

Nuevo método para cirugía del labio hendido

Dr. José Mena Olalde*

RESUMEN

Las técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del labio hendido han evolucionado hasta nuestros días buscando resultados estéticos cada vez más satisfactorios, con el mínimo de secuelas estéticas o funcionales. Cada cirujano dedicado especialmente al tratamiento de esta malformación elige en cada caso en particular la técnica quirúrgica con la que se encuentra más familiarizado o bien con la que espera los mejores resultados de acuerdo con las condiciones del paciente. Esto ha llevado a la búsqueda de una técnica que reduzca la cicatriz quirúrgica con resultados buenos tanto del punto de vista funcional como estético. La técnica que se propone ha dado resultados buenos en este sentido, dejando una cicatriz vertical a nivel del filtrum y elimina las cicatrices en la base del ala nasal.

Palabras clave: Cirugía del labio hendido, nueva técnica.

INTRODUCCIÓN

Los labios en el ser humano son parte importante del proceso de comunicación a través de la expresión oral y mímica. Asimismo forman parte de la sensualidad y sexualidad, incluso de la mercadotecnia, como ejemplo muchas de las marcas de cosméticos a través de modelos e imágenes publicitarias, proyectan sus productos como lápices labiales al mercado femenino.

El labio hendido es una malformación congénita muy frecuente, siempre que ésta se presenta es motivo de consternación en una familia, así como de cambios importantes en la dinámica familiar, debido a la secuencia en el tratamiento integral de esta malformación.

SUMMARY

Surgical techniques for cleft lip and palate reconstruction have developed to get satisfactory aesthetic results with the minimum of functional and aesthetics sequels to this day. Each surgeon devoted specially to the treatment of this malformation chooses the technique that he is more familiar with or the one that yields the best results according to the patient's conditions. This has led to the search of a technique that reduces scar surgery with good aesthetic and functional results. The technique that is proposed has produced the best results leaving a vertical scar at the filtrum eliminating the scars at the base of the nose.

Key words: Cleft lip surgery, new technique.

Se debe considerar que la cirugía primaria del labio hendido es la primera y única oportunidad que tiene el niño para tener buenos resultados en el proceso quirúrgico y posteriormente. Es por esta razón que el cirujano actual que se dedica al tratamiento quirúrgico de esta malformación debe contar con amplia experiencia, conocimiento anatómico y de las técnicas quirúrgicas para reconstruir anatómicamente y funcionalmente el labio hendido.

ANTECEDENTES

La malformación del labio es tan antigua como la misma humanidad, ya lo describe Skoog,¹ en 1969, basado en una estatuilla de barro que data del siglo IV a. C. encontrada en el antiguo Corinto. En México, también se han encontrado vestigios de cerámica que datan del siglo I d. C. y 1,500 años a. C., según reportes de Ortiz Monasterio.^{2,3}

Desde el punto de vista quirúrgico a través de la historia, han sido muchos los cirujanos interesados

* Jefe del Servicio de Cirugía Reconstructiva. Hospital Infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos". Presidente de la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneocefálicas 2006-2008.

en el tratamiento de esta malformación, lo cual documenta Kurzer,⁴ en su magnífica revisión histórica. Así, hasta nuestros días se han descrito diferentes técnicas para la reparación del labio hendido, con la finalidad de lograr restablecer anatómica y funcionalmente la integridad del labio congénitamente alterado.

El autor, en un principio en su propia evolución en el tratamiento quirúrgico del labio hendido, realizó el cierre de labio unilateral siguiendo el principio quirúrgico de la técnica de Tennison,⁵ la cual abandonó por considerar que ésta deja una cicatriz quirúrgica que rompe con la columna del filtrum del lado fisurado. En este proceso evolutivo, posteriormente y durante muchos años ha utilizado los conceptos de las técnicas de Millard,⁶⁻⁹ tanto para la reparación de fisuras completas e incompletas con grados mayores o menores de afectación, incluso para la cirugía del labio hendido bilateral en dos tiempos. Actualmente, motivado por la finalidad que todo cirujano plástico debe tener al realizar cualquier procedimiento quirúrgico, como es la restauración de la apariencia física y funcional lo mejor posible, así como de retornar al paciente a su vida productiva con el mínimo de secuelas estéticas o funcionales, el autor ha buscado la manera de reducir las cicatrices resultantes en esta cirugía, procurando que éstas se localicen de manera anatómica y que el paciente quede funcionalmente en óptimas condiciones. En esta constante búsqueda es que cree haber encontrado una nueva variante y por ello propone la técnica que se describe a continuación, la cual puede realizarse y aplicarse en cualquiera de las variantes del labio hendido, sea unilateral

completo o incompleto, o en fisuras bilaterales, con la salvedad de que en esos casos se efectúa en dos tiempos quirúrgicos por el temor de desvascularizar a los tejidos blandos de la premaxila.

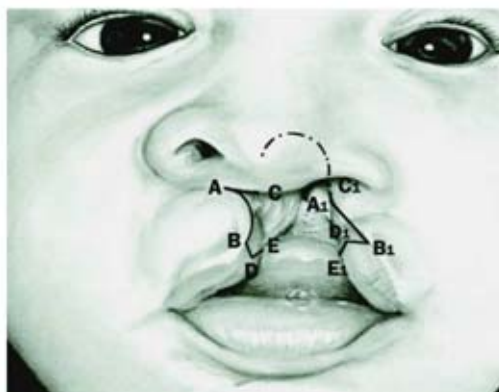
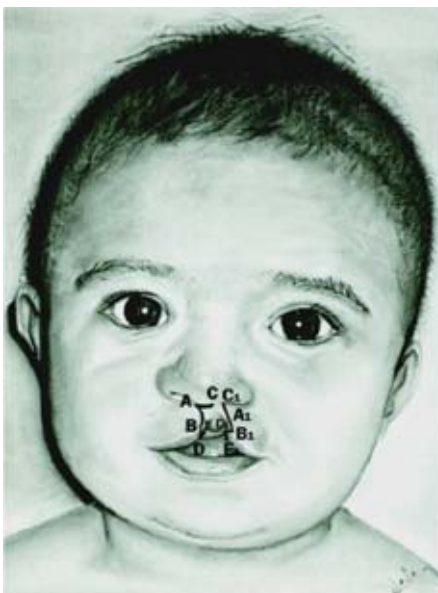
El objetivo de este trabajo es proponer una nueva variante técnica con la que se obtienen resultados muy satisfactorios.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestra experiencia con esta técnica incluye a 49 pacientes portadores de diversas fisuras, tanto de labio unilateral completo o incompleto, y fisuras bilaterales, intervenidos quirúrgicamente a partir de los tres meses de edad: 35 del sexo masculino y 14 del femenino; 21 con fisura derecha, 23 izquierda, y 5 bilateral. Fisura completa en 33 e incompleta en 16. El seguimiento mayor fue a dos años en los primeros casos.

Se intervinieron quirúrgicamente bajo anestesia general inhalatoria. En dichas condiciones se inició con la marcación quirúrgica considerando los tradicionales puntos de referencia,⁶⁻⁹ como en cualquier técnica quirúrgica para la reparación del labio, independientemente de ser una fisura incompleta o completa. Es importante considerar la longitud de la comisura al punto más alto de la columna del filtrum que forma el arco de cupido del lado no fisurado y la distancia de la comisura al punto que formará la columna externa del arco de cupido del lado fisurado. Para esta técnica se marcan los siguientes puntos (*Figuras 1 y 2*):

- Base de columela parte media de la columna del filtrum del lado no fisurado del labio.
- Parte más alta del arco de cupido sobre el borde cutáneo mucoso en el hemilabio interno.
- Base de columela en el lado de la fisura.



Figuras 1 y 2. Puntos de marcación de la técnica.

- D. Línea media del espesor del labio oblicuamente a los puntos B-E.
- E. Borde interno del espesor del labio perpendicular al punto B.
- A₁. Borde cutáneo mucoso del hemilabio externo a una distancia de C₁, igual a los puntos A-C.
- B₁. Borde cutáneo mucoso a una distancia de la comisura igual que de la comisura al punto más alto de la columna que forma el arco de cupido del labio del lado contrario.
- C₁. Base de ala nasal del lado figurado.
- D₁. Sobre la línea media del espesor del hemilabio externo formando colgajo triangular oblicuamente a B₁-E₁.

- E₁. Borde interno del espesor del hemilabio externo perpendicular a B₁.

Sin infiltrar vasoconstrictores se inician los cortes con incisiones en bloque con bisturí número 15, uniendo los puntos A-E. Se hace lo mismo con los puntos A₁-E₁. Para facilitar la maniobra, es importante que el ayudante mantenga tenso el labio con retractor de piel fino (*Figura 3*).

A continuación se realiza bilateralmente una disección generosa de las fibras del músculo orbicular en ambos lados, tanto de la piel como de la mucosa (*Figura 4*).



Figura 3. Es importante que el ayudante mantenga tenso el labio con retractor de piel fino.



Figura 4. Disección de las fibras del músculo orbicular en ambos lados.



Figura 5. Se restablece la continuidad anatómica de las fibras disecadas con sutura absorbible.



Figura 6. El labio queda sin tensión alguna y la sutura de la piel se realiza sin dificultad.

Efectuada la hemostasia requerida se inicia la sutura muscular, restableciendo la continuidad anatómica de las fibras disecadas, con sutura absorbible 5-0 (*Figura 5*).

Una vez realizada totalmente de manera convencional la sutura del músculo, el labio debe quedar sin tensión alguna, por lo cual la sutura de la piel se realiza sin dificultad, recomendándose dar el primer punto de sutura con nylon 6-0 en el borde cutáneo mucoso que corresponde esquemáticamente a los puntos B-B'. El segundo punto que se debe suturar es la base nasal, correspondiente a los puntos C-C'. A continuación los puntos A-A' (*Figura 6*). Al término de este procedimiento la resultante es una línea arciforme, la cual, debido a la disección de la piel con respecto al músculo, puede ser compensada para dejar una línea recta que semeje la columna del filtrum del lado contrario (*Figuras 7 y 8*). La piel se afrontará automáticamente y sin tensión.

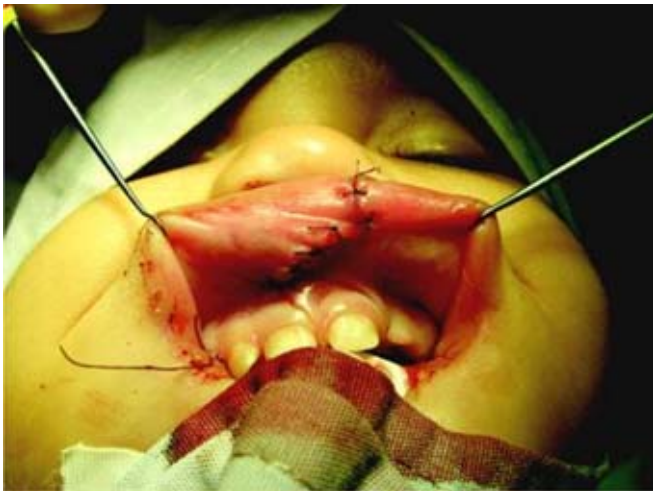


Figura 7. La resultante es una línea arciforme.



Figura 8. La disección de la piel puede ser compensada para dejar una línea recta que semeje la columna del filtrum del lado contrario.



Figura 9.

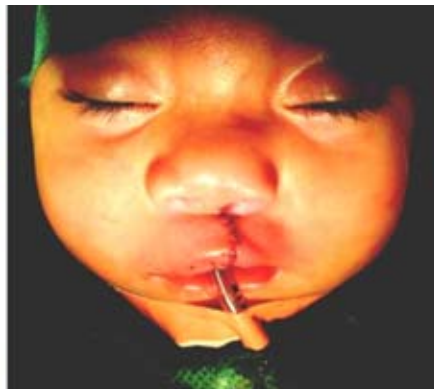


Figura 10.

Figuras 9 y 10. Paciente con fisura unilateral izquierda completa con deformidad nasal importante. Preoperatorio y posoperatorio inmediato.

Finalmente, la sutura de la mucosa se realiza con sutura absorbible 6-0. Se evita el cierre vertical con el objeto de no favorecer la retracción cicatricial, teniendo una resultante (*Figuras 9 y 10*). El resto de la sutura cutánea se puede realizar con suturas removibles 6-0, que se retiran a los cuatro o cinco días, o bien se pueden utilizar suturas adhesivas como las descritas por León.¹⁰

En los casos bilaterales, la cirugía se realizó en dos tiempos separados, para tratar primero un lado y posteriormente el otro. En todos los pacientes se aplicó la secuencia arriba anotada sin incidentes ni accidentes transoperatorios.

RESULTADOS

En todos los casos, independientemente del tipo de fisura, se obtuvieron resultados muy satisfactorios. La



Figura 11.



Figura 12.



Figura 13.

Figuras 11, 12 y 13. Paciente con fisura bilateral incompleta asimétrica. Reconstrucción en dos tiempos. Preoperatorio y posoperatorio inmediato.



Figura 14.



Figura 15.

Figuras 14 y 15. Paciente con fisura unilateral completa derecha y moderada deformidad nasal. Preoperatorio, posoperatorio a dos años.



Figura 16.



Figura 17.

Figuras 16 y 17. Paciente con fisura incompleta derecha. Preoperatorio y posoperatorio a 6 meses.



Figura 18.



Figura 19.

Figuras 18 y 19. Paciente con fisura unilateral completa derecha y deformidad de ala nasal. Preoperatorio y posoperatorio inmediato. Deformidad nasal corregida.

cicatriz labial resultante fue la esperada, ya que en todos los casos se logró que coincidiera con la columna del filtrum, lo cual hace que sea menos notoria (Figuras 11 a 19).

DISCUSIÓN

En la corrección quirúrgica del labio hendido unilateral se han utilizado tradicionalmente diversas técnicas quirúrgicas, primordialmente las descritas por Tennison y Randall,⁵ o la de rotación y avance de Millard,⁶⁻⁹ que en nuestras manos han tenido aceptables resultados en general; sin embargo, sabemos que cada una de ellas tiene ventajas y desventajas. La primera introduce un colgajo triangular hacia la línea media, con lo que se rompe la continuidad del filtrum, dejando un estigma permanente muy visible, y a largo plazo produce un labio potencialmente largo en el lado afectado, por lo que su aplicación es cada vez menos frecuente. En la técnica de rotación y avance se producen cicatrices visibles y permanentes en el piso de la nariz y en la base del ala afectada, que ahora se pueden evitar. Con la técnica presentada, al no efectuar cortes en dichas áreas, no tenemos estas cicatrices. Por este simple hecho, consideramos que se justifica la existencia y aplicación de esta nueva variante.

Por otro lado, desde 1979 se ha manejado internacionalmente el concepto de tratamiento integral

temprano del paladar primario,¹¹ en el que se hace énfasis en una reparación simultánea del labio y la nariz (queilonasoplastia). Este concepto varió con el tiempo desde las incisiones externas,¹² hasta llegar a la corrección nasal interna más utilizada, descrita por Mc Comb.¹³

Con dicha técnica, habitualmente se tuvieron buenos resultados y una gran mejoría de la deformidad nasal propia del padecimiento.

Con la variante ahora presentada, demostramos que también es factible obtener buenos resultados, que para lograrlos hemos efectuado algunas modificaciones a la técnica de Mc Comb.

El aporte más significativo de esta variante es el de obtener labios naturales con mucha menos cicatriz y las inevitables cicatrices quedan colocadas en una posición anatómica que las hace ser menos aparentes.

CONCLUSIONES

La técnica presentada es una variante más con la que pueden contar los cirujanos. Su ejecución no es más complicada y facilita la reparación anatómica. Se tienen menos cicatrices quirúrgicas en la base de la nariz, pero sobre todo, colocadas en el filtrum, con lo cual al paso del tiempo, se hacen menos aparentes que las obtenidas con la clásica técnica de Millard.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skoog T. A head from ancient Corinth. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1969; 3: 49.
2. Ortiz Monasterio F, Serrano RA. *Cultural aspects of cleft lip and palate treatment*. In: Grabb WC, Rosenstein SW, Bzoch KR (ed): Cleft lip and palate. Surgical, dental and speech defects. Boston: Little Brown, 1971.
3. Ortiz Monasterio F. The pre-Columbian world seen through the eyes of a plastic surgeon. *Plast Surg News* 1983; 8: 194.
4. Kurzer A. *Aspectos históricos del labio y paladar hendidos*. En: Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, 2ª Ed. Masson-Salvat 1994: 1521-1524.
5. Tennison CW. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method. *Plast Reconstr Surg* 1952; 9: 115.
6. Millard DR Jr. A radical rotation in single harelip. *Amer J Surg* 1958; 95: 318.
7. Millard DR Jr. Complete unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1960; 25: 595.
8. Millard DR Jr. Refinements in rotation-advancement cleft lip technique. *Plast Reconstr Surg* 1964; 33: 26.
9. Millard DR Jr. Closure of bilateral cleft lip and elongation of columella by two operations in infancy. *Plast Reconstr Surg* 1971; 47: 324.
10. León PJA. Cierre del labio hendido sin suturas externas. *Cir Plast* 2006; 16: 19-23.
11. Trigos MI, García Cuervo G, Ortiz Monasterio F. Tratamiento integral temprano del paladar primario. *Cir Plast Iberolatinoam* 1979; 3: 251-260.
12. Velazquez VJM, Ortiz Monasterio F. Primary simultaneous correction of the lip and nose in unilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1974; 54: 558.
13. Mc Comb H. Primary correction of cleft lip nasal deformity: a ten year review. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 791.

Dirección para correspondencia:
Dr. José Mena Olalde
Calle 8 de Septiembre Núm. 196
Col. Chapultepec Sur
58260 Morelia, Michoacán
Tel. (443) 3144324