



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

***EVALUACION DE LA APARIENCIA NASO-LABIAL EN NIÑOS DE CINCO
AÑOS POS OPERADOS ENTRE LOS TRES Y LOS SEIS MESES DE EDAD
DE QUEILOPLASTIA Y REPARACIÓN NASAL.***

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL
DR. JOSE LUIS VAZQUEZ ANTON

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

DIRECTOR DE TESIS: **DRA. CLAUDIA GUTIERREZ GOMEZ**

NO. DE REGISTRO: 05-91-2014

MEXICO D.F, 10 DE AGOSTO 2015





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.

INDICE

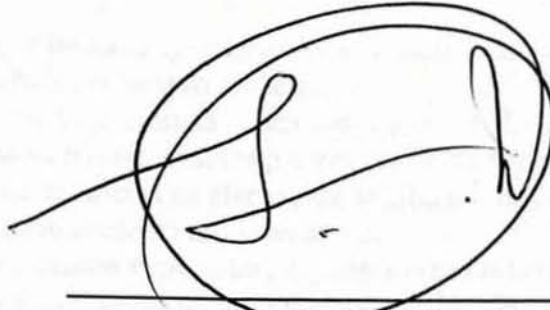
Autorizaciones	3
Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Antecedentes	8
Metodología	11
Resultados	13
Discusión	14
Conclusiones	15
Consideraciones Éticas	16
Conflicto de Interés	16
Referencias Bibliográficas	16

Este trabajo de tesis con numero de protocolo 05-91-2014 presentado por el residente DR. JOSE LUIS VAZQUEZ ANTON se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de tesis DRA. CLAUDIA GUTIERREZ GOMEZ cumpliendo con los requisitos de la división de investigación clínica con fecha 10 de Agosto del 2015.



Dra. Claudia Gutiérrez Gómez
Tutor Principal

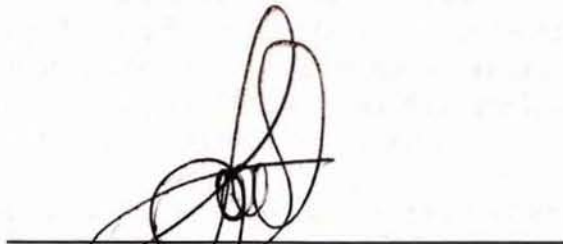
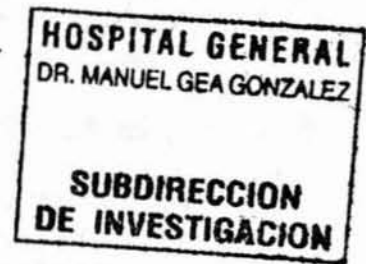
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
AUTORIZACIONES



Dr. Octavio Sierra Martínez
Director de Enseñanza e Investigación



Dra. María Elisa Vega Memije
Subdirectora de Investigación



Dr. Antonio Fuente del Campo
Jefe de la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva



Dra. Claudia Gutiérrez Gómez
Medico Adscrito de la División de Urgencias
Directora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A mi Papa, que sin su apoyo incondicional, motivación constante y buenos consejos, no hubiese llegado tan lejos.
El hecho de que su presencia nunca abandonara mi lado hizo que continuara con la realización de nuestras metas planteadas desde hace doce años.
Sus constantes muestras de afecto y de orgullo por mis logros profesionales me mantuvieron motivado en todo momento.
Te quiero muchísimo Paps, estaré agradecido todos los días de mi vida por todos los sacrificios que has hecho por mi y por enseñarme con tu ejemplo como ser un ser humano completo e integro.
Nunca me has fallado.

A mi Mama, la cual con paciencia y cariño, me educo con los valores que me han traído hasta aquí. Me mostro con sus acciones que la humildad y la empatía son características que todo hombre debe de tener y más aun características indispensables en esta profesión.
Ma, como ya lo escuchaste en una dedicación anterior “mejor mama que tu, para educar a los tres que te tocaron, no existe” siempre tendré presente el amor que me has dado y sobre todo en mi caso la paciencia que me has tenido. Te adoro.

A mis hermanos Jorge y Javi, los cuales en los momentos difíciles han sido mi apoyo mas importante, nunca me han dejado morir solo.
Su cariño y entrega se ha sentido desde acciones tan simples como traerme ropa limpia al hospital; hasta actos con los cuales mi historia seria diferente (right George??). Son mis mejores amigos!!! Agradezco todo lo que han hecho por mi, nunca lo olvidare. Son lo que mas quiero en esta vida.

A mi tío Olegario el cual siempre confió ciegamente en mis conocimientos y habilidades como medico; en todo momento me brindo su apoyo incondicional y su sabio consejo. Siempre estuvo ahí para hacer de mi andar menos empedrado.
Tío, siempre tendrás un gran lugar en mi corazón y nunca olvidare todo lo que has hecho por mi. Te quiero mucho tío.

A mis hermanos doctores: Pablo, Paco, Fede, Lucas y Quique, los cuales sin dudarle un segundo siempre me dieron su mano para llevarme por el buen camino, infinidad de veces me mostraron el cariño que me tienen. Solo ustedes entienden por lo que pasamos y solo ustedes saben lo que ha costado llegar aquí.
Así como ustedes han estado para mi, yo estaré para ustedes

A mis amigos no doctores, la lista es larga y las razones para dedicarles esto mas. Por lo que prefiero no escribirlo y decírselos de frente. Manos, son una gran parte de mi vida, mi big happy family; gracias por ser mas que mis amigos, no puedo pedir mas teniéndolos a ustedes.

RESUMEN

Introducción:

Una de las metas principales en cuanto al tratamiento del labio y paladar hendido es la mejoría de la apariencia estética de la región facial y con esto aumentar la aceptación de dichos individuos dentro de la sociedad.

La alta frecuencia con que se presenta esta alteración es muy importante en nuestro medio, así como la diversidad de variantes clínicas y variante de los tratamientos por parte del área de la cirugía plástica y de las otras disciplinas que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.

El labio y paladar hendido es un grupo de malformaciones congénitas las cuales se pueden manifestar con labio hendido, paladar hendido o ambas; dentro de esta variabilidad de manifestaciones el labio hendido también puede presentarse de forma unilateral (derecho o izquierdo) o bilateral.

Metodología:

Se realizó el análisis fotográfico de 20 pacientes de 5 años de edad con diagnóstico de labio y paladar hendido unilateral, los cuales fueron operados de queiloplastía y corrección nasal. Se excluyeron a los pacientes que presentaban cirugías de corrección entre los 6 meses y los 5 años de edad y los pacientes con labio y paladar hendido asociados a otros síndromes cráneo-faciales.

Estos expedientes fotográficos fueron analizados por dos cirujanos plásticos y reconstructivos certificados; los cuales calificaron 4 aspectos: la forma nasal, la desviación nasal, el borde del bermellón y el perfil nasal, de acuerdo a la escala ordinal de 5 puntos descrita por Asher-McDade y cols.

Resultados:

Fueron analizados 20 expedientes fotográficos de pacientes con labio hendido unilateral completo, en los cuales la queiloplastía y la reparación nasal se realizó dentro de la clínica de labio y paladar hendido del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de estos 20 casos 11 (55%) fueron masculinos y 9 (45%) femeninos, 14 (70%) con afección de labio izquierdo y 6 (30%) del labio derecho. Las medias obtenidas fueron las siguientes: forma nasal: 2.1, desviación nasal: 1.8, borde del bermellón: 1.9 y perfil nasal: 1.8.

Conclusiones:

Considerando que la clínica de labio y paladar hendido del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" es un centro de referencia de esta patología, y que la mayoría de los casos son operados por cirujanos en entrenamiento, los estándares estéticos se mantienen en un rango alto. La forma nasal es el principal problema en los resultados de este tratamiento; sin embargo la mayoría de los pacientes no son candidatos a cirugías de corrección por los buenos resultados estéticos que presentan.

Palabras clave: labio y paladar hendido, labio hendido unilateral, queiloplastía, escala de Asher-Mc Dade, apariencia nasolabial.

ABSTRACT

Introduction:

A major goal of cleft lip and palate treatment is to improve the aesthetic appearance of the face and thus enhance the social acceptability of the individual in society.

The high frequency in which this alteration is presented is very important in our country; also the different clinical variants and its treatment by plastic and reconstructive surgeons and other specialties, which intervene in the diagnosis, treatment and rehabilitation of this group of patients.

The cleft lip and palate is considered a group of congenital defects that can be seen with only cleft lip, cleft palate or both; in this variability the cleft lip can also affect one side (right or left) or have a bilateral representation.

Methodology:

A photographic analysis of 20 patients 5 years old with diagnose of unilateral cleft lip and palate, treated with cheiloplasty and nasal correction was made. Patients with revision surgeries between 6 months and 5 years of age and patients with cleft lip and palate associated to other craniofacial syndromes were excluded from the protocol. This photographs were analyzed by two certified plastic surgeons, who were asked to evaluate 4 nasolabial components: nasal deviation, vermillion border, nasal profile and nasal form; this according to the 5 point scale introduced by Asher-McDade and cols.

Results:

Twenty photographic expedients of patients diagnosed with unilateral cleft lip and palate were analyzed. Patients underwent treatment with cheiloplasty and nasal correction in the cleft lip and palate clinic of the General Hospital "Dr. Manuel Gea Gonzalez" of this 20 cases 11 (55%) were male, 9 (45%) were female, 14 (70%) had left cleft lip and 6 (30%) had right cleft lip. The average score for both reviewers were as follow: nasal form: 2.1, nasal deviation: 1.8, vermillion border: 1.9 and nasal profile: 1.8.

Conclusions:

Having into consideration that the cleft lip and palate clinic in General Hospital "Dr. Manuel Gea Gonzalez" is a referral center for this pathology and most of the surgeries are performed by plastic surgeons in training; the aesthetic standards are high. The nasal form is a key problem in the aesthetic results of this protocol. Never the less most of the patients are not candidates for review surgery because the good aesthetic results.

Keywords: *lip and cleft palate, unilateral cleft lip, cheiloplasty, Asher-McDade scale, nasolabial appearance.*

INTRODUCCIÓN

El labio y paladar hendido sigue siendo un tema de gran actualidad que justifica la existencia de revisiones bibliográficas permanentes.

La alta frecuencia con que se presenta esta alteración es muy importante en nuestro medio, así como la diversidad de variantes clínicas y variante de los tratamientos por parte del área de la cirugía plástica y de las otras disciplinas que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.

El labio y paladar hendido es un grupo de malformaciones congénitas las cuales se pueden manifestar con labio hendido, paladar hendido o ambas; dentro de esta variabilidad de manifestaciones el labio hendido también puede presentarse de forma unilateral (derecho o izquierdo) o bilateral.

La principal incidencia en asiáticos es de aproximadamente 2.1/1000 nacidos vivos, en blancos de 1/1000 y en negros americanos de 0.41/1000. La incidencia entre razas restantes es constante y se encuentra cercana a 0.5/1000 nacimientos.

Una de las metas principales en cuanto al tratamiento del labio y paladar hendido es la mejoría de la apariencia estética de la región facial y con esto aumentar la aceptación de dichos individuos dentro de la sociedad. Es ampliamente aceptado que la apariencia facial es importante para formar una autoimagen, con buena autoestima; para esto es necesaria la aplicación de escalas de valoración objetiva, formando así lineamientos de tratamiento que den los mejores resultados posibles con un mínimo de secuelas.

ANTECEDENTES

Fraser y Calnan reportaron 21% de fisuras de labio aisladas, 46% fisuras de labio y paladar y 33% de fisuras palatinas aisladas.

El promedio de ocurrencia de labio fisurado reportado es de 6:3:1 para unilateral izquierdo, unilateral derecho y bilateral respectivamente. Las fisuras de labio y paladar son más comunes en el sexo masculino. La fisura de labio bilateral está asociada a la fisura palatina en un 86%, comparado con el 68% en el caso unilateral. ¹

La incidencia total de anomalías asociadas es del 29%, y hasta el 35% de los individuos con labio hendido pueden presentar el defecto como parte de un patrón más amplio de dismorfogénesis. ²

En la literatura se proponen dos teorías principales la teoría clásica y la teoría de la penetración mesodérmica. De acuerdo con estas teorías, las fisuras resultan de la falta de reforzamiento entre dos capas epiteliales y la consecuente interrupción en la unión epitelial.

Otras investigaciones coinciden en que la secuencia propuesta por la teoría clásica, que consiste en la fusión de los márgenes de los procesos, corresponde al cierre del paladar secundario, mientras que la teoría de la penetración mesodérmica está implicada en la formación del paladar primario.³

Para una adecuada valoración postquirúrgica de los pacientes con fisuras labiales, se tienen que conocer las principales características que presentan los pacientes con esta malformación.

En el labio fisurado existen todos los elementos anatómicos del labio normal, sin embargo estos están desplazados hacia los lados de la fisura y muchas veces hipoplásicos.

En el labio fisurado unilateral, la fisura está ubicada por fuera de la cresta filtral. Todos los elementos de la parte media del labio forman parte del borde interno de la fisura.

El arco de Cupido y el filtrum tienen una diferencia evidente. La cresta filtral del labio hendido es algo más corta y más oblicua que la de la mitad opuesta del labio.

Al labio fisurado le falta altura y existe un desarrollo insuficiente de las partes próximas a la fisura labial. En las fisuras labiales, las fibras musculares se encuentran generalmente paralelas al margen de la hendidura. La contracción muscular en dicha posición produce un abultamiento lateral debido a que la fisura no permite al músculo alcanzar su longitud normal.

Las fibras musculares se insertan a lo largo del borde del bermellón y sobre el periostio de la maxila. En las fisuras incompletas que no exceden dos tercios de la altura labial, algunas fibras musculares decusan a través del extremo superior de la fisura al lado contralateral, constituyendo la banda de Simonart.⁴

Debemos recordar que la nariz en los niños fisurados está hipoplásica y deformada por la protrusión de la premaxila que motiva acortamiento de la columela, retroposición de las bases alares y ensanchamiento con atrofia del piso nasal o ausencia del mismo.

Al separarse los pilares medial y lateral del cartílago alar, el arco alar desciende en forma de "M" y pierde su sobreposición con el cartílago lateral. El septum nasal permanece siempre unido a la espina nasal, por lo que se curva hacia el lado no fisurado.

En el tratamiento del labio hendido unilateral los objetivos a lograr son: perfecta unión de la mucosa, mínima cicatriz, alineación exacta del reborde mucocutáneo, eversión natural del labio con relleno central por debajo del arco de cupido, simetría de la punta nasal, y generar, a medida de lo posible, la menor cantidad de cicatriz tanto interna como externa, para permitir el crecimiento armónico de las estructuras involucradas.

La evaluación de resultados quirúrgicos, sobre todo cuando se habla de aspectos estéticos, resulta un reto para los evaluadores en general, ya que estos pueden variar de acuerdo a preferencias personales y a un sin número de aspectos subjetivos. En base a esto, se han realizado múltiples intentos por estandarizar

un método de evaluación que pueda ser homogéneo y aplicable en todos los pacientes.

Sin embargo, en los pacientes de labio y paladar hendido, este reto resulta aún más desafiante debido a la gran variedad en las técnicas quirúrgicas descritas, mismas que agregan o restan cicatriz a una zona tan específica y visible como lo es el área naso-labial.

En 1991, la Dra. Asher-McDade, publica en el Cleft-Palate Craniofacial Journal, un sistema de evaluación mediante fotografías, en el cual se muestra la fotografía del paciente a un observador en 2 ocasiones.

En este método se muestra solamente el área naso-labial, luego la cara completa pero sin el área naso-labial, y por último la cara completa.

La calificación fue mediante una escala análoga del 1 al 7 desde excelente a muy pobre. Concluye que la evaluación de los resultados quirúrgicos es vital para la retroalimentación del cirujano, y que el método de calificación empleado en esta publicación cuenta con una alta sensibilidad y es viable llevarlo a cabo en la práctica clínica diaria.⁵

La escala de medición de Asher-McDade modificada es la herramienta usada para evaluar los resultados naso-labiales en los estudios multicéntricos de Eurocleft y de Americleft. Este método de evaluación se base en el análisis fotográfico por un grupo de panelistas en donde se evalúan cuatro aspectos esenciales del área naso-labial: la forma nasal, la desviación nasal, el borde del bermellón, y el perfil nasal. La evaluación se realiza mediante una escala ordinal de 5 puntos donde el 1 es una muy buena apariencia, 2 una buena apariencia, 3 una apariencia razonable o regular, 4 una pobre apariencia, y 5 una muy pobre apariencia.

Aún cuando ésta escala ha sido criticada por no ser tan objetiva como originalmente se pensaba, hasta el momento no existe una escala que arroje evaluaciones postoperatorias tan confiables o con tan alto grado de sensibilidad.⁶

Por lo anteriormente mencionado, en este trabajo se realiza la utilización de dicha escala; esto con el fin de evaluar los resultados postquirúrgicos en los pacientes con labio y paladar hendido unilateral tratados en esta institución.

Este grupo de pacientes fue tratado mediante la técnica de incisiones mínimas y cierre de piso nasal del Dr. Mario Mendoza y la técnica de queiloplastia descrita por Millard.⁷

El seguimiento clínico de estos pacientes, de acuerdo a los protocolos internacionales, al igual que en el Hospital "Dr. Manuel Gea González", se realiza a los 5, 9, 12 y 15 años.

La revisión de resultados en los pacientes (cleft lip and palate outcomes) incluye la evaluación de: 1) la apariencia nasolabial, 2) el lenguaje, 3) el crecimiento dento-facial, 4) evaluaciones psicológicas, y 5) la evaluación de satisfacción y calidad de vida.⁸

Es importante recalcar que Este proyecto abarca el primer aspecto, la evaluación de la apariencia naso-labial; ya que en estos niños, el estigma por su deformidad, aún ya corregida, es causa de burlas y marginación por parte de sus compañeros de escuela; obviamente entre más visible o severas sean las secuelas de su deformidad, esto se exagera. ⁹

La evaluación de los resultados en nuestros pacientes sometidos a cierre labial y reparación nasal es el primer paso para auditar el resultado reconstructivo y estético logrado en la apariencia naso labial de los niños sometidos a un protocolo de atención llevado a cabo por la clínica desde hace mas de 30 años, lo que nos permitirá continuar con la misma tendencia quirúrgica o realizar modificaciones en el protocolo de atención en la clínica de labio y paladar hendido del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

METODOLOGÍA

Se realizo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal de los primeros veinte expedientes de pacientes de 5 años de edad con diagnostico de labio y paladar hendido unilateral completo, que hayan sido operados de queiloplastía y corrección nasal.

Todos los pacientes fueron operados de los 3 a los 6 meses de edad de queiloplastía y reparación nasal, por el equipo de cirujanos plásticos de este hospital y contaban con expediente fotográfico completo a los 5 años de edad. Se excluyeron a los pacientes que presentaban cirugías de corrección entre los 6 meses y los 5 años de edad y los pacientes con labio y paladar hendido asociados a otros síndromes cráneo-faciales.

Estos expedientes fotográficos fueron analizados por dos cirujanos plásticos y reconstructivos certificados (A y B); los cuales calificaron 4 aspectos: la forma nasal, la desviación nasal, el borde del bermellón y el perfil nasal, de acuerdo a la escala ordinal de 5 puntos descrita por Asher-McDade y cols.

Escala de Medición de Asher-McDade Modificada	
1	Muy buena apariencia
2	Buena apariencia
3	Regular
4	Pobre apariencia
5	Muy pobre apariencia

Tabla 1. Escala de medición de Asher-McDade modificada.

A ambos revisores se les facilitó una tabla de referencia fotográfica, de esta forma los revisores tuvieron parámetros preestablecidos de las características estéticas que tiene que presentar cada paciente en la región nasolabial según la escala de valoración de resultados descrita originalmente por Asher-McDade.

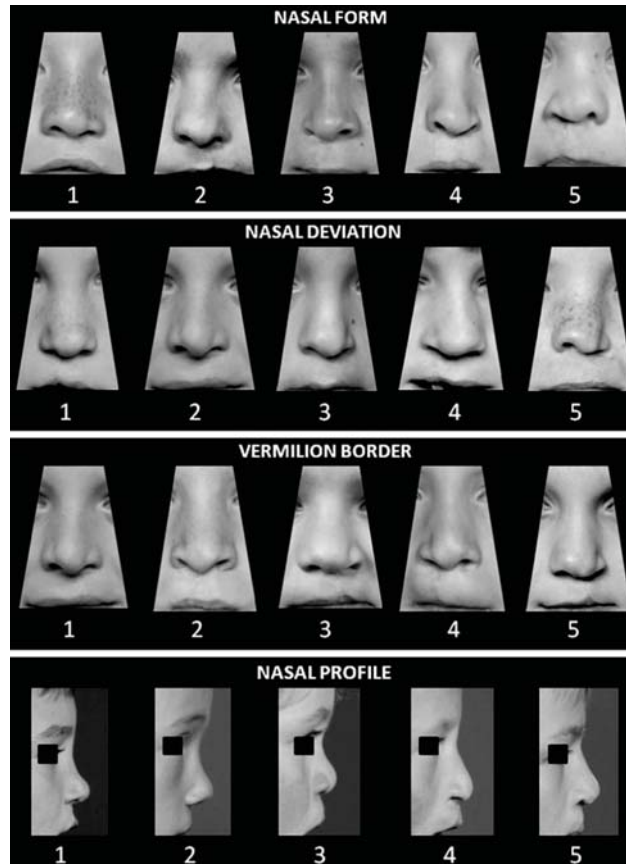


Figura 1. Fotografías de referencia para la valoración del área nasolabial. Los números del 1 al 5 representan la calificación de la escala Asher-McDade. Se muestran la forma nasal, desviación nasal, borde del bermellón y el perfil nasal.

PACIENTE 1

< de 1 año de edad



5 años de edad



PACIENTE 16

< de 1 año de edad



5 años de edad



Figura 2. Ejemplos de dos pacientes, vista frontal y lateral de presentación fotográfica para el análisis.

RESULTADOS

Fueron analizados 20 expedientes fotográficos de pacientes con labio hendido unilateral completo, en los cuales la queiloplastía y la reparación nasal se realizó dentro de la clínica de labio y paladar hendido del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de estos 20 casos 11 (55%) fueron masculinos y 9 (45%) femeninos, 14 (70%) con afección de labio izquierdo y 6 (30%) del labio derecho. En 16 (80%) casos se encontró relación con paladar hendido, presentando 12 afección del lado izquierdo y 4 con afección del lado derecho.

Además de la queiloplastía y la reparación nasal primaria, excluyendo la palatoplastía en los casos que fue necesaria, ningún otro procedimiento quirúrgico fue realizado en estos pacientes antes de los 5 años de edad, momento en el cual fueron tomadas las fotografías utilizadas para la evaluación de resultados.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS		
GENERO	HOMBRES	MUJERES
	11 (55%)	9(45%)
PRESENTACION	IZQUIERDO	DERECHO
	14 (70%)	6 (30%)

Tabla 2. Características demográficas y presentación del labio hendido

La media de los resultados obtenidos por el revisor A fueron las siguientes: forma nasal: 2.2, desviación nasal: 1.8, borde del bermellón: 1.8 y perfil nasal: 1.9; en comparación con la media de los resultados del revisor B los cuales fueron: forma nasal: 2.0, desviación nasal: 1.9, borde del bermellón: 2.0 y perfil nasal: 1.8.

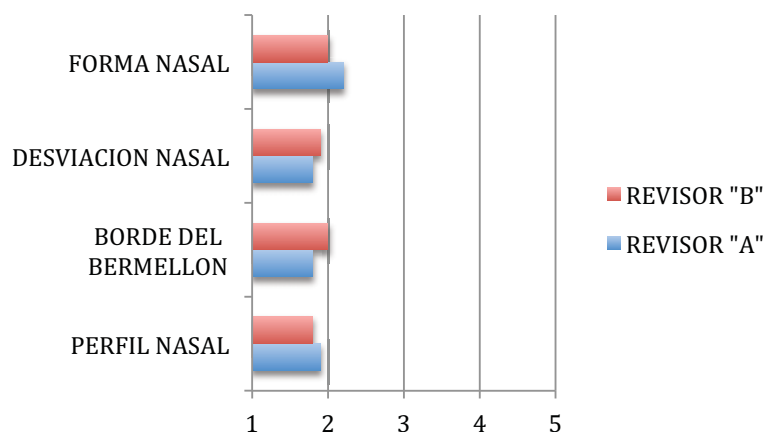


Figura 2. Media otorgada por ambos calificadores individualmente basándose en la escala Asher-McDade.

De igual forma se realizó la media conjunta de los dos revisores, para generar una calificación global de los casos mostrados y con esto obtener una visión global de los resultados postquirúrgicos presentados.

Las medias obtenidas fueron las siguientes: forma nasal: 2.1, desviación nasal: 1.8, borde del bermellón: 1.9 y perfil nasal: 1.8.

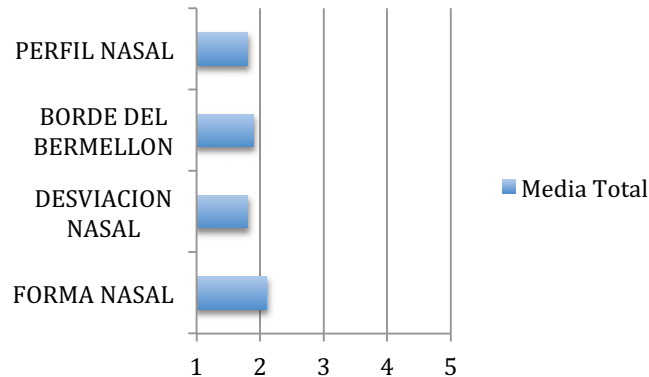


Figura 3. Media total obtenida entre calificador A y calificador B

DISCUSIÓN

Como en otros estudios donde este método de evaluación ha sido aplicado, en este estudio se obtuvo una buena coherencia entre calificadores pero una coherencia inter calificador relativamente baja.

Esto podrá sonar contradictorio; sin embargo una buena coherencia indica que los calificadores estuvieron de acuerdo en los resultados de cada paciente mientras que la relativamente baja coherencia inter calificador indica que la calificación de la zona estética exacta varió entre cada calificador.

Para reducir esta variabilidad, las calificaciones de cada calificador fueron promediadas; esto solo es permisible cuando hay una buena coherencia entre calificadores. Esto resulto en una calificación alta de los resultados estéticos postquirúrgicos. Sin embargo dos calificadores no son suficientes para obtener un resultado general; por lo que es necesario aplicar esta escala con mas de dos calificadores, haciendo este método de evaluación laborioso para el investigador.

Una de las mas grandes ventajas con las que cuenta este estudio es que la clínica de labio y paladar hendido de este centro, a pesar de tener varios cirujanos que realicen los procedimientos y los cuales en su mayoría se encuentran en entrenamiento; cuenta con un protocolo de tratamiento en el cual se establecen los tiempos adecuados para cada intervención quirúrgica y la aplicación de las mismas técnicas quirúrgicas. Con esto se alcanzan resultados similares entre cada paciente.

A diferencia de lo reportado por Nollet et al. en el que comparan pacientes operados por diferentes cirujanos con diferentes técnicas; en este estudio los resultados obtenidos mediante este método fueron relativamente bajos, esto nos hace pensar que la técnica quirúrgica va mas allá de la habilidad del cirujano .¹⁰

De todos los resultados estéticos obtenidos, el que dio el resultado mas bajo entre los dos calificadores y en total fue la forma nasal. Esto indica que en cuanto a la estética, la forma de nasal es un problema clave en el tratamiento del labio y paladar hendido unilateral. Desde este punto de vista, seria interesante aplicar esta evaluación a pacientes en los cuales no se ha realizado reparación nasal y en pacientes a los cuales únicamente se les aplica un moldeamiento nasal.

Este estudio nos indica que a pesar que todavía no se establece un protocolo que se considere el estándar de oro para el tratamiento del labio y paladar hendido unilateral; la aplicación de la técnica de palatoplastía de incisiones mínimas, el cierre de piso nasal anatómico y la queiloplastía Millard II dentro de las edades correctas, esta dando resultados con una calificación buena o muy buena. Haciendo al protocolo de este centro un excelente punto de partida para la mejoría del mismo y su posterior aplicación en otros centros del país.

Las limitaciones de la evaluación fotográfica son ampliamente conocidas, ya que continua siendo una representación bidimensional y el cual no da la oportunidad de un análisis dinámico. Marrant y Shaw utilizaron grabaciones de video estandarizadas para la evaluación de resultados, sin embargo este método reporto un nivel muy bajo de coherencia entre calificadores.¹¹

CONCLUSIONES

1. El protocolo de tratamiento de la clínica de labio y paladar hendido del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” se encuentra dentro de los estándares mundiales en cuanto a resultados estéticos de la región nasolabial en este tipo de pacientes.
Esto mediante la obtención de buenos resultados y reproducibles, ofreciendo así a sus pacientes un mejor aspecto físico y disminuyendo las secuelas de este padecimiento en cuanto a valoración estética se refiere.
2. El resultado mas bajo obtenido se encuentra en la forma nasal; por lo que es necesario realizar estudios comparativos con otros grupos que han sido tratados con diferentes técnicas de reparación nasal, o grupos a los cuales no se les realiza un abordaje nasal; tanto dentro de la clínica como en otros centros del país.
3. En la gran mayoría de los pacientes de la clínica de labio y paladar hendido de esta sede no será necesaria una cirugía de corrección posterior a los cinco años; a menos que sean candidatos a un injerto óseo alveolar entre los 9 y 11 años de edad.
4. Las escalas de evaluación simples y objetivas, como la empleada en este estudio, son de suma importancia en la evaluación de este tipo de pacientes y se deberían de aplicar en todos los centros donde se realicen cirugías de este tipo, como una forma de retro-alimentación y de mejoría en las deficiencias que presente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

Se respetará la confidencialidad de datos tanto del expediente clínico como fotográfico, de acuerdo a los estatutos citados en el punto 3.19 de Datos Personales, de la NOM- 024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en Salud.

CONFLICTO DE INTERES

No se declara ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grosman, A. Chapter 19: Cleft Lip. En: Essentials of Plastic Surgery. Jeffrey E. Janis, M.D. pp: 176-182. 2006. E.U.A.
2. Pérez-González A., M.D. Tratamiento Quirúrgico de la fisura de paladar primario unilateral completa en el Instituto Nacional de Pediatría. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica. Vol. 15, No. 1. 2008. Pp: 19-29.
3. Tepper, O.M.,M.D., Warren, S.M., M.D. Chapter 21: Craniofacial Embriology. En: Plastic Surgery Secret Plus. 2º edition. Mosby Elsevier. pp: 139-145. 2010. E.U.A.
4. Precius, M.D., Delaire, M.D., Halifax, M.D. Clinical Observations of cleft lip and palate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 75:141, 1997.
5. Asher-McDade et al., Rating naso-labial appearance. Cleft Palate Cran J. 1991; 28, (4): 381-391.
6. Asher-McDade, M.D., Brattstrom, M.D., Dahl, M.D. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 4. Assessment of nasolabial appearance. Cleft Palate Cran J. 1992; 29 (4): 409-412.
7. Mendoza M. M.D., Pérez A. M.D., Cierre anatómico del piso nasal en pacientes con fisura de paladar primario. Presentación de técnica y experiencia. Presentación en el Congreso Nacional de la Asoc. Mex. De Cir. Plast. Mazatlán Sin. Feb. 2000.
8. Kathleen, M.D., Ross, M.D., Long, M.D., Hathaway, M.D., Daskalogiannakis, M.D., Mercado, M.D., et al. The Americleft Study: An Inter-Center Study of Treatment Outcomes for Patients With Unilateral Cleft Lip and Palate Part 5. General Discussion and Conclusions. Cleft Palate Cran J. 2011; 48, (3): 265-270.
9. De Sousa, M.D. Psychological issues in cleft lip and cleft palate. Journal of India Association of Pediatric Surgeons. 2009; 14, (2): 55-58.

10. Pieter J.P.M Nollet, Anne Marie Kuijpers-Jagtman; et al. Nasolabial appearance in unilateral cleft lip, alveolus and palate: A comparison with Eurocleft. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2009; 35, 278-286.
11. Marrant DG, Shaw WC: Use of Standardized video recordings to assess cleft surgery outcome. *Cleft Pal Craniofac J* 1996; 33: 134-142.