



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

***USO DE TENSOR DE FASCIA LATA COMO
INJERTO EN HIPOPLASIA DE FOSA PIRIFORME
SECUNDARIA A LABIO Y PALADAR HENDIDO***

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :
ESPECIALISTA EN :
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

P R E S E N T A :

DR. JUAN ROBERTO YAÑEZ SUMELSO

ASESOR: DR. OSCAR EMANUEL ADAN RIVAS



IMSS

MEXICO, D. F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

*USO DE TENSOR DE FASCIA LATA COMO
INJERTO EN HIPOPLASIA DE FOSA PIRIFORME
SECUNDARIA A LABIO Y PALADAR HENDIDO*

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :

ESPECIALISTA EN :

CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A :

DR. JUAN ROBERTO YAÑEZ SUMELSO

ASESOR: DR. OSCAR EMANUEL ADAN RIVAS



IMSS

MEXICO, D. F.

1995

USO DE TENSOR DE FASCIA LATA COMO INJERTO EN HIPOPLASIA DE
FOSEA PIRIFORME SECUNDARIA A LABIO Y PALADAR HENDIDO.

Dr. Juan Roberto Yanez Sumelso.
Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza.
Residente de 4o. ano de Cirugia Plástica y Reconstructiva.
Matricula 8144281.

Dr. Oscar Emanuel Adan Rivas.
Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza.
Medico adscrito al departamento de Cirugia Plástica y
Reconstructiva.
Matricula 8134371.

Dr. Manuel Esparza Ornelas.
Hospital de Especialidades Centro Medico la Raza.
Jefe de servicio del departamento de Cirugia Plástica y
Reconstructiva.
Matricula 3255212.

Departamento de Cirugia Plástica y Reconstructiva
Hospital de Especialidades Centro Medico la Raza.
Dirección: Calle Seris y Zaachila S/N.
Colonia la Raza México D.F.
Teléfono: 724 59 57 Ext. 1510.

Domicilio del investigador:
Calle Jose Maria Olloqui No.67 PB.
Colonia Del Valle C.P. 03100 México D.F.
Teléfono: 524 59 57.

APROBACION:

LA TESIS TITULADA " USO DE TENSOR DE FASCIA LATA COMO
INJERTO EN HIPOPLASIA DE FOSA PIRIFORME SECUNDARIA A
LABIO Y PALADAR HENDIDO " CON NUMERO DE REGISTRO
950117 PRESENTADA POR EL DR. JUAN ROBERTO YANEZ SUMELSO
EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PLASTICA Y
RECONSTRUCTIVA FUE APROBADA POR:

DR. ARTURO ROBLES PARAMO.
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

DR. JOSE LUIS VALDEZ GALICIA.
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CONTROL MEDICO LA RAZA

TITULO DE LA TESIS:

USO DE TENSOR DE FASCIA LATA COMO INJERTO EN HIPOPLASIA
DE FOSA PIRIFORME SECUNDARIA A LABIO Y PALADAR HENDIDO.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. JUAN ROBERTO YANEZ SUMELSO.

ASESOR DE TESIS:

DR. OSCAR EMENUEL ADAN RIVAS.
MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL CENTRO MEDICO LA RAZA.
I.M.S.S.

AGRADECIMIENTOS:

AL PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA DEL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA I.M.S.S.

REGISTRO DE TESIS No. 950117.

DEDICATORIA:

A MIS PADRES PASCUAL Y ROSA MARIA, POR SU CARINO Y APOYO INFINITO.

A MI ESPOSA MIRIAM VICTORIA, POR SU COMPRESION Y POR ACEPTAR EL AMOR QUE LE OFREZCO.

A MIS HERMANOS, ROSA MARINA, GERONIMO GODOFREDO, TERESA MARGARITA Y ERENDIRA LUCILA POR IMPULSARME A SEGUIR ADELANTE.

A MIS GRANDES AMIGOS DE LA CD. DE TIJUANA BC. POR SU APOYO INCONDICIONAL.

AL PERSONAL MEDICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HECMR

A LOS DERECHOHABIENTES DEL IMSS.

A DIOS, NUESTRO SENOR, PORQUE EN LOS MOMENTOS DIFICILES DE MI VIDA, NO ME HAS ABANDONADO.

GRACIAS.

I N D I C E

P A G I N A S

ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
HIPOTESIS	6
TIPO DE ESTUDIO	7
CRITERIOS DE INCLUSION	7
CRITERIOS DE EXCLUSION	8
VARIABLES DEPENDIENTES	9
VARIABLES INDEPENDIENTES	9
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFIA	14

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El entendimiento de la deformidad anatómica total de la fisura del labio y paladar hendido, ha dado lugar al surgimiento de importantes técnicas para el mejoramiento en la reparación primaria y secundaria del labio.

Sin embargo no se puede decir lo mismo al respecto de las deformidades nasales como la depresión de la fosa piriforme que se presenta en esta patología (1).

Los componentes de la deformidad nasal incluyen: defectos en el cartilago alar, septum nasal, columela, punta nasal, fosa piriforme del lado afectado y toda la pirámide.(2).

Las deformidades nasales característica en las secuelas de labio y paladar hendido (LPH), fueron descritas por Blair en 1925; posteriormente por Gilles y Kilner 1923 (3). Mas tarde Huffman y Lierle 1949 basaron la descripción de las deformidades en la información obtenida mediante fotografías e impresiones dentales en gran numero de pacientes. (4).

Para la reconstrucción de estas deformidades nasales se han ideado y practicado diversas técnicas mediante el uso de incisiones tanto en el interior como en el exterior de la nariz, resolviendo algunos aspectos de la secuela (Millard y Uchida, 1974) (Blair y Converse, 1977) (4,5).

La edad de corrección de las deformidades nasales se puede efectuar tempranamente en el lactante menor (McComb), preescolar (4 a 6 años), pubertad (10 a 12 años) o en la edad adulta, sin alteraciones en el crecimiento de la nariz o el macizo facial, según reportes de McCarthy. (6,7).

Se tiene conocimiento de reconstrucciones faciales desde 3000 A.C. en el papiro de Smith, también en la India en los libros brahmanes de Susruta 600 D.C. los cuales hablan de reconstrucción facial en secuelas de labio y paladar hendido (8).

Atravez de los años, la fascia se ha utilizado en varios procedimientos quirúrgicos, su popularidad ha ido en aumento así como en su retroceso y actualmente continua su redescubrimiento.

McArtur (1901,1904) fue acreditado como el primero en utilizar las tiras de aponeurosis del músculo oblicuo externo como suturas biológicas para la reparación de hernias inguinales.

La trasplatación de fascia para la reconstrucción de otras estructuras continuo en evolución, Kirshner (1909) y Busch (1913) utilizaron tiras de fascia lata para corregir la parálisis del nervio facial, esta técnica subsecuentemente fue refinada y popularizada por Blair (1926).

La fascia lata puede ser utilizado como material de interposición entre los surcos óseos después de una osteotomía de resección para corregir la anquilosis de la articulación temporomandibular. (9).

Guerrero Santos utiliza la fascia temporoparietal como injerto en rinoplastia para la corrección del contorno de los tejidos blandos. (10).

La fascia lata es el sitio donador mas común para injertos. Una tira de 10 a 15 mm de ancho puede obtenerse de la superficie lateral del muslo con una morbilidad no significante. (10).

Los usos clínicos de la fascia lata incluyen la corrección de parálisis facial, la reparación de las fistulas de la uretra, el cierre de los defectos del septum nasal, y la cubierta de los implantes expuestos.

Así mismo los injertos de fascia pueden proveer una cubierta, contorno y volumen en la rinoplastia estética para mejorar los resultados en cualquier rinoplastia primaria o secundaria incluyendo la hipoplasia de fosa piriforme en pacientes con secuelas de labio y paladar hendido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- Sera posible reconstruir con injertos de fascia lata la hipoplasia de fosa piriforme en pacientes con labio y paladar hendido?
- 2.- Se obtendrán buenos resultados estético funcionales con el uso de injertos de fascia lata en la reconstrucción de la hipoplasia de fosa piriforme en pacientes con secuelas de LPH.?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Proporcionar una alternativa en la reconstrucción de la hipoplasia de fosa piriforme en pacientes con secuelas de labio y paladar hendido, con una técnica accesible, que disminuyan los costos y proporcione excelentes resultados estético funcionales.

Objetivos específicos:

- 1.- Reconstruir la hipoplasia de fosa piriforme con injertos de fascia lata autologos.
- 2.- Reconstruir la hipoplasia de fosa piriforme con costos nulos ya que se utilizan tejidos autologos.
- 3.- Reconstruir la hipoplasia de la fosa piriforme en conjunto con otro procedimiento quirúrgico facial (nasoqueiloplastia).
- 4.- Reconstrucción de la hipoplasia de fosa piriforme en pacientes con labio y paladar hendido con mínima cicatriz en zona receptora y donadora.

HIPOTESIS

El uso de injertos de tensor de fascia lata es efectivo para la reconstrucción de la hipoplasia de fosa piriforme en pacientes con secuelas de labio y paladar hendido.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizara un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal, no comparativo, en el Hospital De Especialidades Centro Medico La Raza, en un periodo comprendido del mes de Mayo a Diciembre de 1994.

METODO ESTADISTICO

Descriptivo, los resultados serán analizados mediante la prueba de ensayo de hipótesis no paramétrica para una muestra.

PACIENTES:

Criterios de inclusión.

- 1.- Pacientes derechohabientes del Hospital de Especialidades Centro medico la Raza, con hipoplasia de fosa piriforme secundaria a labio y paladar hendido.
- 2.- Pacientes mayores de 16 años.
- 3.- Sexo: Masculino y Femenino.
- 4.- Pacientes sin alteraciones metabolicas y sanguíneas que contraindiquen procedimientos quirúrgicos.

5.- Pacientes sin procedimientos quirúrgicos previos en ambos muslos.

Criterios de no inclusión:

1.- Pacientes menores de 15 años.

2.- Pacientes con secuelas de LPH que no soliciten mejoría estética y funcional nasal.

3.- Pacientes quienes durante el transoperatorio se decida efectuar una técnica quirúrgica a la planeada.

Criterios de exclusión:

1.- Pacientes que abandonan el tratamiento.

2.- Pacientes con secuelas de LPH que cursen con enfermedades sistémicas que contraindiquen la Cirugía.

MATERIALES

- 1.- Xilocaina al 1% con adrenalina solución 1/100 000.
- 2.- Hoja de bisturi No. 15.
- 3.- Nylon cuatro ceros.
- 4.- Equipo quirúrgico de rinoseptumplastia.
- 5.- Catgut crómico cinco ceros doble armada.
- 6.- Micro pore de 1 cm de ancho.

VARIABLES DEPENDIENTES

1.- Los resultados del procedimiento serán evaluados a los 4 meses de acuerdo a los siguientes parámetros y a los porcentajes de corrección y mejoría.

A) EXCELENTE	CORRECCION DEL 100%
B) BUENO	CORRECCION DEL 50 AL 99%
C) MALO	CORRECCION DE MENOS DEL 50 %

VARIABLES INDEPENDIENTES

1.- TECNICA: Se realiza conjuntamente con una nasoqueioplastia convencional de acuerdo al criterio del cirujano.

A) Previo estudio fotográfico facial, bajo anestesia general inhalada orotraqueal, antisepsia con solución fisiológica en superficie facial y solución de Isodine en zona donadora (muslo), se infiltra nariz y fosa piriforme con Xilocaina al 1% y adrenalina sol. 1:100 000. y superficie lateral de muslo.

B) Se procede a la toma de injerto de fascia lata realizando una insiccion transversa de 2 cm de longitud aprox. a 8 cm por arriba de la articulaci3n de la rodilla.

C) Se disecca por planos tejido celular subcut3neo, hasta identificar fascia lata.

D) Se toma una banda de 1.5 cm de ancho por 12 cm de longitud, y se procede al cierre de herida quir3rgica por planos hasta piel.

E) Se procede a la colocaci3n de injerto, previa insiccion en base de ala nasal afectada identificando fosa piriforme hipoplasica y se disecca bolsa receptora de injerto.

F) Se introduce en bolsa diseccada con t3cnica de empaquetamiento, hasta lograr el volumen deseado.

G) Se procede a cierre de herida quir3rgica con catgut cr3mico cinco ceros doble armada.

H) Se coloca f3rula de Micropore.

I) Tiempo quir3rgico aproximado 40 minutos.

RESULTADOS

Se operaron 7 pacientes en un periodo comprendido entre el mes de Mayo al Mes de Agosto de 1994, siendo 6 mujeres y 1 hombre, los cuales son portadores de Labio y Paladar Hendido unilateral.

Durante el postoperatorio inmediato todos los pacientes presentaron dolor en la zona donadora de injerto (TENSOR DE FASCIA LATA) controlado con analgésicos, ninguno presento complicaciones y fueron egresados del servicio al siguiente día con analgésicos y antibióticos.

El 100% de los pacientes menciono tener una mejoría estética y estar satisfechos con el resultado obtenido con la cirugía.

A todos los pacientes se les mostraron fotografías previas y posteriores a la cirugía y se demostro los resultados satisfactorios con el procedimiento quirúrgico en la corrección de la hipoplasia de fosa piriforme secundaria a LPH.

Los resultados promedio en su antropometría nasal, mostraron excelente proyección, buena definición de la punta nasal y aceptable corrección en la depresión de la hipoplasia de la fosa piriforme del lado afectado.

La simetría obtenida en la proyección caudal de la base nasal se obtuvo en un 100% en 4 pacientes y en un 70% en 3 pacientes.

La cicatriz obtenida en el piso nasal es casi imperceptible en la mayoría de los pacientes incluyendo aquellos de piel morena.

En todos los pacientes se presentó dolor en la zona donadora, pero no fue incapacitante para la deambulación, y fue controlado con analgésicos.

Las cicatrices obtenidas en la zona donadora de injerto son de 2 cm de longitud estéticamente aceptables y que no incomodan al paciente.

Durante el seguimiento postoperatorio de todos los pacientes durante cinco meses, no se presentó rechazo del injerto implantado, no hubo cambios en la simetría obtenida para la corrección de la hipoplasia de la fosa piriforme y la cicatriz obtenida en el piso nasal no se observa.

CONCLUSIONES:

El entendimiento de la deformidad anatómica total de la fisura del labio y paladar hendido, ha dado lugar al surgimiento de importantes técnicas para su mejoramiento en la reparación primaria y secundaria.

Estos pacientes representan un reto en la reconstrucción desde el nacimiento y por regla general están condenados a resivir múltiples intervenciones quirúrgicas en diferentes etapas de su vida, presentando esto desacoplos en su persona y su vida familiar.

La reconstrucción nasal en estos individuos es mas satisfactoria cuando han terminado su crecimiento facial y es la ultima en efectuarse.

El paciente adulto esta mas preocupado por su aspecto estético y pese a las múltiples correcciones quirúrgicas no logran la corrección total la hipoplasia de la fosa piriforme del lado afectado, aun con el uso de injertos grasos, cartilago y materiales no biológicos.

La fascia lata es el sitio donador mas común para injertos, una tira de 10 mm de ancho por 14 cm. de longitud puede obtenerse de la superficie lateral del muslo con una morbilidad no significativa.

Así mismo los injertos de fascia lata pueden proveer una cubierta, contorno y volumen en la rinoplastia estética para mejorar los resultados en cualquier rinoplastia primaria o secundaria incluyendo la hipoplasia de la fosa piriforme en pacientes con secuelas de labio y paladar hendido, obteniendo en esta ultima resultados favorables con una morbilidad no significativa ni costosa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- McIndoe, A.H. Correction of the alar deformity in cleft lip Lancet 1:607, 1938.
- 2.- Blair, V.P. Nasal deformities associated with congenital cleft of the lip J.A.M.A. 84:185 1925.
- 3.- Gilles H. y Kilner, T.P.: Harelip operation for the correction of secondary deformities Lancet 2:1369, 1932.
- 4.- Huffman, W.C. and Lierle, D.M. Studies on the pathologic anatomy of the unilateral harelip nose. Plas. and Reconst. Surgery 4:225, 1949.
- 5.- Blair, B.P. and Converse, J.M. Nasal abnormalities surgery gynecol obstet. 53:797 1931.
- 6.- Mc Carthy, J.G. Facial Growth after craneofacial surgery. Plastic. Rconstrut. Surgery 45:564 1971.
- 7.- Mc Carthy, J.G The nose correction in cleft lip patient; How old? Br. Jour Plas. Surg. 3:231 1978.
- 8.- Coiffman Felipe Texto de Cirugia Plática Reconstructiva y estética 2a. Ed. Barcelona Espana: Salvat Editores 1062-1986.
- 9.- Mc Carthy Plastic Surgery 2a. Ed. Philadelphia U.S.A. WB. Sanders Company 522: 1990.

10.- Jose Guerrero Santos M.D. Temporo Prietal Free Fascia
Graft in Rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery
October 465-475 1984.