



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

"TIPO DE SECUELAS ANATÓMICAS LABIALES EN LOS PACIENTES CON FISURAS LABIOPALATINAS UNILATERALES POSTERIOR A UN AÑO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRIMARIO"

TÉSIS:

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DRA. DANIELA TÉLLEZ PALACIOS

ASESOR:

DR. ROGELIO MARTÍNEZ WAGNER

MÉDICO ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO DEL 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


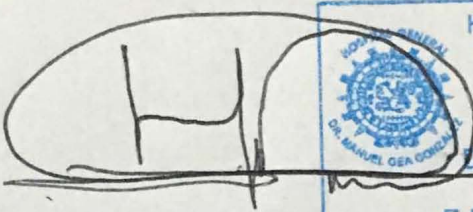
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

AUTORIZACIONES





HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIRECCIÓN DE
ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN

Dr. Héctor Manuel Prado Calleros
Director de Enseñanza e Investigación.



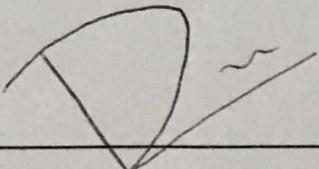
HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ
SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION

Dr. José Pablo Maravilla Campillo
Subdirector de Investigación Biomédica



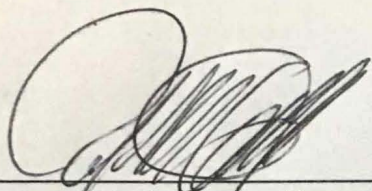
HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIVISION DE CIRUGIA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

Dra. Laura Andrade Delgado
Jefe de la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva

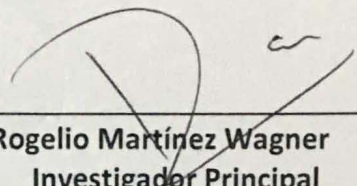


Dr. Rogelio Martínez Wagner
Asesor Metodológico y Médico Adscrito de la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Este trabajo de tesis con número de registro: 05-87-2017 presentado por la Dra. Daniela Téllez Palacios y se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Dr. Rogelio Martínez Wagner con fecha febrero 2019 para su impresión final.



Dr. José Pablo Maravilla Campillo
Subdirector de Investigación Biomédica

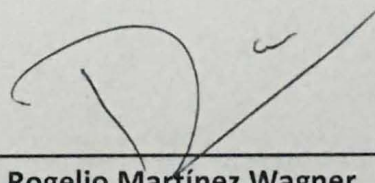


Dr. Rogelio Martínez Wagner
Investigador Principal

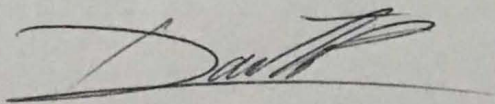
**"TIPO DE SECUELAS ANATÓMICAS LABIALES EN LOS PACIENTES CON FISURAS LABIOPALATINAS UNILATERALES
POSTERIOR A UN AÑO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRIMARIO"**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva bajo la dirección de Dr. Rogelio Martínez Wagner con el apoyo de los adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

COLABORADORES:



Dr. Rogelio Martínez Wagner
Investigador Principal



Dra. Daniela Téllez Palacios
Investigador Asociado Principal

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de cumplir mi sueño de ser cirujana plástica y reconstructiva del Gea González. Gracias a mi madre que siempre me ha apoyado y que es el pilar principal en mi vida y mi ejemplo a seguir. Muchas gracias a mis maestros, compañeros y amigos en este gran servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, nada de esto hubiera sido posible sin ellos.

ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. MATERIALES Y METODOS
4. RESULTADOS
5. DISCUSION
6. CONCLUSION
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
8. TABLAS
9. FIGURAS

1. RESUMEN

Introducción: Los reportes internacionales hacen referencia a que 1:650 de 750 nacidos vivos presentan fisura facial y 1:600 a 1000 nacidos vivos presentan fisuras labiopalatinas, por su parte los reportes nacionales refieren una prevalencia de 11 a 15 por cada 10,000 nacimientos y en otros reportes reportan una incidencia de 1.39 por cada 1000 nacimientos. A pesar de los avances en el tratamiento de las fisuras primarias debido a las mejoras en la técnica quirúrgica y el manejo multidisciplinario, las deformidades secundarias aún son comunes y por lo general su corrección presenta un reto más grande. El conocer la incidencia de las secuelas del mismo, así como determinar el tratamiento correctivo permitirá mejorar la calidad de vida, así como la apariencia del paciente y con esto su autoestima y desenvolvimiento ante la sociedad. Se realizó una búsqueda de literatura en diversas bibliotecas digitales y no se encontraron reportes relacionados al tema en nuestro país.

Objetivo: Determinar los tipos de secuelas anatómicas labiales en los pacientes con antecedente de tratamiento quirúrgico primario de fisuras labiopalatinas unilaterales en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del 2013 al 2016 en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se utilizó la base de datos del Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de donde se obtuvieron los expedientes de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el período comprendido de 2013 a 2016, que contaban con expedientes con registros de quirófano completo y que hubieran sido operados de Queiloplastia unilateral. Se realizó una base de datos donde se incluyeron 32 expedientes en los cuales se evaluaron las siguientes variables de forma pre y posquirúrgica: calidad de cicatriz (buena, regular, mala), forma de cicatriz (recta, curva, "Z"), Discrepancias en cantidad de tejido (corto, largo, estrecho, adecuado), reborde mucocutáneo (alineado, no alineado), deformidad en silbido (presente, ausente), músculo (unido, no unido), piso nasal (abierto, cerrado), Punta nasal (desviada, no desviada), columnela (desviada, no desviada), narinas (simétricas, asimétricas). Para la estadística se utilizó el programa SPSS v25.

Resultados: Se obtuvieron un total de 32 expedientes, de los cuales 15 (46.9%) eran del sexo masculino y 17 (53.1%) eran del sexo femenino. De forma preoperatoria, 16 pacientes (50%) presentaron una calidad de cicatriz buena, 10 pacientes (31.3%) presentaron una calidad de cicatriz regular y 6 pacientes (18.8%) presentaron una calidad de cicatriz mala; comparado con el postoperatorio se encontró que 16 pacientes (50%) mantuvieron la buena calidad en la cicatriz, 13 pacientes (40.6%) presentaron calidad de cicatriz regular y solamente 2 pacientes (6.3%) presentaron una calidad de cicatriz mala. Respecto a la forma de la cicatriz, de manera preoperatoria, 12 pacientes (37.5%) presentaron forma recta, 16 pacientes (50%) presentaron forma curva y 4 pacientes (12.5%) presentaron cicatriz en forma de Z; en la evaluación postoperatoria, 7 pacientes (21.9%) presentaron forma recta, 24 pacientes (75%) presentaron forma curva y sólo 1 paciente (3.1%) forma en Z. Respecto a las discrepancias en la cantidad del tejido, en el preoperatorio, 23 pacientes

(71.9%) presentaron labio corto, 1 paciente (3.1%) presentó labio largo, 8 pacientes (25%) presentaron proporción adecuada, y ningún paciente (0%) presentó labio estrecho; comparado con el postoperatorio en el que 3 pacientes (9.4%) presentaron labio corto, 7 pacientes (21.9%) largo, 22 pacientes (68.6%) proporción adecuada y ningún paciente presentó labio estrecho (0%). En la evaluación del reborde mucocutáneo, se encontró en el preoperatorio que 10 pacientes (31.1%) lo tenían alineado y 22 pacientes (68.6%) no alineado; comparado con el postoperatorio se encontraron 28 pacientes (87.5%) con el reborde mucocutaneo alineado y 4 pacientes (12.5%) no alineado. Para la deformidad en silbido, en el preoperatorio se encontraron 20 pacientes (62.5%) que la presentaban y 12 pacientes (37.5%) que no la presentaban; en el postoperatorio se encontraron sólo 3 pacientes (9.4%) con deformidad en silbido y 29 pacientes (90.6%) que no la presentaban. En la evaluación preoperatoria del músculo, 5 pacientes (15.6%) tenían el músculo orbicular unido y 27 pacientes (84.4%) no lo tenían unido; comparado con el postoperatorio se encontraron 30 pacientes (93.8%) con músculo unido y sólo 2 pacientes (6.3%) con el músculo no unido. En la evaluación preoperatoria del piso nasal, 24 pacientes (75%) presentaron piso nasal abierto y 8 pacientes (25%) cerrado; en el postoperatorio se logró cerrar el piso nasal en los 32 pacientes (100%). Respecto a la punta nasal, en el preoperatorio, 29 pacientes (90.6%) tenían la punta nasal desviada y 3 pacientes (9.4%) la tenían central; en el postoperatorio 21 pacientes (65.5%) presentaron punta nasal desviada y 11 pacientes (34.3%) presentaron punta nasal central. En la evaluación de la columnela de manera preoperatoria, se encontró que 31 pacientes (96.9%) presentaron la columnela desviada y sólo 1 paciente (3.1%) tenía columnela central; en el postoperatorio 25 pacientes (78.1%) presentaron columnela desviada y 7 pacientes (21.9%) central. En la evaluación de la simetría de las narinas, en el preoperatorio 2 pacientes (6.3%) presentaron narinas simétricas y 30 pacientes (93.8%) presentaron asimetría; en el postoperatorio 7 pacientes (21.9%) presentaron simetría de narinas y 25 pacientes (78.1%) presentaron asimetría.

Conclusión: En este estudio identificamos las secuelas que presentan los pacientes de la Clínica de Labio y Paladar Hendido del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". La secuela más frecuente fue la columnela desviada, en un 96%, sin embargo, en los resultados posquirúrgicos, un 78.1% persistió con columnela desviada. El piso nasal abierto, lo presentaron el 75% de los pacientes y fue la secuela que se corrigió en un 100% de los pacientes. Se pretende que este estudio marque la pauta para que, una vez identificadas las secuelas y su frecuencia, se pueda establecer una guía de tratamiento quirúrgico.

2. INTRODUCCIÓN

Las fisuras del labio y el paladar están entre las anomalías congénitas más comunes y afectan el aspecto físico, lenguaje, audición, dentición, crecimiento maxilo-mandibular así como el bienestar psicológico del paciente. Éstas resultan de una falla

en la fusión de las prominencias maxilares y nasales mediales en la semana 4-6 de gestación. ⁽¹⁾ Las fisuras se clasifican en: Fisuras de paladar primario, secundario (duro y/o blando) o de ambos, éstas pueden ser bilaterales o unilaterales ya sean derechas o izquierdas, completas o incompletas que se diagnostican clínicamente ^(2,3).

Los reportes internacionales hacen referencia a que 1: 750 nacidos vivos presentan fisura facial ⁽²⁾ y 1:600 a 1000 nacidos vivos presentan fisuras labiopalatinas ^(1,4,5), por su parte los reportes nacionales refieren una prevalencia de 11 a 15 por cada 10,000 nacimientos ^(6,7).

A pesar del refinamiento en las técnicas quirúrgicas y la creación de grupos multidisciplinarios, la mayoría de los pacientes con labio y paladar hendidos requieren más de una operación para una corrección total. De los pacientes sometidos a reparación primaria de fisura de labio, entre un 29-64% necesitarán un procedimiento secundario. Sin embargo las secuelas no siempre son resultado de una falla quirúrgica en la operación inicial, en este sentido entran factores como carga genética del paciente, infecciones o complicaciones como hematomas ^(8,9).

Se debe realizar una evaluación preoperatoria diagnóstica y sistemática de la alteración anatómica, funcional y estética de cada paciente para así individualizar el tratamiento correctivo. ^(8,10)

Las deformidades secundarias del labio se encuentran complicadas por cicatrices, anatomía distorsionada y altas expectativas de los pacientes. Es fundamental realizar una evaluación sistemática y realizar un plan quirúrgico adecuado que preferentemente minimice el número total de cirugías que requerirá el paciente ⁽¹⁰⁾.

Se deben tomar en cuenta las siguientes variables:

- Elementos anatómicos: Determinar qué componentes son normales y deben preservarse y cuáles son anormales y deben corregirse. Se debe realizar evaluación en reposo y en movimiento.
- Deformidades residuales: Determinar si son elementos no corregidos de la deformidad original, recurrencias o iatrogenias.
- Metas quirúrgicas realistas
- Tiempo de la cirugía: Determinar la edad en la cual el paciente se beneficia de la cirugía, el mejor tiempo desde el punto de vista técnico y cuándo se interfiere menos con el crecimiento normal.

Las deformidades residuales a la reparación primaria pueden ser el resultado de cicatrices no satisfactorias, tejido mal alineado, deficiencia o exceso de tejido o bien, una combinación de todo lo anterior. La severidad de la deformidad determina la extensión de la revisión. ⁽¹⁰⁾

Millard enfatiza que de los 8 a los 18 años las cirugías son seguidas de una reacción exagerada, con períodos más largos de eritema e hipertrofia por lo que sugiere abstenerse de realizar revisiones durante estos años. ^(11,12)

Los elementos a evaluar son:

- Cicatrices
 - Calidad
 - Forma
- Discrepancias en la cantidad de tejido
 - Exceso vertical (labio largo)
 - Déficit vertical (labio corto)
 - Déficit horizontal
 - Base nasal
 - Narinas simétricas/asimétricas
- Deformidades en el arco de Cupido
 - Adecuada alineación del reborde mucocutáneo
- Alteraciones en el bermellón
 - Deformidad en silbido
- Alteraciones en el músculo orbicular de los labios
 - Disrupción muscular
- Piso nasal
 - Abierto/cerrado

Las cicatrices de mala calidad pueden resultar de un manejo deficiente de los tejidos o en algunos pacientes sin una razón aparente. La hipertrofia y eritema de la cicatriz suele disminuir durante el primer año posoperatorio sin la necesidad de intervenciones sucesivas, por este motivo, consideramos las secuelas después del año de la intervención quirúrgica, una vez que el proceso de cicatrización ha concluido. Las técnicas de revisión superficiales pueden ser suficientes para la corrección de alteraciones mínimas, sin embargo en deformidades mayores puede ser necesario reabrir el labio y realizar una reparación de los elementos musculares y cutáneos.

Pueden existir cantidades de tejido desproporcionadas que son el resultado de una mala distribución vertical (labio largo o corto), déficit horizontal o alteraciones en la base nasal y narinas.

Las deformidades en el arco de Cupido involucran ausencia de los picos del bermellón y/o asimetrías en el reborde mucocutáneo. Una mala alineación del reborde mucocutáneo tan pequeña como de 1 mm es evidente. Deformidades severas por lo general requieren un nuevo procedimiento de rotación y avance para su corrección.

Las alteraciones en el bermellón pueden ser resultado de una mala alineación, exceso o más comúnmente déficit de tejido. La falta de volumen en el bermellón, puede producir una muesca en el borde libre del mismo, en el sitio de la reparación primaria. Esta deformidad es conocida como deformidad en silbido.

La reconstrucción del músculo orbicular es un componente crítico de la reparación primaria del labio, por lo que si no se realiza adecuadamente u ocurre dehiscencia, resulta en un abultamiento lateral, depresión central y asimetrías que se acentúan con el movimiento. ⁽¹⁰⁾

Tratamiento: Las deformidades mínimas se pueden corregir con escisión de la cicatriz, liberación de inserciones musculares anormales y miorrafia. Las deformidades severas requieren de realizar una nueva rotación y avance (método utilizado comúnmente en nuestro servicio). ⁽¹³⁾

La hendidura del piso nasal se extiende al músculo orbicular, afecta espina nasal, el alar y existe una desigualdad en la plataforma maxilar ocasionando una inclinación nasal asimétrica. Anteriormente, la técnica más utilizada para cerrar el piso nasal era el colgajo vomeriano, presentando una alta tasa incidencia de fistulas oronasales del 30%. En 1994 se inició el uso del cierre anatómico del piso nasal, presentando menor incidencia de fistulas nasovestibulares y mejoría estética importante en la simetría de la base de las narinas. Es fundamental determinar si el paciente presenta piso nasal abierto o cerrado. ⁽¹⁴⁾

Por lo anteriormente expuesto, se realizó el siguiente planteamiento del problema: ¿Cuáles son los tipos de secuelas anatómicas labiales en los pacientes con antecedente de tratamiento quirúrgico primario de fisuras labiopalatinas unilaterales en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González"? El objetivo principal del estudio es el determinar los tipos de secuelas anatómicas labiales en los pacientes con antecedente de tratamiento quirúrgico primario de fisuras labiopalatinas unilaterales en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del 2013 al 2016 en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se utilizó la base de datos del Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de donde se obtuvieron los expedientes de

pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica y reconstructiva del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el período comprendido de 2013 a 2016, que contaban con expedientes con registros de quirófano completo y que hubieran sido operados de Queiloplastia unilateral. Se realizó una base de datos donde se incluyeron 32 expedientes en los cuales se evaluaron las siguientes variables de forma pre y posquirúrgica: calidad de cicatriz (buena, regular, mala), forma de cicatriz (recta, curva, "Z"), Discrepancias en cantidad de tejido (corto, largo, estrecho, adecuado), reborde mucocutáneo (alineado, no alineado), deformidad en silbido (presente, ausente), músculo (unido, no unido), piso nasal (abierto, cerrado), Punta nasal (desviada, no desviada), columnela (desviada, no desviada), narinas (simétricas, asimétricas). Para la estadística se utilizó el programa SPSS v25.

4. RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 32 expedientes, de los cuales 15 (46.9%) eran del sexo masculino y 17 (53.1%) eran del sexo femenino. El diagnóstico fue de labio y paladar hendido derecho en 12 pacientes (37.5%), labio y paladar hendido izquierdo en 13 (40.6%), labio hendido derecho en 5 (15.6%) y labio hendido izquierdo 2(6.3%).(Fig. 1) De forma preoperatoria, 16 pacientes (50%) presentaron una calidad de cicatriz buena, 10 pacientes (31.3%) presentaron una calidad de cicatriz regular y 6 pacientes (18.8%) presentaron una calidad de cicatriz mala; comparado con el postoperatorio se encontró que 16 pacientes (50%) mantuvieron la buena calidad en la cicatriz, 13 pacientes (40.6%) presentaron calidad de cicatriz regular y solamente 2 pacientes (6.3%) presentaron una calidad de cicatriz mala. Respecto a la forma de la cicatriz, de manera preoperatoria, 12 pacientes (37.5%) presentaron forma recta, 16 pacientes (50%) presentaron forma curva y 4 pacientes (12.5%) presentaron cicatriz en forma de Z; en la evaluación postoperatoria, 7 pacientes (21.9%) presentaron forma recta, 24 pacientes (75%) presentaron forma curva y sólo 1 paciente (3.1%) forma en Z.

Respecto a las discrepancias en la cantidad del tejido, en el preoperatorio, 23 pacientes (71.9%) presentaron labio corto, 1 paciente (3.1%) presentó labio largo, 8 pacientes (25%) presentaron proporción adecuada, y ningún paciente (0%) presentó labio estrecho; comparado con el postoperatorio en el que 3 pacientes (9.4%) presentaron labio corto, 7 pacientes (21.9%) largo, 22 pacientes (68.6%) proporción adecuada y ningún paciente presentó labio estrecho (0%). En la evaluación del reborde mucocutáneo, se encontró en el preoperatorio que 10 pacientes (31.1%) lo tenían alineado y 22 pacientes (68.6%) no alineado; comparado con el postoperatorio se encontraron 28 pacientes (87.5%) con el reborde mucocutaneo alineado y 4 pacientes (12.5%) no alineado (Fig.2). Para la deformidad en silbido, en el preoperatorio se encontraron 20 pacientes (62.5%) que la presentaban y 12 pacientes (37.5%) que no la presentaban; en el postoperatorio se encontraron sólo 3 pacientes (9.4%) con deformidad en silbido y 29 pacientes (90.6%) que no la presentaban. (Fig. 3) En la evaluación preoperatoria del músculo, 5 pacientes (15.6%) tenían el músculo orbicular unido y 27 pacientes (84.4%) no lo tenían unido; comparado con el postoperatorio se encontraron 30 pacientes (93.8%) con músculo unido y sólo 2 pacientes (6.3%) con el músculo no unido.

(Fig. 4)

En la evaluación preoperatoria del piso nasal, 24 pacientes (75%) presentaron piso nasal abierto y 8 pacientes (25%) cerrado; en el postoperatorio se logró cerrar el piso nasal en los 32 pacientes (100%). (Fig. 5)

Respecto a la punta nasal, en el preoperatorio, 29 pacientes (90.6%) tenían la punta nasal desviada y 3 pacientes (9.4%) la tenían central; en el postoperatorio 21 pacientes (65.5%) presentaron punta nasal desviada y 11 pacientes (34.3%) presentaron punta nasal central. En la evaluación de la columnela de manera preoperatoria, se encontró que 31 pacientes (96.9%) presentaron la columnela desviada y sólo 1 paciente (3.1%) tenía columnela central; en el postoperatorio 25 pacientes (78.1%) presentaron columnela desviada y 7 pacientes (21.9%) central. En la evaluación de la simetría de las narinas, en el preoperatorio 2 pacientes (6.3%) presentaron narinas simétricas y 30 pacientes (93.8%) presentaron asimetría; en el postoperatorio 7 pacientes (21.9%) presentaron simetría de narinas y 25 pacientes (78.1%) presentaron asimetría.

5. DISCUSIÓN

Si bien la mejor oportunidad de obtener un mejor resultado en la cirugía de labio hendido se tiene en el procedimiento primario, en casos seleccionados se indica la corrección secundaria para mejorar aspectos estéticos y funcionales. En este estudio identificamos las secuelas que presentan los pacientes de la Clínica de Labio y Paladar Hendido del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". La secuela más frecuente fue la columnela desviada, en un 96%, sin embargo, en los resultados posquirúrgicos, un 78.1% persistió con columnela desviada. El piso nasal abierto, lo presentaron el 75% de los pacientes y fue la secuela que se corrigió en un 100% de los pacientes. El labio estrecho fue la secuela que ningún paciente presentó en nuestro estudio. En estudios realizados previamente como el Americleft Project no se encontró una mejoría significativa comparando a los pacientes que únicamente recibieron tratamiento quirúrgico primario con los que recibieron tratamiento secundario, concluyéndose que se requiere una mayor evaluación de la efectividad de la cirugía secundaria de labio. Resultados similares fueron encontrados en el Eurocleft Study. En nuestro estudio describimos entonces las secuelas más frecuentemente encontradas en los pacientes con fisuras labiopalatinas unilaterales, demostrando que es una patología que aún presenta muchas deficiencias en la calidad del manejo quirúrgico.

6. CONCLUSIÓN

Como se evidencia en este estudio, las secuelas anatómicas de la corrección quirúrgica del labio y paladar hendido tienen una alta frecuencia y al ser ésta una institución de referencia a nivel nacional, estamos expuestos a pacientes con resultados subóptimos referidos de otras regiones del país e instituciones no especializadas. Se pretende que este estudio marque la pauta para que, una vez identificadas las secuelas y su frecuencia, se pueda establecer una guía de tratamiento quirúrgico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brian C. The management of cleft lip and palate. *Current Paediatrics* 2002; 12: 43-50.
2. Way L. Diagnóstico y tratamientos quirúrgicos. Ed. Manual moderno 8ª edición, 2003 impreso en México, pp. 1091, 1395-1398, 1481, 1419.
3. James K. Avery *Essentials of Oral Histology and Embriology*. Ed. Mosby 3ª edición 2006, Canadá pp. 51-61.
4. Sapp P. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. Ed. Mosby 2ª edición 2004 Missouri St. Louis, pp. 33-36.
5. Tetsuji T. Cirugía de labio y paladar hendido en el Hospital General de Ensenada, BCN. *Cir. & cir* 1996 nov.-dic. 64(6):171-4.
6. Arrendares S, Lisker. Análisis genético del labio y paladar hendido solo. Estudio en población mexicana. *Rev Invest Clin* 1974;26:317.
7. Trigós-Micoló I, Guzmán ME, López-Figueroa. Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. *Cirugía Plástica* 2003;13(1):35-39.
8. Cohen M. Residual deformities after repair of clefts of the lip and palate. *Clin Plast Surg* 2005; 31:331.
9. Sitzman Tj, Mara CA, Long RE, Russel KA, Mercado AM, et al. The Americleft Project: Burden of Care from Secondary Surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015;3:e442.
10. Gosman AA. Cleft Lip and Palate II: Surgical Management. *Selected Readings in Plastic Surgery* 2007; 10(16): 58-68.
11. Millard DR Jr: *Cleft Craft—The Evolution of Its Surgery*. I: The Unilateral Deformity. Boston, Little Brown, 1976.
12. Cohen M: Residual deformities after repair of clefts of the lip and palate. *Clin Plast Surg* 31:331, 2004.
13. Stal S, Spira M: Secondary reconstructive procedures for patients with clefts. In: Serafin D, Georgiade NG (eds), *Pediatric Plastic Surgery*. St Louis, CV Mosby, 1984. Vol 1, Ch 23, p 352.
14. Pérez-González A, Ayuso-Arce A, Hernández Arrazola D, Cantú Barrón-Zacarías OI. Cierre del piso nasal en pacientes con fisura de paladar primario unilateral con técnica de cierre anatómico de piso nasal. *Rev Mex Cir Ped* 2005; 12(4): 185-194.

8. FIGURAS

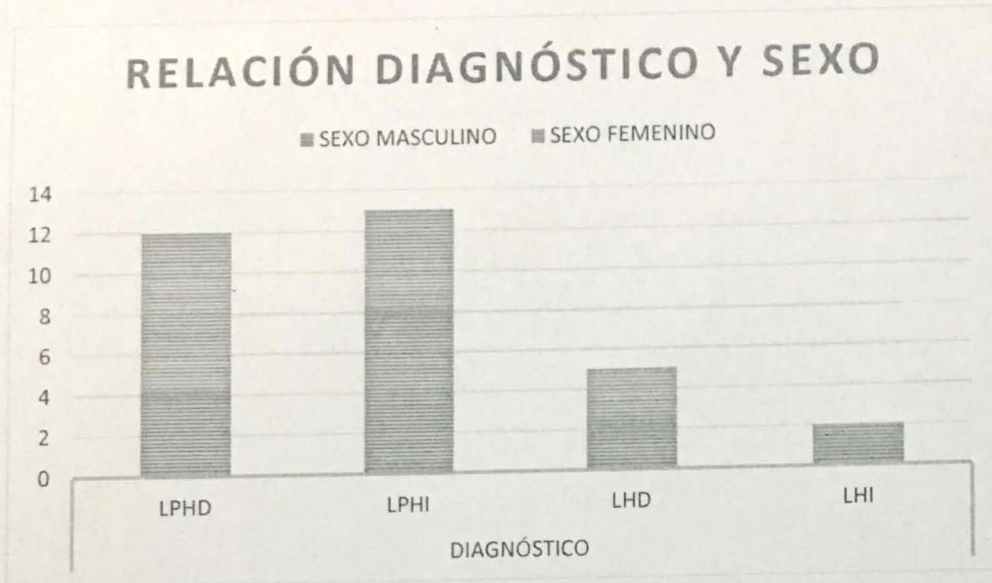


Fig.1 Relación Diagnóstico/Sexo.

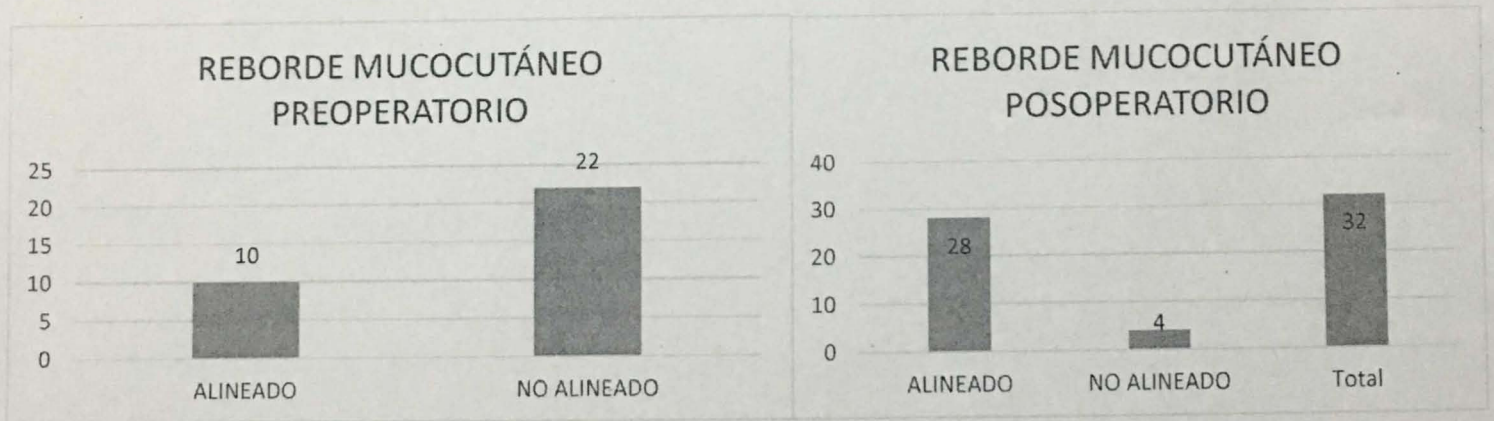


Fig. 2 Comparación de Alineación de Reborde Mucocutáneo pre y posoperatorio.

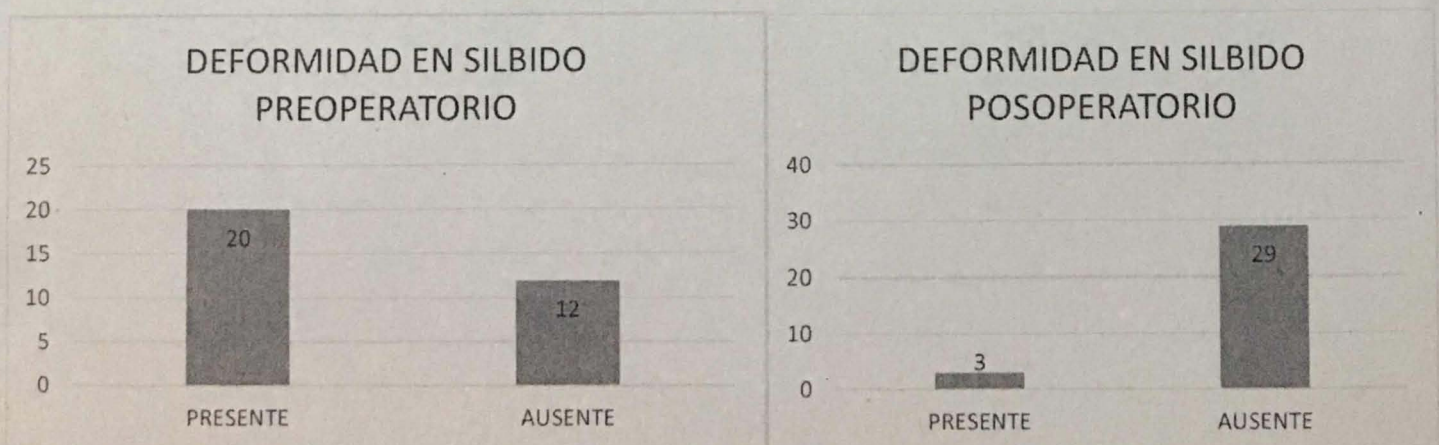


Fig. 3 Comparación de presencia de Deformidad en silbido pre y posoperatorio.

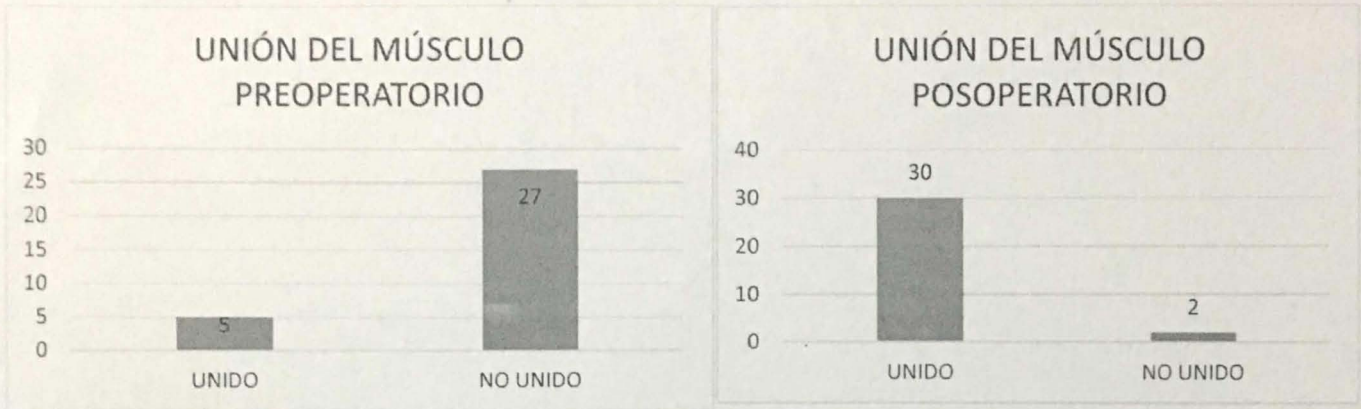


Fig. 4 Comparación de la unión del músculo orbicular de los labios pre y posoperatorio.

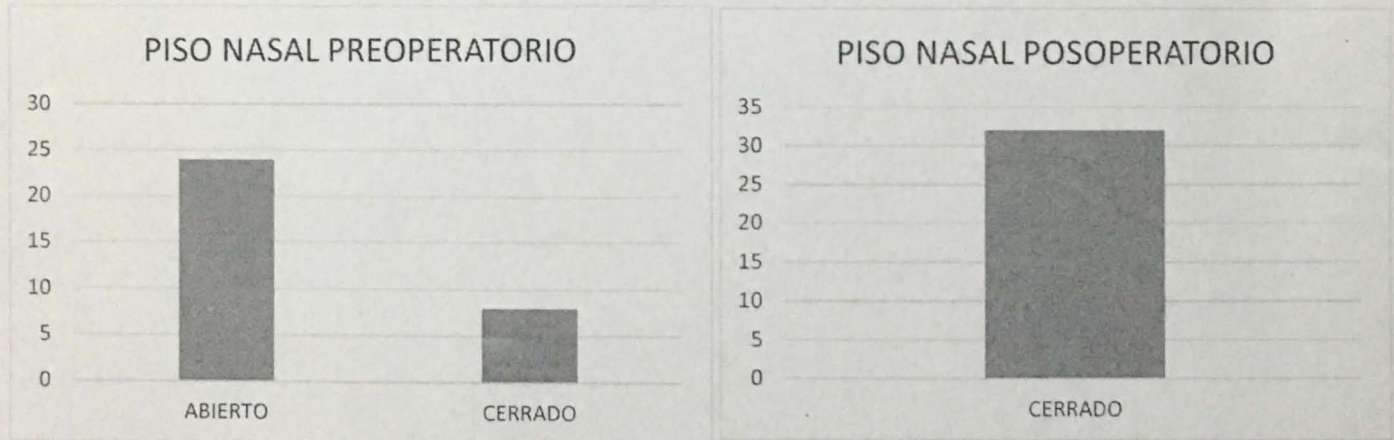


Fig. 5 Comparación del estado del piso nasal pre y posoperatorio.