



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 7, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2011 • pp. 109-112

Colgajo lingual de base anterior para cierre de fístula palatina en secuelas de labio y paladar hendido. Presentación de un caso

Vladimir De la Riva Parra,* José Martínez Miranda,* Alberto Campos Molina**

RESUMEN

Las fístulas palatinas constituyen la principal secuela de una plastia palatina en los pacientes con labio y paladar hendido. Estos pacientes muestran, además de la fisura, una hipoplasia maxilar antero-posterior y, con frecuencia, colapso medial de los fragmentos. El cierre convencional de grandes fístulas palatinas por medio de colgajos palatinos causa retracción, acentuando el colapso y la hipoplasia. A mayor número de intervenciones fallidas para cerrar las grandes fístulas, se presentan más restricciones al crecimiento y en ocasiones dejan menos tejido disponible para un cierre convencional posterior. El colgajo de lengua de base anterior es una opción para el cierre de grandes fístulas palatinas en pacientes con historia de fracasos para su cierre o en aquellos cuyos tejidos palatinos residuales no permiten un cierre convencional.

Palabras clave: Colgajo lingual, fístula palatina.

SUMMARY

Palatal fistulas are the primary palate plasty sequel in patients with cleft lip and palate. These patients also show the crack, an anteroposterior maxillary hypoplasia and often medial collapse of the fragments. The conventional closure of large palatal fistula by palatal flaps retraction causes, emphasizing the collapse and hypoplasia. A greater number of failed interventions to close the large fistulas are more constraints to growth and sometimes leave less tissue available for subsequent conventional closure. The flap base language above is an option for closing large palatal fistulas in patients with a history of failures for closure or those whose residual palatal tissues allow a conventional closure.

Key words: Lingual flap, palatal fistula.

INTRODUCCIÓN

Las amplias fístulas oronasales, secuelas de fallidas plastias palatinas en pacientes con labio y paladar hendido, presentan complicaciones para su

oclusión debido al gran espacio que se debe cubrir. El cierre convencional con colgajos palatinos laterales está limitado por el poco tejido disponible y su pobre circulación sanguínea.^{1,4,5} Por lo anterior, se han propuesto varios intentos para cerrar estas

* Residente del Curso de Alta Especialidad en Cirugía Craneofacial. Cuernavaca, Morelos, México.

** Jefe de Servicio y Director de la Clínica de Cirugía Craneofacial Hospital del Niño Morelense. Cuernavaca, Morelos, México.

Correspondencia:

Vladimir De la Riva Parra

Correo electrónico: Ismalu@hotmail.com



Figura 1. Fotografía frontal.



Figura 2. Fotografía fístula intraoral.



Figura 3. Foto lengua.



Figura 4. Cierre de piso nasal.

fístulas palatinas, como son: colgajos de mucosa de la zona yugal (Payer 1936), de otros lugares distantes,⁷ los colgajos de músculo y fascia temporal (Jensen 1958) y, finalmente, los colgajos linguales, primero de base posterior y más recientemente los de base anterior.

Se han reportado series de casos para cerrar defectos del trígono retromolar y amígdalas utilizando con éxito colgajos de la región lateral de la lengua.^{2,8,9} Klopp y Shurter reportaron colgajos de lengua de región posterolateral para la reparación de defectos del paladar blando y de la fosa amigdalina.⁶

La lengua, al ser un órgano móvil y tener un rico suministro vascular, permite la obtención de colgajos sin alterar su funcionalidad. Arnold Komisar, de la Universidad de Nueva York, reportó los diferentes tipos de colgajos que se pueden obtener de la región dorsal de la lengua para uso en cirugía reconstructiva,

haciendo énfasis en el colgajo de base anterior por presentar menos complicaciones y mayor versatilidad.^{1,3,8,9}

Los colgajos dorsales de base anterior de lengua fueron introducidos por Guerrero-Santos y Altamirano en 1966 para cierre quirúrgico de fístulas palatinas amplias. Múltiples complicaciones han sido reportadas, entre las que se mencionan dehiscencias espontáneas durante el postoperatorio, edema, infección, necrosis parcial o total y/o fístula residual.^{1,2,5}

Conley documentó el uso de colgajo de lengua para defectos intraorales, faringostomías y para protección de la arteria carótida. Papioannou y Farr usaron colgajos de base de lengua posterior para la reconstrucción del piso de boca y mejillas.^{4,6} Som y Nussbaum describieron el uso de un colgajo de lengua de región lateral para la reconstrucción del piso de boca posterior a mandibulectomía.

De Santo describió el colgajo de lengua de base anterior documentando que es mejor debido a que el colgajo de lengua de base posterior ocasiona lesión a la arterial lingual y al nervio hipogloso. Druck y Lurton describieron los colgajos de isla de la región central de la lengua para cubrir resecciones de tumores del piso de boca.^{4,8}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 7 años de edad con diagnóstico de secuelas de LPH (Figura 1), la cual acude a valoración por presentar fístula palatina con múltiples intentos de cierre sin éxito. Fístula de 18 mm de diámetro con comunicación oronasal (Figuras 2 y 3).



5



6

Figura 5. Diseño de colgajo de base anterior de lengua.
Figura 6. Colgajo.



Figura 7. Control 4 días.



Figura 9. Liberación de colgajo.



Figura 8. Control 15 días.



Figura 10. Control 30 días.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bajo anestesia general balanceada e intubación nasotraqueal se procede a la infiltración de lidocaína al 2% con vasoconstrictor al 1:100,000 y se realiza fistulectomía con margen de 5 mm perifistular para cierre de piso nasal (*Figura 4*). Posteriormente se coloca una sutura en la punta lingual para tracción y se diseña el colgajo de base anterior (*Figuras 5 y 6*) de tal forma que tenga una incisión paramedia, para no alterar la movilidad de la lengua y que la longitud del colgajo sea 20% más ancha que el diámetro de la fistula. Se diseña el colgajo de 5 mm de espesor con tijeras de baby metzenbaum, utilizando al mínimo el electrocautero para no alterar la irrigación local. La longitud del colgajo debe permitir la movilidad pasiva de la lengua para que le permita deglutar líquidos y alimentos. Se realiza el cierre de la zona donadora con ácido poliláctico (Vycril) 3/0 y el colgajo lingual a los bordes de la fistula, con Nylon 4/0.

RESULTADOS

Se observó que no hubo dehiscencia del colgajo de lengua y que la movilidad y vascularidad no fue comprometida (*Figura 7*). Se liberó el colgajo a los 20 días observando adecuada vascularidad y un cierre total de la fistula (*Figuras 8 a 10*).

DISCUSIÓN

Los colgajos de lengua han sido usados para la reconstrucción de defectos por cirugía oncológica, secuelas de sífilis, de noma y en fistulas nasopalatinas residuales. El cierre de brechas am-

plias en el proceso alveolar y de amplias fistulas palatinas anteriores es un reto para el cirujano maxilofacial. El cierre del proceso alveolar puede ser hecho simultáneamente con la aplicación de injerto óseo.^{3,4,7,9}

CONCLUSIÓN

Consideramos que la técnica de colgajo de base anterior de lengua es una opción más para el cierre de fistulas mayores a 5 mm que no hayan tenido éxito con las diferentes técnicas convencionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero-Santos J, Altamirano JT. The use of lingual flaps in repair of fistulas of the hard palate. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38: 123.
2. Argamaso RV. The tongue flap: Placement and fixation for closure of postpalatoplasty fistulae. *Cleft Palate J* 1990; 27: 402.
3. Thind MS, Singh A, Thind, RS. Repair of anterior secondary palate fistula using tongue flaps. *Acta Chir Plast* 1992; 34: 79.
4. Hochstein HJ. The closing of large residual palatal and velum clefts using tongue flaps. *Zahn Mund Kieferheilkd. Zen-tralbl* 1977; 65: 12.
5. Carreirairo S, Lessa S. Tongue flaps and the closing of large fistulas of the hard palate. *Ann Plast Surg* 1980; 4: 182.
6. Steinhauser EW. Experience with dorsal tongue flaps for closure of defects of the hard palate. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 40: 787.
7. Guzel MZ, Altintas F. Repair of large, anterior palatal fistulas using thin tongue flaps: Long-term follow-up of 10 patients. *Ann Plast Surg* 2000; 45: 109.
8. Agrawal K, Panda KN. An innovative management of detached palatal mucoperiosteal flap from the hard palate (hanging palate). *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 875.
9. Bracka E. The blood supply of the dorsal tongue flaps. *Br J Plastic Surg* 1980; 34: 379.