



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
*CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA***

***“COLGAJO EN BUFANDA PARA ELONGACION DE COLUMNELA EN SECUELA
DE LABIO PALADAR HENDIDO”***

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR
*DR. JOSE LUIS VIVAS MONTOYA***

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

**DIRECTOR DE TESIS
*DR. MIGUEL EVARISTO VIERA NUÑEZ***

2008



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.

**COLGAJO EN BUFANDA PARA ELONGACION DE COLUMNELA
EN SECUELA DE LABIO PALADAR HENDIDO**

DR. JOSE LUIS VIVAS MONTOYA

Vo. Bo.

DR. JORGE GONZALEZ RENTERIA

Profesor Titular del Curso Universitario
de Especialización en Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital General "Dr. Rubén Leñero" S.S.D.F.

Vo. Bo.

DR. ANTONIO FRAGA MOURET

Director de Educación e Investigación

Vo. Bo.

DR. MIGUEL EVARISTO VIERA NUÑEZ

Jefe del Servicio de Cirugia Plastica y Reconstructiva
Hospital Pediatrico de Tacubaya S.S.D.F.

Asesor de Tesis

INDICE

A) RESUMEN	1
B) INTRODUCCION	3
C) OBJETIVOS	12
D) MATERIAL Y METODOS	13
E) RESULTADOS	19
F) TABLAS Y GRAFICAS	20
G) DISCUSION	24
H) CONCLUSIONES	26
I) ANEXOS	27
J) BIBLIOGRAFIA	31

RESUMEN

COLGAJO EN BUFANDA PARA ELONGACION DE COLUMNELA EN SECUELA DE LABIO PALADAR HENDIDO. Vivas MJL, Viera NME. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital Pediátrico de Tacubaya, S.S.D.F. México, D.F. 2007

INTRODUCCION: La deformidad nasal en pacientes con hendidura labial ofrece un reto único al cirujano plástico por muchas razones. Primero, la presentación clínica varía ampliamente, requiriendo un arsenal de técnicas quirúrgicas. Segundo, la deformidad puede ser asimétrica, haciendo la corrección quirúrgica difícil. Tercero, los pacientes con hendidura labial han sido sujetos sometidos previamente a múltiples cirugías, lo cual lleva a tejido cicatrizal en el sitio de la cirugía. Cuarto, se encuentra en controversia cuando llevar a cabo la rinoplastia. Quinto, la anomalía nasal afecta la población pediátrica, y el crecimiento del paciente afecta los resultados quirúrgicos. Por el contrario, la cirugía puede comprometer adversamente el crecimiento nasal. En la literatura se nombran principalmente 3 procedimientos para la reconstrucción de la columnela. En la primera técnica, se basa en colgajos en forma de tenedor tomados del labio que se utilizan avanzándolos dentro de la columnela. En la segunda técnica, se utiliza el avance bilateral de alas nasales de Cronin y a tercer técnica se basa en un avance V-Y de la línea media desde el prolabio hacia adentro de la columnela.

OBJETIVO: Evaluar la técnica de colgajo en bufanda para elongación de columnela, así como el resultado estético y funcional del mismo.

MATERIAL Y METODOS: Se someterán a una nueva técnica para elongación de columnela a pacientes con deformidad nasal secundaria hendidura labial entre 4 y 16 años. La técnica se basa en colgajos transversales tomados de la cicatriz labial previa, con o sin injerto de cartílago, realizando incisiones sobre las cicatrices de la plastia labial bilateral y se levantan los colgajos con base superior, incisión en base de la columnela, colocación de injerto de cartílago en bolsillo subcutáneo de columnela, se reposicionan los colgajos de las cicatrices labiales.

RESULTADOS: Se realizaron 18 procedimientos quirúrgicos con diagnostico inicial de Secuela de LPH (Columnela Corta), 10 pacientes fueron del sexo masculino 56% y 8 femeninos 44%; las edades fueron: 5 pacientes con 4 años, 4 de 5ª, 2 de 6ª, 2 de 7ª, 2 de 8ª, 1 de 9ª, 1 de 10ª y 1 de 12ª; la medición columnelar inicial fue: 9 pacientes con 2mm de longitud columnelar inicial (50%) y 9 pacientes (50%) con 3mm; la medición postquirúrgica fue: 2 pacientes (11%) con 8mm, 5 (28%) con 9mm, 8 (44%) con 10mm y 3 (17%) con 11mm; las complicaciones quirúrgicas fueron: 1 paciente (5%) con necrosis de los colgajos y 2 pacientes (11%) con epidermólisis.

CONCLUSION: La reconstrucción de la arquitectura nasal en los pacientes con hendidura labial crean un problema para el cirujano plástico. Distintos autores han desarrollado técnicas para resolver esta anomalía morfológica. El tratamiento de la malformación nasal en pacientes con hendidura labial bilateral es mejor reparada en un segundo tiempo quirúrgico debido al riesgo vascular. Las técnicas existentes permiten obtener buenos resultados funcionales (elongación) y algunas estéticas en las deformidades nasales secundarias, siendo de nuestro interés la columnela corta, que mediante la realización de nuestra técnica quirúrgica descrita se trata de integrar los 2 aspectos en un solo tiempo quirúrgico con mínimas complicaciones.

ABSTRACT

SCARF FLAP FOR COLUMNELLAR ELONGATION IN SECONDARY DEFORMITY OF CLEFT LIP PALATE. Vivas MJL, Viera NME. Plastic and Reconstructive Department. Pediatric Hospital of Tacubaya. Mexico City, 2007.

INTRODUCTION: The nasal deformity in patients with cleft lip palate is a great challenge for a plastic surgeon for many reasons. Firstable, there are many clinic manifestations requiring some operative techniques in each case. Second, the deformity can be asimetric, therefore the operative correction can be difficult. Third, the patients with Cleft lip palate have been submitted to multiple surgeries making bad tissue for the next surgery. Fourth, is controversial at what time should be done the rhinoplasty. Fifth, the nasal deformity affects the children and when they grow the results are worst. Also the surgery can affect the nasal growing. In the literature, there are two principal surgeries for columnella reconstruction. One is based in two forked flaps from the lip moving it into the columnella. The second technique is a bilateral advance from the alar region created by Cronin and the third is an advance V-Y from the prolip midline into the columnella.

OBJECTIVE: Evaluate the scarf flap technique for columnella lengthing, estetical and functional state.

METHODS: Patients with 4 to 16 years old will be performed an scarf flap for columnella lengthing. The technique is based in two flaps from the previous lip wound and then rotate each one like a scarf using or not a cartilage form the septum or ear inside the columnella.

RESULTS: We made 18 surgeries in patients with short columnella, 10 patients were males 56% y 8 females 44%; the age was: 5 patients with 4 years old, 4 with 5^a, 2 with 6^a, 2 with 7^a, 2 with 8^a, 1 with 9^a, 1 with 10^a and 1 with 12^a; the initial columnellar measure was: 9 patients with 2mm initial columnellar large (50%) and 9 patients (50%) with 3mm; the postoperative measure was: 2 patients (11%) with 8mm, 5 (28%)with 9mm, 8 (44%) with 10mm and 3 (17%) with 11mm; the surgery complications were: 1 patient (5%) with flap necrosis and 2 patients (11%) with epidermolisis.

CONCLUSION: The reconstruction of the nasal zone in patients with cleft lip palate is a problem for plastic surgeons. Many surgeons have developed different techniques to resolve this morphological anomalie. The treatment for the nasal anomalie in patients with bilateral cleft lip get a better result in a second surgery because we don't compromise the circulation. The existing techniques allow a good functional result and some estetical results in the secondary nasal deformities, including short columnella, with our technique we try to obtained both, functional and estetical results with one surgery and without complications.

INTRODUCCION

La deformidad nasal en pacientes con hendidura labial ofrece un reto único al cirujano plástico por muchas razones. Primero la presentación clínica varía ampliamente, requiriendo un arsenal de técnicas quirúrgicas. Segundo, la deformidad puede ser asimétrica, haciendo la corrección quirúrgica difícil. Tercero, los pacientes con hendidura labial han sido sujetos sometidos previamente a múltiples cirugías, lo cual lleva a tejido cicatrizal en el sitio de la cirugía. Cuarto, se encuentra en controversia cuando llevar a cabo la rinoplastia. Quinto, la anomalía nasal afecta la población pediátrica, y el crecimiento del paciente afecta los resultados quirúrgicos. Por el contrario, la cirugía puede comprometer adversamente el crecimiento nasal. (1)

Embriológicamente el origen de la deformidad nasal en la hendidura labial no ha sido bien comprendida. Curiosamente, la anomalía nasal clásica de los pacientes con hendidura labial puede existir en ausencia de cualquier deformidad por hendidura labial por desarreglos fetales que solo afectan la nariz. La nariz se deriva de dos masas distintas de tejido: el proceso frontonasal y el nasal lateral. (2)

El proceso frontonasal migra sobre la frente para constituir las placodas nasales. A su vez las placodas nasales se desarrollan en procesos mediales y laterales, formando la columna y el ala respectivamente. La teoría sostiene que el crecimiento mesodérmico del ala sigue al crecimiento central de la nariz. Cualquier alteración de este proceso puede resultar en la deformidad nasal unilateral. Además la unión incompleta de los procesos faciales frontonasal y lateral puede contribuir a la hendidura. (2,3)

Históricamente, la deformidad nasal por hendidura labial ha recibido menos atención que la reparación labial. En figuras precolombinas, las hendiduras labiales han sido esculpidas de forma acuciosa, pero la apariencia nasal es incorrectamente normal. La rinoplastia de las hendiduras labiales se introdujo hasta el siglo XX. Y las técnicas más modernas han sido descritas en la década de 1920 a 1940, aunque con menos refinamiento. No es raro que estos pacientes se sometan hasta 20 procedimientos para la reparación de labio-paladar-nariz. (4)

Actualmente la literatura ofrece numerosas opiniones acerca del mejor abordaje quirúrgico y el tiempo de la intervención. (4)

La deformidad nasal es característica en las alteraciones de labio hendido. Generalmente es simétrica, aunque la protrusión y rotación de la premaxila puede originar una asimetría. Los siguientes factores característicos pueden presentarse antes de la reparación primaria y pueden continuar como deformidades residuales, siendo:

- 1) La columnela es corta con engrosamiento al tejido del labio
- 2) La crura medial de los cartílagos alares están desplazados inferiormente respecto a los domos alares
- 3) Los domos alares están desplazados lateralmente con un aspecto bífido hacia la punta nasal y el ángulo de del domo es obtuso entre la crura media y lateral, resultando en un aspecto plano
- 4) El desplazamiento lateral de las bases alares en la maxila hipoplasica da como resultado un ángulo alar-facial aplanado
- 5) El septum caudal y la espina nasal anterior mal desarrollada están desplazadas lateral o inferiormente dependiendo del grado y asimetría del labio hendido. (5)

Stenstrom y Oberg (1961) hipotetizaron que la tracción lateral de la base alar y descendiendo la región alar era el resultado de la deformidad nasal.

Pruzansky (1971) atribuyo la deformidad nasal por labio hendido bilateral a un sobrecrecimiento o exceso de mesodermo en la sutura vomeropremaxilar debido a la falta de resistencia por la falta de unión del musculo orbicular de los labios. (6)

Potter y McComb (1975) refirieron la mayor parte de deformidades nasales a la incorporación del prolabio dentro del labio reparado.

McComb (1986) promovió el uso de colgajos en tenedor dentro de la columnela a las 6 semanas de postoperatorio para prevenir la deformidad nasal. (7)

Millard (1982) no promovió la elongación columnelar primaria ya que se comprometía la vascularidad en la reparación del labio.

Posteriormente, muchos cirujanos hacen pequeños ajustes para una elongación columnelar posterior reparando primariamente solo el labio.

Después de mediciones de columnelas normales y de pacientes sometidas a reparaciones de labio hendido, Lindsay y Farkas (1971) concluyeron que en muchos casos que la columnela corta vista en la infancia era mas aparente que real. El índice de altura columnelar y proyección nasal sobre la misma columnela es de 1:2 en los niños y de 1:1 en los adultos.

Estas observaciones de la proyección nasal son importantes para la ubicación adecuada de la nariz en los niños en forma primaria o secundaria. (8)

Los pacientes con deformidad nasal por hendidura labial tienen un problema estético y un flujo de aire alterado como resultado de una anatomía distorsionada. Estos pacientes tienen desviaciones septales, atresia de narinas, hipertrofia de cornetes y hendidura labial y palatina. La rinometría nasal ha demostrado hallazgos estadísticamente significativos de vías aéreas de menor tamaño en pacientes con deformidad labial cuando se les compara a quienes no tienen deformidad labial. Warren y cols, mostraron que los niños con hendidura labial unilateral tiene vías aéreas más pequeñas que los niños con hendidura bilateral. Sin embargo, estas diferencias no persisten con el tiempo. (9)

Aunque el crecimiento de la nariz es a la par que el del niño, permanece hasta 30% más pequeña que en los pacientes sin hendidura labial.

En los pacientes a los que no se les ha realizado algún tratamiento, se encuentran alteraciones estructurales comunes, como la deformidad de la punta nasal, sobre todo en la parte cartilaginosa que produce un acortamiento de la crus media o hipoplasia de la columnela y en otros ausencia de la misma, producto de una alteración en el mecanismo normal de la diferenciación durante el crecimiento.

Otra causa columnela corta o ausente es por un ligamento septomaxilar dominante o por invasión del área de la columnela por el proceso alveolar en posición anormal.

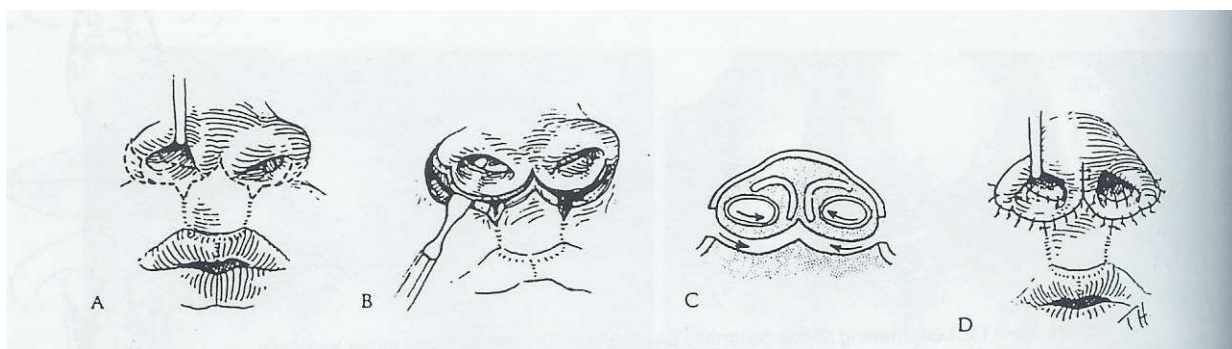
Estos pacientes presentan también aplanamiento y ensanchamiento de las alas nasales con modificación del ángulo nasolabial y deformidad concomitante en la forma de ambas narinas. Mientras más anterior sea la premaxila las deformidades serán más evidentes. (10)

Los colgajos con tejido del labio superior del tipo avance V-Y fue el primero descrito en 1833 por Gensoul. Lexer en 1931 modificó el avance de Gensoul, añadiendo incisiones al piso nasal con avance del prolabio hacia la columnela permitiendo estrechar el orificio nasal. En 1950 Blair y Letterman avanzaron el prolabio como colgajo de 3 hojas, con alas laterales tomadas del labio superior.

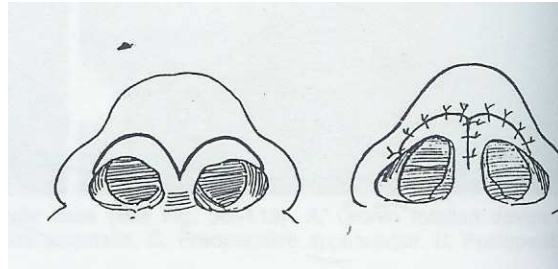
El avance entero del prolabio hacia la columnela fue descrito inicialmente por Dupuytren en 1833. En el siglo pasado autores como Von Deilen (1952), Musgrave (1961), Converse (1964), Hogan y Dupuis (1970), Malik (1974) y Millard (1974) hacen mención del avance del prolabio hacia la columnela combinado con un colgajo de Abbé para reconstruir el prolabio. (10,11)

El alargamiento columnelar secundario bilateral en tenedor fue descrito por Millard en 1955, y posteriormente por otros autores como Peskova y Fara (1960), Burian (1967), Stark y Kaplan (1973) y Wray (1976). Millard en 1974 describió el procedimiento de colgajo en tenedor en 2 tiempos en el cual los colgajos son tomados de los orificios nasales en la reparación primaria del labio y llevadas hacia la columnela secundariamente.

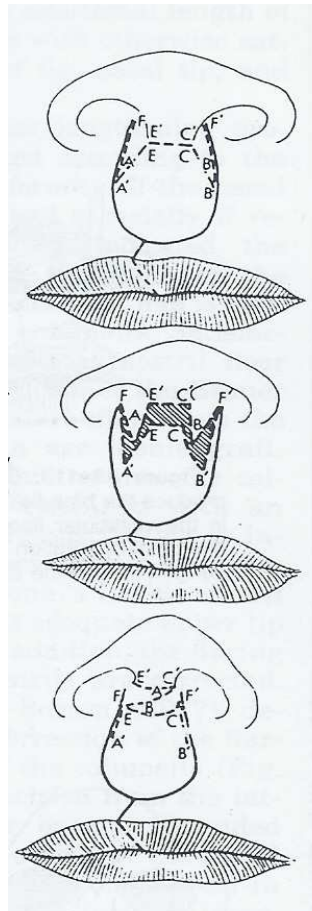
Se ilustra los colgajos de avance bilateral de Cronin para elongación columnelar. Las incisiones producen un colgajo bipediculado y excisión de cuñas alares y excisiones en V de las cicatrices del labio superior. El colgajo del piso vestibular es llevado hacia la espina nasal medialmente. Después se avanza y se cierra. (12)



Se muestra el colgajo en alas de gaviota bilateral para el alargamiento de la columnela.

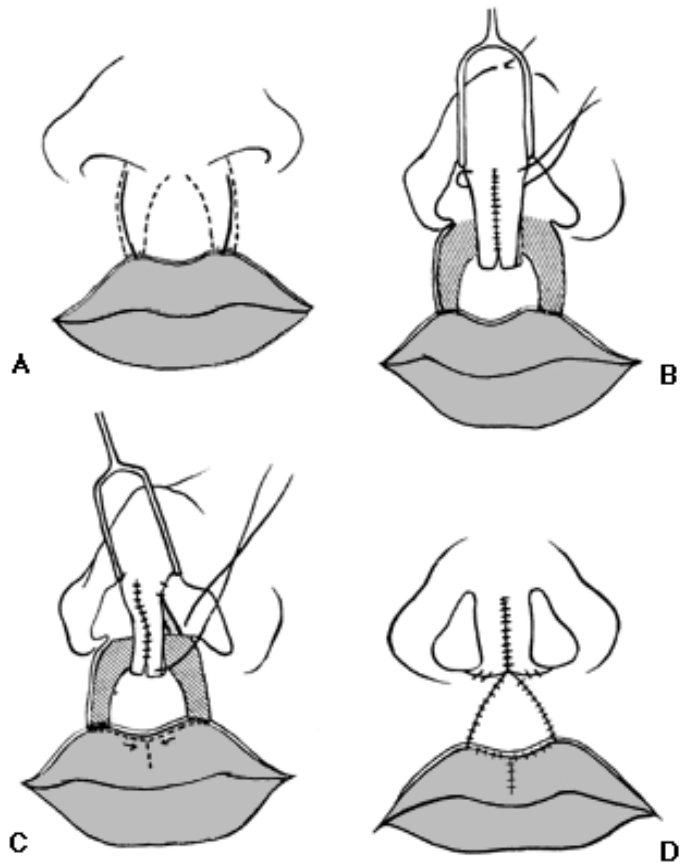


Se ilustra el alargamiento de columnela usando colgajos cruzados, vertical o transverso en la columnela, diseñado por Marcks, Trevaskis y Payne (1957), antecedente del colgajo en bufanda objeto de nuestro estudio. (12,13)

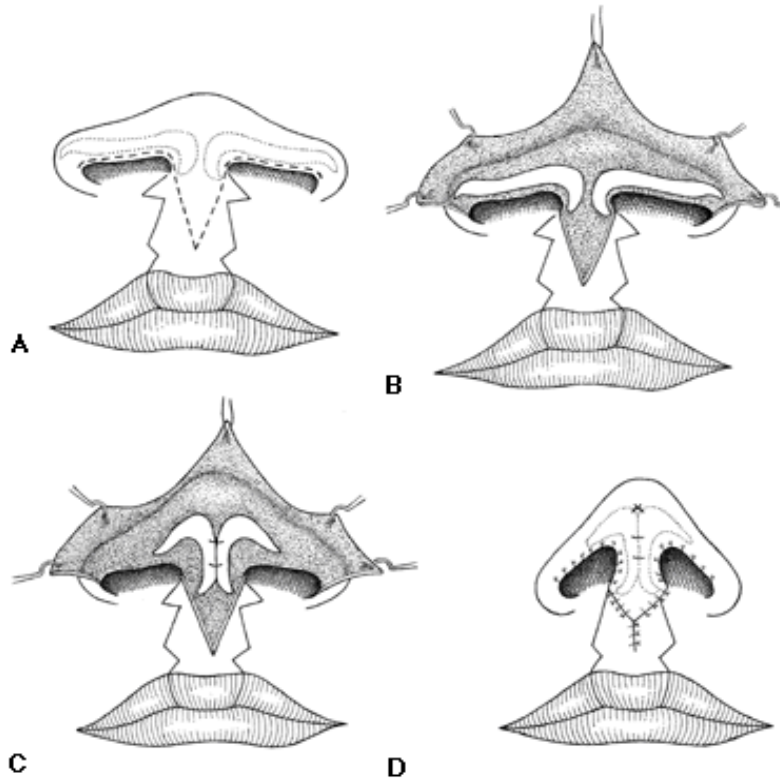


Podemos decir que la literatura se nombran principalmente 2 procedimientos para la reconstrucción de la columnela.

En la primera técnica, se basa en colgajos en forma de tenedor tomados del labio que se utilizan avanzándolos dentro de la columnela. (13)



En la segunda técnica, se basan en un avance V-Y de la línea media desde el prolabio hacia adentro de la columnela.



El colgajo en tenedor mencionado anteriormente se obtiene una nueva cicatriz a nivel de la línea media de la columnela. El avance medio V-Y del prolabio hacia la columnela evita la nueva cicatriz vertical en la columnela pero produce una nueva cicatriz vertical en el prolabio. En ambas técnicas se forman nuevas cicatriz a nivel de la unión labio-columnela y generalmente con una tensión importante. (13)

Si la cicatriz del labio no ha mejorado completamente y ha adquirido mayor amplitud, el colgajo en tenedor podría mejorar la cicatriz. En una mujer que su tendencia de estatura podrá ser menor que el promedio de la población en general, se recomienda utilizar este colgajo en tenedor. Una persona de baja estatura generalmente tiende a disimular la cicatriz vertical y media a nivel de la columela. En personal de gran estatura generalmente se recomienda un avance V-Y, mejorando su aspecto si esta persona desarrollara un bigote adecuado. (5,12,13)

OBJETIVOS

GENERAL

- Evaluar la técnica de colgajo en bufanda para elongación de columnela

PARTICULARES

- Cuantificar la elongación de la columnela obtenida
- Evaluar el resultado estético de colgajo en bufanda para elongación de columnela
- Enunciar las complicaciones de colgajo en bufanda para elongación de columnela

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Descriptivo, observacional, transversal

MATERIAL Y METODOS

Se someterán a una nueva técnica para elongación de columnela a pacientes con deformidad nasal secundaria hendidura labial.

La técnica se basa en colgajos transversales tomados de la cicatriz labial previa, con o sin injerto de cartílago

TECNICA QUIRURGICA

- 1) Se infiltra el labio y la columnela con xilocaína con epinefrina.

- 2) Se realizan incisiones sobre las cicatrices de la plastia labial bilateral y se levantan los colgajos con base superior.



3) Toma de injerto de cartílago (septal, auricular o costal).

4) Incisión en base de la columnela, coloca injerto de cartílago en bolsillo subcutáneo de columnela.



- 5) Se reposicionan colgajos de las cicatrices labiales, la cicatriz del lado derecho se cruza al izquierdo y la cicatriz izquierda se cruza al lado derecho, abrazando el injerto de cartílago.



- 6) Hemostasia.

- 7) Se fijan colgajos con vicryl 5-0 de plástica, dermis.

8) Sutura de heridas de labio vicryl 5-0 plástica dermis, piel nylon 6-0 o 7/0 puntos simples.



TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Todos los pacientes entre 4 y 16 años con columnela corta debido a labio hendido de Marzo del 2006 a Julio 2007 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pediátrico de Tacubaya.

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes ambos sexos, entre 4 y 16 años de edad con columnela corta

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes menores de 6 y mayores de 16 años, pacientes con patología asociada

CRITERIOS DE ELIMINACION

Falta de seguimiento por parte del paciente

VARIABLES

- Cualitativas: Sexo y complicaciones.
- Cuantitativas: Edad en el momento de la cirugía, longitud columnelar inicial y tiempo quirúrgico.

RESULTADOS

Se realizaron 18 procedimientos quirúrgicos con diagnóstico inicial de Secuela de LPH (Columnela Corta) y como cirugía programada y realizada Elongación de Columnela con Técnica en Bufanda.

De los 18 pacientes incluidos en el estudio encontramos que 10 pacientes fueron del sexo masculino 56% y 8 femeninos 44%

Las edades de los pacientes sometidos a cirugía fueron: 5 pacientes con 4 años, 4 de 5^a, 2 de 6^a, 2 de 7^a, 2 de 8^a, 1 de 9^a, 1 de 10^a y 1 de 12^a.

Se realiza una medición columnelar inicial en cada uno de los pacientes sometidos a cirugías obteniendo un resultado previo a la cirugía de: 9 pacientes con 2mm de longitud columnelar inicial (50%) y 9 pacientes (50%) con 3mm

Durante la medición postquirúrgica inmediata y tardía se obtuvieron las siguientes longitudes columnelares, siendo: 2 pacientes (11%) con 8mm, 5 (28%) con 9mm, 8 (44%) con 10mm y 3 (17%) con 11mm.

El tiempo de cirugía que se obtuvo durante la realización de nuestro procedimiento quirúrgico para la elongación de columnela fue de 2hr 20min promedio.

Así mismo, las complicaciones que obtuvimos con el procedimiento quirúrgico en la etapa de postoperatorio mediato fue de 1 paciente (5%) con necrosis de los colgajos en bufanda y 2 pacientes (11%) con epidermólisis de los mismos.

TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1.- SEXO

PACIENTE	18
MASCULINO	10
FEMENINO	8

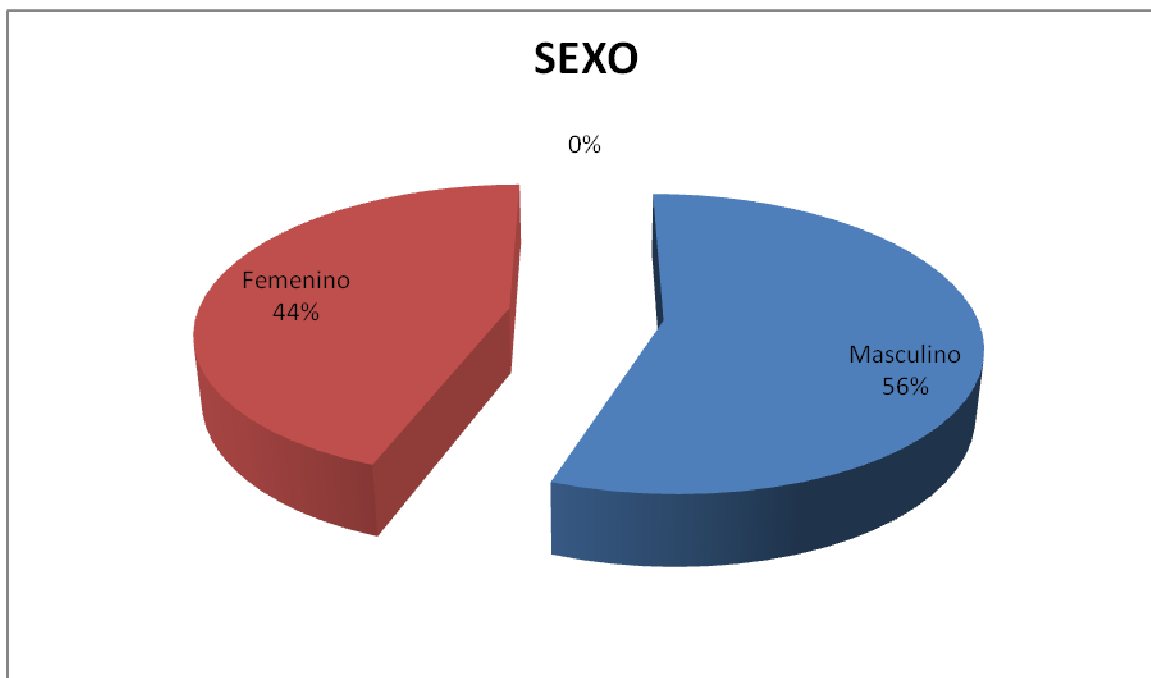


TABLA 2.- EDAD

PACIENTE	EDAD
1	4
2	5
3	4
4	5
5	4
6	4
7	4
8	6
9	7
10	12
11	9
12	8
13	5
14	6
15	8
16	10
17	5
18	7
PROMEDIO	6.2

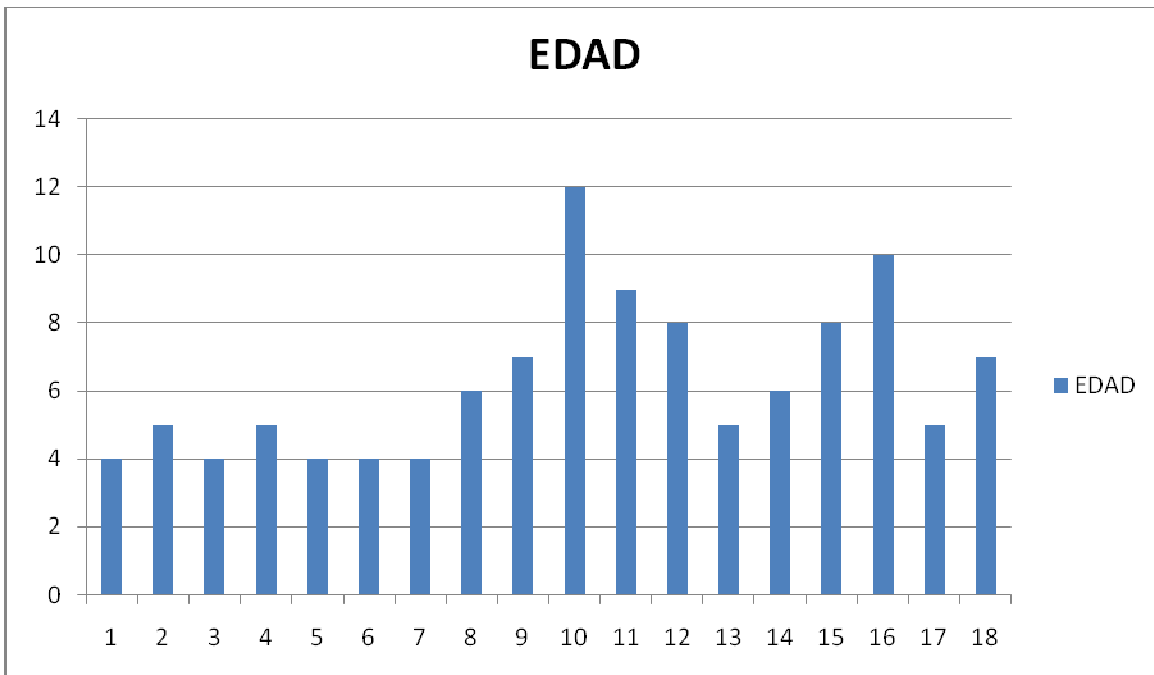


TABLA 3.- LONGITUD COLUMNELAR

PACIENTE	LONGITUD INICIAL	LONGITUD FINAL
1	2	8
2	3	9
3	3	10
4	2	10
5	2	11
6	2	10
7	3	9
8	3	9
9	3	10
10	2	11
11	3	9
12	2	10
13	2	8
14	2	9
15	3	10
16	3	10
17	3	11
18	2	10
PROMEDIO	2.6	9.6

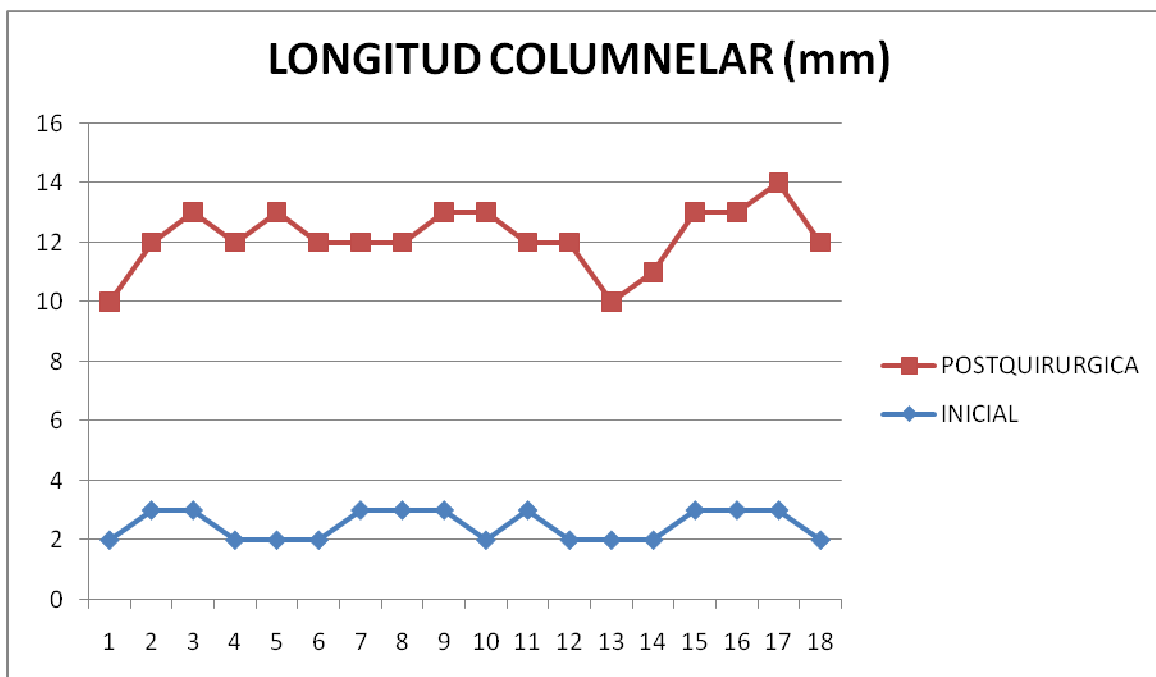
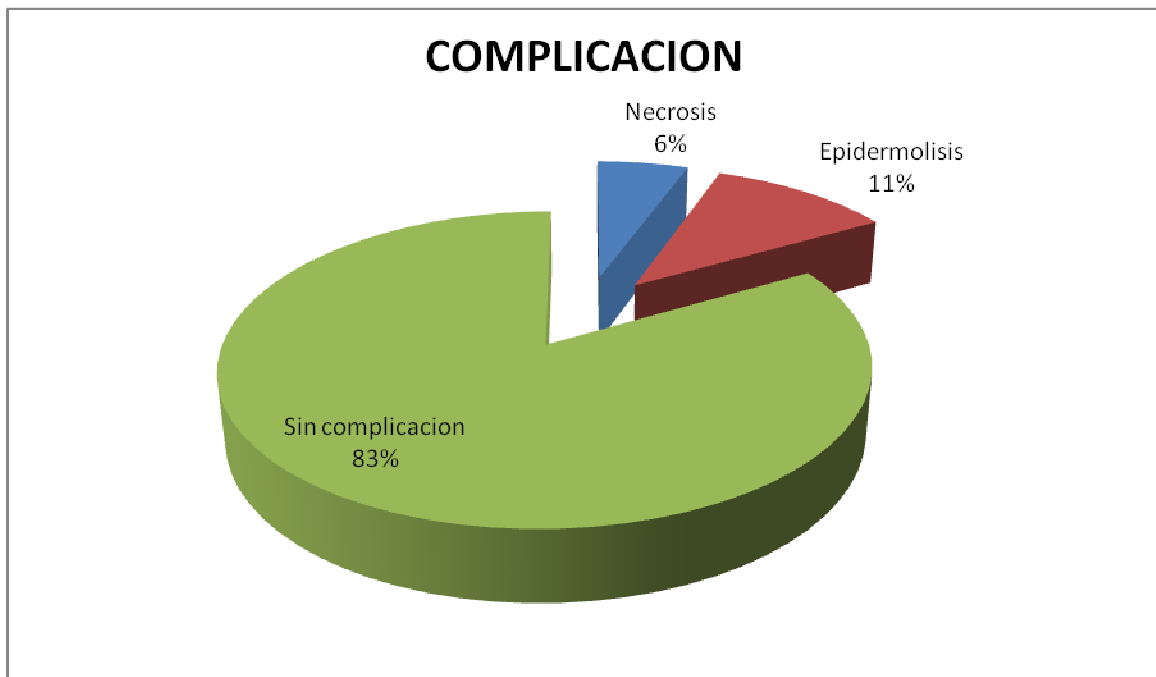


TABLA 4.- COMPLICACION

COMPLICACION	PACIENTES
NECROSIS	1
EPIDERMOLISIS	2
SIN COMPLICACION	15
TOTAL	3 / 18



DISCUSION

En el paciente fisurado, la malformación debe entenderse como un complejo labio-paladar-nariz. El componente nasal de la deformidad tiene importancia funcional y estética. A medida que avanza el crecimiento, la asimetría se hace mas evidente.

En la fisura unilateral, la hemicolumnela es mas corta en el lado afectado, el cartílago alar correspondiente tiene la cúpula mas baja que el lado sano y la porción lateral no sigue la curva normal de la narina. El septum esta siempre desviado hacia el lado fisurado, produciendo desplazamiento del esqueleto óseo y asimetría nasal. (14)

El patrón de crecimiento nasal es comparable al de la nariz normal. El potencial de desarrollo esta conservado y cada una de las estructuras crece en la misma posición y con las mismas distorsiones que tienen en el momento de la reparación primaria del labio. Se añade solamente el factor de distorsión producido por el raído crecimiento del septum durante la pubertad. (15)

Sabiendo que los componentes anatómicos de la nariz van a desarrollarse en la posición en la que los dejamos en la infancia, es evidente que debemos de encaminar nuestros esfuerzos para obtener simetría y adecuada altura columnelar en etapa temprana. Aun cuando se logre una reparación perfecta del labio, la deformidad de la nariz queda como un estigma que distingue al fisurado de los demás niños. No puede subestimarse la importancia del problema ni posponerse su solución.

En la fisura bilateral, la columnela siempre es corta, porque la porción medial de los cartílagos alares es pequeña, pero principalmente por que ambos cartílagos alares están desplazados lateralmente. (16,17)

Esta deformidad no puede corregirse simultáneamente con el cierre primario del labio por que se comprometería la irrigación vascular del prolabio.

Hay dos opciones para resolver este problema: la primera es la propuesta por Harold McComb quien hace primariamente la elongación columnelar y cierra las fisuras labiales en una operación posterior. La otra es hacer la elongación de la columnela secundariamente, en el momento de la palatoplastia.

Nosotros preferimos hacer la elongación columnelar en un tiempo posterior a la palatoplastia empleando la rotación de colgajos de pisos nasales abarcando la cicatriz previa del cierre labial para aumentar la longitud de la columnela. Las técnicas que utilizan colgajos labiales producen columnelas largas y no estéticas y una nueva cicatriz, por lo que al realizar nuestra técnica mejoramos la cicatriz previa, se alarga la columnela satisfactoriamente y se observa una mejoría estética. (17)

En este tipo de pacientes, la columnela carece de un soporte cartilaginoso satisfactorio o cuando deseamos dar mayor proyección anterior a la punta nasal utilizamos una tira de cartílago tomado del septum, de la concha auricular o de la pared costal si es necesario en algunos casos.

Este injerto se coloca en posición sagital entre las 2 cruces medias desde la porción superior del labio hasta la punta nasal. Así mismo si consideramos dar aun mayor proyección a la punta nasal o corregir alguna asimetría de la misma, podemos insertar otro injerto cartilaginoso de forma triangular entre la piel y la cúpula de los cartílagos alares a través de una pequeña incisión marginal.

Algunos de los procedimientos propuestos requieren considerable experiencia en cirugía nasal, cuidadoso análisis de la deformidad y una meticulosa atención en cada detalle de la técnica quirúrgica. Todos los esfuerzos se justifican cuando se trata de dar a estos pacientes un aspecto totalmente normal y estéticamente agradable. (7,12)

CONCLUSION

La reconstrucción de la arquitectura nasal en los pacientes con hendidura labial crean un problema para el cirujano plástico. Distintos autores como Cronin, Millard, Talman, Dibbnell, y Nishimura han desarrollado técnicas para resolver esta anomalía morfológica. El tratamiento de la malformación nasal en pacientes con hendidura labial bilateral es mejor reparada en un segundo tiempo quirúrgico debido al riesgo vascular.

La nariz corta constituye un reto entre las distintas secuelas de la hendidura labial. Las posibles causas de esta anomalía son defectos de la arquitectura osteocartilaginosa, cicatrices y fibrosis del tercio nasal inferior por cirugía. Una gran parte de estas técnicas quirúrgicas abordan la pirámide nasal pero no solucionan el problema estético definitivamente.

Las técnicas existentes permiten obtener buenos resultados funcionales (elongación) y algunas estéticas en las deformidades nasales secundarias, siendo de nuestro interés la columnela corta, que mediante la realización de nuestra técnica quirúrgica descrita se trata de integrar los 2 aspectos en un solo tiempo quirúrgico con mínimas complicaciones.

ANEXOS

CASOS:

CASO 1



CASO 2



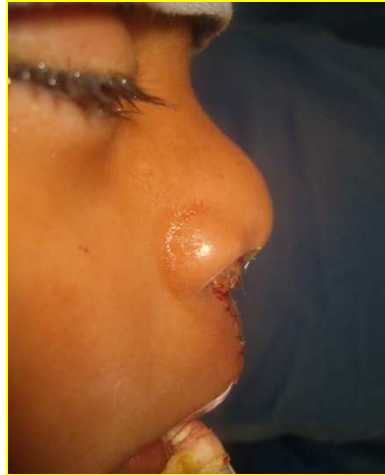
CASO 3



CASO 4



CASO 5



CASO 6



ANEXOS

HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Nombre del paciente:

Expediente:

Sexo:

Edad:

Diagnóstico preoperatorio:

Diagnóstico posoperatorio:

Longitud de columna preoperatorio:

Longitud de columna posoperatoria:

Resultado estético: BUENO REGULAR MALO

Complicaciones: SI NO Cuál?

BIBLIOGRAFIA

1. Black PW, Hartrampf CR Jr, Beegle P: Cleft lip type nasal deformity: definitive repair. *Ann Plast Surg* 1984 Feb; 12(2): 128-38.
2. Chait LA: The "C" costal cartilage graft in reconstruction of the unilateral cleft lip nose. *Br J Plast Surg* 1981 Apr; 34(2): 169-72.
3. Davis PK: Cleft lip nose tip deformity: a tutorial dissertation. *Br J Plast Surg* 1983 Apr; 36(2): 200-3.
4. de Sa Nobrega ES: Cleft lip nose: a different approach. *J Craniofac Surg* 2005 Jan; 16(1): 95-9.
5. Drake AF, Davis JU, Warren DW: Nasal airway size in cleft and noncleft children. *Laryngoscope* 1993 Aug; 103(8): 915-7.
6. Holt GR: Management of cleft lip nasal deformity. *Facial Plast Surg* 1986 Spring; 3(3): 161-74.
7. Jackson IT, Yavuzer R, Kelly C, Bu-Ali H: The central lip flap and nasal mucosal rotation advancement: important aspects of composite correction of the bilateral cleft lip nose deformity. *J Craniofac Surg* 2005 Mar; 16(2): 255-61.

8. Lee KC, Kwon YS, Park JM, et al: Nasal tip plasty using various techniques in rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2004 Nov-Dec; 28(6): 445-55.

9. McComb H: Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 15-year review and a new treatment plan. *Plast Reconstr Surg* 1990 Nov; 86(5): 882-9; discussion 890-3.

10. Millard DR: *Cleft Craft. Vol 2.* Boston, Mass: Little Brown & Co; 1977.

11. Mulliken JB: Correction of the bilateral cleft lip nasal deformity: evolution of a surgical concept. *Cleft Palate Craniofac J* 1992 Nov; 29(6): 540-5.

12. Peled IJ, Ramon Y, Ullmann Y: Wrap-around cartilage flap for correction of unilateral cleft lip nose deformity. *Plast Reconstr Surg* 1997 Jun; 99(7): 2085-8.

13. Randall P: History of cleft lip nasal repair. *Cleft Palate Craniofac J* 1992 Nov; 29(6): 527-30.

14. Sandham A, Murray JA: Nasal septal deformity in unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1993 Mar; 30(2): 222-6.

15. Tajima S, Maruyama M: Reverse-U incision for secondary repair of cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg* 1977 Aug; 60(2): 256-61.

16. Tamada I, Nakajima T, Ogata H, Onishi F: Secondary repair of cleft lip nose deformity using subcutaneous pedicle flaps from the unaffected side. *Br J Plast Surg* 2005 Apr; 58(3): 312-7.

17. Warren DW, Drake AF, Davis JU: Nasal airway in breathing and speech. Cleft Palate Craniofac J 1992 Nov; 29(6): 511-9