



## Alternativa quirúrgica para el manejo de labio hendido bilateral difícil

Miguel Viera,\* Romel Castañeda\*

### Resumen

El labio hendido bilateral, de difícil tratamiento con técnicas habituales, es manejado a edades tempranas y con atención preoperatoria ortopédica, obteniendo muy buenos resultados. Una alternativa para los pacientes sin manejo preoperatorio es la técnica que presentamos. **Método:** Se realizaron 61 procedimientos, evaluados a la semana, al mes y al año de postoperados, de acuerdo a los criterios de Steffensen-Musgrave y un nuevo criterio: la presencia de *sulcus* gingivolabial del área premaxilar. **Resultados:** A la semana, todos presentaron los criterios. Al mes, 4 dehiscencias, todas incompletas, que no fue necesario resolverlas de inmediato, sino hasta cuando se realizó la palatoplastia. Al año, cicatrices anchas pero sin tensión en 7 pacientes (12%), labio lateral redundante en 2 (4%), formación incompleta de tubérculo labial en 11 (20%) y pérdida del *sulcus* gingivolabial en área premaxilar en 5 (9%). **Conclusión:** Esta técnica es una alternativa en el manejo de labio hendido bilateral difícil, con resultados muy aceptables, tanto a nivel funcional como estético. También un fácil manejo postoperatorio por parte de ortopedia y odontología, al tener un adecuado espacio gingivo labial en el área de la premaxila y sin ninguna tensión.

**Palabras clave:** Queiloplastia, espacio gingivolabial.

### Summary

Bilateral cleft lip with difficult management techniques, is handled at an early age and preoperative orthopedic care, achieving good results. An alternative for patients without preoperative management is the art we present. **Methods:** We performed 61 procedures, which were assessed a week, month and year postoperative, according to the criteria of Steffensen-Musgrave and a new criterion, the presence of the gingivolabial *sulcus* of the premaxillary area. **Results:** At week had all the criteria. At 4 months dehiscences, all incomplete, it was not necessary to resolve them immediately, even if not at the time of the palatoplasty. At one year, but no with scars tension in 7 patients (12%), lateral lip redundant in 2 (4%), incomplete formation of labial tubercle in 11 (20%) and loss of gingivolabial *sulcus* in area premaxilla in 5 (9%). **Conclusion:** This technique is an alternative in management of bilateral cleft lip hard, with very acceptable results, both functional and aesthetic. Also an easy to use by postoperative orthopedic and dentistry, to have adequate space on the gingivolabial area of the premaxilla and without any tension.

**Key words:** Cheiloplasty, gingivolabial area.

### INTRODUCCIÓN

El labio y paladar hendido es la malformación congénita de cabeza y cuello más frecuente en nuestro país, siendo su incidencia reportada en uno de cada 750 recién nacidos vivos.<sup>1</sup>

La reconstrucción de labio y paladar hendido se puede clasificar de muchas formas, entre ellas agrupándolas en procedimientos con incisiones rectas y en aquéllas con zetaplastias o colgajos del segmento medial o lateral, según sea el caso o tipo de defecto. Sin embargo, una manera más simple es dividirlo en 3 grupos, como lo hizo el Dr. Manuel García Velasco. El primero incluye los procedimientos que aplica el mismo principio para la corrección de un labio

\* Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva del Hospital Pediátrico de Tacubaya.

*Correspondencia:*  
Romel Castañeda  
Hospital Ángeles Mocol, Gelati # 33, consultorio 401, San Miguel Chapultepec, Miguel Hidalgo, México, D.F. CP 11850.  
E-mail: rommel26@yahoo.com.mx

Aceptado: 17-02-2010.

hendido unilateral en uno bilateral (ej. las técnicas de Le-Mesurier, Tennison, Skoog y Wynn). Todas éstas, al igual que la técnica de Barsky, toman tejido desde el segmento lateral al centro, y así comparten el problema de producir largos y tensos labios. El segundo grupo está compuesto de técnicas que cierran la fisura en dos o tres etapas: (ej. la técnica de Bauer y Spina). Los múltiples procedimientos involucrados hacen difícil el manejo. La simetría es difícil conseguirla con este método. El tercer grupo incluye técnicas que usan el cierre directo (ej., técnicas de Veau, Schultz, Cronin, Millard, Manchester, Broadbent and Wolf, Viale-González y Ortiz Monasterio).<sup>2</sup>

Con el avance de la ortopedia tridimensional, con sus diferentes dispositivos colocados a temprana edad, para corregir premaxilas desviadas o muy prominentes, se hizo posible la modificación de técnicas quirúrgicas y la disminución del grado de complejidad de dicha patología. Sin embargo, para todos los casos que no recibieron un manejo preoperatorio temprano lo anterior no se puede aplicar, generando la inquietud de modificar y adecuar otras técnicas, para resolver dichos problemas.

Entre las técnicas quirúrgicas innovadoras está la de García Velasco, que utiliza la ortopedia prequirúrgica con muy buenos resultados, al contrario de la que exponemos en el presente trabajo, que no utiliza la ortopedia prequirúrgica, consiguiendo una disminución gradual del crecimiento de la premaxila y la reincorporación a la fisonomía facial, ya que debemos recordar que "se operan caras en completa evolución y transformación".<sup>3</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Bajo consentimiento informado, se realizó un estudio de cohorte, descriptivo y longitudinal, clínico, en el Hospital Pediátrico de Tacubaya.

**Criterios de inclusión:** Pacientes con labio hendido bilateral completo en base a clasificación de Kernahan,<sup>4</sup> sin ningún tratamiento quirúrgico previo. Pacientes que hayan recibido o no manejo ortopédico tridimensional.

**Criterios de exclusión:** Pacientes con labio hendido bilateral incompleto o unilateral. Pacientes previamente manejados en forma quirúrgica.

**Criterios de interrupción:** Pérdida de su seguimiento. Pacientes en los que se agreguen complicaciones ajenas a la patología de labio y paladar hendido, que sea difícil su seguimiento para sus valoraciones.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se operaron bajo anestesia general, en decúbito dorsal y en posición de Rosiere, con previo protocolo quirúrgico y marcaje de puntos y líneas de referencia quirúrgica, en

breve descritas. Se hace infiltración de lidocaína al 1% con epinefrina 1:100,000, de 8 a 10 cc., repartidos en nariz intercartilaginosa, dorso nasal, fosa piriforme y en cara por debajo de la mejilla intrabucal en el surco gingivolabial. La técnica quirúrgica se describe a continuación (*Figura 1*): Se divide en 2 partes:

**Prolabio y premaxila:** Se marca una línea horizontal en la base donde se une el prolabio con la escasa columnela; no es línea de corte, sólo para referir la anchura del prolabio (línea amarilla horizontal); a partir de esta línea se mide hacia distal y lateral cuánto es el pedículo de la inserción lateral del prolabio, que corresponde de la base de la columnela hacia donde termina la piel y entra en contacto con la mucosa lateral del prolabio, que en promedio es de 2-3 mm; posteriormente se mide la anchura de la columnela, partiendo del punto medio de ésta (1') al punto previamente marcado, dando los puntos 4 y 5, que en promedio son de 5 mm aproximadamente, por ambos lados; posteriormente se mide la parte distal del prolabio, del punto medio de éste<sup>1</sup> y se marca la misma distancia que nos dio de la mitad de la columnela al punto 4 y 5, a la parte lateral del prolabio distal, para darnos los puntos 2 y 3. De los puntos 2 y 3 se traza una línea recta a 90° hacia abajo del prolabio, y posteriormente se unen en la línea media del prolabio a manera de formar un cubo (*Figura 2*). Como se muestra en los esquemas, las líneas rojas corresponden al sitio de incisión.

**Colgajo subperióstico de mejilla y colgajo mucolabial:** Primeramente se refiere una línea trazada sobre el proceso alveolar del maxilar a nivel de las raíces de los gérmenes dentarios y a partir de la fosa piriforme que se une con el cornete inferior y el proceso alveolar se miden 3 mm como margen de mucosa gingival (*Figura 3*). Se marca una línea recta desde este espacio gingival ya referido, hacia la fosa piriforme, que es donde se encuentra anormalmente adherido el labio lateral, junto con su inserción anómala a la base de la nariz. Continúa la línea recta por arriba del cornete inferior y finalmente hasta pasar entre los cartílagos laterales inferiores y superiores, es decir, intercartilaginosa. De esta manera se consigue una liberación total de las inserciones anómalas. Ahora se marca el colgajo mucolabial sobre el tejido lateral a la hendidura (*Figura 2*), poniendo como punto de partida la unión entre piel, mucosa y el bermellón de ésta, y a partir de este punto, se mide la misma distancia del colgajo lateral del prolabio, a manera de que coincidan las mismas medidas. Es importante señalar que el corte se debe marcar sobre la piel y no sobre la mucosa o el bermellón. La línea distal que baja hacia la mucosa debe estar a 90° de la anterior y la proximal a 45° aproximadamente, de forma que esta última se una con la cara medial de la base de la nariz, quedando finalmente un rectángulo con las mismas medidas al colgajo lateral del prolabio.

Previo a iniciar las incisiones, se recomienda el tatuar o marcar con una aguja las líneas marcadas sobre el prolabio y sobre el rectángulo de mucosa del labio lateral, que deberá resecarse. Se inician las incisiones sobre el colgajo subperióstico de mejilla. Posterior a incidir sobre la mucosa, el corte con el bisturí se hace con el filo hacia abajo, es decir, apuntando hacia el borde alveolar, para sólo incidir sobre mucosa y no sobre estructuras faciales (músculo orbicular de los labios). Se disecciona en forma subperióstica de la siguiente manera (Figuras 4 y 5): en la parte nasal sobre la rama ascendente del maxilar, sobre la cara anterior del

maxilar como límite superior antes de visualizar el nervio infraorbitario, el cual de preferencia no debe verse, ni mucho menos disecarse, y como límite lateral y posterior de la maxila, hasta el cigoma, en promedio 1 a 2 cm (Figura 5). Ahora se procede a levantar el colgajo mucolabial, en forma triangular escalénica, con base lateral, por medio de disección cortante con tijera Metzenbaum, separando la mucosa de los músculos orbiculares, cortando la mucosa y no disecando por tracción, esto para conseguir una mucosa de adecuado grosor y dejar el músculo íntegro debajo del colgajo (Figuras 6 y 7). Se completa con la resección de

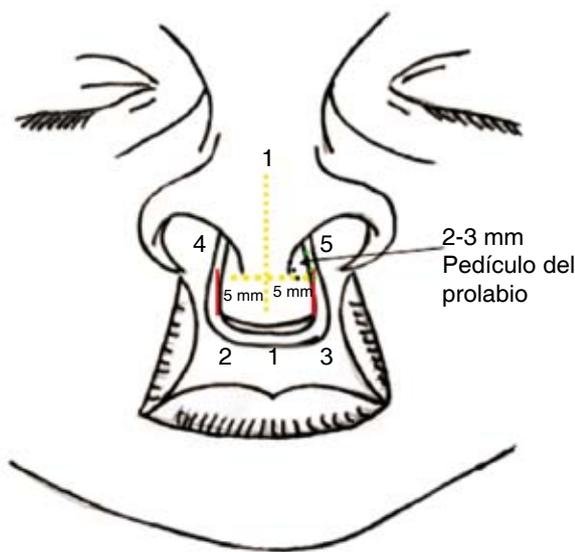


Figura 1.

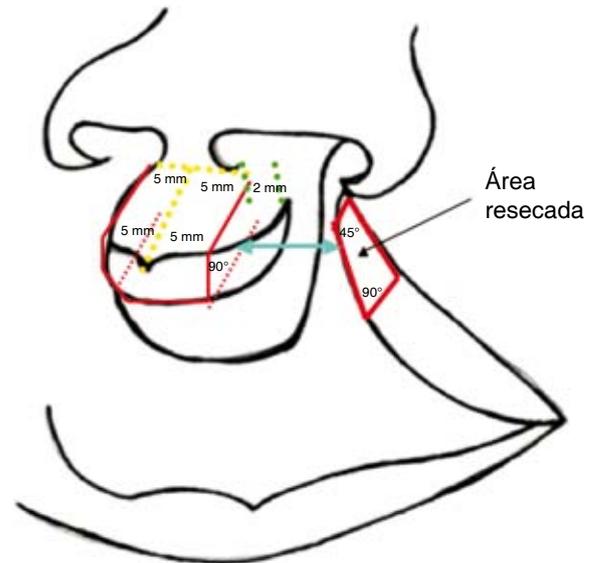


Figura 2.

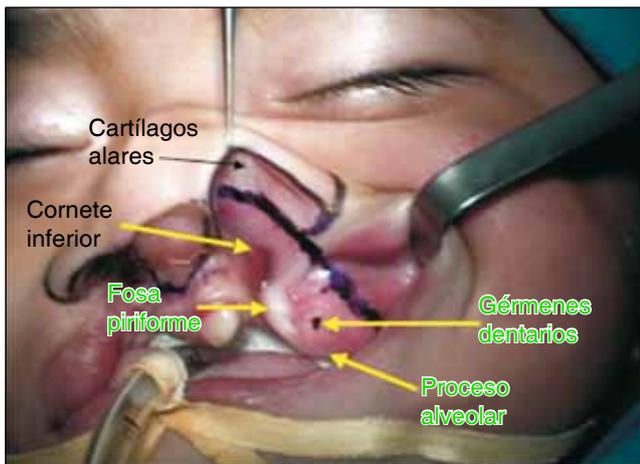
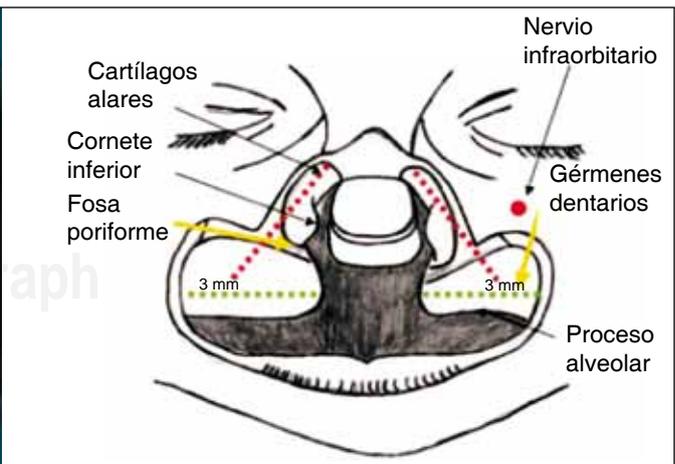


Figura 3.

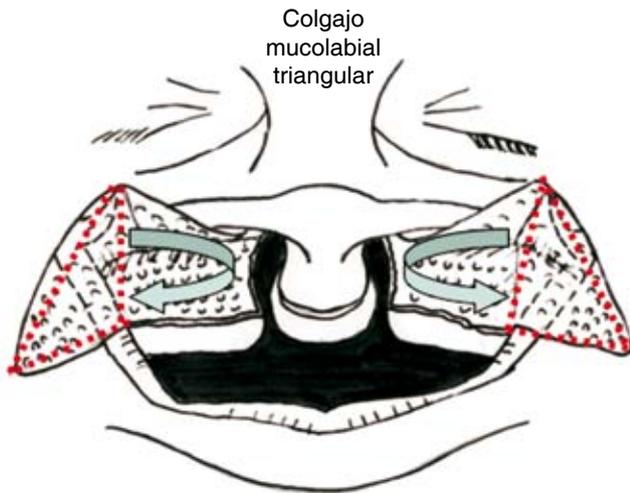




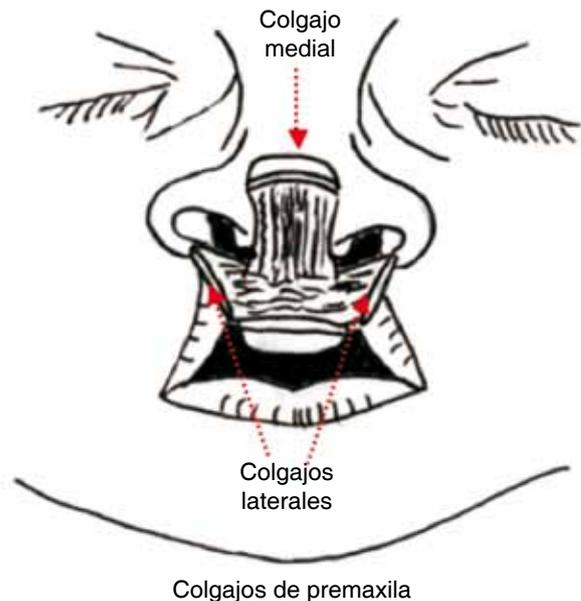
**Figura 4.** Colgajo subperióstico de mejilla.



**Figura 5.** Zona disecada, respetando el infraorbitario.



**Figura 6.** Disección de colgajo.

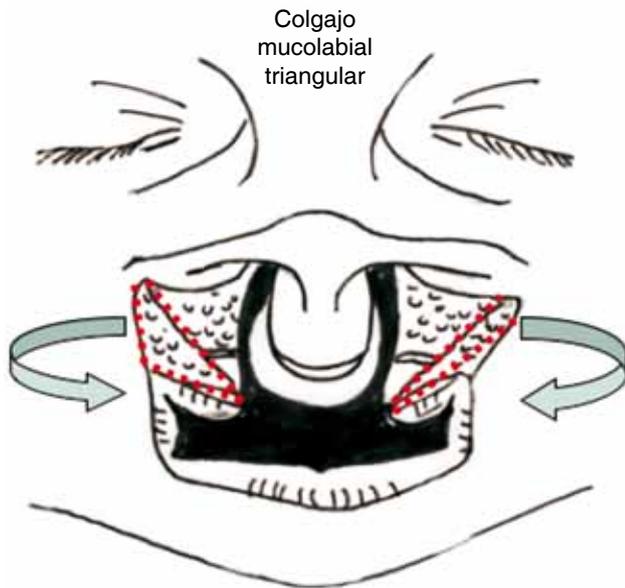


**Figura 7.** Disección de colgajos laterales de premaxila.

tejido mucoso marcado previamente sobre el labio lateral a la hendidura (rectángulo mucoso), para así completar la disección del colgajo triangular de mucosa, que formará el espacio gingivolabial, al suturarlo en la parte medial del prolabio. Antes de suturar los colgajos descritos, se disecan los colgajos del prolabio, es decir, sus colgajos laterales y el medial, como se muestra en la *figura 8*. Los colgajos medial y lateral del prolabio, una vez levantados los laterales se

transponen medialmente, a manera de zetaplastia y el medial posteriormente caerá sobre la mucosa labial reseca (rectángulo mucoso) (*Figura 9*). Se fijan los colgajos laterales del prolabio hacia la línea media con 2 a 3 puntos de vicryl 6-0. Ahora se llevan los colgajos laterales triangulares de

mucosa previamente disecados hacia la línea media de la premaxila, fijándolos en la base del colgajo medial de la premaxila con 2 puntos de vicryl 4 a 5-0 (Figura 10). Se comienza ahora con el acoplamiento y sutura del colgajo medial del prolabio sobre la mucosa reseca (rectángulo mucoso) del labio lateral, coincidiendo por planos: mucosa, restos de músculo del colgajo lateral a dermis y piel y mucosa de prolabio, fijándolos con sutura vicryl 5 ó 6-0, para mucosa y músculo, y piel con vicryl 7-0 o nylon 6-0 (Figura 11). No se colocan suturas antitensionales internas



**Figura 8.** Colgajo mucolabial triangular; se presenta debajo del prolabio.

(que en otras técnicas se utilizan). La mucosa del *sulcus* gingivolabial de los procesos alveolares laterales se sutura con vicryl 6-0, puntos simples separados (Figura 12).

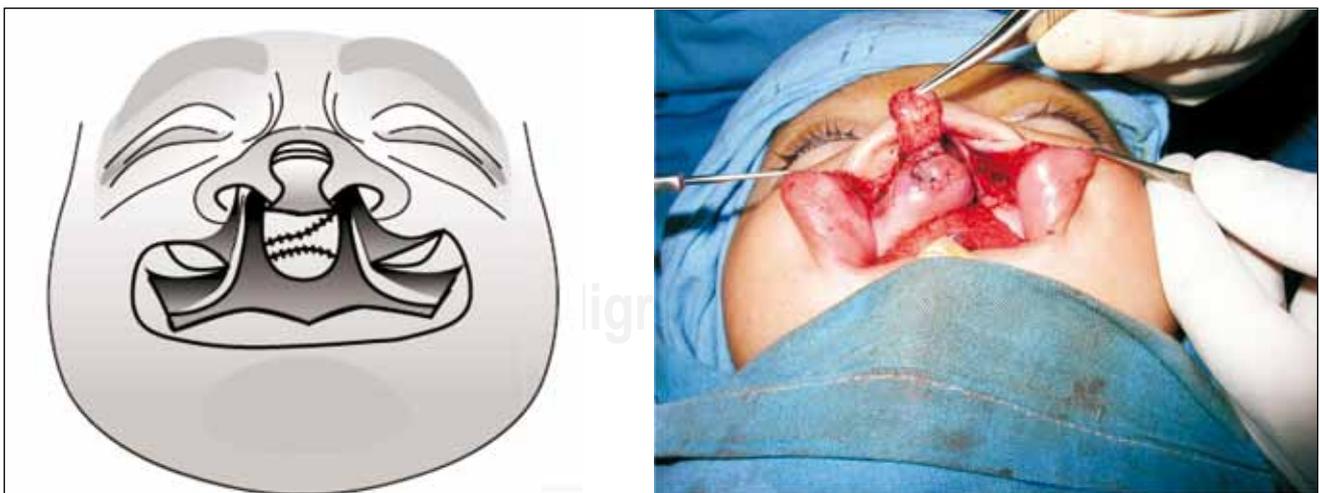
Posteriormente se aplica neosporín ungüento, sobre las heridas por un periodo de 10 días. No se deja ningún apósito, vendaje o férulas (arco de Logan).

Los cuidados postoperatorios son mínimos, y se refieren a evitar llanto, no alimentos con popote, ni biberón, chupón, ni seno materno. Evitar dedos y manos en boca. Se le indica al familiar una limpieza diaria, después de cada alimento debajo del *neosulcus* premaxilar, con uso de un hisopo y con un ungüento oleoso, para evitar una retracción o adherencia de labio a la mucosa de la premaxila y conservación del nuevo *sulcus* gingivolabial.

- Esta técnica no lleva incisiones horizontales en bases alares, como para liberar las inserciones anómalas de orbicular, que se realizan en otras técnicas.
- Como manejo coadyuvante de nariz, es posible colocar un poste de cartílago entre las cruras mediales, colocado a través del colgajo medial del prolabio, con mínima disección. Las técnicas habituales de rinoplastia para corrección del aplanamiento de los cartílagos alares por puntos de suspensión en nuestra experiencia, las realizamos hasta en un segundo o cuando se hace la elongación de columela, o en su caso rinoplastia, para no comprometer más la vascularidad y con buenos resultados.

## RESULTADOS

Se operaron 63 pacientes con labio hendido bilateral del 14 de marzo del 2005 a abril del 2008. En dos pacientes



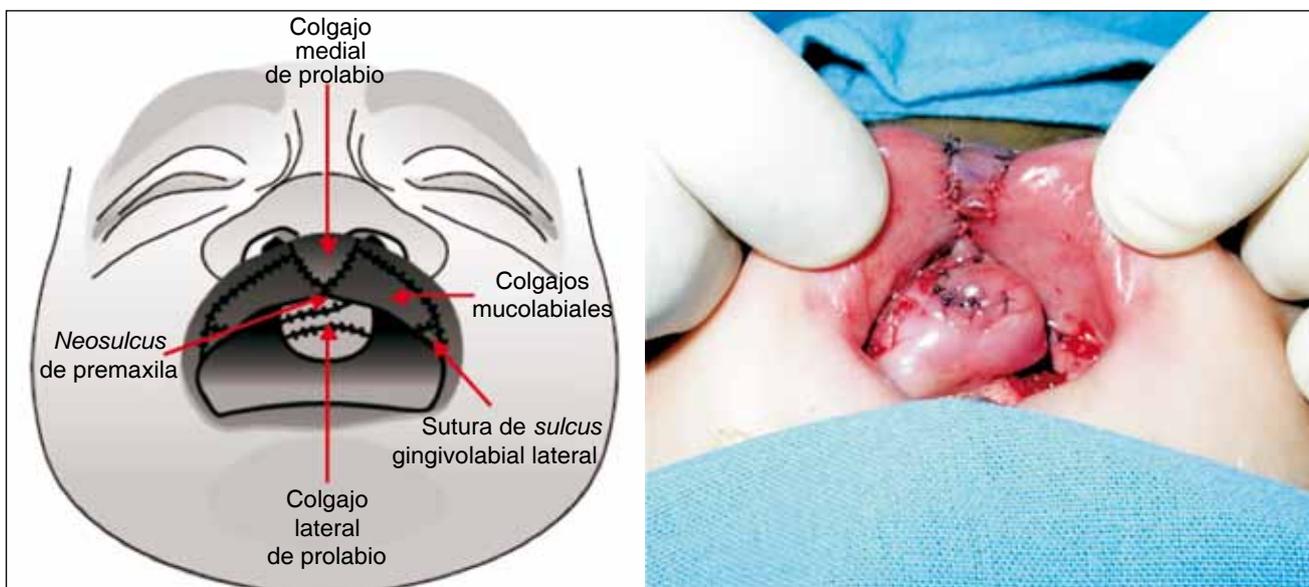
**Figura 9.** Se suturan los colgajos laterales de premaxila como zeta-plastia.

no fue posible operar por dificultad para la intubación, quedando sólo 61 pacientes: un total de 44 niños (72%) y 17 niñas (28%). Los labios hendidos bilaterales que se presentaron, de acuerdo a la clasificación de Kernahan, fueron todos completos. Los pacientes que recibieron manejo ortopédico tridimensional preoperatorio fueron 22 (14%). No se incluyó ningún paciente con tratamiento quirúrgico previo; sin embargo, sí se operaron con la

misma técnica con buenos resultados, aunque no se incluyen en el presente trabajo. Los rangos de edad fueron: de 3 a 9 meses un total de 27 (44%), de 9 a 12 meses, 21 (34%), y mayores de 12 meses, 13 (21%), de los cuales uno fue de hasta 2 años 2 meses de edad. La forma en que se presentaron las premaxilas fueron lateralizadas en un total de 23 (37%), con una angulación labio columna mayor o igual a 90° en un total



**Figura 10.** Se suturan los colgajos mucolabiales triangulares al *neosulcus* gingivolabial y posteriormente el colgajo medial de la premaxila.



**Figura 11.** Resultante, con *neosulcus* de premaxila.

de 35 (57%), con colapso de segmentos laterales en un total de 17 (28%) y presencia de incisivos centrales en premaxila un total de 44 (72%) (Figura 13).

Los pacientes tuvieron un seguimiento a la semana, al mes y al año. No hubo ninguna pérdida de seguimiento



Figura 12. Suturas en piel sin tensión.

de los pacientes al mes. Al año se reportaron 6 faltantes. De acuerdo a las evaluaciones, siguiendo los criterios de Steffensen-Musgrave,<sup>5,6</sup> y el nuevo criterio de presencia de *sulcus* gingivolabial premaxilar, descrito por nosotros, fue de la siguiente manera: A la semana de postoperados, todos los pacientes cubrieron el total de criterios. Al mes se presentaron 4 dehiscencias, de las cuales 2 fueron unilaterales e incompletas de arriba hacia abajo y 2 bilaterales e incompletas de arriba hacia abajo. No se presentó ninguna completa. No se les realizó nada, por ser pequeñas e incompletas, proponiendo que se retocarían cuando se operaran del paladar. Al año de postoperados, se presentaron cicatriz ancha pero sin tensión en siete (12%), labio lateral redundante en dos (4%), formación incompleta de tubérculo labial en 11 (20%) y pérdida del *sulcus* gingivolabial en área premaxilar en 5 (9%).

### DISCUSIÓN

Se ha demostrado que la intervención temprana del labio y paladar hendido tiene mejores resultados con respecto al habla, así como en un ente social y psicológico. Por otro lado, hoy en día se sabe que la ortopedia

Antes



Después



Figura 13.

tridimensional a temprana edad es de vital importancia para un buen desarrollo facial y para la obtención de buenos resultados estéticos y funcionales con las técnicas de queiloplastias habituales. Sin embargo, en nuestro país se siguen presentando pacientes a edades muy avanzadas para el adecuado manejo de la patología, no sólo funcional sino estética y psicológica en los diferentes centros de salud o en las campañas de labio y paladar hendido. Con las técnicas quirúrgicas habituales y sin manejo ortopédico preoperatorio, los resultados no son los adecuados, teniendo más complicaciones y modificando su pronóstico en cuanto a su alteración anatómica para una futura intervención o cambios cicatrizales.

Con la técnica de queiloplastia que presentamos, obtuvimos muchas ventajas para los pacientes operados. Estas ventajas fueron el no tener límite temprano de edad para ser intervenidos. La forma de presenta-

ción de la premaxila y el tamaño del defecto tampoco fue una limitante, ya que al liberar adecuadamente nuestros colgajos subperiósticos de mejilla y el mucoso de labio lateral, se nos permitió un adecuado cierre sin tensión alguna y con la formación adecuada de un *sulcus* gingivolabial en la zona de la premaxila, que facilita mucho el manejo posterior por ortopedia tridimensional y por odontólogos. Al no requerir en nuestra técnica como forma habitual o de requisito preoperatorio la ortopedia tridimensional, a diferencia de otras técnicas, creemos que es una gran ventaja y utilidad para los pacientes que se operan tanto en las clínicas de LPH como en las campañas de jornadas extramuros.

De acuerdo con los resultados que obtuvimos, las dehiscencias presentadas se piensa que fueron secundarias a los cuidados postoperatorios, debido a que de estos pacientes ninguno tenía una premaxila muy



**Caso 1.** Se muestra paciente al preoperatorio, a los 6 y 12 meses después de la cirugía.



**Caso 2.** Paciente a los 6 y 12 meses postquirúrgicos. Se puede observar el espacio del *sulcus* gingivolabial respetado y el crecimiento dental.



**Caso 3.** Paciente de 2 años de edad. Observe la severidad del caso, la protrusión maxilar. Al extremo derecho se observa al año, con adecuada armonía facial, reincorporación del proceso maxilar en retrusión. Se realizará rinoplastia.



**Caso 4.** Paciente manejado con férulas ortopédicas tridimensionales a temprana edad. Resultados a los 6 y 12 meses.

proyectada en el preoperatorio. Además, los padres refirieron mucho llanto durante las semanas siguientes a la cirugía, por lo que creemos que es importante evitarlo. La formación incompleta del tubérculo del labio se relacionó con el pequeño tamaño del prolabio; pensamos que el realizar un avance de mucosa labial pudiera resolverlo. La pérdida del *sulcus* gingivolabial del área de la premaxila la relacionamos a un mal cuidado postoperatorio; debemos insistir en la limpieza con un material oleoso aplicado con un hisopo o el mismo masaje con el dedo, para mantener dicho espacio. La cicatriz en algunos casos se presentó de forma ancha, pero sin tensión y en ningún caso fue hipertrófica, ni mucho menos queloide. El labio lateral redundante se presentó en pacientes en que no fue suturado

adecuadamente hacia la parte media de la premaxila, haciendo un efecto de menor proyección del tubérculo labial, por lo que sugerimos suturarlo sólo del borde y justo a la parte media.

La nariz no fue manejada en primer tiempo, como se describe en otras técnicas, con incisiones horizontales en las bases de las narinas, para la corrección de las narinas aplanadas y anchas. La rinoplastia fue realizada en un tercer tiempo con la elongación de la columela y las aloplastias.

## CONCLUSIONES

Nuestra técnica de queiloplastia ofrece una alternativa segura y eficaz para los pacientes con labio hendido

bilateral difícil, entendiéndose esto como premaxila muy proyectada, lateralizada, con colapso de segmentos laterales de maxilar y palatinos, así como hendiduras grandes y pacientes de edad avanzada (mayores de 12 meses) para el manejo.

Concluimos que es una técnica que ofrece muchas ventajas para los pacientes manejados en las diferentes clínicas de LPH, así como en las campañas de jornadas extramuros de LPH. Los resultados son muy aceptables tanto para la función como para la estética, además de facilitar el manejo posterior por parte de ortopedia y odontología.

## REFERENCIAS

1. Trigos MI, Guzmán ME. Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. *Cir Plast* 2003; 13: 35-39.
2. García Velasco M, Vahas R. Surgical treatment of the bilateral cleft of the primary palate. *Ann Plast Surg* 1988; 20: 26.
3. Stephen J Mathes. *Plastic Surgery*. Philadelphia, USA; Elsevier, 2006: 172.
4. Mathes SJ. *Plastic Surgery*. Philadelphia, USA; Elsevier, 2006: 46-48.
5. Steffensen WH. Further experience with the rectangular flap operation for cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg* 1953; 11: 49.
6. Converse. *Reconstructive Plastic Surgery*. 2<sup>nd</sup> Ed. Toronto, Canadá; Saunders, 1977: 2165.