

11211



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA

VARIANTE QUIRURGICA PARA LA REPARACION DE MACROSTOMA

TESIS DE POSGRADO QUE
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A:
DR. MARCO ANTONIO LEZAMA REUS

ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO: DR. RAMON CUENCA GUERRA.
PROFESOR ADJUNTO: DR. ALEJANDRO DUARTE Y SANCHEZ.

MEXICO D.F.

NOVIEMBRE DEL 2004.



m347442

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

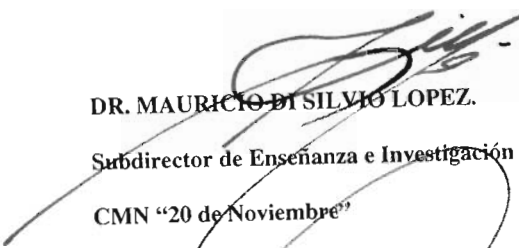


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ.

Subdirector de Enseñanza e Investigación

CMN "20 de Noviembre"

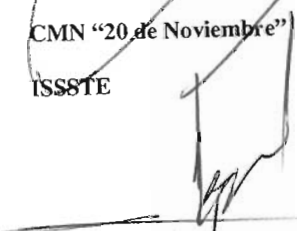
ISSSTE


DR. RAMON CUENCIA GUERRA.

Jefe de Servicio y Asesor de Tesis.

CMN "20 de Noviembre"

ISSSTE


DR. MARCO A. LEZAMA REUS.

Autor de Tesis.

CMN "20 de Noviembre"

ISSSTE



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Marco A. Lezama Reus

FECHA: 29 Ago 2005

FIRMA: 

INDICE	Pags.
DEDICATORIAS	3
INTRODUCCION	4
MATERIAL Y METODOS	6
TECNICA QUIRURGICA	7
RESULTADOS	10
DISCUSION	11
CASOS CLINICOS	12
BIBLIOGRAFIA	13

DEDICATORIAS:

A Dios

A mis padres, a quienes no tengo palabras con que agradecerles el esfuerzo para darme una educación y enseñarme el significado de la responsabilidad y honestidad en todos mis actos.

A mis hermanas, por su apoyo incondicional, sus consejos y su amistad.

A mis maestros del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, en especial al Dr. Ramón Cuenca Guerra, Dr. Alejandro Duarte y Sánchez, Dr. Ignacio Lugo Beltrán, Dr. Javier Rivas Jiménez, y Dra. Fanny Herrán Motta. Gracias por compartir conmigo sus conocimientos, enseñanzas y consejos.

En especial al Dr. Gregorio Moreno Penágos, quien acepto con amabilidad ser asesor de ésta tesis.

Al equipo de enfermería del servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética y al equipo de enfermería de la Unidad de Quemados, gracias por su compañía, amistad y consejos.

A todos mis compañeros residentes, en especial a Ale Jalil Sáade Sáade, Marco A. Lozano, Alicia Santiago. Eduardo Camacho y Francisco Ramos, compañeros de generación.

INTRODUCCION

El macrostoma o fisura facial transversa, es una entidad relativamente rara. (1,2,3,4) Se ha reportado una incidencia de 1:300 casos en las fisuras faciales (2,4,5). Askar I, y cols. reportaron 3 casos en 121 niños con labio y paladar hendido (4.96%) (3). Es más frecuente en hombres y cuando es unilateral el lado más afectado es el izquierdo. (2)

Embriológicamente la formación de la cara inicia a la 3er semana de gestación y culmina en la semana 12. (2) El macrostoma se presenta por una falla en la fusión de los procesos maxilares y mandibulares durante el desarrollo (3,4), resultando en una falla en la fusión y formación de las comisuras bucales (2,5). Es una anomalía multifactorial, sin factor hereditario y sin historia familiar (3).

Se puede presentar solo o en combinación con defectos agregados en la cara o en otras partes del cuerpo, como hallazgo aislado o sindrómico (2,5) Se han encontrado malformaciones agregadas como polidactilia, sindactilia, agenesia de dedos, bandas amnióticas, apéndices auriculares y malformaciones cardiovasculares. Asociado a síndromes como la microsomía hemifacial y el Síndrome de Goldenhar (Displasia oculo-auriculo vertebral) (2).

Las fisuras faciales transversas se presentan en diferentes grados, desde las pequeñas fisuras hasta las que se extienden al trago (2,5), lo más común es que se encuentren hasta el borde anterior del músculo masetero (2). La dirección de la fisura depende de la localización del vestigio auricular y del grado de subdesarrollo mandibular (5).

Se han descrito muchas técnicas para la corrección del macrostoma (1,4,5,6) así como para estabilizar y mantener la simetría evitando la migración de la comisura por contracción de la cicatriz y disminuir la misma (5,6).

Boo-Chai en 1967 reportó que la correcta posición de la comisura en el lado afectado no se basa en medidas si no en observación del cambio de textura del bermellón y de la piel normal con la mucosa fisurada (7). otros recomiendan que la posición de la nueva comisura debe basarse en mediciones del lado normal transpoladas al lado afectado (6).

La reparación debe de efectuarse lo antes posible para prevenir los problemas de alimentación secundaria e incompetencia del esfínter oral (5). La reconstrucción de la musculatura es vital para lograr el efecto funcional y estético apropiado (4,6,8).

Kaplan en 1981 reportó que sobreponiendo los colgajos musculares en la comisura asegura una función labial normal (1), también que no hay un método mejor para evitar la contracción de la cicatriz postoperatoria que la Z plastía, recomendada por Onizuka y Boo-Chai en los años 60's, sin embargo, no reportaron complicaciones, únicamente una leve tendencia a la desviación inferolateral de la comisura (1).

Skoog y cols. describieron una pequeña Z plastía lateral a la comisura, con cierre lineal del defecto restante (5). Mansfield y Herbert describieron una doble Z plastía, con colgajos en la mejilla y en la comisura (5).

Ono I. y cols. describieron una doble Z plastía reversa para lograr la posición adecuada de la comisura bucal dando una apariencia estética y funcional mejor (8), misma que evita la desviación inferolateral por contracción al cambiar la dirección de las Zetas (4).

MATERIAL Y METODOS:

Los objetivos en la reparación del macrostoma son lograr la adecuada posición de la comisura, la aproximación de los segmentos separados del m. orbicular y buccinador, la preservación de las ramas del nervio facial, (2) la reconstrucción de la función oral, el cierre con cicatriz lo menos notoria posible y la prevención de la migración de la comisura (5,6,8).

Se realizaron 28 cierres de macrostoma en 25 pacientes durante un periodo de 14 años. Se incluyeron 16 mujeres y 9 hombres cuyas edades variaron entre 7 meses y 15 años con una media de 2 años 7 meses. El diagnóstico principal en la mayoría de los pacientes con macrostoma fue síndrome de primer y segundo arcos branquiales en el 44% (n=11), síndrome de Goldenhar en el 40% (n=10), microsomía hemifacial en el 12% (n=3), y Treacher Collins en el 4% (n=1), todos asociados a diferentes malformaciones como apéndices preauriculares, microtías, fisura de paladar, CIA, teratoma y malformaciones anorrectales. En un 56%, es decir 14 casos, se encontró macrostoma derecho, en el 32% (n=8) fue izquierdo y en el 12% (n=3) bilaterales, la mayoría de las cirugías fueron realizadas por un cirujano especializado en cirugía plástica y reconstructiva en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

TECNICA QUIRURGICA

La técnica para el cierre del macrostoma que usamos inicia con el marcaje de puntos anatómicos específicos que nos darán como resultado la formación simétrica de la comisura labial: (Fig 1).

El punto 0 se coloca en el centro del arco de cupido sobre la línea blanca.

El punto 1 en el filtrum del lado sano sobre la línea blanca.

El punto 2 en el filtrum del lado afectado.

El punto 3 en el centro del labio inferior sobre la línea blanca.

El punto 4 en la comisura del labio sano.

El punto 5 en el vértice del defecto.

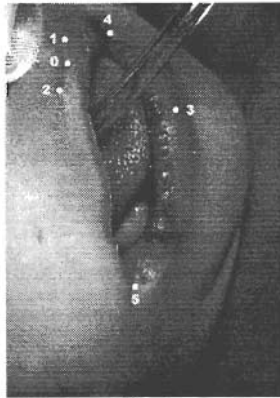


Fig. 1

Los siguientes puntos corresponderán al trazado de los colgajos para lograr el cierre del defecto, estos se logran midiendo la distancia en centímetros entre los puntos previamente descritos. La distancia del punto 1 al 4 se tomará a partir del punto 2 en el labio superior y corresponderá al punto 6 que será la nueva comisura labial unida posteriormente con el Punto 7. La distancia entre el punto 3 y el punto 4 se tomará hacia el lado del defecto en el labio inferior basado en el punto 3 y será el punto 7. (Fig 2)

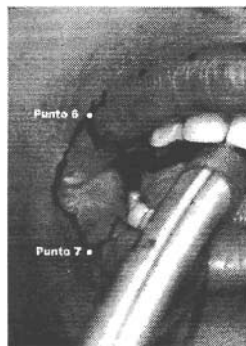


Fig. 2

El trazado de los colgajos se inicia sobre el punto 6 con una aguja traspasando perpendicularmente el labio superior en su totalidad, lo que nos da el punto 6', hecho esto se busca el punto de transición del labio seco y el labio húmedo entre los puntos 6 y 6'. A partir de éste punto de transición se traza el colgajo con el vértice lateral siendo este el punto A. El trazado del colgajo sobre el labio inferior se realiza de la misma manera, a diferencia que el vértice del colgajo se encontrará medial y se obtienen entonces los puntos 7' y el punto B (Fig. 3).

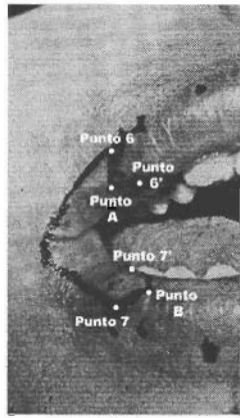


Fig 3

Una vez acabado el trazado de los colgajos se realizan incisiones sobre los puntos 5 al 7 y del 5 al 6, sobre la línea blanca del labio. (Fig. 4) De esta forma se podrá unir el punto 6' con el 7'(Fig. 5) y se refiere al igual que sobre el punto 5, para permitir de ésta forma el cierre de la mucosa. (Fig. 6)



Fig. 4



Fig 5



Fig. 6

Se unen los Puntos A y B, se afronta la capa muscular y se sutura la piel, a éste nivel se realizan Z plastías en forma invertida para evitar la retracción posterior de la comisura hacia abajo. (Fig. 7 y 8)



Fig. 7



Fig. 8

RESULTADOS

No hubo accidentes ni incidentes transoperatorios o anestésicos. La estancia intrahospitalaria máxima fue de 1 día en prácticamente la mitad de los casos, el resto se realizaron mediante cirugía ambulatoria. El tiempo de seguimiento fue de 2 años 2 meses en promedio, con un mínimo de 1 mes y máximo de 10 años. No se presentaron complicaciones y únicamente hubo una reintervención a los 3 años de operado el macrostoma, por mucosa redundante y cicatriz hipertrófica.

DISCUSION

En nuestra casuística encontramos que es más común en mujeres, a diferencia de lo reportado en la literatura (2). El lado derecho fue el mas frecuente de la serie y estamos reportando 3 casos bilaterales a pesar de ser una entidad rara (1,2,3,4). Yoshimura, Y, y cols. reportan una experiencia de 12 casos en 12 años, que es la casuística mas alta publicada hasta el momento (1) ;la nuestra es de 25 casos en 13 años.

En los casos que reportamos no hay variaciones en cuanto a las malformaciones encontradas en la literatura, siendo las de 1er. y 2do. arco branquiales y el síndrome de Goldenhar las mas frecuentes.

Ono, I, y cols. reportan una técnica similar a la que nosotros describimos (8) pero la técnica que proponemos marca el punto anatómico específico sobre la transición del labio seco y el húmedo para trazar los colgajos. Estamos de acuerdo con la experiencia reportada por Torkut, A, y cols. en cuanto a la doble Z-plastia reversa que impide la desviación inferolateral de la comisura por contracción de la cicatriz (4).

La técnica descrita en este reporte para la reparación del macrostoma cumple 3 objetivos primarios: formación de labios y comisura en forma simétrica, reconstrucción del músculo orbicular de los labios para mejorar la función y reconstrucción de la comisura para mejorar el aspecto estético; y objetivos secundarios como la preservación de las ramas del nervio facial, (2) la reconstrucción de la función oral, el cierre con cicatriz lo menos notoria posible y la prevención de la migración de la comisura. (5,6,8)

Consideramos que el uso de una doble Z plastía reversa disminuye aún más la posibilidad de contracciones cicatrizales, además la inversión de los colgajos en las Z evita la desviación de la comisura bucal corregida hacia abajo.

La técnica propuesta alcanza resultados clínicos satisfactorios y es relativamente fácil de realizar con nula morbi-mortalidad. Es una técnica que puede efectuarse en forma ambulatoria y consideramos que la experiencia descrita es la máxima reportada en casos y tiempo de realización comparada con la reportada en la literatura (2,3,5,6,7).

CASOS CLINICOS

Pre y Postoperatorio a 1 año:



Pre y postoperatorio a 2 años:



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Yoshimura Y, Nakajima T, Nakanishi Y. Simple line closure for macrostomia repair. *Br J Plast Surg* 1992;45(8):604-5.
- 2.- Powell WJ, Jenkins HP. Transverse facial clefts. Report of three cases. *Plast Reconstr Surg* 1969;42(5):454-9.
- 3.- Askar I, Gurlek A, Sevin K. Lateral facial clefts (macrostomia). *Ann Plast Surg* 2001;47(3):355-6.
- 4.- Torkut A, Coskunfirat OK. Double reversing Z-plasty for correction of transverse facial cleft. *Plast Reconstr Surg* 1997;99(3):885-7.
- 5.- Bauer BS, Wilkes GH, Kernahan DA. Incorporation of the W-plasty in repair of macrostoma. *Plast Reconstr Surg* 1982;70(6):752-7.
- 6.- Eguchi T, Asato PH, Takushima A, Takato T, Harii PK. Surgical repair for congenital macrostomia: Vermillion square flap method. *Ann Plast Surg* 2002;48(3):328-9.
- 7.- Boo-Chai K. The transverse facial cleft: its repair. *Br J Plast Surg* 1969;22:119.
- 8.- Ono I, Tateshita T. New surgical repair with two triangular flaps. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(2):688-94.
- 9.- Kaplan E.N. Commissuroplasty and myoplasty for macrostoma. *Ann Plast Surg* 1981;7:136.
- 10.- Mansfield OT., Herbert DC. Unilateral transverse facial cleft. A method of surgical closure. *Br J Plast Surg* 1972;25:29.
- 11.- Fukuda O, Takeda H. Advancement of oral commissure in correcting mild macrostomia. *Ann Plast Surg* 1985;14(3):205-12.
- 12.- Verheyden CN. Anatomical considerations in the repair of macrostomia. *Ann Plast Surg* 1988;20(4):374-80.