

11211
9
2º y



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Centro Hospitalario 20 de Noviembre
I. S. S. S. T. E.:

Corrección de ala nasal en pacientes con
fisura unilateral

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el Título de Especialista en
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P r e s e n t a

Dr. Guillermo Castaño Ruiz

Asesor: Dr. Alfonso Valdivia Medina



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | Pag. |
|--------------------|------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCION | 2 |
| HISTORIA | 3 |
| EPIDEMIOLOGIA | 5 |
| EMERIOLOGIA | 7 |
| CLASIFICACION | 10 |
| OBJETIVOS | 12 |
| MATERIAL Y METODOS | 13 |
| TECNICA QUIRURGICA | 15 |
| RESULTADOS | 17 |
| CONCLUSION | 18 |
| BIBLIOGRAFIA | 19 |

RESUMEN

CORRECCION DE ALA NASAL EN PACIENTES CON FISURA UNILATERAL

Es notorio el hecho que en la actualidad numerosos autores dedicados a la cirugía de labio, enfocan el problema a la resolución simultánea de esta deformidad y de la punta nasal, a pesar de ello, esta entidad continúa vigente debido a que la deformidad en la punta nasal en pacientes con labio hendido unilateral es de difícil manejo, ya que confronta anomalías de cubierta, soporte, revestimiento y plataforma.

El origen de esta deformidad es paralelo al del labio, siendo la deficiencia de migración mesodérmica, la responsable de este proceso.

En 1949, Huffman y Lierle, estudiaron las deformidades anatómicas observando 9 puntos, a saber:

- 1.- Deflexión de la punta nasal.
- 2.- Retroposición del oseo en el lado fisurado.
- 3.- Angulo obtuso interrural.
- 4.- Aumento de la circunferencia de la narina del lado fisurado.
- 5.- Columnela corta y desviada.
- 6.- Crura medial baja.
- 7.- Cartilago alar hipoplásico.
- 8.- Ausencia o deficiencia de piso nasal.
- 9.- Deficiencia ósea real o permanente.

Existiendo una asimetría excesiva en las dimensiones vertical y horizontal de la punta nasal, forzando así a una comparación constante entre ambas narinas.

En base al viejo axioma de colocar lo normal en posición normal, la reparación de esta patología ha contemplado manejos diversos, destacando inicialmente las incisiones externas y excisiones, de autores como Erickson, Blair, Guillies, Joseph y otros que nos llevan a cuestionar la mejoría del contorno, contra una buena cicatriz.

La búsqueda continuo y los abordajes son los intranasales y marginales con manejo del cartilago alar en varias formas, por autores como Erich, Merville, Rees, Pitanguy, Meyer y Ortiz Monasterio, Mc Comb, entre otros.

Aunado a la utilización de injertos autólogos costales, septales, o auriculares como los propuestos por Guillies, Husgrave, Spina, Miliard y Gorney.

Con el desarrollo de estos conocimientos y en base a la diversidad de criterios existentes para el manejo de esta patología, tratamos de establecer una clasificación, aplicable a diversas edades, enfocada en pacientes de 3 a 7 años de edad, con deformidad alar secundaria al labio fisurado unilateral, proponiendo además los procedimientos quirúrgicos realizados para cada grupo.

INTRODUCCION

- 1.-) HISTORIA
- 2.-) EPIDEMIOLOGIA
- 3.-) EMERIOLOGIA DE FISURAS LABIAL
- 4.-) CLASIFICACION DE LAS FISURAS

HISTORIA

Las malformaciones congénitas se conocen desde los albores de la humanidad, tal como lo muestran grabados y figurillas, testigos de pasadas civilizaciones encontradas en diferentes partes del mundo. Para comprender la producción de estas deformidades congénitas es necesario conocer la historia de los primeros manejos de esta deformidad, a continuación enumeraremos algunos datos importantes eventos históricos.

| | | |
|-------------------|-----------|---|
| Egizeh.- | 2500 a.C. | Prótesis dentales en fisuras labiopalatinas. |
| Susruta.- | 600 a.C. | Descripción de anatomía del labio paladar. |
| Hipócrates.- | 400 a.C. | Mecanismo de lenguaje (uvullectomia). |
| Cirujano Chino.- | 390 d.C. | Exitosa reconstrucción de fisura labial. |
| Paulus Aegineta.- | 625 | Estafilotomo. |
| Albucasis.- | 935 | Cauterización de fisuras labiales no congénitas. |
| Jehan Yperman.- | 1295 | Primero en describir cierre de fisura con técnica. |
| Ambrasio Padre.- | 1549 | Primero en realizar obturador palatino. |
| Pierre Franco.- | 1656 | Padre de la cirugía de labio y Paladar |
| Hoffman.- | 1680 | Gorra de obturador. |
| Lemonnier.- | 1766 | Primero en cerrar un Labio con sutura y cauterización . |
| Malgaine.- | 1834 | Utiliza colgajo para cierre de fisura labial. |
| Victor Veau.- | 1936 | Padre de la cirugía labiopalatina moderna. |
| Tennison.- | 1951 | Publica técnica labial colgajo triangular. |
| Millard.- | 1951 | técnica de rotación y avance. |
| Skogg.- | 1958 | técnica de colgajo triangular. |
| Randall.- | 1959 | Modifica técnica de Tenisson. |
| Millard.- | 1966 | Técnica modificada de cierre de labio. |
| Randall Graham.- | 1971 | Técnica de Lip Adhesión. |

Actualmente se estudian nuevas técnicas para mejor resultados de las fisuras labiales y correcciones de las secuelas sin hasta el momento lograr una técnica que sea funcional y estética.

EPIDEMIOLOGIA

De las malformaciones congénitas que afectan la cara del ser humano, la fisura labio palatina es la más común, ya que se presenta en cualquier nivel socioeconómico educacional, - en todas las razas y causa gran repercusión psicológica al individuo, existe gran discrepancia en la frecuencia de esta anomalía en el mundo. Tal vez debido al método de registro. En los países en donde se lleva un control estricto de la malformación congénitas como lo son Dinamarca, Suecia, Filadelfia, Estados Unidos, etc; es posible conocer con mayor exactitud su frecuencia; sin embargo como lo refieren los autores también tienen dificultad para realizar una investigación exacta, en nuestro país no disponemos de fuentes que nos apoyen y para presentar cifras veraces temos que basarnos en las estadísticas referidas por los autores de otras naciones.

Existe diferencia racial en la presentación de la fisura labio palatina como lo hacen notar los diferentes reportes en la literatura médica mundial, pero en términos generales, se observa 1 / 1000 nacimientos en raza caucásica, que es la población que más se ha estudiado esta malformación es menos frecuente en el negro.

Etiología .- Multifactorial 33 % Genética
66 % Ambiental

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Allemus y Ferguson | 0.24 / 1000 en USA |
| Neel (1958) | 2.13 / 1000 en Japon |
| Fujino (1963) | 2.1 / 1000 en japon |
| Fogh Snderson | 1.47 / 1000 en Dinamarca |
| Ortiz Monasterio | 1 / 800 en México |

Consejo de riesgo en fisura labio palatinas:

| | FL / P | F / P |
|---|--------|---------|
| Poblacion en general | 0.1 % | 0.04 % |
| Padres sanos mas hijo afectado | 4.0 % | 2.00 % |
| Padres sanos mas hijo con otra malformación | 2.0 % | 2.00 % |
| Padres sanos mas 2 hijos afectados | 9.0 % | 1.00 % |
| Un padre afectado mas hijo sano | 4.0 % | 6.00 % |
| Un padre afectado mas hijo afectado | 17.0 % | 15.00 % |

R A Z A

| | | | | |
|------------|-----|-----|------|-----|
| Orientales | 2.1 | por | 1000 | RNV |
| Caucasicos | 1.0 | por | 1000 | RNV |
| Negros | 0.4 | por | 1000 | RNV |

R E L A C I O N

| | | |
|---|--|----------------------|
| Masculino - 60 - 80 % | | Femenino - 20 - 40 % |
| Unilateral 3 : 1 | | Bilateral |
| Masculino + frecuente en fisura labial / F.L.P. | | |
| Femenino + frecuente en fisura palatina | | |
| Masculino 3 : 1 | | Femenino |
| Izquierda 2 : 1 | | Derecha |

EMBRIOLOGIA DE LABIO Y PALADAR HENDIDO

Al inicio de la cuarta semana se hace evidente una prominencia central única que limita rostralmente a la cavidad oral, denominada "proceso frontal." Creciendo hacia la línea media desde los ángulos céfalolaterales de la cavidad oral se forman los procesos maxilares y caudalmente a éstos, se encuentran dos procesos que tienden a reunirse en la línea media para formar el arco mandibular.

Poco después aparecen dos engrosamientos locales del ectodermo en las zonas laterales del proceso frontal, denominadas placodas olfatorias de las que se originan las fosas nasales y el epitelio olfatorio.

En la quinta semana, por crecimiento diferencial, el tejido que rodea a las placodas olfatorias se eleva rápidamente adoptando una morfología en herradura, para formar los procesos nasales mediales y laterales. Los procesos nasomediales participan en la formación de la porción medial del maxilar superior, del labio y del paladar primario (prolabio, premaxilar). Los procesos nasolaterales dan lugar a la porción lateral del maxilar. Los procesos mandibulares, al reunirse en la línea media, constituye el arco mandibular, que es el responsable de la formación del total de la mandíbula.

En la sexta semana ocurren progresos muy marcados en el desarrollo; los procesos maxilares se hacen más prominentes y crecen hacia la línea media acercándose a los procesos nasales, los que han crecido hasta el punto que la porción inferior del proceso frontal situada entre ellos, desaparece por completo, quedando en contacto ambos procesos nasomediales. Los procesos nasolaterales se mueven hasta ponerse en contacto con los procesos maxilares de ambos lados.

En la séptima semana se originan dos salientes en el interior de la vida oral, a ambos lados del maxilar, denominados tabiques palatinos, los que tienden a crecer y a reunirse en la línea media. Inicialmente, la lengua se encuentra entre ellos, pero conforme avanza el desarrollo, la lengua se dirige hacia abajo y los tabiques palatinos, medialmente hacia arriba. En la región anterior se coloca entre los tabiques palatinos, con los que se une, una zona triangular correspondiente a la premaxila y proveniente del proceso nasomedial, a su vez derivado del proceso nasofrontal. Mientras tanto, el tabique nasal crece caudalmente, uniéndose al paladar, con lo que se completa la separación entre ambas fosas nasales y de éstas con la cavidad oral.

La fusión de los procesos palatinos comienza en su porción anterior y dirige hacia atrás, finalizando al término de la semana dieciséis de la gestación. Dicha fusión puede verse interrumpida en cualquier momento, lo que explica los diferentes tipos de paladar hendido.

Se han postulado dos teorías que tratan de explicar la formación de las hendiduras faciales; la primera, es aquella que propone la existencia de una falla en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara, sugiriendo como mecanismo patogénico, un retardo o restricción de sus movimientos, evitando así que estos procesos se pongan en contacto, o un desequilibrio entre la reproducción y la muerte celular. Waarbick sugirió que las células epiteliales deben desaparecer y que si esto no ocurre, aunque los extremos de dos procesos se unan, el mesodermo subyacente no puede fusionarse, ocasionando una hendidura; - interrupciones parciales darán lugar a fisuras incompletas. Este mecanismo ha sido aceptado como causante del paladar hendido.

La segunda teoría o de la penetración mesodérmica fue propuesta inicialmente por Waarbick, Stark y Ehrmann quienes sugirieron que no existen extremos libres en los procesos faciales, sino que el centro de la cara está formado por una capa bilaminar de ectodermo-entodermo por el interior de la cual migra el mesodermo (coadunación) y que si esta migración no ocurre, la débil pared ectodérmica se rompe dando lugar a una hendidura. Johnston reconoció como organizadores secundarios a las células de la cresta neural, que forman una capa suplementaria al mesodermo subyacente de los procesos faciales y de los arcos branquiales. Así, las estructuras craneofaciales pueden considerarse como derivadas de células neuroectodérmicas; si la migración de estas células no se lleva al cabo, la penetración mesodérmica no ocurre si se ocasiona una hendidura cuya extensión será inversamente proporcional a la cantidad de mesodermo existente. Los mecanismos patogénicos implicados en estos casos son una alteración en el índice mitótico con una muerte celular prematura, ocasionando una falla en la penetración mesodérmica y creando áreas débiles; o bien, son resultantes de un retardo o detención de la replicación de las células de la cresta neural. así, cualquier factor que altera la proliferación, migración o diferenciación, tanto del mesénquima como de las células neuroectodérmicas de la cresta neural, podrá causar una hendidura facial.

HENDIDURA LABIAL

Resulta de una falla, en grado variable, en la unión entre los procesos nasomedial y nasolateral. El primero contribuye a la formación de la porción intranasal y del triángulo

palatal anterior; como cabe esperar, si existe una alteración del labio, ésta también puede observarse a nivel gingival. Así mismo, el paladar puede estar afectado, no sólo del lado ipsilateral afectado, no sólo del lado ipsilateral, sino también del contralateral, lo que es manifiesto que estas alteraciones del crecimiento pueden ser encontradas en áreas relativamente cercanas, aún cuando la hendidura labial sea muy pequeña, existe una asimetría nasal importante que no puede ser explicada únicamente en base a una alteración mecánica del crecimiento.

Avery menciona que el mesénquima del proceso nasal está alterado en todas sus potencialidades, incluyendo las condrogenéticas.

CLASIFICACION

Se han descrito varias clasificaciones para la fisura labiopalatina, pero no han sido muy acertadas. Por la gran cantidad de clasificación, por lo que se describiran algunas anteriores y la que esta en uso actualmente en la " SOCIEDAD AMERICANA DE FISURA DE LABIO ".

1.- DAVIES & RITCHIE (1922)

Toma como base el proceso alveolar y clasifican en :

Grupo I Fisura Prealveolar (unilateral, media, bilateral).

Grupo II Fisura Postalveolar (p. blando, p. duro, o. submucoso).

Grupo III Fisura Alveolar (unilateral, media, bilateral).

2.- KERMANIAN & STANK (1958)

Grupo I Paladar Primario (unilateral, medio, bilateral).

Grupo II Paladar secundario (total, subtotal, submucoso).

Grupo III Mixto (unilateral, medio, bilateral).

3.- VICTOR VEJAL (1931)

Grupo I Fisura de paladar blanco.

Grupo II Fisura de paladar blanco y duro.

Grupo III Fisura unilateral completa.

Grupo IV Fisura bilateral completa.

4.- SPINA (1974)

Grupo I Preincisivo (unilateral, bilateral, central).

Grupo II Transincisivo (labio-aiveolo y paladar).

Grupo III Postincisivo (total, parcial).

Grupo V Fisuras faciales raras .

CLASIFICACION DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE FISURA DE LABIO 1962

I.- Fisura de paladar primario

| | | |
|---------------------|--|----------|
| | : Unilateral-Izquierda-Derecha-ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Bilateral - -Ext-1/3 2/3 | completa |
| A) Fisura de Labio | < Media - -Ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Prolabio -pequeño medio largo | completa |
| | : Cicatriz congénita-Izquierda-Derecha-ext-1/3 2/3 | completa |
| | | |
| | : Unilateral-Derecha-Izquierda- Ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Bilateral Ext-1/3 2/3 | completa |
| B) Proceso Alveolar | < Medio Ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Submucoso -Izquierdo-Derecho-Medial | |
| | : Ausencia de Incisivos | |

II.- Fisura Paladar Secundario

| | | |
|-------------------|---|----------|
| | : Postero Anterior- Ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Ancho-Femenino - Milímetros | |
| A) Paladar Blando | < Paladar Corto - Mínimo Moderado Marcado | |
| | : Paladar Submucoso Ext-1/3 2/3 | completa |
| | | |
| | : Postero Anterior- Ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Ancho en Milímetros | completa |
| B) Paladar Duro | < Unión de Vomer | |
| | : Fisura Submucosa | |

III.- Fisura del Proceso Mandibular

| | | |
|---------------|-------------------------|----------|
| | : Labio Ext-1/3 2/3 | completa |
| A) Mandibular | < Mandíbula Ext-1/3 2/3 | completa |
| | : Labios con Pits | |

IV.- Fisura del Paladar y labio mixta cualquier combinación.

V.- Fisura Naso - Ocular

VI.- Fisura Oro - Ocular

VII.-Fisura Oro - Auricular

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es lograr mejorar la apariencia funcional y estética dándole una mayor definición y proyección de la punta nasal y simetría alar en pacientes con fisura naso labial a temprana edad habiéndose utilizado para realizar el cierre de la fisura, las técnicas descritas por los doctores Miliard, Tennisson y Handall.

Dichas técnicas se basan en colgajos triangulares para la reconstrucción de la fisura tomando en cuenta la rotación alar del lado fisurado, quedando después de llevarlas a cabo, una ligera asimetría de dicho lado.

Mediante la utilización de nuestra técnica, se persigue darle al paciente un resultado que se acerque lo mas posible a lo normal, evitando así los trastornos psicológicos a los que conlleva esta malformación congénita.

MATERIAL Y METODO

Para el desarrollo del trabajo, se requirió inicialmente realizar mediciones para determinar el promedio de longitudes vertical y horizontal en las narinas de pacientes sanos entre tres y 7 años, obteniendo la razón aritmética entre ambas, las medidas en promedio fueron de 8×7 mm. respectivamente, con una desviación estándar de .39mm, la razón aritmética entre ambos ejes fué de 1 mm.

De esta manera realizamos nuestra clasificación en 3 grupos a saber:

1.- Eje vertical igual que el horizontal, correspondiente a la deformidad leve y que incluye las siguientes medidas $7.6 \times 7.6 + / - .5$ mm, la razón aritmética es de 0.

2.- Eje vertical ligeramente menor que el horizontal, correspondiente a la deformidad moderada, con medidas $6.7 \times 8 + / - .5$ mm, con razón aritmética de - 1.3 a - 2.5 .

3.- Eje vertical menor que el horizontal, deformidad severa, las medidas obtenidas fueron 6.5×10.4 mm + / - .5 mm y una razón aritmética de - 2.5 a - 4.9 .

los tratamientos propuestos incluyeron la plastia de punta nasal, siguiendo el metodo de luxación de cartilago alar para el abordaje, utilizado por Mc Indoe y por Sheen, posteriormente el soporte de manejo de las siguientes maneras:

Grupo I.- deformidad leve y con buenas características del cartilago alar.

Se procede a realizar puntos de plicatura interdomal y de la porción cefálica del cartilago alar anormal al septum. En caso de plastia de fennison o Millard inadecuada, se realizó además rotación de la base alar para el cierre de narina y plicatura del musculo orbicular del lado fisurado a la espina nasal.

Grupo II.- deformidad moderadas y cartilago alar medianamente hipoplásico, incluye la colocación de injerto conchal contralateral modelado y plicado al mismo, así como el manejo de union al cartilago alar sano y al septum. además en los casos requeridos también se realizó rotación de la base alar, y plicatura de l. m. orbicular, así como injertos en la fosa piriforme.

Grupo III.- Correspondiente al daño severo y cartilago alar hipoplásico, se incluye el tratamiento del grupo II, agregando la colocación de un poste largo de concha, plicado intercrural, para mejorar el sosten y la proyección de la punta, agregándose los procedimientos, accesorios ya descritos anteriormente.

Todos los pacientes incluidos en el estudio fueron operados durante 1989 y 1990, con plastia en labio previa tipo Millard o fennison, además de cumplir con el manejo de la clinica de labio y paladar hendido de nuestro hospital.

Los resultados se calificaron en base a los siguientes parametros

- A.- Disminución de la longitud horizontal.
- B.- Aumento de la longitud vertical.
- C.- Adecuado contorno y proyección de la punta nasal.
- D.- Simetría de nariz

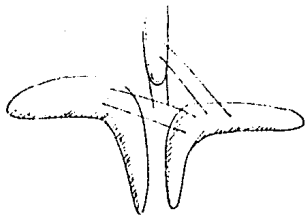
| GRUPO | EDAD | SEXO | COMPLICACIONES |
|-------|------|---------------|----------------|
| I | 3-1 | Masc. | 0 |
| | 4-2 | Masc.-Fem. | 0 |
| | 5-0 | | 0 |
| | 6-3 | Masc. | 0 |
| | 7-4 | Masc. | 0 |
| II | 3-2 | Masc.-Fem. | 0 |
| | 4-0 | | 0 |
| | 5-0 | | 0 |
| | 6-3 | Masc. | 0 |
| | 7-4 | 1 Fem-3 Masc | 0 |
| III | 3-1 | Fem | |
| | 4-0 | | |
| | 5-3 | 1 Fem-2 Masc. | 1 |
| | 6-1 | Fem. | |
| | 7-1 | Masc. | 1 |

TECNICA QUIRURGICA

Bajo sedación y anestesia local y absepsia y antisepsia de la región nasal se procede a realizar incisión marginal e intercartilaginosa procediendo a realizar un despegamiento de las cruras y dependiendo el grado se procede a realizar plicaturas o aplicación de injertos de concha auricular o realización de poste con cartilago auricular si la deformidad es grado uno se realiza plicatura del cartilago alar del fisurado hacia el cartilago alar del fisurado hacia el cartilago contra lateral y plicatura del cartilago alar del lado fisurado hacia septum nasal si la deformidad esde grado 2 se procede a realizar injerto de cartilago auricular en la porción baja del cartilago alar del lado fisurado. Realizándose algunos variantes en cuanto a su plicatura hacia septum o hacia el cartilago contra lateral. Si la deformidad es grado III se procede a aplicar injerto de cartilago cononar en forma de poste usando la técnica del Dr. Angel Fapadzevius E.

Al terminar la cirugía se nota un cambio estético bastante importante. Al finalizar se realiza ferula de micropore por tres semanas y cuidados de limpieza con vigilancia cada 5 dias.

I

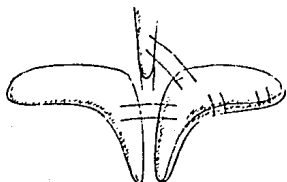


GRUPO I.-DEFORMIDAD LEVE Y CON BUENAS
CARACTERISTICAS DEL CARTILAGO
ALAR.

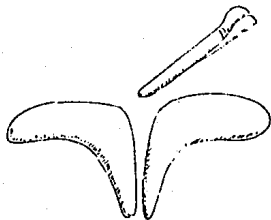
II



GRUPO II.-DEFORMIDAD MODERADA Y CARTILAGO
ALAR MODIAMENTE HIPOPLASICO.



III



GRUPO III.- CORRESPONDIENTE AL DAÑO SEVERO
Y CARTILAGO ALAR HIPOPLASICO.

RESULTADOS

El total de pacientes revisados al momento actual es de 25. Los grupos se dividieron en 3 incluyendo las siguientes medidas:

Grupo I.- Incluye el 36 % del total de pacientes estudiados. Las medidas presentadas fueron de $7.6 \times 7.6 + 7 - .5$ y una razón aritmética de 0.

Grupo II.- Incluye el 36 % del total de pacientes estudiados. Las medidas fueron $6.7 \times 6 + 7 - .5$ mm una razón aritmética de $- 1.5$ a $- 2.5$.

Grupo III.- Incluye el 28 % del total de pacientes estudiados. Las medidas fueron $6.5 \times 10.4 + 7 - 5$ mm, con una razón aritmética de $- 2.5$ a $- 4.9$.

Los hallazgos macroscópicos encontrados fueron la presencia de rinosplasia del cartilago alar, siendo esta desde leve a severa y correspondiente a la deformidad de cada grupo.

la clasificación de resultados fue muy adecuada encontrando postoperatoriamente:

A.- Disminución de la longitud horizontal en 56 %.

B.- Aumento de la longitud vertical en 52 %.

C.- Simetría de nariz en el 56 %.

Hasta el momento el seguimiento mas largo postoperatorio ha sido a 1 año encontrando buena función y forma de la punta nasal.

Las complicaciones mas frecuentes fueron infección con cicatrización parcial de la herida de la base alar en un caso del grupo III, con retracción secundaria de esta que amerito reintervención. En dos casos del grupo III, no se logro la proyección deseada del eje vertical, quedando esta limitada en un 56 % siendo la diferencia no significativa para el estudio.

CONCLUSIONES

Una de las áreas que más ha preocupado al cirujano plástico en todas las épocas, es la que concierne a la cirugía de labio y paladar hendido, actualmente el objetivo debe ser llevar a este tipo de pacientes por arriba de los resultados habituales tanto funcionales como estéticos, ya que ellos también aspiran al desempeño normal dentro de la sociedad y por qué no?, a un ideal de belleza lo más cercano al resto de las personas.

La deformidad nasal es un componente de difícil manejo dentro de esta patología y continuara vigente, a pesar de los métodos de plastia de labio y de punta nasal simultaneos, mientras estos sean realizados por persona no capacitadas (Millard llama a este fenomeno, patología creada por el hombre).

La clasificación tiene por objeto el establecer un orden para la resolución y utilización de los métodos necesarios en el tratamiento quirurgico.

El método propuesto lleva como base original la establecida por Raiph Millard, siendo esta modificada por la utilización de injertos de concha y plicatura de los mismos, para proyectar ala anormal y columela.

Los resultados han sido adecuados, dados por los parámetros calificados, con una simetría de punta completa .

Así, hemos establecido una ruta critica en el manejo de la deformidad nasal, en base a una clasificación, aplicable a todas las edades que nos permite un tratamiento quirurgico estandarizado de esta patología , con resultados predecibles, como lo mostramos durante la exposición de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- CLOYD, S. Harkins
A classification of cleft lip and cleft palate
Plastic & Rec. Surgery Vol. 29, 1962
p. 31,39
- HAROLD, Mc.Comb
Primary correction of unilateral cleft lip Nasal Deformity
Plast. Rec. Surgery Vol. 6, 1985
p. 791,796
- KERNANAN, Desmond, and Stark
A new classification for cleft lip and cleft Palate
Plastic & Rec. Surgery Vol. 22, 1958
p.435,439
- PAPADOGIULOS, E. Angel
Compound implant to proyet nasal tip
Aesthetic Fias-Surgery Vol. II. 1987.
p. 181,185
- RALPH, Millard Jr.
Rotation Advancement Principles in cleft lip closure
Plastic & Reconstructive Surgery Vol. 398, 1964
p. 26,38
- RANDALL, P
A triangular flap operation for the primary repair of
unilateral clefts of the lip.
Plastic & Rec. Surgery Vol. 23, 1959
p. 33,35
- TENISSON, C. N.
The repair or the unilateral cleft lip by the extensive
method.
Plastic & Rec. Surgery Vol. 9, 1952
p. 115,117
- VINGGERAS, Enrique
Tratamiento integral de los pacientes con fisuras
labiopalatina .
Edic. médicos del hospital infantil de México.
p. 1-207