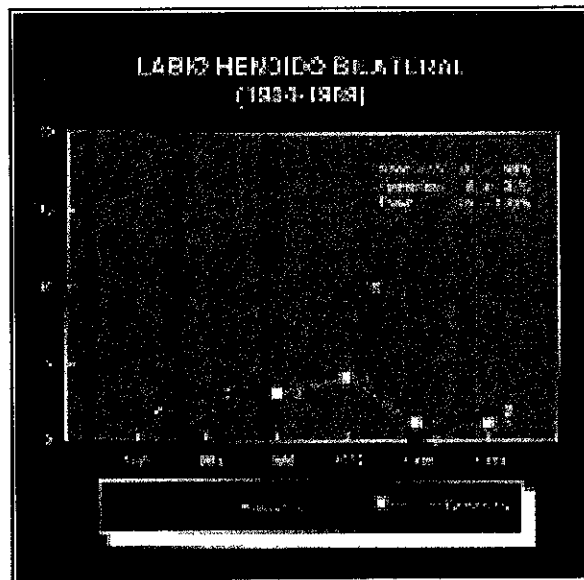


Gráfico 2.- Frecuencia de labio hendido bilateral según el sexo. Nótese que esta alteración se presenta mas en hombres que en mujeres.

TÉCNICA QUIRÚRGICA	LABIO HENDIDO UNILATERAL						
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Total
MILLARD	-	-	-	3	5	2	10
TENNYSON-RANDALL	0	18	25	17	2	1	70
LE MESURIER	-	-	-	8	2	-	10
TOTAL	0	18	25	28	10	3	84
TÉCNICA QUIRÚRGICA	LABIO HENDIDO BILATERAL						
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	Total
CHONIN	1	-	-	3	1	-	4
VERDEJA	2	3	6	10	2	3	26
TOTAL	2	3	6	13	3	3	30

Cuadro 1. Relación de técnicas quirúrgicas empleadas en plásticas de labio unilateral y bilateral. Se observa que la técnica de colgajos triangulares es la mas común por la incidencia de fisuras labiales completas.

HOSPITAL DE PEDIATRIA C.M.N. SIGLO XXI							
PLASTIAS DE LABIO (1984-1991)							
Año	Plastia labio unilateral laguando incompleta	Plastia labio unilateral completo	Plastia labio unilateral laguando completo	Plastia labio unilateral completo	Plastia labio bilateral incompleto	Plastia labio bilateral completo	Total pacientes Total plasticas (grupos)
1984			2	1	-	2	5
1985			12	0	-	3	22
1986	2	-	15	0	-	6	30
1987	2	-	18	0	1	18	42
1988	4	-	4	2	-	2	12
1989	3	-	7	-	1	2	9
1990	2	-	-	4	2	4	12
1991	3	-	5	0	1	4	14
Total	16	-	62	30	6	35	148
%	10,8	0	41,9	20,3	4,0	23,0	100

CUADRO 2

HOSPITAL DE PEDIATRIA
C.M.N. SIGLO XXI

PLASTIAS DE LABIO
(1984-1991)

Año	Plastia labio unilateral				Plastia labio bilateral			
	Millard	Tennison R.	Le Mesurier	Asensio	Cronin	Vendajhi	Asensio	Total
1984	-	8	-	-	-	2	-	8
1985	-	19	-	-	-	3	-	22
1986	-	25	-	-	-	5	-	30
1987	3	18	8	-	3	10	-	42
1988	5	2	2	-	-	2	-	12
1989	2	3	-	-	-	3	-	8
1990	3	2	-	1	2	4	-	12
1991	2	4	-	3	2	2	1	14
Total	16	70	10	1	7	31	1	148
%	10.8	53.4	6.8	0.7	4.0	20.9	0.6	100

Cuadro 3

CAPITULO V

DIVERSIFICACION Y ANALISIS DE LA TECNICA QUIRURGICA DE LABIO HENDIDO

CAPITULO V: D I V E R S I F I C A C I O N Y A N A L I S I S
D E L A
T E C N I C A Q U I R U R G I C A D E
L A B I O H E N D I D O .

5.1 TECNICA DE ROTACION DE AVANCE DE MILLARD.

Para las hendiduras incompletas o bien fisuras completas y angostas con buena longitud labial y sin deformidad del ala nasal, se recomienda la Técnica de Rotación de Avance propuesta por Millard, ya que proporciona un resultado estético satisfactorio, puesto que la incisión labial sigue el contorno del margen del filtrum lo que disimula la cicatriz y el colgajo triangular superior al rotar y avanzarlo lateralmente, mejora el contorno del ala de la nariz y evita la retracción lineal.

Los resultados en estos casos son excelentes en estética y función. Se contraíndica esta técnica en los casos de fisuras labiales amplia que provoquen una fuerza de tensión muscular mayor, ya que la incisión lineal labial en la línea mucocutánea puede contraerse, deformando el pico labial. Para evitar esta secuela del labio, se ha diseñado un pequeño colcajo triangular a 1 mm arriba de la línea mucocutánea que contrarreste la retracción

cicatrizar en este nivel.

T E C N I C A Q U I R U R G I C A :

Se marca previamente y con cuidado el arco de Cupido, se mide la altura del labio sano desde la nariz hasta el punto más elevado del arco antes señalado y se transporta esa medida a la orilla interna de la fisura.

Se realiza primero la incisión interna desde la línea mucocutánea en el extremo del arco de Cupido, hacia el piso de la nariz; a continuación se traza una incisión que desde el extremo inferior de la incisión anterior se dirige hacia arriba, dibujando una suave curva a concavidad inferior y sobrepasa ligeramente la línea media, colocándose por debajo de la columnela. **Figura 1.**

La longitud de esta incisión está en función de la hipoplasia del labio y se puede extender hasta lograr que la vertiente interna pueda descender rotando, hasta colocarse sin esfuerzo ni tensión en su posición normal. **Figura 2.**
Queda un colgajo superior con la base por debajo de la columnela, que contribuirá a formar el piso de la nariz.

La incisión en el lado externo se efectúa desde el -
piso de la nariz hacia abajo hasta llegar a la unión mucocutánea
y desde allí hacia afuera hasta lograr que la distancia A-B sea
igual a C-D. Se continúa posteriormente al trazado horizontal des-
de el punto C hasta la base del ala de la nariz, rodeando dicha
ala nasal.

Estas incisiones delimitan un colgajo triangular, cuyo vér-
tice se lleva a la brecha que abre el descenso del colgajo talla-
do en el vértice interno. Es decir, que se entrecruzan los col- -
gajos de manera tal que se sutura A con C y B con el punto D.

FIGURA 3.

El desplazamiento de C hacia la línea media produce rotación
del ala de la nariz hacia la buena posición.

El colgajo triangular que se lleva hacia afuera y se sutura
al extremo de la incisión por debajo del ala de la nariz, tiende
a corregir el desplazamiento de la columela hacia el lado sano.

Afrontados los colgajos, se produce a la unión de los te- -
jidos por planos desde la mucosa interna del labio, seguido por
el plano muscular y finalmente la piel con puntos de afrontamien-
to en este último.

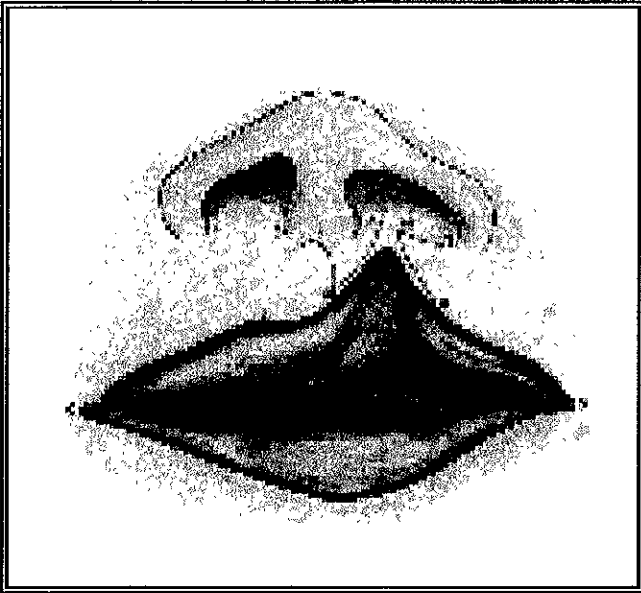


Fig. 1. Plastia de labio, según técnica de Millard, cuyo diseño se basa en la rotación, avance de un colgajo triangular en la base de la nariz y con resultado cosmético satisfactorio, ya que la incisión labial sigue el contorno del margen del filtrum.

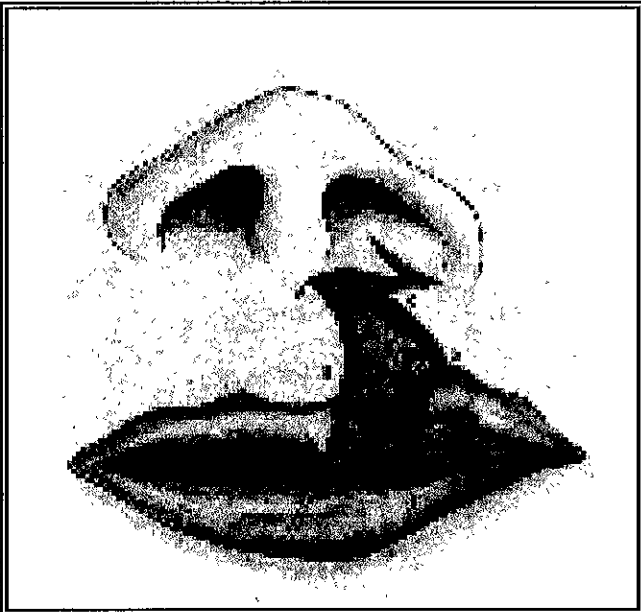


Fig. 2. Obtención de los colgajos, con uno triangular que rota y al avanzarlo lateralmente, se mejora el contorno de la nariz y evita la retracción lineal.

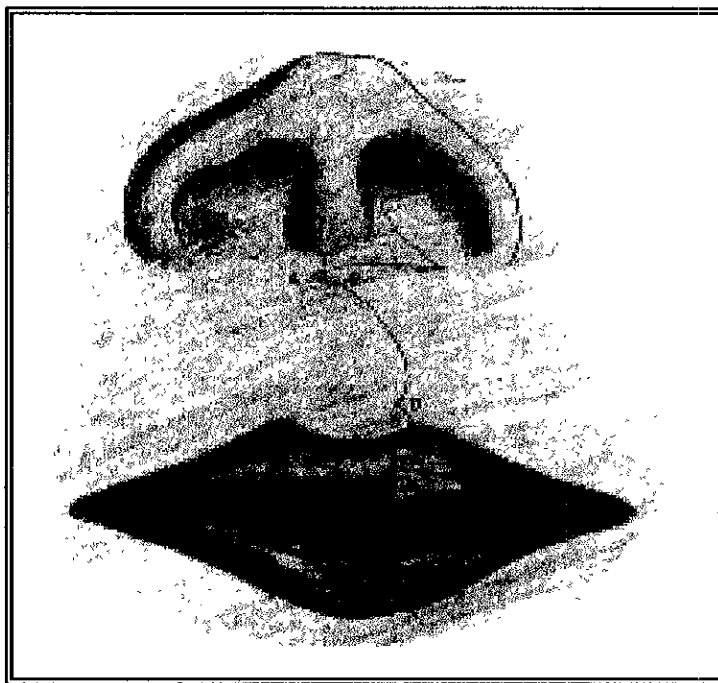


Fig. 3. Sutura de la plastia con técnica de Millard, se han afrontado en forma satisfactoria los colgajos triangulares en la porción nasal y queda la incisión lineal siguiendo el margen del filtrum. En la línea mucocutánea se indica realizar un pequeño colgajo triangular que evite la retracción de esta línea.

5.1.1 CASO CLINICO

CASO 1



Hendidura labial incompleta, con mínima deformidad del ala nasal y paladar íntegro. Se definen los puntos en el labio sano y del afectado.



Diseño de las incisiones con la técnica de Millard en base a la rotación y avance de un colgajo triangular superior.



Obtención del colgajo con base triangular superior.
Observe que al traccionar hacia abajo los colgajos, se aprecia la ubicación de cada uno de los triángulos.



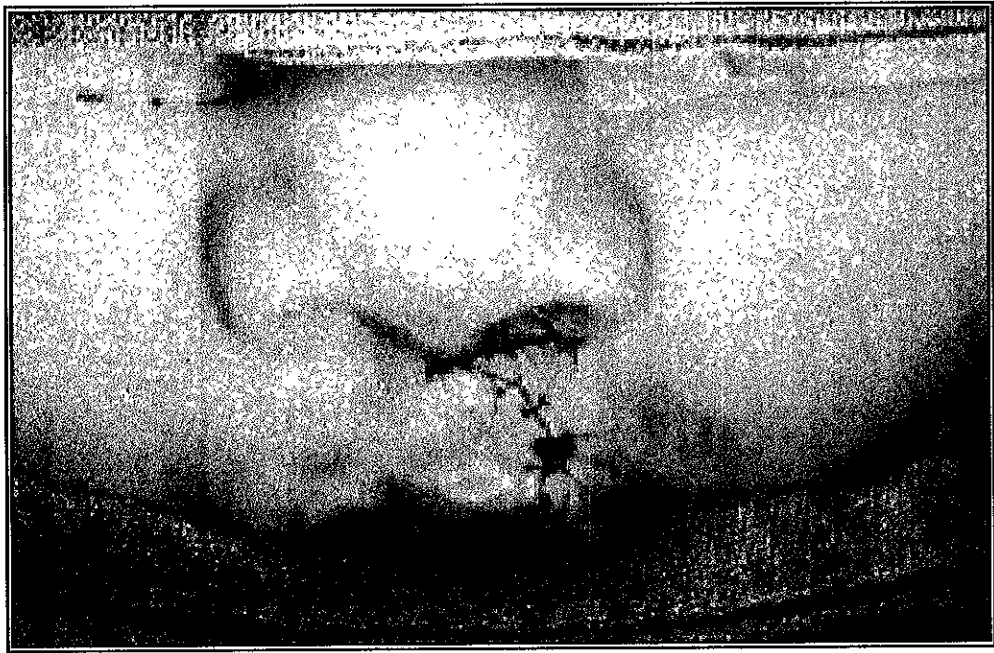
Se han presentado los colgajos en la posición que finalmente quedarán afrontados. Se nota que el colgajo superior triangular se ubica lateralmente en la base de la nariz.



Se inicia la reconstrucción por planos, comenzando la sutura en la porción interna bucal, afrontando la mucosa con puntos aislados. Se sutura además, la incisión liberatriz del fondo del vestíbulo bucal.



Vista frontal de la afrontación de los colgajos con la técnica de Millard, una vez terminada la sutura de la mucosa interna y del plano muscular. Observe que se ha practicado un pequeño colgajo triangular a nivel de la línea mucocutánea para evitar retracción cicatrizal del labio.



Terminada la intervención con la sutura del plano superficial de la piel y del labio, con puntos de dermalón 6-0, para evitar el marcaje posterior. Se ha devuelto la altura del labio y la continuidad de la línea mucocutánea.

CASO 2



Paciente de 3 meses de edad con labio hendido incompleto del lado izquierdo, indicándose la técnica de rotación-avance de Millard, con defecto nasal mínimo.



Se realizan las incisiones según el esquema anterior de Millard y una vez suturada la mucosa oral y músculo, se observa la confrontación de los colgajos de base triangular superior.



Terminada la sutura, se aprecia la buena simetría del labio con borde mucocutáneo adecuado y longitud del labio satisfactorio.



Aspecto inferior del labio, donde podemos observar la simetría del músculo orbicular restituido, lo que ofrece una buena función y estética.

CASO 3



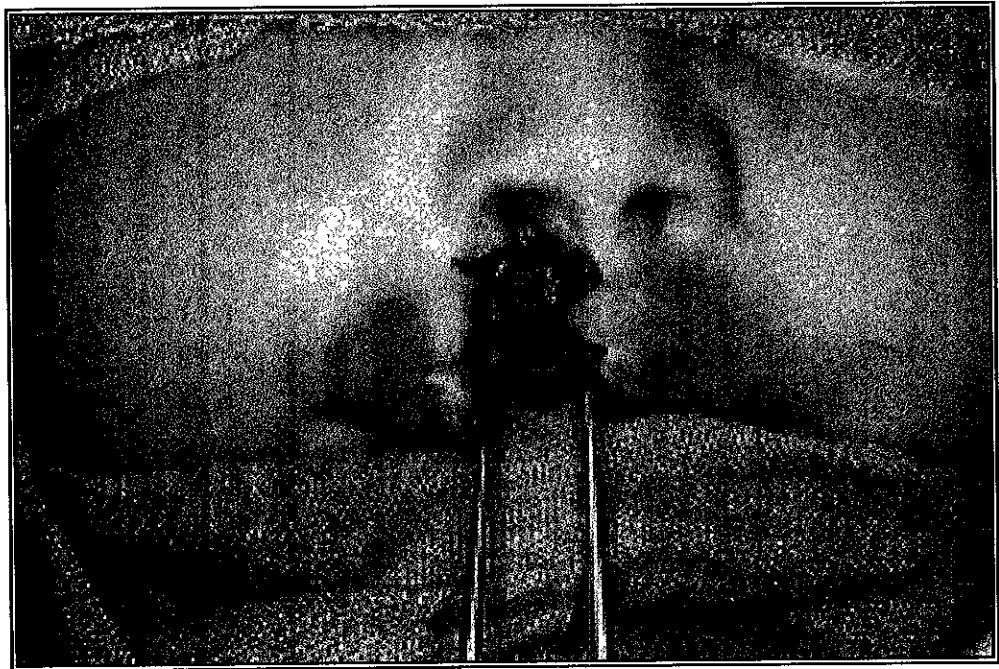
Paciente con labio hendido incompleto del lado derecho de mayor amplitud que el anterior, deformidad del ala nasal mayor con acortamiento del muñón externo.



Vista intraoral del caso, con la que se aprecia la hendidura del labio con prolongación de la fisura hacia el proceso alveolar y paladar. Sin embargo, los procesos alveolares están simétricos lo que evita el elongamiento del ala nasal afectada.



Diseño de la incisión de rotación – avance, una vez determinados los puntos de referencia en el muñón interno o sano y del lado afectado.



Realización de los cortes a nivel de los muñones del labio con el fin de obtener los colgajos para la rotación. Se traccionan los colgajos observándose la longitud o altura labial simétricos.



Sutura de los colgajos en la posición determinada así como del borde del bermellón. Se aprecia la reducción del espacio de la narina y el resultado similar con el sano.



Es conveniente en todos los casos, la protección de la herida quirúrgica mediante un apósito de gasa fija con microporo, previo a la aplicación de un ungüento de cloramfenicol oftálmico.



Postoperatorio de ocho días, una vez remitido el cuadro agudo inflamatorio, la herida deberá limpiarse cuidadosamente, evitando la acumulación de secreciones mucosas y sangre, que contaminen y retarden la cicatrización del labio.



Aspecto inferior del labio operado, observando la simetría del borde mucocutáneo y de ambas narinas. En esta fase, se retira la totalidad de los puntos de sutura.

5.2 TECNICA DE COLGAJO TRIANGULAR DE
TENNYSON/RANDALL MODIFICADA.

En las fisuras labiales completas más amplias, proponemos la técnica descrita por Tennyson y Randall, modificada por Hernández y Verdeja en 1964, la cual ofrece un cierre adecuado del defecto, ya que al medir las estructuras sanas, así como la deformada, se logra compensar matemáticamente la insuficiencia vertical del labio afectado, hasta lograr la medida correcta y exacta del labio sano; esto se obtiene al diseñar un colgajo triangular en la porción media del labio superior, evitándose así la contracción cicatrizal, ya que el músculo orbicular es corregido a su posición normal horizontal, lo que proporciona una excelente función del esfínter labial y elongación del labio verticalmente. Si la técnica es empleada en forma ortodoxa y sin traumatismo de los tejidos, la secuela cicatrizar es mínima dando por resultado un aspecto cosmético satisfactorio.

El inconveniente de esta técnica es la alteración de la línea original del filtrum, lo que a muchos cirujanos no les satisface y por tanto utilizan cualquier otro procedimiento.

TECNICA QUIRURGICA : (FIGURA 4 y 7)

La técnica quirúrgica la realizamos con los siguientes - pasos y puntos de referencia para evitar fallas en su ejecución.

- Punto 1: Es el centro del filtrum a nivel de la línea mucocutánea.
- Punto 2: Es el pico labial lateral del lado sano.
- Punto 3: Es el pico labial lateral del lado de la fisura (igual a la distancia 1-2).
- Punto 4: Se coloca en el centro de la columela a nivel de su base.
- Punto 5: Se ubica en la pared lateral de la base de la columela en el piso nasal sano.
- Punto 6: Es simétrico desde el punto N° 5 (se obtiene llevando la distancia 4-5 a partir del punto 4, hacia el lado fisurado).
- Punto 7: Se mide la distancia 2-5 (igual a la longitud de la prominencia labial lateral del lado sano) y le restamos la distancia 6-3 (igual la longitud de la prominencia labial lateral del lado enfermo).
- Punto 8: Es donde se inserta el ala nasal en el piso nasal del lado sano.
- Punto 9: Es simétrico de 8, se localiza donde se inserta el ala nasal deforme en el piso nasal de ese lado.

Punto 10: Se traza a partir de 9 en dirección medial y es igual a la distancia 8-5 a la 9-10.

Punto 11: Situado donde la línea mucocutánea de horizontal se hace vertical y donde el borde mucoso empieza a adelgazar-se.

La distancia 0-11 ha de ser igual a 0-2 (0 = comisura bucal).

Punto 12: Se obtiene transportando la distancia 6-3 a la 10-12 y que la distancia 11-12 sea igual a 3-7.

Punto 13: Partiendo de 11 y 12, llevamos la distancia 7-3, el punto donde se crucen las dos líneas, será el punto 13.

Punto 14: Se localiza en el borde inferior del labio, donde éste comienza a adelgazarse, de modo que 11 y 14 sea perpendicular a la línea mucocutánea en 11.

Punto 15: Igual que el punto 14, debe localizarse donde el borde rojo del labio empieza a adelgazarse, siendo 3-15 perpendicular a la línea mucocutánea 3.

Punto 16: En caso de fisuras incompletas, se coloca el punto 16 en el vértice del triángulo para la plastia del piso nasal, estrechándolo.

Se trazan las líneas: 6-3, 3-7 y 3-15- (en el lado interior)
10-12, 12-13, 13-11 y 11-14 (en el lado externo).

(Figura 5 y 8)

Este método descrito por Tennyson, Wang y Randall y modificado por Hernández y Verdeja, su diseño se basa fundamentalmente en el principio de la rotación de un colgajo triangular del lado externo, para su confección se toma un grupo de referencias anatómicas constantes y posibles de localizar aun en los sujetos más deformados.

Al realizar los cortes correspondientes, se obtienen dos líneas quebradas una a cada lado de la hendidura, cuyos segmentos obtenidos serán iguales, afrontándose sin distorsión. El ángulo 11, 12, 13 será equilátero, proporcionando ángulos de 60° que es una graduación apropiada para garantizar una buena nutrición del colgajo triangular. Al realizar este triángulo externo debe ser de dimensiones y proporciones apropiadas restablecer la altura normal, al insertarse en el espacio triangular que deja la línea 7-3 al abrirse.

La sutura debe realizarse cuidadosamente y por planos, previniendo de esta forma la dehiscencia y las cicatrices viciosas o hipertróficas. (Figura 6 y 9).

También debe practicarse esta reconstrucción por medio de suturas sin tensión o cuyo efecto, debe hacerse liberaciones laterales a nivel de los fondos de saco gingivolabiales.

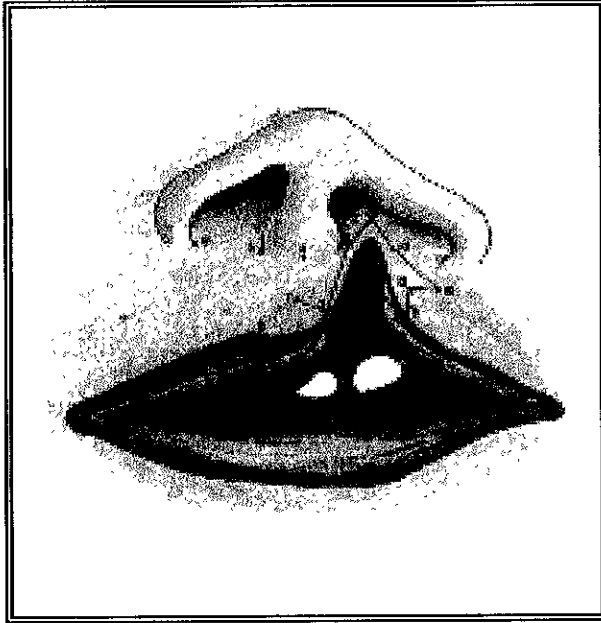


Fig. 4. Plastia de labio según técnica de Tennyson/Randall modificada por Hernández y Verdeja cuyo diseño se basa en el principio de la rotación de un colgajo triangular del lado externo. El triángulo 11,12,13 será equilátero proporcionando ángulos de 60° apropiado para la nutrición del colgajo.

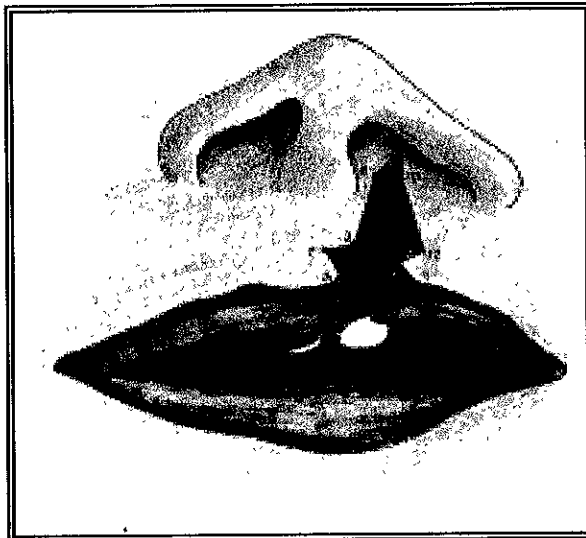


Fig. 5. Obtención de los colgajos triangulares con la técnica de Tennyson/Randall, modificada por Hernández y Verdeja. Del lado interno, se trazan las líneas: 6-3, 3-7 y 3-15. Del lado externo, se unen los puntos: 10-12, 12-13, 13-11 y 11-14.

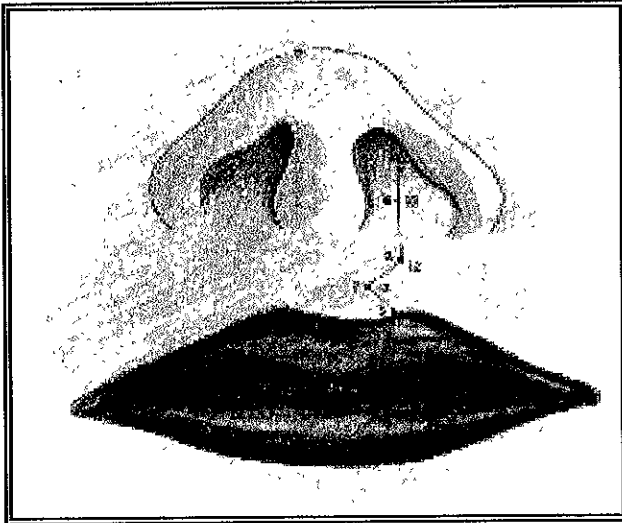


Fig. 6. Sutura terminada y afrontados adecuadamente los colgajos triangulares y la elongación correcta de la altura labial, se unen los puntos 6-10, 3-12, 7-13, 3-11 y 14-15.

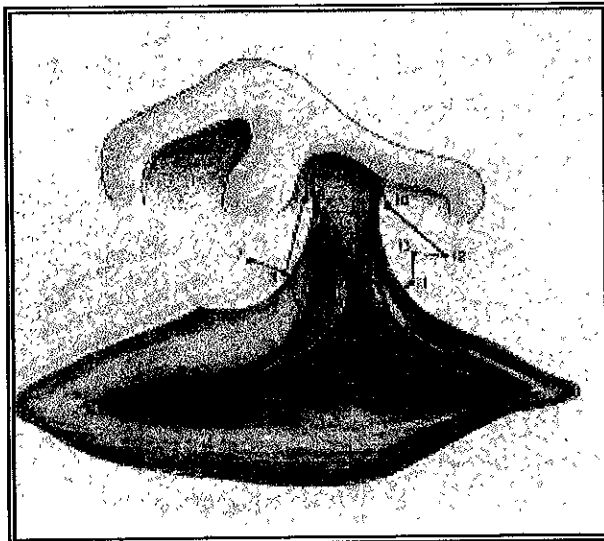


Fig. 7. En fisuras labiales unilaterales completas de mediana amplitud se utilizan la técnica de Tennyson/Randall modificada por Hernández y Verdeja, únicamente para el desplazamiento medial y reconstrucción completa del defecto.

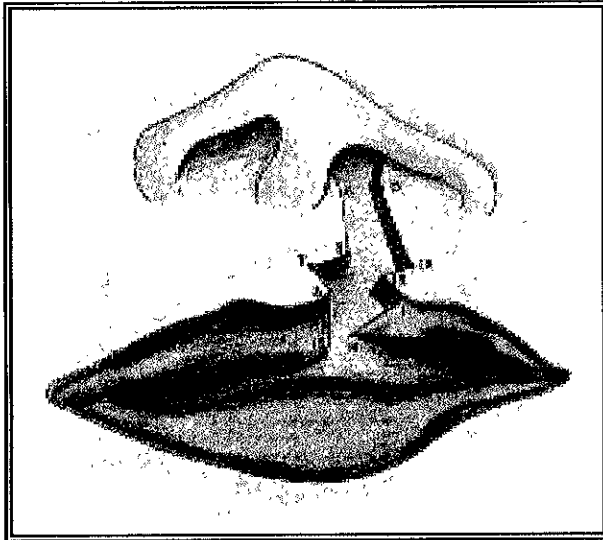


Fig. 8. Obtención de los colgajos triangulares con mas de 60° lo que permite la elongación vertical del labio y el desplazamiento lateral para el cierre del defecto.

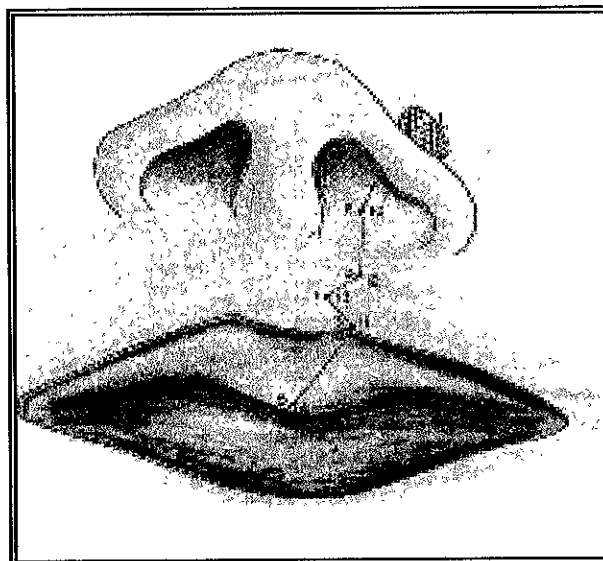


Fig. 9. Sutura de los colgajos triangulares del lado externo e interno. Se observa la reconstrucción de la altura correcta del labio y puede colocarse un punto de contención del cartílago alar para mejorar el aspecto anatómico. Se fija en el dorso nasal como se aprecia en el esquema.

5.2.1 CASO CLINICO

CASO 1



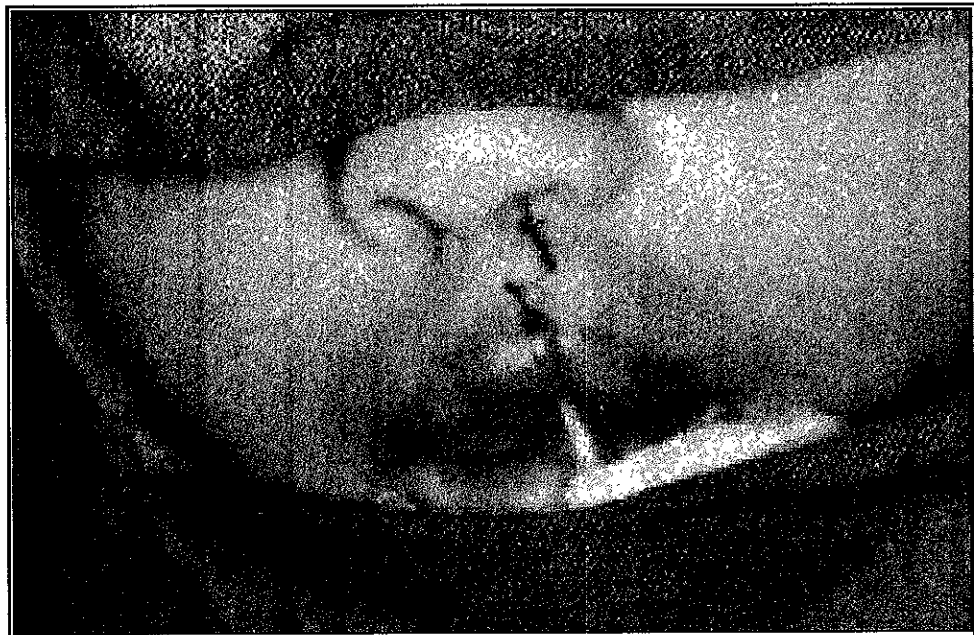
Paciente con labio hendido unilateral incompleto sin fisura palatina, se indica la técnica de Tennyson/Randall modificada por Verdeja.



Diseño de las incisiones de acuerdo a la técnica de colgajos triangulares. Se coloca el punto 6 en la base de la narina con el fin de corregir el ala nasal desplazada lateralmente.



Obtención de los colgajos triangulares de la técnica de Tennyson/Randall modificada. Se ha eliminado el tejido sobrante apreciándose la altura labial igual al lado sano.

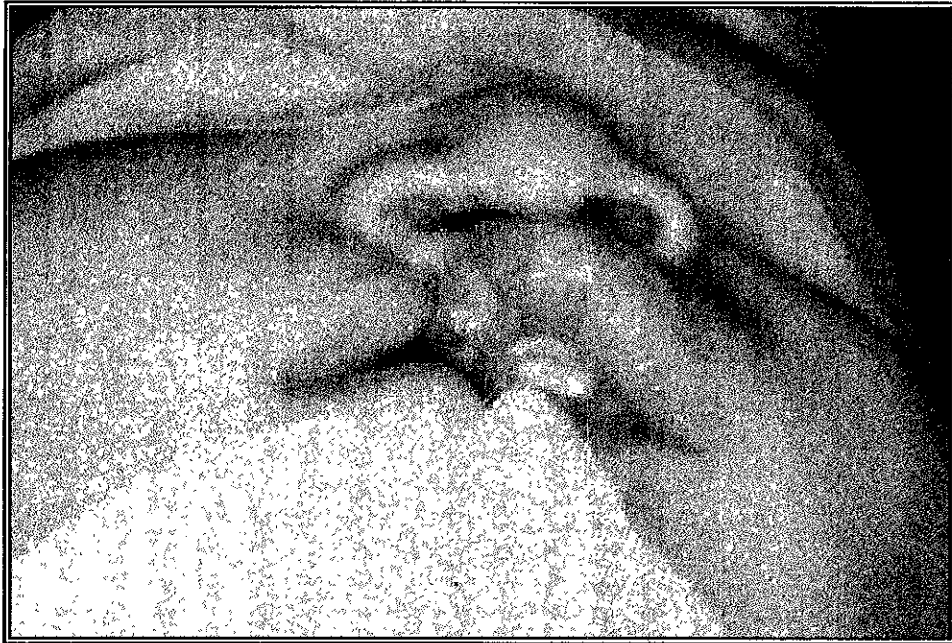


Se inicia la sutura de la capa mucosa interna labial y del músculo en sentido horizontal gracias al colgajo triangular rotado en ese sentido del muñón externo y que coincide correctamente al lecho triangular del muñón interno. Se observa la mejoría y simetría de la narina afectada en relación al sano.



Aspecto postoperatorio del caso, vista lateral donde se aprecia la longitud del labio adecuado, relación de ambas narinas en forma simétrica y apenas es perceptible la cicatriz de la intervención.

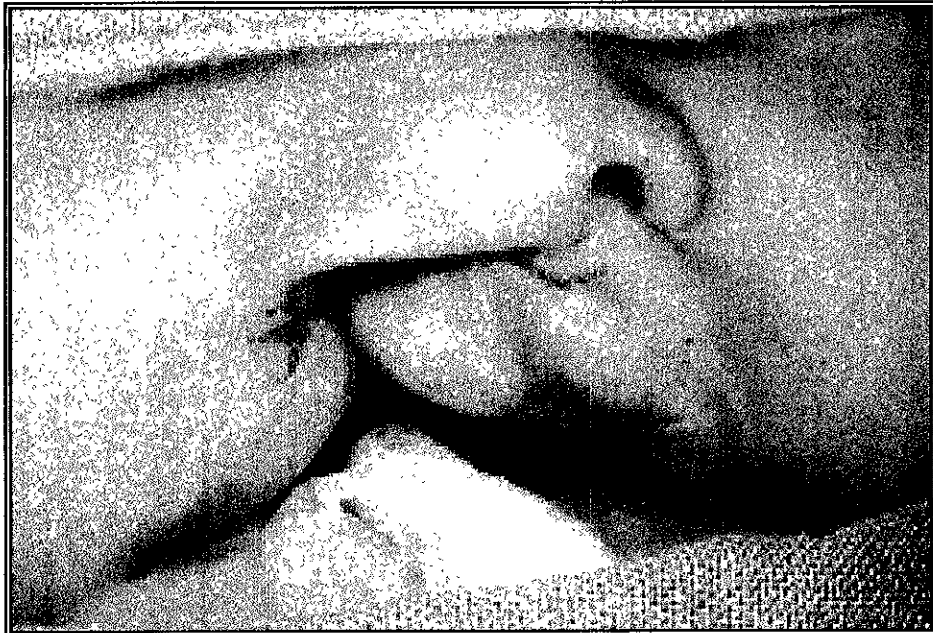
CASO 2



Para la atención quirúrgica del labio hendido, se requiere la intubación orotraqueal con la fijación correcta del tubo en la porción media del labio inferior, cuidando de no deformar la estructura anatómica para realizar el diseño y localización de los puntos de su medición exacta en la técnica de Tennyson/Randall modificada por Verdeja.



Labio hendido unilateral derecho, con deformidad del ala nasal importante, por la amplitud considerable de la hendidura. Se aprecia la protrusión de la premaxila y el colapso palatino con la comunicación nasal.



Se realiza el trazado de las líneas para los colgajos triangulares. El labio hendido completo con colapso palatino hace difícil la localización de los puntos anatómicos para la técnica de Tennyson/Randall modificada.



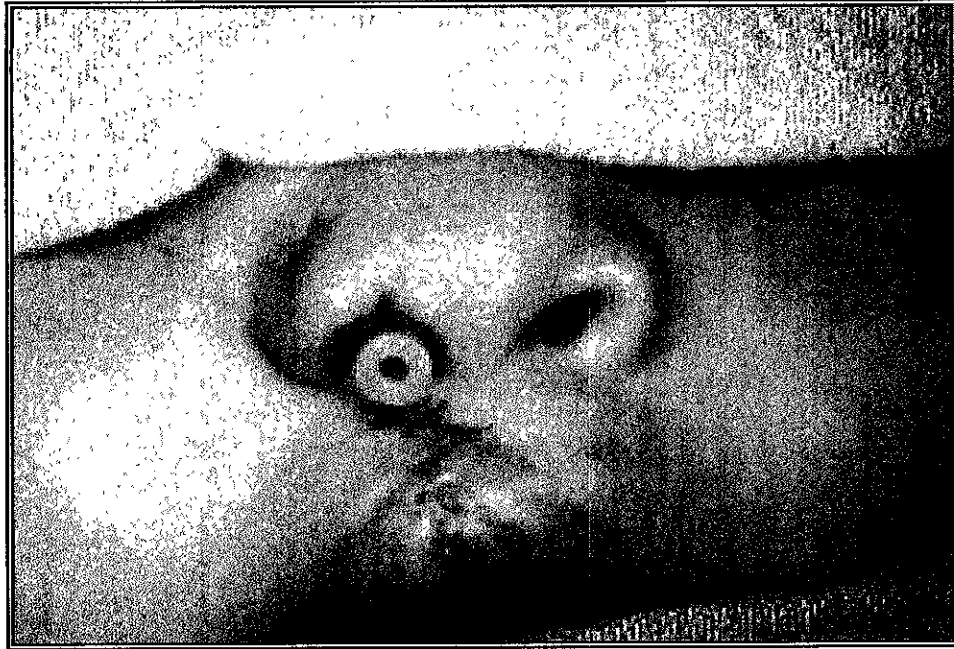
Se inicia la incisión del muñón interno, verificando la altura obtenida que deberá ser igual al lado sano y reubica la capa muscular en forma anatómica.



Se practica la disección del ala nasal deformada, desplazando el colgajo hacia el septum, lográndose el cierre del piso nasal. Se talla el colgajo triangular del muñón externo para elongar el labio y permitir el desplazamiento lateral en forma amplia.



Sutura terminada, previa reconstrucción de la capa muscular y mucosa interna del labio. Los puntos de la capa dérmica se realizan mediante nylon 5-0 y 6-0. Obsérvese la simetría de ambas narinas y ala nasal, así como la longitud del labio.



Para evitar la deformidad del ala nasal, se aplica un pequeño tubo de hule, lo que permite mantener el ala nasal en el sitio reconstruido, mejora la ventilación del paciente y evita la formación de hematomas en el piso nasal.



Control postoperatorio de la técnica de Tennyson/Randal modificada por Verdeja, permite un excelente resultado funcional y estético, sin retracciones de la línea mucocutánea, por el colgajo triangular diseñado dando un crecimiento labial adecuado.

CASO 3



Paciente con labio y paladar hendido izquierdo y amplitud excesiva, observándose el lado afectado con menor proporción de altura y la desviación lateral del ala nasal. Se diseñan los colgajos triangulares de acuerdo a la medición de los puntos de referencia, siendo el vértice del triángulo del muñón externo hacia la hendidura, para obtener mayor desplazamiento lateral durante la reconstrucción labial.



Se realizan las incisiones abarcando la capa de la piel, tejido celular subcutáneo, músculo y mucosa en una sola intención de tal manera que los cortes sean nítidos y permita una reconstrucción mas adecuada y por planos definidos. Previamente se puede llevar al cabo colgajo vomeriano para el cierre primario del paladar.



Realizada la disección del ala nasal, liberación del fondo de vestíbulo bucal para permitir el desplazamiento lateral sin tensión, logramos la reconstrucción de la capa mucosa y muscular según lo planeado en la técnica de Tennyson/Randall modificada. Se aprecia la simetría de alas nasales, altura similar del labio y línea mucocutánea continua.



Se termina la sutura de la piel del labio, observándose la formación del triángulo logrado, lo que aumenta la altura del labio afectado y la conformidad correcta del labio superior en relación al inferior, continuidad de la línea mucocutánea y el arco de cupido.

5.3 TECNICA DE COLGAJO CUADRANGULAR DE LE MESURIER.

En las hendiduras completas con deformidad alveolar, maxilar y del ala nasal, por su amplia extensión, se recomienda la " Técnica de Colgajo Cuadrangular de Le Mesurier ", en la cual el arco de Cupido al no estar bien definido con atrofia de los tejidos blandos, este colgajo cuadrangular por su mejor irrigación soporta adecuadamente las posibles tensiones del postoperatorio y por tanto el riesgo de necrosis es menor.

La ventaja de esta técnica es que en hendiduras amplias, cuando la rotación que se imprime al colgajo externo es de 90° , el cálculo de la altura del labio fisurado se desarrolla por un procedimiento exacto (suma de longitudes) y la cicatriz al ser en " Z ", no queda retráctil.

La desventaja de esta técnica es que las limas de incisión transversales en la mitad del labio, cortan el filtrum y da como resultado un arco de Cupido de insuficiente anchura.

Los puntos de referencia en el labio sano son similares a la técnica descrita del colgajo triangular (Tennyson) y la altura del labio sano (H), la descomponemos en tres partes iguales; se toman $\frac{2}{3}$ de esta medida que comprende a (h') o altura del lado fisurado. El $\frac{1}{3}$ restante corresponde a " X ",

es decir, a la altura del colgajo cuadrangular. (Figura 10, 11 y 12).

En el lado fisurado se coloca el punto 6 y radio (h'), se traza un arco. El punto de este arco que equidista en " X " del borde rojo del labio externo, será el punto 11.

El punto 12, está situado en la línea que une 6 con 11, ha de equidistar " X " de 11 y " X " de 9, es decir, $11-12="X"$ y $12-9="X"$. Una vez marcados los puntos de referencia, se unen las líneas de incisión en la siguiente forma:

Lado interno:	5 con 1
(sano)	1 con 10
Lado externo:	6 con 11 (pasando por 12)
(fisurado)	9 con 12

Las suturas para unir los colgajos debe seguir la unión de los puntos claves de la siguiente manera; 5 con 6; 1 con 11; 10 con 12 y 1 con 9.

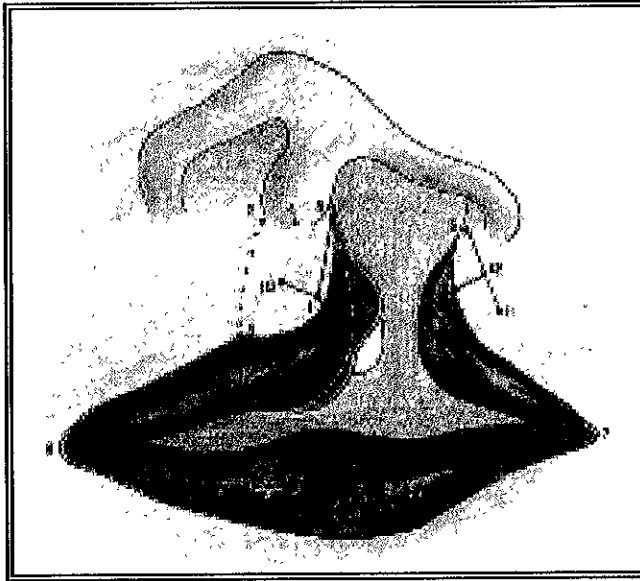


Fig. 10. Técnica de plastia de labio, según Le Mesurier indicada para fisuras completas amplias y que requieren de un desplazamiento extenso mediante el diseño de colgajos cuadrangulares.

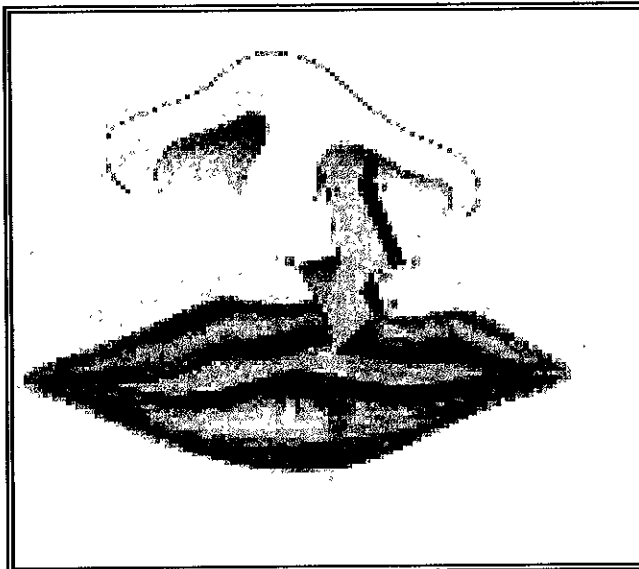


Fig. 11. Obtención de los colgajos cuadrangulares con la técnica de Le Mesurier. Del lado externo se unen los puntos 5 con 1 y 1 con 10. Del lado externo se unen los puntos 6 con 11 (pasando por 12) y el punto 9 con 12.

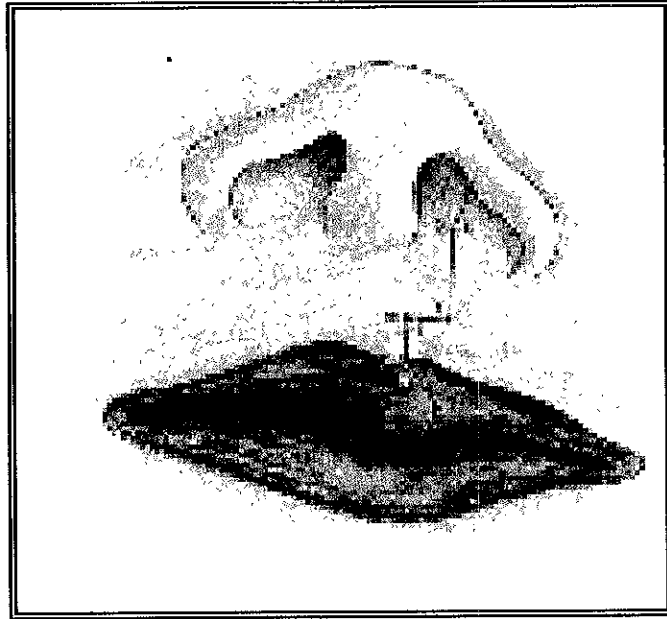
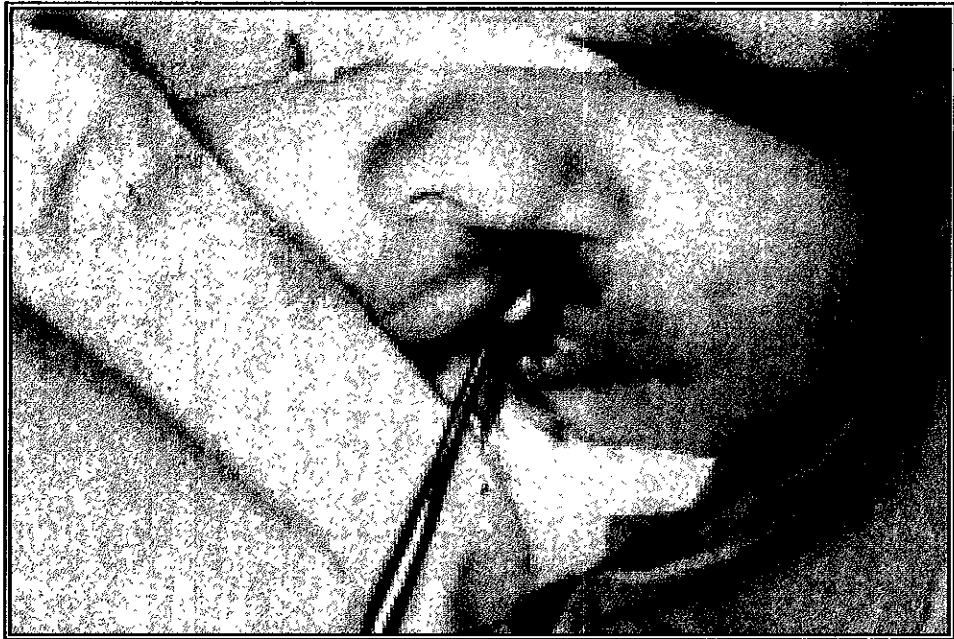
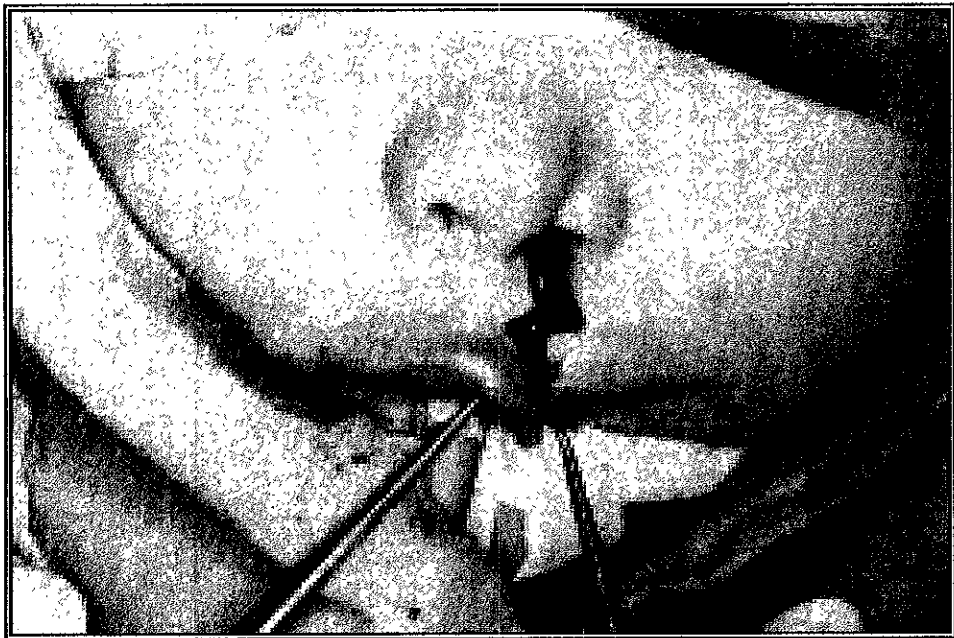


Fig. 12. Sutura terminada y afrontados correctamente los colgajos cuadrangulares, esta técnica permite que la rotación del colgajo externo sea de 90° y la cicatriz en "Z" no queda retráctil.

5.3.1 CASO CLINICO



Se ha obtenido el colgajo del lado afectado observándose inmediatamente una altura mayor del labio.
Este colgajo mejora el desplazamiento lateral debido a lo extenso del colgajo.



Afrontado manual de los colgajos cuadrangulares observándose una excelente altura labial. Se inicia la reconstrucción por planos comenzando en la mucosa y músculo.



Sutura y reconstrucción terminada del labio hendido completo; se ha logrado una buena afrontación de los colgajos y de la continuidad del labio en altura y de la línea mucocutánea.



Aspecto postoperatorio a quince días de la intervención, donde se aprecia la mejoría en la continuidad del labio y el excelente largo del mismo.



Durante el postoperatorio es importante explicar a la madre, los cuidados requeridos para evitar deshiscencias por infección o traumatismo en la herida quirúrgica. Resultado: un labio funcional y estético.



Plastia del labio funcional después de la técnica de colgajo cuadrangular de Le Mesurier. La altura labial corregida y sin alteraciones en la cicatrización.

5.4. TECNICA DE QUEILOPLASTIA BILATERAL DE VERDEJA.

Esta técnica se emplea primordialmente en las fisuras - completas bilaterales con prolabio simétrico y con deficiencia vertical.

Debido a que emplea colgajos triangulares, permite la elongación correcta del prolabio y su armonía con las porciones laterales labiales.

Debe recordarse que el labio sano está dividido en 5 partes: dos laterales derechos ($2/3$), dos laterales izquierdos ($2/3$) y una central de la misma longitud ($1/3$).

La técnica quirúrgica conlleva los siguientes pasos: - -
(Figura 13, 14 y 15).

- 1.- Se toma la distancia imaginaria del filtrum en el prolabio (punto 1 - 1). Esta distancia 1 - 1, es una tercera parte correspondiente al total del labio. Es decir, cada lado tendrá el doble de la distancia (puntos 2, 3, 4).
- 2.- De una línea horizontal imaginaria de los puntos 1 - 1, se traza una línea a 45° hacia la porción central del prolabio (punto 5), tratando de dejar un pedículo suficiente, para evitar la posibilidad de una necrosis del prolabio por insu-

ficiente irrigación de este colgajo. Por tanto la distancia del punto 1 hacia el prolabio (punto 5), será la misma que el pedículo central, lo que permite su vitalidad.

El punto 6 se ubicará en la porción más externa del prolabio en su base inferior.

El punto 7 se ubicará en la porción lateral de la columnela en la fosa nasal.

- 3.- Se traza otra línea horizontal hacia la parte externa para formar un triángulo escaleno de mayor longitud de los puntos 5 - 6 que la distancia del punto 1 al 5.
- 4.- Ahora se traza una línea vertical que una los puntos 6 al 7 que se localiza en la base de la columnela.
- 5.- En el lado externo, se diseñará un colgajo triangular similar utilizado en la técnica de Tennyson/ Randall, de tal forma que la distancia 5 - 6 se transporta para lograr la línea - 2 - 8.
- 6.- La distancia 5 - 6 del prolabio, se transporta a la línea 8 - 9 en el lado externo, para formar un ángulo de 60°.
- 7.- La distancia será la misma línea marcada de 9 - 10.

Se realizan las incisiones, tallándose los colgajos triangulares de ambos lados, de tal manera que el triángulo externo formado por los puntos 2 - 8 - 9, se colocará en el lecho triangular del prolabio que se forma por los puntos 1 - 5 - 6. En la base de la columnela se unirán los puntos 7 - 10 y en la porción inferior los puntos: 6 - 9, 5 - 8, 1- 2. En la región del borde rojo del labio se reconstruye el arco de Cupido por medio de un colgajo triangular que se cruza con el lado opuesto, obteniéndose la simetría labial y su altura vertical correcta.

Las ventajas que se tiene con esta técnica son las siguientes:

- a) Mantiene la longitud anatómica del labio superior.
- b) Mantiene la continuidad de la línea mucocutánea del prolabio.
- c) La musculatura orbicular del labio superior, sigue la forma anatómica y no en forma ascendente, lo que evita la dehiscencia y retracción severa de la cicatriz.
- d) Se opera en forma única el labio hendido bilateral, cuando el prolabio es simétrico y medial. Si el prolabio está desviado a un lado determinado y deja una hendidura mayor en el lado opuesto, se operará el más abierto en primer lugar y subsecuentemente el otro en un período aproximado de 2 meses posteriores.

Las secuelas a mediano y largo plazo de la plastia de labio bilateral son variadas, entre las que se incluye el llamado " Labio de silbido " por una insuficiente área muscular en el borde de bermellón (prolabio), por lo que se recomienda la técnica de Bardach para su corrección. (Figura 16).

1) Se diseña en la mucosa interna del labio en su porción media a nivel del frenillo labial, las incisiones con trayectoria en " Z ", con el fin de elongar el vestíbulo labial y dar facilidad de reubicar el bermellón en su posición anatómica anormal. (Figura 17).

2) Se obtienen de esta forma los colgajos mucosos con dos triángulos que compensan y elongan el frenillo labial. Se disecciona el músculo orbicular de los labios que tiene trayectoria vertical y sin unión en la porción media del prolabio. (Figura 18).

3) Se reconstruye el plano muscular con la miorráfia del orbicular de los labios reubicándolo en su posición anatómica horizontal. Se sutura mediante dexon o vicryl 000 y puntos aislados. Asimismo se suturan los colgajos mucosos para la elongación de la base del frenillo labial. (Figura 19).

4) Se coloca el colgajo labial superior y se sutura este colgajo en su nueva posición. (Figura 20 y 21).

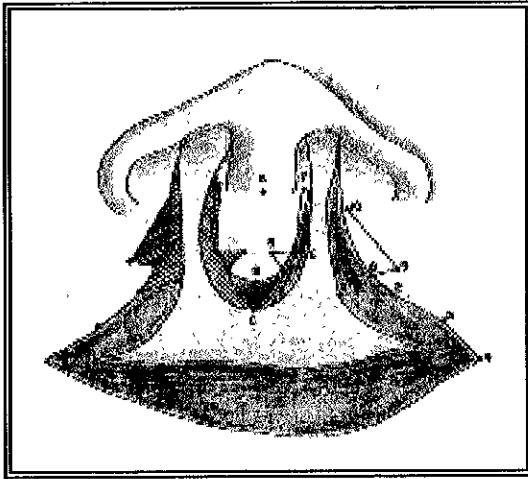


Fig. 13. Diseño de la incisión de Verdeja, Para la plastia del labio hendido bilateral. Se toma la distancia imaginaria del prolabio (Puntos 1-1) y de estos puntos se traza una línea a 45° hacia la línea media del prolabio (Punto 5). De aquí se traza otra línea horizontal hacia la parte externa para formar un triángulo escaleno de mayor longitud de los puntos 5-6 que del 1 al 5. Finalmente se traza una línea vertical que una los puntos 6 con 7. Del lado externo la distancia 5-6 se transporta para lograr la línea 2-8. La misma distancia 5-6 se transporta a la línea 8-9 para formar un ángulo de 60° y finalmente la distancia 6-7 se da a la línea 9-10. En el lado opuesto (zona sombreada), se observa el tejido extirpado y preparado para la reconstrucción.

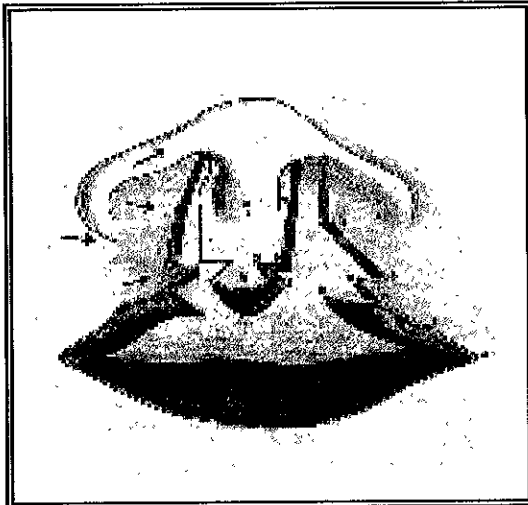


Fig. 14. Se aprecia en este esquema el tejido extirpado y los colgajos preparados del prolabio como la parte externa con los triángulos compensadores para elongar la dimensión vertical del prolabio y la unión de la zona muscular en su posición horizontal normal.

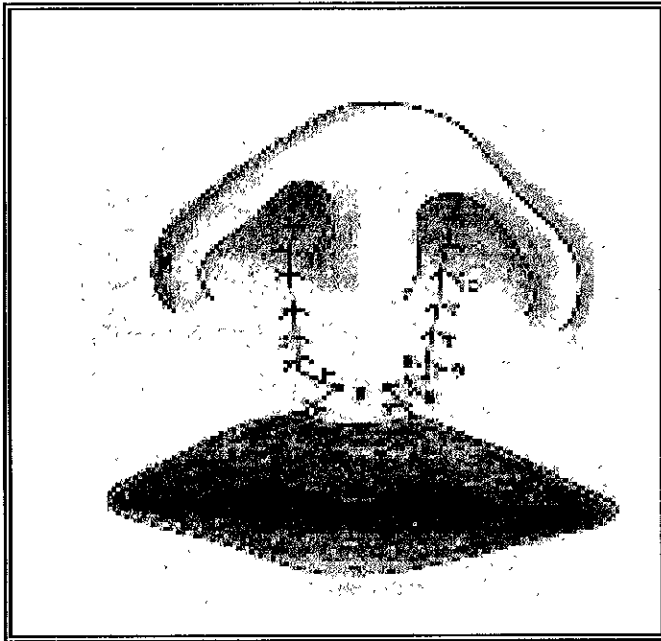


Fig. 15. Labio hendido bilateral ya reconstruido mediante la técnica de Verdeja, obsérvese la ventaja de mantener la longitud anatómica del labio superior y la continuidad de la línea mucocutánea. Los colgajos triangulares evitan la retracción cicatrizal y la dehiscencia al reubicar la zona muscular en forma anatómica y no ascendente. Los puntos que se unen son: 7-10, 6-9, 5-8, 1-2 y C con 11.

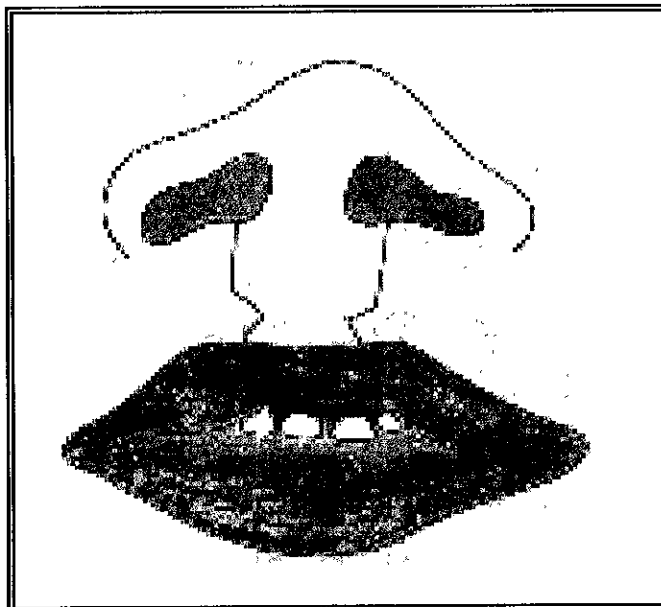


Fig. 16. Secuela de plastía del labio bilateral, con espesor menor del borde del bermellón que ocasiona un aspecto estético inadecuado (“Labio de silbido”), por lo que se recomienda la técnica de Bardach para su corrección.

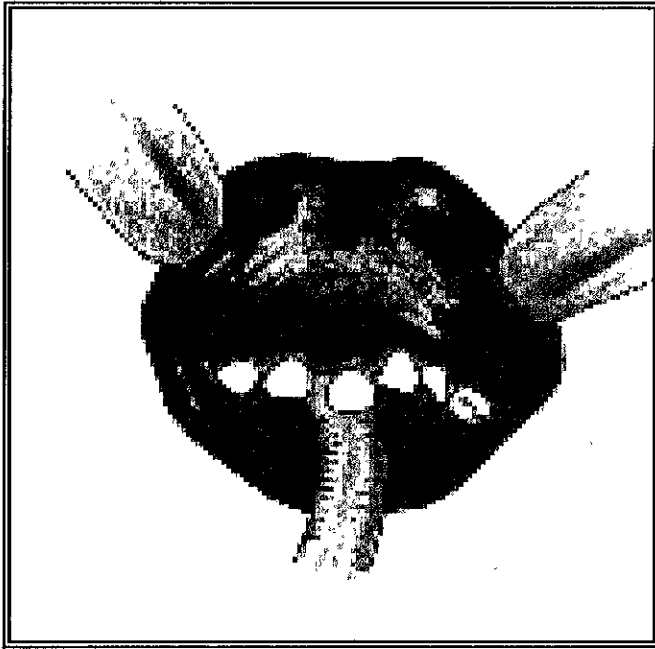


Fig. 17. Se diseña en la mucosa interna del labio en su porción media a nivel del frenillo labial, las incisiones con trayectoria en "Z", con el fin de elongar el vestíbulo labial y dar facilidad de reubicar el bermellón en su posición anatómica normal.

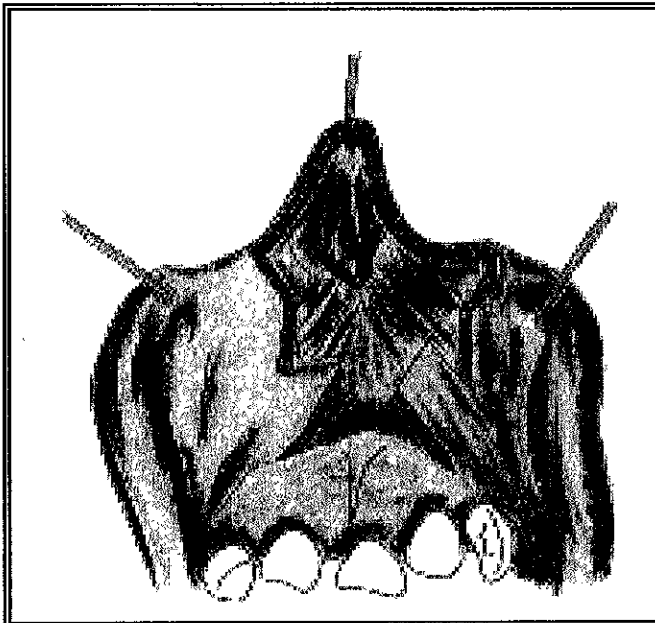


Fig. 18. Obtención de los colgajos mucosos con dos triángulos que compensan y elongan el frenillo labial. Se observa la disposición vertical de las fibras del músculo orbicular, lo que debe ser corregido con mioplastia antes de terminar la sutura de la mucosa.

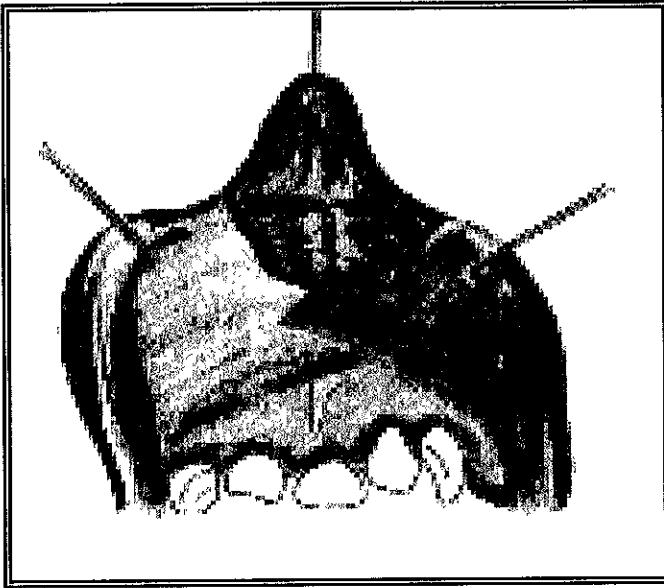


Fig. 19. Se han suturado los colgajos triangulares en la base del frenillo labial y su elongación del vestíbulo así como también se ha practicado la reubicación horizontal anatómica del músculo orbicular de los labios. Solo resta colocar el colgajo superior para dar forma adecuada al bermellón.

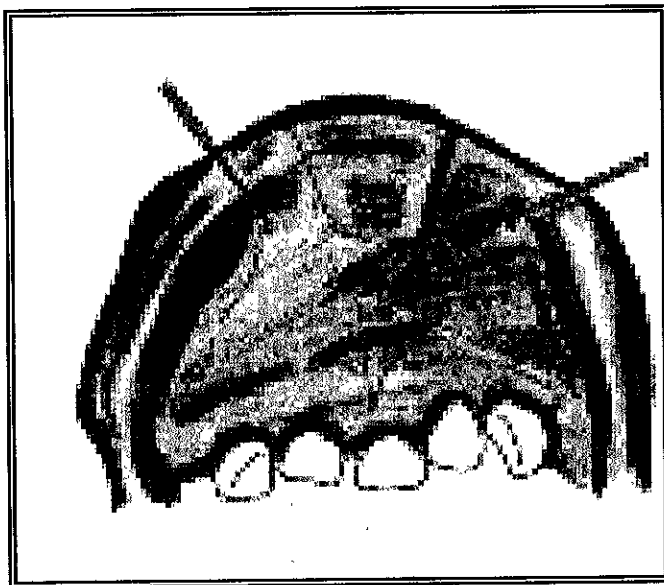


Fig. 20. Sutura terminada de la plastia con técnica de Bardach observando la mejoría en el contorno del borde de bermellón y la "Z" plastia para elongar el vestíbulo.

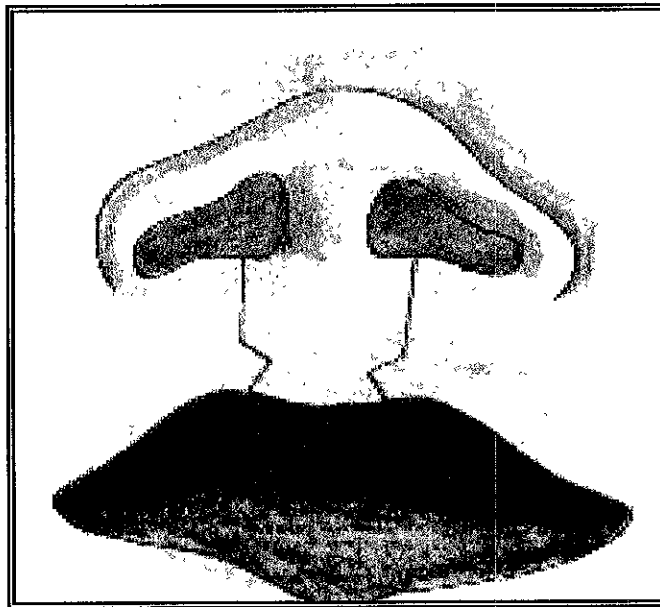
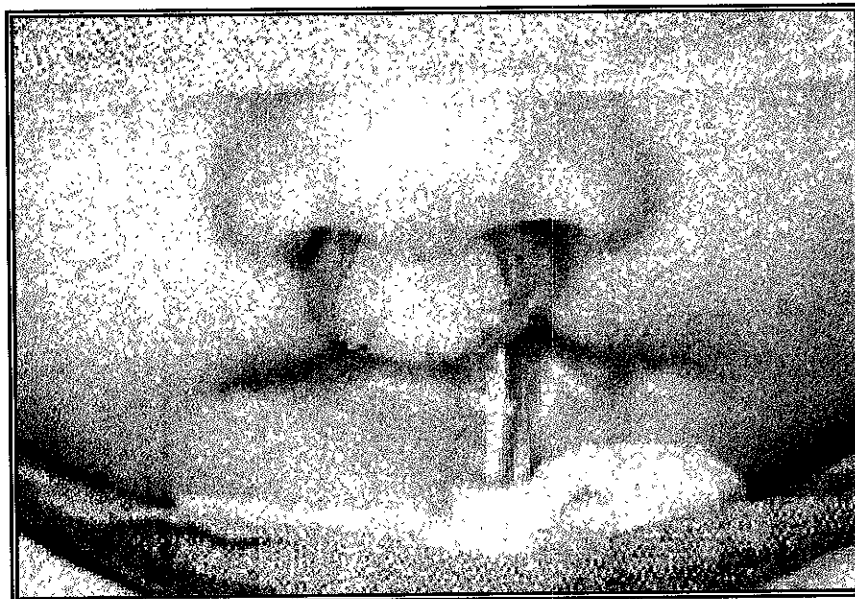


Fig. 21. Sutura terminada del borde del bermellón y su elongación para cubrir a los incisivos superiores. En este caso no requirió de las incisiones externas por su aspecto cosmético adecuado que presentaba el paciente.

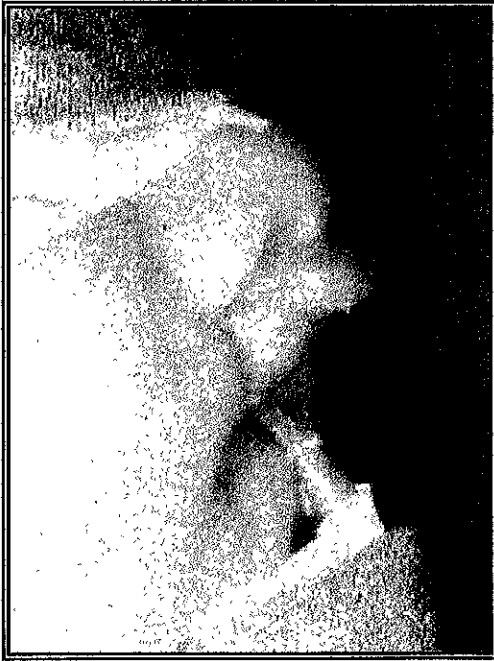
5.4.1 CASO CLINICO



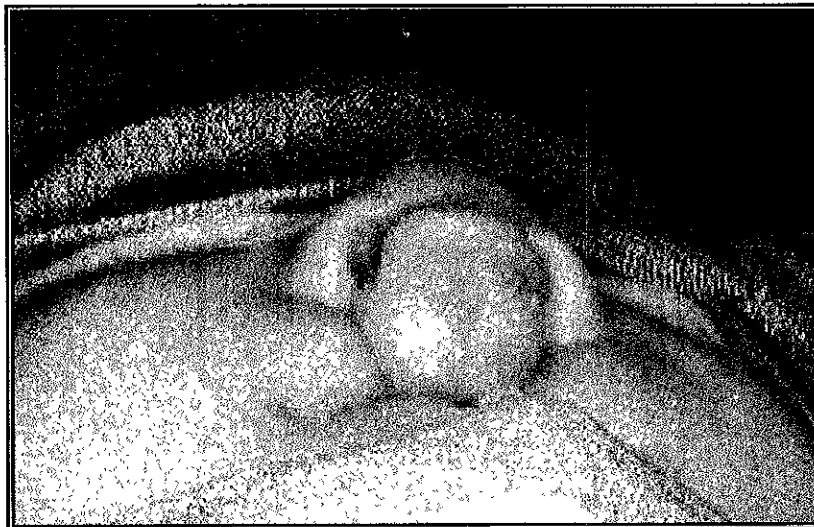
Paciente con labio hendido bilateral superior con protrusión de premaxila y simétrico. Observándose además, las fositas congénitas de línea media del labio inferior.



Se diseña la técnica de Verdeja para corrección del labio bilateral en un solo tiempo, como se expresa en el esquema bilateral. Obsérvese que la porción media del prolabio queda con suficiente tejido que asegura la nutrición postoperatoria.



Vista lateral del caso de labio bilateral, donde se aprecia la protrusión marcada de la premaxila y la insuficiencia de altura del prolabio.



Vista inferior del mismo caso, en el cual se observa que la premaxila está protruida y en la porción lateral, los bordes de los labios.



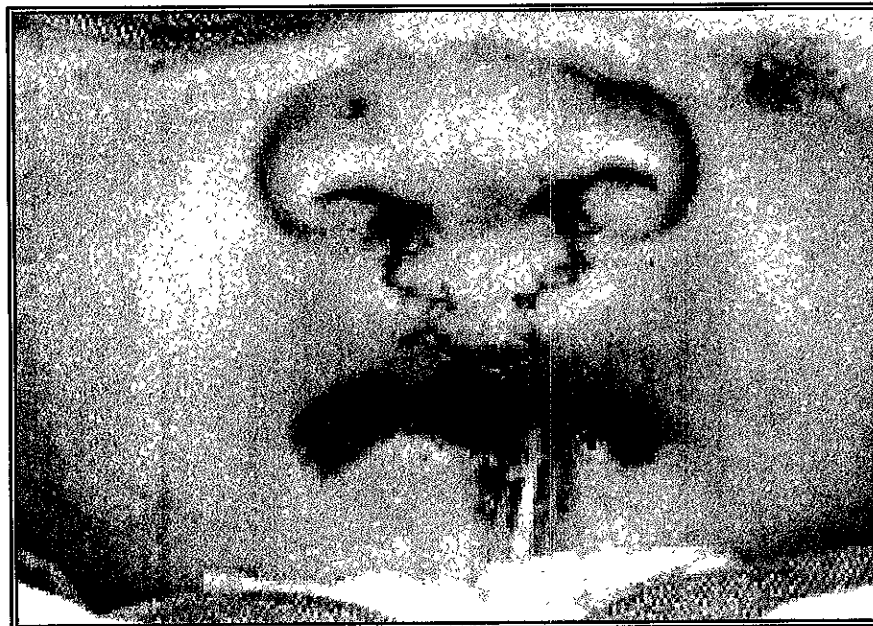
Vista lateral con el labio en tensión para apreciar que existe una unión fibrosa en la porción posterior de la premaxila lo que incrementa la protrusión. Se observa además, el diseño de las incisiones y el tatuaje con violeta de genciana de los puntos 1-5 y 6-7 en el prolabio.



Se inicia la cirugía con la liberación de esta banda fibrosa y la disección del colgajo externo y del fondo del vestíbulo que permitirá el desplazamiento del colgajo para unirse al prolabio.



Se han realizado las incisiones en ambos lados y se presentan antes de la sutura por planos. Se observa la simetría de la premaxila y los triángulos compensadores que permiten una altura correcta del labio.



Sutura terminada del caso de hendidura labial bilateral con la simetría y altura vertical del labio reconstruido. Se han aplicado dos puntos en los bordes laterales de la cúpula nasal para fijar el cartilago alar.

5.5 TECNICA QUIRURGICA DE LABIO HENDIDO UNILATERAL

SEGUN ASENSIO.

El lado fisurado del labio presenta en su porción media el filtrum, cuyo eje en relación a la línea media de la cara, se encuentra desviado oblicuamente y retraído en sentido vertical hacia la narina afectada por la fisura y la columnela nasal desviada en sentido opuesto, formando así un ángulo, como consecuencia la punta de la nariz se desvía hacia el lado sano.

Esta desviación en relación al eje vertical de la cara presenta el primer problema que debe resolverse quirúrgicamente, desplazando sus tejidos al plano normal de los ejes vertical y horizontal de la cara. La porción externa (muñón externo) se encuentra retraída en sentido vertical hacia el ala de la nariz afectada con pérdida de su dimensión vertical; la base del ala de la nariz se encuentra insertada en posición más baja que la del lado sano en relación al plano horizontal (plano interpupilar).

Quirúrgicamente se debe restablecer su posición normal en relación a los ejes de la cara. Esta asimetría se presenta en mayor o menor grado en todos los casos a excepción de las fisuras que sólo afectan el bermellón.

T E C N I C A Q U I R U R G I C A

DISEÑO: (Figura 1).

Se determinarán con dermógrafo, los puntos que anatómicamente deben trasladarse a la posición normal en relación a los ejes normales de la cara de la siguiente forma:

a) ARCO DE CUPIDO

- 1) Extremo de la rama del arco del lado sano
- 2) Vértice del arco
- 3) Extremo de la rama del ldo afectado por la fisura (1-2=2-3)

b) COMISURAS: Puntos 15 y 14 (las dos comisuras)

La longitud del punto 15 al 1 se traslada con compás del punto 14 al borde mucocutáneo del labio fisurado (muñón externo), después de distenderlo con una ligera tracción digital a su posición aproximada, marcando en el diseño con el punto 9.

c) ALA NASAL: Puntos 8 y 13.

La inserción del ala de la nariz del lado sano (8) y del lado afectado (13).

d) COLUMNELA: Puntos 5 y 6.

Elevando con un retractor el ala de la nariz afectada y llevándola a la posición que le correspondería normalmente, se

identifica fácilmente la base piramidal de la columnela, por un ángulo formado al unirse la piel y la mucosa, cuyas ramas: una se desplaza hacia la fisura labial y la otra hacia el septum nasal; en el vértice de este ángulo mucodérmico se marca el punto 5.

Con la misma maniobra anterior, se hace evidente la inserción del septum al maxilar, inmediatamente por detrás de la porción dérmica de la columnela, allí se marca el punto 6.

e) Punto 12.

Con la misma maniobra de elevación del ala nasal se marca este punto (12) en el borde mucodérmico, donde se inicia la zona pilosa del piso nasal anterior fisurado o no (en los casos que persiste un puente de continuidad).

f) Punto 11.

Dos o tres milímetros por debajo del punto 12, según la edad, dimensión del labio y al buen criterio del cirujano se marca este punto (que formará el vértice del colgajo cuadrilateral del muñón externo).

La distancia 1 - 8 tomada con un compás, es la dimensión longitudinal del labio sano; ésta se divide en dos partes iguales y se traslada sobre la porción externa del labio fisurado (muñón externo), formando un ángulo agudo, cuyas ramas parten de los puntos 9 y 13 y que al unirse den el vértice de dicho ángulo, proporcionando el punto 10.

Como cada una de estas ramas es la mitad de la dimensión del lado sano, al distenderlas posteriormente a la incisión, darán la longitud normal del labio (muñón externo).

Con un alambre y una pinza, se toma la dimensión 1 - 8 y proporcionándose curvatura similar a la marca del filtrum del labio sano, lo trasladamos a partir del punto 3, sobre la porción interna del labio fisurado (muñón interno) y proyectado sobre la base de inserción de la columnela, se obtiene el punto 4. Se traslada entonces con un compás, la longitud 11 - 12 sobre la marca cutánea del filtrum en el lado sano y nos da el punto 7.

Para completar el diseño se unen los puntos con líneas trazadas con el dérmografo de la siguiente forma:

- a) Puntos 12-13 con una línea recta.
- b) Puntos 9-10-11 con una línea, el vértice del ángulo formado, se traza redondeado y no agudo.
- c) Puntos 3-4, se marcan contorneando el alambre.
- d) Puntos 4-7, se une en una línea recta.
- e) Puntos 4 a 5 y 5 a 6 con una línea recta.

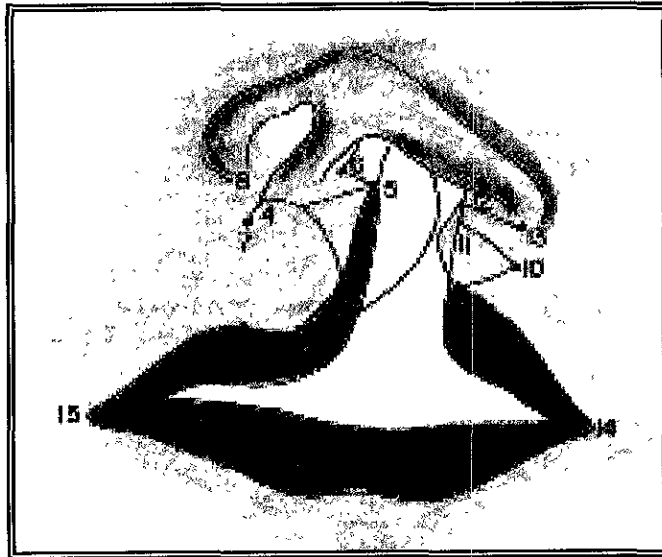


Fig. 1. Plastía de cierre de labio hendido según técnicas de Asensio, de rotación-avance. La distancia 1-8 (lado sano) se divide en dos partes iguales y se traslada sobre la porción externa del labio fisurado, formando un ángulo agudo, cuyas ramas parten de los puntos 9 y 11 y que al unirse dan el vértice de dicho ángulo proporcionando el punto 10. La distancia 1-8 se utiliza un alambre y se da la curvatura similar a la marca del filtrum en el lado sano a partir del punto 3, al trasladarlo hacia la base de la columna nos da el punto 4. De aquí se traslada la medida 11-12 sobre la marca cutánea del filtrum para ubicar el punto 7.

INCISIONES : (Figura 2)

a) PORCION INTERNA DEL LABIO FISURADO. MUÑON INTERNO.

Se practica una incisión partiendo del punto 4, siguiendo el contorno marcado previamente y se termina en el punto 3. La porción libre del labio se incide en todo su espesor, pero la porción musculosa que está adherida al periostio, es separada por disección cuidadosa de piel y mucosa, conservando la totalidad del músculo orbicular. Se prolonga la incisión hacia el fondo del saco vestibular incidiendo todo el espesor mucoso hasta la altura del ala sana; con una tijera y por disección roma se separa el músculo del plano perióstio hasta socavar el ala sana y la columnela nasal; se hace tracción del colgajo 3-4 con una erina para rotarlo a su posición y posteriormente se practica la incisión 4-7, para terminar la rotación sin tracción y elongar el muñón.

Inmediatamente se realiza la incisión 5-6 y siguiendo la base de inserción del septum y en ángulo recto a la anterior, se incide la mucosa nasal, extirpando una porción triangular, que será el lecho cruento que recibirá la porción de igual forma, de la base del ala de la nariz (ángulo 6-12) al ser trasladada a su posición anatómica.

b) PORCION EXTERNA DEL LABIO FISURADO. MUÑON EXTERNO.

Se practica una incisión de 11-10-9 de todo el espesor del labio sin olvidar que el vértice debe ser redondeado y se conserva el bermellón; extirpando una pequeña porción de forma triangular, con este corte se ha obtenido la dimensión 1-8 (es decir la del lado sano). Posteriormente se practica la incisión de 13 a 12 con la profundidad necesaria para alcanzar el plano muscular, ya que su objeto es la de separar la zona nasal de la labial, con el fin de manejarlas separadamente.

En el fondo del saco gígilolabial, se practica una incisión que, partiendo de las inserciones del músculo buccinador, llegue hasta el borde de la coana anterior. Se socava por disección roma supraperióstica ampliamente y con un corte de tijera, se separa el músculo de su inserción en el borde de la coana hasta el meato inferior.

Obtiene la relación del colgajo constitutivo por la porción externa del labio fisurado y el retorno a su posición del orbicular oris.

c) RECONSTRUCCION DEL ALA NASAL AFECTADO.

Para reconstruir una narina anatómicamente, se debe liberar adecuadamente el ala nasal afectada con todo y su base cutánea (ángulo 12), del plano muscular y del meato inferior de la siguiente forma: en el borde dérmico de la porción del piso nasal fisurado, que se inserta en el borde anterior de las coanas, y partiendo del meato inferior a la altura del tercer cornete, se practica una incisión, el cual termina en el punto 12, uniéndose en ángulo recto con la incisión 12-13; separando los bordes de la incisión y con una tijera usada para disección roma, se separa el músculo de la porción dérmica de la base alar.

En el meato inferior, frente al tercer cornete, se practica un corte de tijera en ángulo recto a la incisión que liberó el ala y con esto se obtiene un ala de la nariz libre de otras estructuras y fácilmente manejable y moldeable, la cual se traslada con un punto de colchonero horizontal por transfixión del septum al lecho cruento, tallado antes en la base del lecho nasal. Esta maniobra, además, deja libre una porción muscular que se desplaza al labio, dándole más y mejor cuerpo, permitiendo manejar quirúrgicamente la nariz como una región separada de la labial.

Al realizar la incisión 6-5, quedan dos porciones: -
una dérmica, que coincidirá con el ángulo agudo 12-13-11 y
una mucosa que disecada convenientemente se hace girar hacia
la fisura y se sutura a la mucosa labial en la porción que
le corresponde al vestíbulo labial y con esto queda recons-
truida la nariz y el piso anterior.

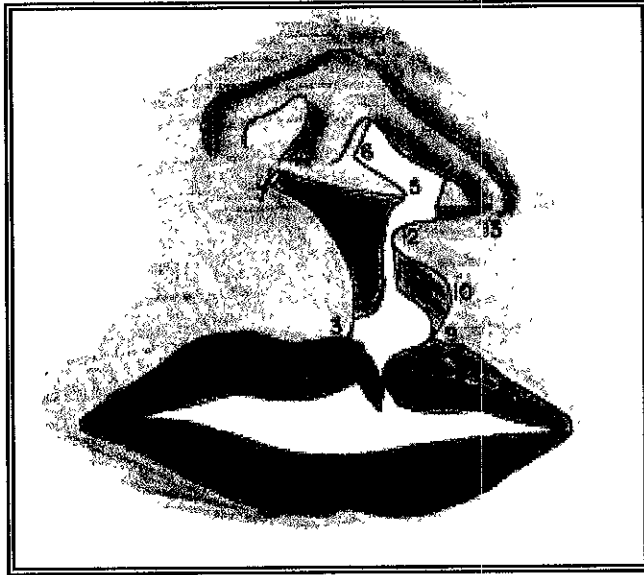


Fig. 2. Para completar el diseño se unen los puntos 12 a 13 en forma de línea recta. Los puntos 9-10-9-11 con una línea y con el vértice del ángulo en forma redondeada y no agudo; 3-4 se marca contorneando el alambre; 4 se une a 7 con línea recta; 4-5 con una línea recta así como de 5 a 6. Al realizar las incisiones, permite la elongación vertical del labio y el colgajo 11-12-13 entra en el lecho formado por 7-4-5.

S U T U R A S (Figura 3)

a) **NARIZ.** El ala nasal se traslada a su lecho cruento en la base del septum con un punto de colchonero horizontal, por transfixión del septum y se termina su coadaptación con dos o tres puntos de dermalón 5 ceros.

b) **LABIO.** Los colgajos labiales se suturan de la siguiente manera:

* Con catgut crómico 4 ceros, se sutura con dos puntos de colchonero horizontales la mucosa más alta de fondo vestibular con la porción de mucosa que ha sido rotada (obtenida de la incisión 6-5), estos puntos se anudan antes de hacerlo con el colchonero que tracciona el ala nasal por facilidad de acceso.

* Con catgut simple 4 ceros, se inicia la sutura muscular, trasladando primero el colgajo 11-12 a su lecho 4-7 y luego con puntos simples, se termina la miorrafia del orbicular hasta 3-9.

* Se sutura la piel haciéndola coincidir con puntos separados de dermalón 5 ceros y 6 ceros.

* Con seda 3 ceros se sutura con puntos separados de la zona vestibular, tomando en cada borde de los colgajos musculo-mucosa.

* Después de hacer cortes convenientes del borde de bermellón para su buena configuración, se sutura con dermalón 5 ceros.

Se termina la intervención, con una aplicación de unguento oftálmico de Cloranfenicol, cubriendo la herida con una curación y aplicando una tela adhesiva en forma de mariposa, que hace - tracción de mejilla a mejilla para aliviar la tensión de la sutura cuando el niño llora; en la narina reconstruida, se introduce un tubo de goma para mantener en buen contacto las zonas cruentas y facilitar la respiración.

La curación se cambia cada 24 horas, los puntos de pie, se retiran al 5° día, los músculo-mucosos y el colchonero de la - nariz al 8° día postoperatorio.

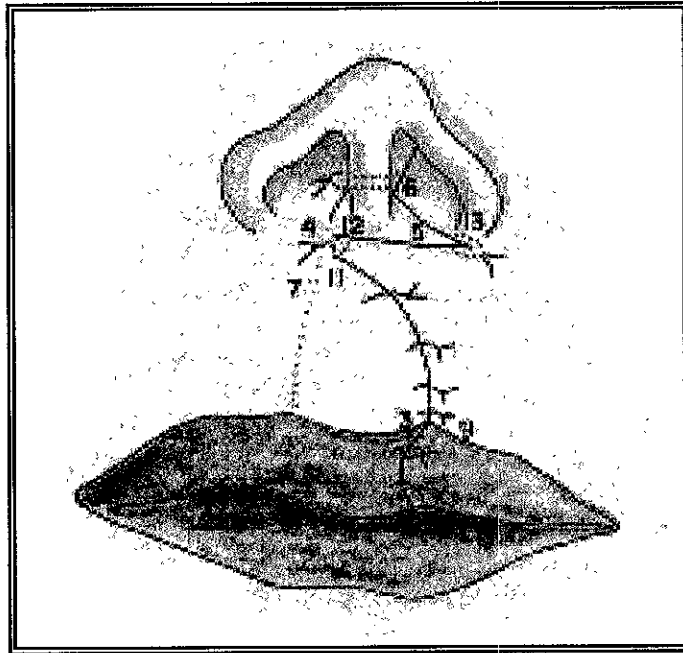


Fig. 3. Para la reconstrucción y sutura de los colgajos se debe realizar en los tres planos de mucosa, músculo y piel, siendo de relevancia el punto en forma de colchonero que se realiza desde la zona alar de la nariz hacia la base del septum, lo que permite traccionar el ala nasal y colocarlo en posición similar al ala nasal sano.

5.5.1 CASO CLINICO



Paciente con tres meses de edad con labio hendido unilateral derecho de amplitud considerable. Se observa la elongación del ala nasal hacia la fisura y por la asimetría del proceso alveolo-palatino.



Se realizan las mediciones del labio, tanto el muñón externo como el lado sano, determinando los puntos de referencia de Asensio y diseñando el colgajo cuadrilateral que rotará hacia el lado interno permitiendo la obtención de altura y la base superior cuadrilateral que dará estabilidad y la miorrafia orbicular adecuada.



Se han realizado los cortes de acuerdo a la técnica Asensio para labio hendido unilateral. Se ha colocado la sutura transfixiva a través del septum nasal con el fin de reconstruir el piso de la nariz y colocar el ala nasal en su posición anatómica. Se observa la presentación de los colgajos, verificando la longitud y la adaptación de ambos muñones en la posición correcta.



Una vez terminada la sutura, se valora la reconstrucción labial y la reubicación del ala de la nariz en su posición anatómica correspondiente. Se observa la sutura transfixiva con seda 2-0 y los puntos de la piel en el labio con dermalón 5-0 y 6-0.

5.6 TECNICA QUIRURGICA DE CORRECCION DE LABIO HENDIDO
BILATERAL SEGUN ASENSIO DEL VALLE.

El labio fisurado bilateral se realiza en un solo tiempo, para obtener la continuidad del orbicular de los labios y aprovechar su fuerza ortopédica sobre la premaxila y con ella la reubicación en posición adecuada para cirugía futura.

En la fisura bilateral del labio, se interviene bajo anestesia local, previa sedación adecuada, pero naturalmente se puede intervenir bajo anestesia general, con cuidado de que el tubo endotraqueal no provoque tensiones que nos lleven a la asimetría facial.

D I S E Ñ O (Figura 1)

Realizada la asepsia y antisepsia así como la colocación de los campos, iniciamos la evaluación y las medidas para poder comenzar el diseño de la siguiente manera:

Poniendo un punto con violeta de genciana con una plumilla en el centro anatómico del prolabio, aunque se encuentre desviado, se marca el N° 1, el que corresponde al punto central

del filtrum; de allí se colocan dos puntos equidistantes - -
identificando las dos ramas del arco de Cupido, marcándolos -
con 2 y 3.

Determinados los puntos anteriores en el prolabio, vamos
al muñón lateral e identificaremos la inserción del ala de la -
nariz sobre el muñón del labio, colocando un punto con violeta
de genciana sobre la inserción más anterior e inferior marcándolo
con el N° 4.

Posteriormente sobre la línea alba (con el bermellón -
humedecido) colocamos un punto antes de que el labio pierda su
identidad anatómica o sea en el límite entre la piel y la mucosa
y la línea alba, y debe estar ubicado antes de que la fisura que
forma el muñón del labio inicie su ascenso hacia la nariz, lo
marcamos con el N° 3.

A continuación medimos con el compás, desde este punto a
la comisura y en igual forma procede del lado opuesto, conser-
vando así la medida longitudinal en ambos lados; de comisura a
3', derecha e izquierda.

Se mide ahora de la base del ala nasal 4' al punto marcado en la línea alba con 3' en los lados, comparándolos para determinar la dimensión vertical definitiva y simétrica del labio - en los muñones externos.

Identificamos el centro del filtrum N° 1 y los dos puntos que constituyen el arco de Cupido 2 y 3 los que coincidirán con los puntos del bermellón en los muñones laterales para constituir dichos arcos 3-3' y 2-3'.

Trasladamos la dimensión vertical del labio (muñones externos) a la porción lateral del prolabio; haciendo una ligera tracción del mismo para distenderlo mediante una sutura que con ese objeto se ha colocado en el centro del prolabio punto 1; colocamos una marca puntiforme en la piel que se introduce del prolabio a la nariz y que forma un ángulo recto sobre la mucosa marcándolo con 4 y haciendo lo mismo del otro lado, establecemos totalmente la dimensión vertical definitiva del labio; con esto se termina lo que podemos llamar la relación de la dimensión vertical y lateral de la cara.

Con una aguja hipodérmica y violeta de genciana al 2%, tatuamos los puntos que originalmente marcamos para identificar las relaciones indelebles; dichos puntos marcados con número simple y adosados a la marca adéptica señalada con prima, tanto

en su porción cutánea como muscular y músculo-mucosa, nos restar**á** blecerán la anatomía normal del labio.

El segundo paso, son las marcas colocadas en la parte interna de la fosa nasal que son sumamente importantes, por ser las que van a permitir reconstruir toda la narina y piso anterior de la nariz hasta la altura intranasal del tercer cornete, procederemos así: si fijamos con el dedo índice el muñón del lado - externo del labio y elevamos con una erina el ala de la nariz - vamos a observar en la inserción del ala 4' que producirá un surco o depresión que partiendo de la marca antes apuntada va hacia el dermomucoso del muñón del labio en la fisura y que sumado a la piel interna nasal, que también se diferencia porque posee vello o cilios, se marcará el límite anatómico entre el labio y piel intranasal, a este punto le llamaremos 5'.

Tráccionamos hacia adelante y afuera, apreciando una segunda línea que también es histológica y que es el límite que existe - entre la piel de la cara interna del piso del ala nasal y la mucosa y que aparece como una línea claramente determinada por su color blanquecino y que es el límite exacto entre mucosa y piel, esa ubicación también la marcamos con violeta de genciana, frente al tercer cornete o concha se marca un ángulo recto punto 6 al - final de la línea bordeando al extremo anterior del cornete sin tocar su estructura, al efectuar su incisión liberará el ala y el piso de la nariz para reconstruirlo adecuadamente. Terminamos así

el diseño del muñón externo incluyendo su porción intranasal.

Para determinar el lecho receptor de la porción 4' - 5' del muñón externo en el área de la premaxila y sobre el vómer a partir del punto 4 que corresponde a la base piramidal de la columnela, marcando con violeta de geneciana el límite de la piel del prolabio con la mucosa vomeriana, se forma un ángulo obtuso que proyecta sobre el cuerpo vomeriano y cuyo vértice marcaremos con el N° 5, y sobre el cuerpo vomeriano haremos una incisión intranasal hasta el punto 6, con el cual obtendremos el desprendimiento de la mucosa y el lecho cruento receptor del piso y ala de la nariz 4', 5' y 6' y que formará la narina y el piso anterior.

Terminando este importante paso que constituye la geometría quirúrgica, tendremos concluido el diseño total de la intervención quirúrgica, que obedecerá a medidas precisas que evitarán reajustes de última hora y reconstruirán la anatomía normal hasta donde así se le puede llamar.

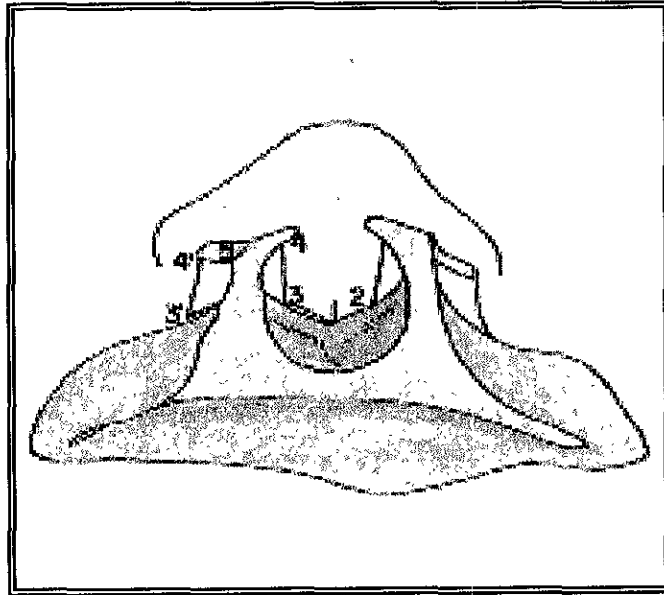


Fig. 1. Trazado de incisiones para la corrección quirúrgica de labio hendido según Asensio. Se identifican las dos ramas del arco de Cupido (2-3), la porción central del prolabio (1), inserción del ala nasal (4') y en el muñón externo de la línea mucocutánea (3') y la base de la columna (4).

I N C I S I O N E S (Figura 2)

Se inicia un corte de bisturí, después de haber fijado - entre el dedo índice y el pulgar, el muñón externo del labio, cortando a todo el espesor de piel exactamente sobre la línea alba, dejándola en la parte que corresponde al bermellón con el objeto de utilizarla después en la reconstrucción del arco de Cupido, luego de haber cortado a todo lo largo y proyectado hacia la fosa nasal, (es decir, de 3' hacia la fosa nasal) a lo largo del muñón externo. Se hace la profundización total del músculo orbicular que corresponde al rojo o bermellón , siendo este corte perpendicular y a todo espesor, incluyendo mucosa para que pueda vascular. Luego se incide para unir los puntos 3' a 4' a 5', que constituyen un ángulo casi recto, cortando sólo el espesor de la piel y eliminando esa pequeña porción triangular hasta el borde mucocutáneo y dejando descubierto el músculo orbicular, diseccándolo de la mucosa en el lado vestibular del labio de igual - forma.

Con un corte aproximado de 0.5 mm en el límite cruento del músculo con la piel, logramos tener lo más libre posible el músculo para evitar las tensiones; la mucosa que se libero del - músculo es recortada. Los muñones del músculo orbicular libres, nos servirán para reconstruir la aprte mediana del labio.

Posteriormente siguiendo la línea que trazamos entre el límite de la piel y la mucosa que se proyecta dentro de la fosa nasal hasta el frente del tercer cornete, hacemos un corte de bisturí a todo espesor de la piel hasta encontrar la masa muscular; a continuación con la incisión efectuada con tijera, hacemos disección roma bajo lo que constituye el ala de la nariz, encontrándose fácil el plano de clivaje sobre el músculo, y que con ello lograremos la liberación completa del ala afectada y comprobamos si el ala vascula hacia el tabique nasal para formar la narina, sin colapso.

Luego con corte de bisturí separamos en el fondo gingivobial el labio del proceso alveolar, siendo este corte a nivel supraparióstico, ya que no es conveniente herirlo para no exponer folículos dentales por ser muy superficiales; llevando este corte partiendo desde la inserción del buccinador hasta el borde de la coana; a continuación haciendo disección roma por el corte, separando supraparióticamente todo el músculo hasta encontrar posteriormente la bola de grasa de Bichat, siendo éste un límite de disección. Terminada ésta, se realiza un corte con tijeras, separando los tegumentos del borde de la coana y frente al cornete tratando de rodearlo en su extremo anterior.

Inmediatamente se controla la hemorragia con el electrocoagulador; con este corte liberamos en su totalidad el ala de la nariz con su base de inserción, quedando así ambos muñones externos listos para la reconstrucción.

El siguiente paso será preparar el prolabio y la premaxila y los lechos de recepción de los muñones laterales. Fijando el prolabio con un punto de tracción, pasando éste de la mucosa del prolabio hacia la piel coincidiendo exactamente por el punto central del arco de Cupido y así conseguimos que todos nuestros cortes sean los más simétricos posibles; manteniendo el prolabio en el centro por la tracción. Con la ayuda del dedo índice sobre el prolabio y la tracción hacemos el corte de bisturí limpio a todo el espesor de la piel uniendo los puntos 4 a 3 y 4 a 2, continuando con la disección de la mucosa del borde del músculo del prolabio, que luego vamos a emplear para formar el vestíbulo y la parte mucosa del labio en la fisura.

Junto a la mucosa disecada también queda una pequeña porción de piel por el corte longitudinal que efectuamos y que se elimina por no tener utilidad.

Seguimos con los cortes mucoperiosticos en el tabique de la nariz, y para tener una visión más clara, elevamos el ala de la nariz con una erina y con corte de bisturí, unimos los puntos 4 a 5, que van a formar un ángulo en el tabique que corresponde a la pirámide de la columnela y que tiene la misma dimensión

que 4' a 5'. Continuando el corte sobre el cuerpo vomeriano en una longitud igual al colgajo de la base del ala, en longitud para que coincida y forme el piso nasal 6, 6'.

Posteriormente la mucosa es volcada hacia la fisura con - disección por medio del bisturí o un elevador de periostio fino, para dejar una zona cruenta que va a ser cubierta por la base del ala de la nariz para formar la narina.

Naturalmente estos cortes se realizan en forma similar en ambos lados del prolabio, para que sean simétricos. Previo a iniciar la sutura de las partes cruentas, efectuaremos un paso muy importante y que consiste en pasar un instrumento romo por debajo de la piel del prolabio y por delante de la base de la columnela (área insuficiente de músculo) y que con relativa facilidad se atraviesa, rechazando la pequeña cantidad del músculo del prolabio de la base de la columnela hacia el bermellón, quedando así un túnel que va a ser ocupado por los colgajos laterales del músculo orbicular que así quedará en continuidad anatómica.

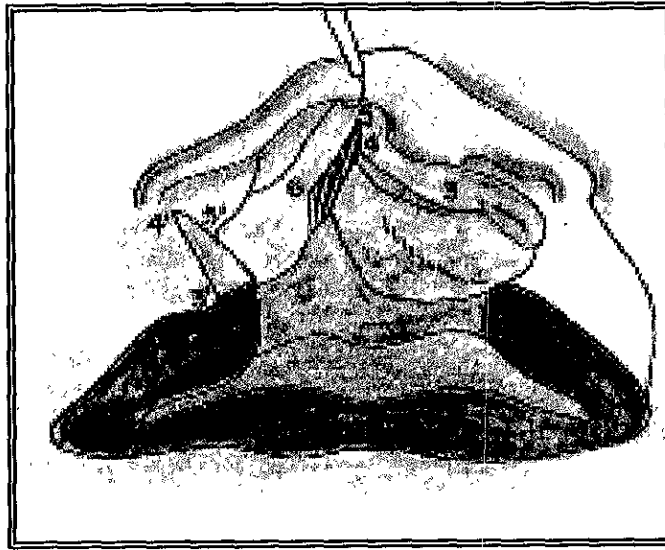


Fig. 2. Se determina el lecho receptor de la porción 4-5 del muñón externo, en el área de la premaxila y sobre el vómer (5-6) con el desprendimiento de la mucosa del vómer, obteniendo un lecho cruento receptor del piso y ala de la nariz.

S U T U R A S

Se inicia la sutura con un punto que unirá las bases de las alas de la nariz con seda 2 ceros, tomando la forma cuadrangular de la base del ala, lo pasamos por transfijión del tabique hacia la otra ala y formamos de regreso un punto de colchonero que se dejará fijo con una gasa únicamente, para anudarla definitivamente al final y con este punto comprobamos que las alas nasales - llegan sin ninguna tensión al tabique, ocupando sus lechos cruentos, comprobando además la igualdad de diámetros de ambas narinas.

Posteriormente la mucosa tomada del cuerpo vomeriano y parte de la base del prolabio y rotada hacia la fisura es suturada al borde de la mucosa desprendida del muñón lateral y que constituirá el vestíbulo y fondo de saco del labio; se usa catgut crómico 4 ceros, siendo la primera sutura el colchonero, para volcar las dos mucosas que tengan un buen contacto así como de soporte. Las siguientes suturas serán en un número aproximado de tres, utilizando igual procedimiento al otro lado y así tenemos reconstruido el vestíbulo gingivolabial bilateral.

Ahora se reconstruye el cinturón muscular que constituye el orbicular de los labios, para que sea totalmente funcional y anatómico, llevando así los muñones laterales del músculo a través del tñnel que se formó bajo la piel del prolabio, colocando

la primera sutura de colchonero que en su primer paso tomará la base de tabique de la nariz y teniendo la certeza de que los muñones entran en contacto, se anuda. Posteriormente se colocan los puntos necesarios para terminar la miorrafia. Estas suturas serán de catgut simple 3 ceros ó 4 ceros, según el tamaño del niño y la constitución del músculo, dejando así reconstruido el cinturón muscular del labio.

A continuación afrontaremos los bordes de la piel con suturas, coincidiendo primero los puntos ya establecidos que son 2, 3, 4, 5, con sus homólogos 2', 3', 4', 5'; estos puntos de referencia con dermalón 6 ceros y dentro de la nariz es preferible utilizar sólo dermalón 5 ceros.

R E C O N S T R U C C I O N D E L B E R M E L L O N

La reconstrucción del área del bermellón se inicia con la eliminación de la mucosa del prolabio, haciendo un corte a bis-turí sobre la piel, uniendo los puntos 3 a 1 y 2 a 1, disecando la mucosa únicamente y dejando el músculo existente, siendo el límite a disecar el espesor completo del rojo. La estabilidad en la piel se consigue con la sutura de tracción que pasa por el punto N° 1 con algodón 2 ceros con esta tracción se centra el prolabio que muchas veces está desviado y se obtienen cortes - - exactos.

Luego liberamos el músculo del prolabio de la piel; con una incisión de poca profundidad y en sentido longitudinal de 1, 2, 3 ampliamos el lecho receptor de los muñones laterales. Preparado el lecho del prolabio llevamos cada muñón del bermellón hacia el centro del prolabio y recortamos el exceso de cada uno, para unirlos en el centro en una línea recta que corresponde al N° 1 y que va a constituir el centro del bermellón y que en anatomía normal es el rafé medio. Para unir los dos colgajos suturaremos los músculos del prolabio por medio de una sutura de dexton 5 ceros y así formamos el centro del arco de Cupido.

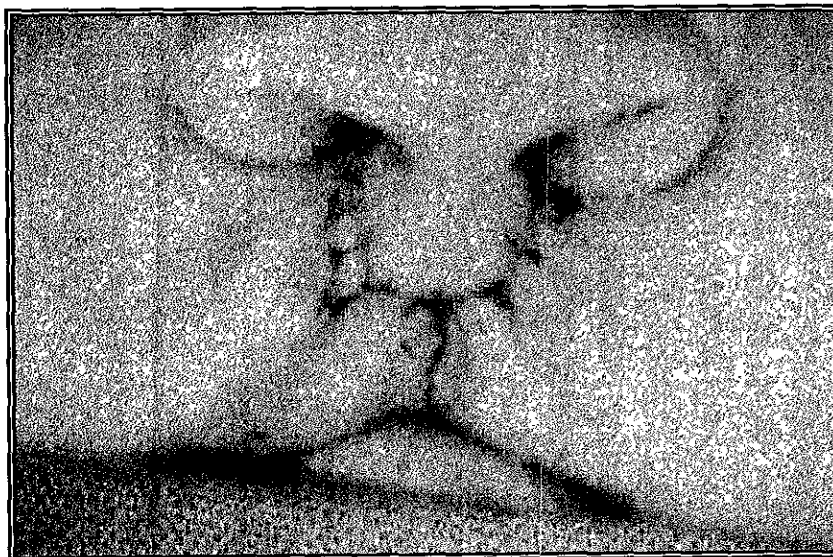
Por último suturaremos los bordes de mucosa de los colgajos con la piel del prolabio con suturas simples de dermalón 6 ceros y luego los bordes músculo-mucosos de los colgajos con suturas simples de seda 5 ceros, hacia el vestíbulo del labio y al llegar a esta área, es necesario realizar algunos recortes para acomodar perfectamente la mucosa de los colgajos con la porción de mucosa del prolabio que incluye el frenillo, para dejar bien constituido dicho vestíbulo, sutura que se hará con seda 4 ceros en forma músculo mucosa.

De esta forma se termina con la intervención quirúrgica y lo único que resta es colocar la curación adecuada, y como al resolver el labio bilateral reducimos drásticamente el espacio por donde respiraba fácilmente el paciente y que estaba habituado a hiperventilae, es necesario colocar dos tubos de goma que permitirán al paciente respirar tranquilamente y logramos también con estos tubos dar una curvatura normal a los cartílagos alares, ya que han estado traccionados sin la forma normal desde su formación siendo planos. Además se previene cualquier hematoma pequeño en el piso nasal reconstruido, pueden ser porciones de sonda - Nelaton o similar y no hay peligro que se desplace hacia la fosa nasal ya que topa contra la punta anterior del cornete.

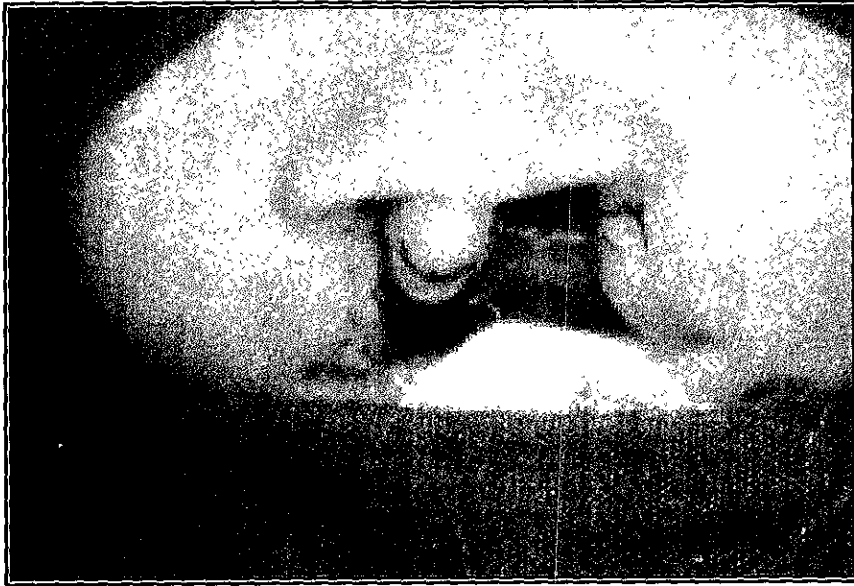
5.6.1 CASO CLINICO



Se inicia la reconstrucción labial bilateral, aplicando el punto transfixivo que unirá a varios colgajos hacia el septum, estabilizando de esta forma la columna y quedando simétrica la nariz, piso de fosas nasales y ambas alas de la nariz. Se observan los colgajos presentados para verificar la altura del labio.



Se realiza la reconstrucción del bermellón del labio en la incisión medial que se sutura dando la anatomía correcta del arco de cupido.



Paciente con dos meses de edad, con labio hendido bilateral con prolabio reducido y sin contenido muscular. Se realizan los puntos de referencia para el cierre del labio bilateral según Asensio y se diseñan las incisiones de los muñones externos derecho e izquierdo en el prolabio.



Se han realizado en primer lugar las incisiones de los muñones externos y hecha la disección de ambas alas nasales, las que se disecan en forma separada al colgajo labial. No debe lesionarse el periostio en el maxilar para evitar alteraciones de crecimiento y exposición de los gérmenes dentarios.



Aspecto postoperatorio del paciente intervenido con la técnica Asensio.
Se nota la buena integración que contiene su plano muscular y
continuidad con los laterales.

CAPITULO VI

SINOPSIS COMPARATIVA DE LA TECNICA QUIRURGICA

como consecuencia la punta de la nariz se desvía hacia el lado sano.

La porción externa se encuentra retraída en sentido vertical; la base del ala de la nariz se encuentra insertada en posición más baja que la del lado sano en relación al plano horizontal (plano interpupilar).

6.- Reconstrucción de la anatomía normal partiendo de la patología.

D I S E Ñ O D E L C O L G A J O .

- 1.- Se basa en la Rotación-Avance.
- 2.- Se basa en el principio de la rotación de un colgajo triangular.
- 3.- Se basa en el colgajo cuadrangular.
- 4.- Se emplean colgajos triangulares.
- 5.- Se basa en Rotación-Avance, cuadrilateral.
- 6.- Se basa en el colgajo directo anatomico labial y ala nasal.

CAPITULO VII

EFFECTOS PSICOLOGICOS

CAPITULO VII: E F E C T O S P S I C O L O G I C O S .

Los aspectos funcionales y estéticos en una persona, tienen que ver con el desenvolvimiento y la personalidad a la que pueda llegar el individuo. Dependiendo de la forma en que integre su nascente concepto del Yo con todas las demás variables significativas de su vida, determinará que su ajuste sea armonioso o que no lo sea.

Los mecanismos de adaptación del niño están determinados en gran parte por las relaciones interpersonales que han experimentado. Es decir las actitudes de sus padres y de otras personas significativas de su medio ambiente, ejercen gran influencia en las reacciones de conducta del individuo hacia su defecto físico. Las apariencias de estas personas importantes en su ambiente, dependen de las posturas de los grupos culturales a que pertenezcan y a la personalidad de cada uno de los integrantes.

Se establece que los niños con defectos físicos, nacidos en ambientes rurales y de padres económicamente débiles, tienen menos problemas de ajuste y menos distorciones de su personalidad, que los nacidos en medios acomodados de la ciudad, ésto es debido a que la madre indigente opera un factor de incapacidad y conformismo, por lo que no hay mucha depresión emocional y sí por el

contrario se establece una relación madre-hijo más sana en - cambio la madre acomodada responde con mayor ansiedad y preocupación por la completa integridad anatómica de la boca de su hijo, por su repercusión en la estética y por sus graves consecuencias fisiológicas.

En muchos casos los padres se resisten a admitir que el niño tiene un defecto. Esta renuncia de aceptar la situación suele ir acompañada por vergüenza de su parte y/o por atribuirle al niño culpabilidad.

Es muy importante que los padres acepten al niño como él es y le enseñen a vivir con su defecto, orientándolo y motivándolo día a día a la superación.

A partir de los 3 ó 4 años el niño puede estar lo suficientemente consciente para empezar a plantear preguntas a sus padres. Ignorar estas preguntas ciertamente no ayudan al niño. Estos niños tendrán que aprender ciertos hechos de la vida a edad mucho más temprana que otros.

Conforme el niño crece, empiezan a diferenciarse claramente sus problemas; aspecto estético y trastornos en la fonación. Los padres se chocan con el timbre de la voz y los tropiezos del niño al hablar.

El defecto estético empieza a crear reacciones directas en el niño, que van por el camino del aislamiento o la agresión, según sean sus dotaciones de carácter constitucionales, hasta que llega el período de más intensa socialización, la Escuela, y se encuentra distinto a otros niños, que lo llaman con sobrenombres, lo segregan y lo hostilizan; hasta entonces el niño se sintió más o menos seguro en su ambiente circunscrito y ahí topa con la crueldad normal, en esta etapa del niño escolar.

Va a ser de suma importancia la actitud de los profesores.

La pubertad es la siguiente fase crítica, el adolescente, - aún si es aceptado por sus compañeros y particularmente bien adaptado, temerá entrar en contacto y establecer relaciones con un miembro del sexo opuesto, pues saben que son menos atractivos y temen al rechazo.

Las necesidades básicas que se les frustran más a menudo son las de seguridad y la del status, provocando que el defecto físico, se convierta en un factor importante de predisposición a las perturbaciones emocionales.

Para una adecuada orientación y ayuda en estos casos se requiere del psiquiatra, el cual tendrá más un papel de higienista que de terapeuta; calmar a una madre, adecuar su reacción al niño, fortalecer su seguridad, evitar la resultante del niño sobrepro-

tejido o rechazado, que más tarde tendrá reacciones globales - de agresividad, timidez o aislamiento, remueve en los padres sentimientos de culpa e inseguridad frente a sus problemas.

Ningún programa de psicoterapia, dará resultado alguno - mientras un caso determinado no se haya resuelto quirúrgicamente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En base a éste estudio se hace notar de manera importante las diferentes técnicas utilizadas en cirugía pediátrica en torno al problema cada vez más común, pero que gracias a la sociedad médica en busca de mejores procedimientos para evitar al paciente problemas o trastornos psicomentales y sociofamiliares.

También en éste estudio comprendí que la edad ideal para la cirugía de labio fisurado es de mayor importancia canalizarla y tratarla de manera más general y con menos complicaciones dentro de los primeros meses de desarrollo extrauterino, donde como resultado la buena aceptación del niño tratado quirúrgicamente ante la sociedad, y así logre un desarrollo enteramente normal; las secuelas del procedimiento podran ser tratadas a una edad más avanzada quedando a segundo término la cirugía estética.

Al termino de éste estudio me di cuenta que si un paciente tratado en los primeros meses de edad tiene grandes ventajas, desde mi punto de vista que satisfactorio sería si al ser detectada la patología ésta fuese corregida intrauterinamente, para llegado el momento de la concepción tenga una mejor aceptación y tratarlo como niño y no como estadística.

TERMINOLOGIA MEDICA

TERMINOLOGIA MEDICA.

ALA	Ciertas partes similares situadas a cada lado de un órgano impar y simétrico.
ALVEOLO	Nombre de las cavidades en los maxilares para la implantación de las raíces dentales.
ANASTOMOSIS	Comunicación entre dos vasos o nervios formación quirúrgica o patológica de una comunicación entre dos espacios u órganos separados normalmente.
ARCADA	Estructura anatómica compuesta por una serie de arcos, alveolar o dental. Curva formada por la serie de alveólos en el borde libre de los maxilares superior e inferior.
ATROFIA	Disminución del volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición.

BILATERAL	Que posee dos lados. Que se produce o aparece en dos lados. Que tiene dos capas.
BUCCINADOR	Músculo plano de la mejilla.
CARRILLO	Parte carnosa de la cara, desde la mejilla o pómulo hasta el borde inferior de la mandíbula.
CARTILAGO	Substancia elástica, flexible, blanca o grisácea, adherida a las superficies articulares óseas y que forma ciertas partes del esqueleto. El cartilago es una variedad de tejido conjuntivo.
CATGUT	Cordón preparado con el intestino del carnero, que se emplea para ligaduras suturas y drenaje sintético.
COANA	Abertura posterior de las fosas nasales.

COLAPSO

Estado de depresión o de cansancio extremo por alteraciones físicas ó psicosomáticas. Alteración caracterizada por shock. Situación anatómica anormal de un órgano y obliteración de su cavidad.

COLGAJO

Masa de tejido separada incompletamente del cuerpo.

DISECCION ROMA

Forma de disección que se realiza - separando los tejidos a lo largo de las líneas naturales de despegamiento, sin seccionar.

ELECTROCOAGULACION

Forma de electrocirugía destructiva en la que el tejido se endurece por el paso de corriente de frecuencia alta desde un cauterio eléctrico. Denominada también diatermia quirúrgica.

ELONGACION

Alargamiento accidental de un -
miembro o de un nervio. Distensión,
estiramiento.

EPITELIO

Cubierta o revestimiento de los ór-
ganos internos y externos del cuerpo,
incluidos los vasos. Está constitui-
do por células unidas entre sí por
material conjuntivo que se dispone
en un número variable de capas y son
de distintos tipos.

ERINA

Instrumento metálico en forma de gan-
cho, se emplea en operatoria para -
coger, sostener, levantar o separar
partes.

ESCALPELO

Instrumento cortante de hoja fija -
puntiaguda de uno o dos filos y mango
fijo, que se emplea en las diseccio-
nes y operaciones quirúrgicas.

ETIOLOGIA	Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades.
FASCIA	Aponeurosis.
FAUCES	Abertura de la boca en la faringe. Los pilares anteriores de las fauces forman el arco glosopalatino y los posteriores el arco faringopalatino, constituidos cada uno de ellos por los músculos del mismo nombre <u>reves</u> tidos por mucosa.
FIBRA	Elemento anatómico largo y delgado.
FISIOPATOLOGIA	Estudio de las manifestaciones <u>bioló</u> gicas y físicas en las enfermedades en lo referente a su correlación con las anomalías estructurales y los - trastornos fisiológicos adyacentes. No trata directamente de la terapéu- tica de las enfermedades sino que <u>ex</u> plica los procesos que determinan sus signos y síntomas.

FISURA

Cisura, hendedura, surco superficial normal o patológico. En los dientes se denominan así las hendiduras profundas presentes en las caras triturantes de molares y premolares.

FOLICULO

Cripta o pequeño saco en una mucosa o en la piel, generalmente con función secretoria. En el existe un diente en formación.

FOSA

Excavación ancha y más o menos profunda, cavidad hueco, depresión natural del organismo.

FRENILLO

Repliegue membranoso que limita los movimientos de una parte como el de la cara interna de cada labio en la línea media, el de la lengua en su cara inferior, etc.

GANGLIO

Engrosamiento de forma y estructura variable, en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

GINGIVA	Encía.
GINGIVAL	Relativo a las encías.
GLANDULA	Cualquiera de los organos del cuerpo animal que secretan ciertas substancias, que vierten hacia el exterior (glándulas de secreción externa) o que envían al torrente circulatorio (glándulas de secreción interna).
HEMATOMA	Tumor producido por acumulación de sangre.
HEMORRAGIA	Salida más o menos copiosa de sangre de los vasos por rotura accidental o espontánea de éstos.
HIPERTROFIA	Aumento del tamaño de una célula o grupo de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano - del que forman parte.

HIPOPLASIA

Disminución de la actividad formadora o productora; desarrollo incompleto o defectuoso.

INCISION

Corte producido quirúrgicamente por un instrumento cortante, que crea una solución de continuidad en un órgano o espacio del organismo.

INOSCULACION

Abocamiento o anastomosis directa de dos ramas arteriales o venosas de igual calibre.

INSERCIÓN

Acción o efecto de insertar, introducir o implantar una cosa en otra. Adherencia íntima de un músculo, ligamento o tendón de una parte, especialmente de un hueso.

INTUBACION

Introducción de un tubo en una cavidad, especialmente al acto operatorio de introducir un tubo adecuado a la laringe a través de la glótis para dar paso al aire en la difteria y en el edema de glotis.

IRRIGACION

Riego de una parte con agua o líquidos medicinales con fin terapéutico.

ISTMO

Estrecha conexión entre dos estructuras o partes mayores.

MANDIBULA

Pieza ósea que sirve de soporte a las piezas dentarias. La mandíbula superior forma parte del cráneo por lo que es inmóvil y está constituida por los maxilares superiores y palatinos. La mandíbula inferior compuesta sólo por el maxilar inferior, quijada.

MAXILAR

Dos huesos que forman la mayor parte del macizo superior de la cara y un hueso que forma el esqueleto de la parte inferior de la cara. El maxilar superior reviste suma importancia ya que a él se articulan los huesos que están a su alrededor. El maxilar inferior hueso único impar.

MEMBRANA	Organo o capa delgada de tejido que separa, cubre diversos órganos y que desempeña diversas funciones.
MIORRAFIA	Sutura de <u>músculos</u> seccionados.
MUCOCUTANEO	Relativo a la piel y a la ventana - membrana mucosa.
MUCOSA	Mucosa lisa integrada de dos capas que tapiza muchos órganos de la economía, ejem. el tubo digestivo desde la boca hasta el ano se encuentra <u>re</u> cubierto de mucosa de distinta <u>estruc</u> tura y funciones.
MUÑON	Parte de un órgano que se ha cortado, que queda adherida al cuerpo. En <u>ope</u> ratoria dental <u>l</u> parte de la corona <u>de</u> la raíz que se prepara para que sirva de base o coronas.

ORBICULAR DE LOS LABIOS

Músculo situado alrededor de la boca y formado en parte por fibras procedentes de otros músculos de la cara, como el buccinador, que se insertan en los labios, y en parte por fibras propias para los labios. Está inervado por ramas bucales del nervio facial y sirve para cerrar y fruncir los labios.

OTITIS MEDIA

Inflamación o infección del oído medio, proceso común en la infancia. La otitis media aguda suele estar producida por el *Haemophilus influenzae* o el *Streptococcus pneumoniae*, mientras que la forma crónica suele ser causada por bacterias gramnegativas, como *Proteus* y *Pseudomonas*.

PATOLOGIA

Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo.

PERIOSTIO	Membrana fibrosa, vascular más o menos gruesa y resistente, según las edades que rodea completamente el hueso.
PLASTIA	Sufijo que significa relativo a la formación o desarrollo de células o tejidos: anoplasia, macroplastia, -mastoplastia.
PREMAXILAR	Situado delante del maxilar. Hueso intermaxilar.
PROLABIUM	Porción roja descubierta del labio.
RAFE	Línea prominente en la porción media de un órgano o parte, que parece - producida por la reunión o sutura de dos mitades laterales como la - del escroto, perineo y paladar.
SECRETAR	Verter una sustancia en una cavidad, - como un vaso o un órgano, o sobre la superficie de la piel, como en el caso de una glándula.

SONDA	Término general para distintos - instrumentos largos y delgados, -- que se introducen en un conducto o cavidad, con fines de exploración y evacuación especialmente.
TEGUMENTOS	Envoltura o cubierta; piel o mucosa.
TRAQUEOBRONQUITIS	Inflamación de la tráquea y los - - bronquios; forma frecuente de infla mación respiratoria.
TUBERCULO	Eminencia pequeña natural de un - hueso o en otra parte. Lesión carac terística de la tuberculosis.
VASCULAR	Perteneciente o relativo a un vaso sanguíneo.
VELO	Parte de un órgano en forma de cor- tina. del paladar o palatino. Tabique músculo membranoso, móvil, cuadrilá- tero, cuyo lado superior está fijo en el borde posterior de la bóveda palatina y el lado inferior, libre y

péndulo sobre la base de la lengua, presenta en su parte media la úvula; los bordes laterales o pilares se continúan con la lengua y la faríngea.

VESTIBULO

Espacio o cavidad que sirve como entrada a una vía, como por ejemplo el vestíbulo vaginal o el vestíbulo del oído.

VOMER

Hueso que forma la parte superior del tabique nasal.

9

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA HUMANA.

Dienhart Charlotte M.

Nueva editorial interamericana

México 1981.

2.- ANATOMIA: ESTUDIO POR REGIONES DEL CUERPO HUMANO.

Gardner Ernest Dean.

Gray Donald J.

O' Rahilly Ronan.

Salvat editores.

Barcelona, 1977.

3.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA HUMANA.

Dr. Stanley Jacob W.

Interamericana S.A de C.V.

México, 1979.

4.- MANUAL DE FISIOLOGIA Y ANATOMIA.

Kimber Diana Clifford.

La prensa medica.

México, 1979.

5.-. TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.

Dr. Quiroz Gutierrez Fernando.

Editorial Porrúa, S.A.

México, 1992.

6.- TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.

Testud, Leo.

Salvat editores.

Barcelona, 1980.

7.- ANATOMIA Y FISILOGIA.

Tatarinov, Vasilii Georgievich.

Editorial Mir. Moscu.

Moscu, URSS, 1984.

8.- ANATOMIA Y FISILOGIA.

Sears William Gordon.

Salvat editores.

Barcelona 1977.

9.- ANATOMIA HUMANA, DESCRIPTIVA Y TOPOGRAFICA.

Rouviere, Henri.

Nacional.

México, 1967.

10.- COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.

Dr. Fort J. A.

Ediciones G. Gili, S.A.

México d.f. 1980.

11.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

W.G. Shafer, B.M. Levy.

Editorial Interamericana.

México d.f. 1986.

12.- CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL.

Gustavo O. Kruger.

Editorial Medica Panamericana.

Buenos Aires, Argentina, 1986.

13.- CIRUGIA BUĆAL PRACTICA.

Daniel E. Waite.

Compañia Editorial Continental, S.A.

México D.F. 1987.

14.- EMBRIOLOGIA HUMANA: DESARROLLO PRENATAL DE LA FORMA Y

LA FUNCION.

Hamilton, William James.

Mossman, H. W.

Inter-Medica S.A.

Buenos Aires, Argentina, 1978.

15.- EMBRIOLOGIA BASICA.

Moore, Keith L.

Nueva Editorial Interamericana.

México, 1980.

16.- EMBRIOLOGIA HUMANA.

Dr. Ferner Helmut Richard.

Editorial Herder.

Barcelona, 1976.

17.- PATOLOGIA FUNCIONAL Y ESTRUCTURAL.

Robbins, Stanley L.

Interamericana S.A.

México 1990.

18.- MALFORMACIONES CONGENITAS.

Huffstadt, A. J.C.

El manual moderno.

méxico, 1987.

19.- PSICOLOGIA MEDICA.

Fuentes Muñiz Ramon.

Fondo de cultura económica.

México, 1983.

20.- HIGIENE MENTAL: DINAMICA DE AJUSTE PSIQUICO.

Herbert A. Carroll.

Compañía editorial Continental, S.A.

21.- TERAPIA DE LA CONDUCTA INFANTIL. PRINCIPIOS, PROCEDIMIENTOS
Y BASES TEORICAS.

Alan O. Ross.

Grupo Noriega editores.

Limusa.

1991 México.

22.- DICCIONARIO DE MEDICINA

Mosby.

Ed. Oceano.

Edición 1995.

23.- ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Finn B. Sidney.

4^a edición.

Editorial Interamericana.

1987, México.

24.- ATLAS DE CIRUGIA ORTOGNATICA MAXILOFACIAL PEDIATRICA.

Takao Kimura Fujikami.

Actualidades Médico odontológicas Latinoamerica, C.A.

1995, México.

25.- REHABILITACION POST QUIRURGICA DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO

María Virginia Chavez Martinez.

Patricia Medrano Perea.

UNITEC.

México D.F. 1990.

26.- EVALUACION EN EL PADECIMIENTO DEL LABIO FISURADO Y/O --

PALADAR HENDIDO.

Rosalía Rios Villanueva.

ULA.

México d.f. 1989.

27.- DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICO ODONTOLOGICAS.

Dr. Enrique Correa M.

4^a Edición.

México 1995-96.