



Técnica Asensio para el manejo de labio hendido bilateral

Ramón Manuel Alemán Navas,* María Guadalupe Martínez Mendoza**

RESUMEN

Introducción: El labio hendido bilateral representa menos del 10% de las hendiduras labiales en general; sin embargo, su manejo requiere el apego a ciertos principios del estado del arte. En la literatura existen diversas técnicas quirúrgicas para el manejo del labio hendido bilateral; una de ellas es la descrita por el Dr. Oscar Asensio del Valle. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de labio hendido bilateral manejado con técnica quirúrgica Asensio. **Metodología:** Bajo anestesia general se realiza el marcaje de la técnica, medición y diseño, disección y reparación completa del labio hendido bilateral. **Resultados:** A un año de realizada la reconstrucción labial el paciente presenta adecuados resultados estéticos y funcionales. **Conclusiones:** La técnica Asensio para labio hendido bilateral se apega a los criterios actuales de estado del arte.

Palabras clave: Labio, hendido, bilateral, Asensio.

SUMMARY

Introduction: The bilateral cleft lip represents less than 10% of cleft lip in general, but its management requires adherence to certain principles of the state of art. In the literature there are various surgical techniques for management of bilateral cleft lip, one of which is the technique described by Dr. Oscar Asensio del Valle. **Objective:** To report a case of bilateral cleft lip managed by Asensio's surgical technique. **Methods:** Under general anesthesia landmarks, measurements, design, complete dissection and repair of the bilateral cleft lip was done. **Results:** After one year of follow up, the patient shows adequate cosmetic and functional results. **Conclusions:** The Asensio's surgical technique for bilateral cleft lip meets the current criteria for the state of art.

Key words: Lip, cleft, bilateral, Asensio.

INTRODUCCIÓN

El labio hendido bilateral (LHB) representa un gran reto para las clínicas de labio y paladar hendidos. La incidencia de LHB es mucho menor que la del labio hendido unilateral representando menos del 10% de las hendiduras labiales en general. Se cal-

cula que de 40 casos de labio hendido que opere un cirujano al año 4 de ellos serán labio hendido bilateral.^{1,2}

Existen en la literatura diferentes técnicas quirúrgicas para el manejo del LHB. Dentro de éstas destacan: Asensio, Veau, Tennison, Manchester, Mulliken, Millard. La cirugía de

* Departamento de Cirugía Maxilofacial, Universidad Evangélica de El Salvador. «Clínica Alemán». Clínica para el manejo de pacientes con labio y paladar hendido. Departamento del Cirugía Maxilofacial Hospital Nacional «Dr. Juan José Fernández», San Salvador, El Salvador.

** Universidad Latinoamericana. «Clínica Alemán». Clínica para el manejo de pacientes con labio y paladar hendido, San Salvador, El Salvador.

Correspondencia:

Dr. Ramón Manuel Alemán Navas

91 Ave. Norte Núm. 230, Col. Escalón, San Salvador, El Salvador. Tel: 2101 2980, Cel: 7859 8526

E-mail: dr.aleman@maxilofacialesalvador.com

Veau III consiste en un cierre en línea recta sin realizar ningún tipo de elevación del prolabio y sin una adecuada reparación de la continuidad del músculo orbicular de los labios. El arco de Cupido y tubérculo del bermellón es reconstruido con esta técnica a partir del bermellón de los elementos laterales del labio. La cirugía de Millard se realiza mediante la elevación completa del prolabio y la reconstrucción del músculo orbicular de los labios sobre la premaxila; el borde bermellón es reconstruido a partir de los muñones laterales. La técnica Manchester, a diferencia de Veau y Millard, mantiene el bermellón del prolabio para crear el arco de Cupido y el tubérculo del bermellón; esta técnica no realiza una reparación del músculo orbicular ya que el creador de la misma pensaba que esto producía un labio demasiado tenso. McComb, Mulliken, Nakajima y Cutting han integrado la corrección de la deformidad nasal de manera simultánea con la reparación labial, esto en búsqueda de un adecuado largo de la columnela y una adecuada proyección nasal.³

El método Asensio, con todas sus técnicas quirúrgicas, tiene sus inicios en el año de 1953 con su creador, el Dr. Oscar E. Asensio del Valle. Los principios de esta técnica son la restitución de los elementos normales de labio y nariz con una restitución anatómica y fisiológica.

Los objetivos de la técnica Asensio para la fisura labial bilateral son: guardar la simetría en la altura labial, restitución de los complejos alares, restitución del músculo orbicular y la reconstrucción del tubérculo del bermellón.⁴⁻⁷

A continuación presentamos un caso de labio hendido bilateral manejado con técnica Asensio para labio hendido bilateral.

REPORTE DE CASO

Paciente de un año de edad referido a nuestra clínica con diagnóstico de labio hendido bilateral (*Figura 1*). Es producto de primera gesta con parto eutócico, sin antecedentes heredofamiliares o personales patológicos relevantes para su padecimiento. A la exploración física, presenta labio y paladar hendido bilateral incompleto, por lo cual se inician las evaluaciones prequirúrgicas pertinentes sin encontrar ninguna contraindicación para realizar queiloplastia bilateral con técnica Asensio bajo anestesia general.

Con el paciente en quirófano bajo anestesia general, se procede a realizar el marcaje de la técnica Asensio:

- A. Prolabio: la marcación se inicia identificando el centro del filtrum en el prolabio (A), los arcos de Cupido equidistantes al centro (B, C) a 2-3 mm en el lactante y en niños o adultos a 4 mm. Luego, en la base piramidal de la columnella en el borde dermomucoso en ambos lados se encuentra un ángulo y se le identifica con las letras D y E, y a 3 mm de éstos, los puntos FG en el límite de la piel y la mucosa sobre el tabique nasal.
- B. Muñones laterales: la ubicación e identificación del arco de Cupido en los muñones laterales (B1 y C1), se hará observando el ascenso de la línea blanca hacia la fosa nasal, teniendo como relación anatómica la prominencia de la mucosa labial correspondiente al tubérculo del bermellón; al ubicar los arcos de Cupido tiene que haber la misma longitud de la comisura labial a éstos $1-B1 = 2-C1$. Posteriormente identificamos las bases de las alas (D1 y E1); luego, en el borde mucoso entre el límite de la piel del labio y piel interna del ala, las letras F1 y G1 (*Figura 2*).

Medición y diseño: en la fisura bilateral «completa» establecemos la simetría en la altura del labio a partir de la misma medida ($B1-D1 = C1-E1$), uniendo por una línea recta B1 y D1 y C1 y E1; también unimos por línea recta D1 y F1 y E1 y G1. Recordemos que la longitud del labio $1-B1$ debe ser igual al otro lado $2-C1$.

El diseño del prolabio se lleva a cabo uniendo con líneas rectas D-B y E-C y B-A y C-A y lo mismo con D-F y E-G; obviamente serán estas uniones las líneas de incisión en la piel (*Figura 3*).

DISECCIÓN

Disección del muñón lateral: se inicia el corte uniendo los puntos B1 y F1 ($C1-G1$) en la piel, conservando la línea blanca; después, sobre esta incisión se realiza otra a todo espesor en orientación oblicua hacia adentro con el objetivo de no adelgazar el colgajo mucoso que formará posteriormente el tubérculo del bermellón; a continuación se unen con cortes de piel los puntos B1 y D1 y D1 y F1 ($C1-E1$ y $E1-G1$), formándose con estos cortes un triángulo de piel que se elimina, observándose el muñón muscular orbicular al retirarlo.

El siguiente corte se realiza en una línea anatómica que divide la mucosa oral con la nasal desde el reborde alveolar hasta el punto F1 (G1) y éste será el punto de entrada a la disección roma del ala nasal en dirección oblicua hacia la órbita suprapariéticamente (precaución de no lesionar el nervio infraorbitario).

Después se incide en el surco gingivolabial teniendo como límite posterior la inserción del músculo buccinador y se amplía la disección en forma roma hasta el límite de la bola grasa de Bichat (no tocarla). Al realizar la disección en el lactante debe hacerse supraparióticamente (en el adulto puede realizarse subperióticamente).

Volvemos a la fosa nasal y ampliamos el corte por delante del tercer cornete (con tijera) rodeándolo, siendo el límite el hueso adyacente y con este paso liberamos totalmente el complejo alar para poder restituir su posición hacia el tabique nasal.

A continuación se realiza la disección de la mucosa labial que se encuentra inmediatamente por debajo del músculo orbicular, siendo ésta la que formará la continuidad de la mucosa labial con la mucosa del prolabio. Luego se disecciona el muñón del músculo orbicular que está insertado erróneamente por debajo de la base del ala nasal, lo suficiente para realizar la miorrafia con la menor tensión posible. Se realiza de igual manera en ambos muñones (*Figura 4*).

Disección del prolabio: antes de iniciar esta disección es aconsejable colocar un punto de tracción en la mucosa del prolabio para tener control y firmeza al realizar las incisiones. Los cortes se realizan uniendo los puntos D-B y E-C hasta el surco gingivo-labial paralelo al frenillo y a todo espesor, obteniendo un colgajo de mucosa que nos servirá para formar la continuidad de la mucosa labial; luego se continúa uniendo los puntos D-F y E-G en dirección al tabique, cortes que son muy importantes debido a que con ellos se conseguirá un lecho cruento para la restitución de los complejos alares hacia el tabique nasal.

Luego se unirán con cortes los puntos B-A y C-A, disecando la mucosa del prolabio hasta el frenillo labial respetándolo y eliminando la mayor parte de este colgajo ya que será sustituido por los colgajos mucosos laterales, en la formación del tubérculo del bermellón. Este último corte se puede realizar en la fase de cortes o bien en el momento de la reparación del tubérculo del bermellón. Por último se realizará por disección roma un «túnel» por debajo de la piel del prolabio, para poder llevar a cabo el contacto directo de los muñones orbitales en la reparación muscular. Aquí se termina la fase de cortes.

REPARACIÓN

Al iniciar la reparación debemos estar seguros de que los tejidos no presentan ninguna tensión.

Restitución alar: se inicia la reparación con un punto colchonero horizontal por transfixión de base de ala a base de ala en la piel interna del ala nasal, y

la transfixión debe pasar por la base de la columnella (espinas nasal anterior), teniéndose que aproximar ambos complejos alares sin tensión al tabique nasal. Este punto se deja con un asa y se atará definitivamente al final de la reparación.

Mucosa labial: a continuación se sutura la mucosa labial del muñón lateral hacia la mucosa lateral disecada del prolabio para formar la continuidad de la mucosa labial. El primer punto será colchonero horizontal en la parte más prominente del colgajo mucoso, para que hagan contacto las superficies cruentas; luego se pondrán dos puntos simples, uno posterior al colchonero y otro anterior al colchonero.

Reparación muscular: la miorrafia del músculo orbicular se realiza tomando la porción más alta de ambos muñones y por transfixión se fija a nivel de la base de la columnilla, como primer punto; luego se aplican puntos simples a través del «túnel» subcutáneo del prolabio, asegurándose de que hagan contacto las porciones de músculo orbicular y el número de puntos será de 2 a 3, naturalmente sin tensión; continuando con la miorrafia, se aplica un punto simple a cada lado para unir las pocas fibras musculares existentes en la porción más distal del prolabio y de los colgajos laterales.

Reparación de piel: se inicia la sutura de la piel uniendo en primer término los puntos correspondientes a los arcos de Cupido B-B1 y C-C1 con sutura monofilamento plástico (5-0), y luego uniendo los puntos D-D1 y E-E1, y las distancias intermedias con puntos simples de monofilamento plástico (6-0) D-B1, D-B y E-C-E1-C1.

Piso nasal: al iniciar la reparación y colocar el punto por transfixión que queda con un asa, en este momento se afloja para reparar el piso nasal y poder aplicar de uno a dos puntos de monofilamento absorbible bilateralmente; después se ata en definitiva dicho punto transfixivo.

Tubérculo del bermellón: el tubérculo se forma a expensas de la mucosa labial de los muñones laterales, haciendo relación con el centro del filtrum, recortando el exceso y haciendo coincidir ambos colgajos en el centro y así formar el rafe medio del labio, suturando la porción muscular de ambos entre sí y fijándolos con el mismo punto de sutura al músculo del prolabio; se continúa con la sutura de la mucosa labial haciendo coincidir los ángulos superiores de los colgajos en el centro del filtrum con sutura de monofilamento (6-0) y la piel del prolabio hacia la mucosa de los colgajos, los cuales tienen la porción de línea blanca para la continuidad del contorno labial; después se suturan con monofilamento (6-0)³ (*Figura 5*).



Figura 1. Paciente de un año de edad con presencia de labio hendido incompleto bilateral.

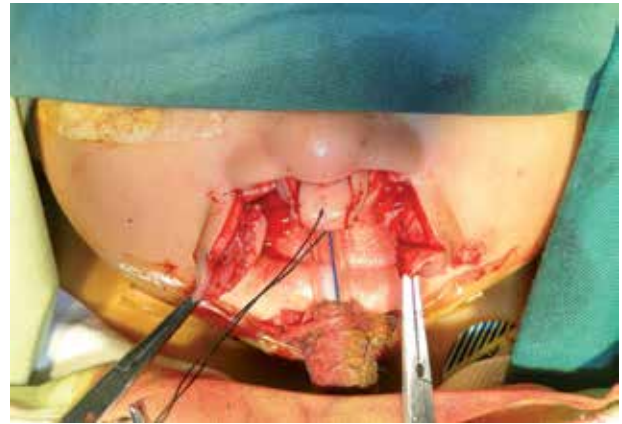


Figura 4. Disección de tejidos.

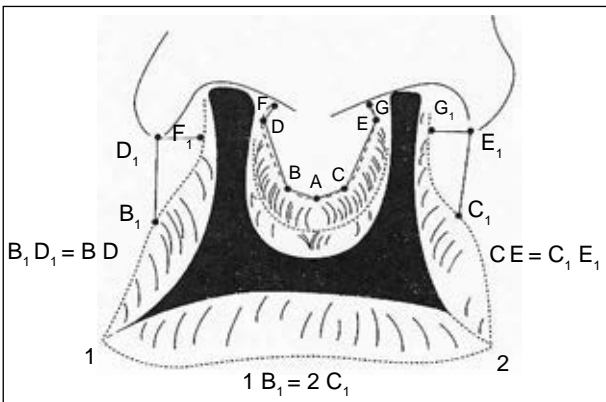


Figura 2. Marcaje para técnica Asensio en labio hendido bilateral.



Figura 5. Sutura por planos de mucosa bucal, músculo orbicular y piel.



Figura 3. Medición y diseño de la técnica en nuestro paciente.



Figura 6. Fotografía postquirúrgica a un año de control después de realizada la queiloplastia.

Posterior a la queiloplastia, el paciente fue manejado de manera convencional sin complicaciones subsecuentes. El paciente ha permanecido bajo control durante un año con adecuados resultados estéticos y funcionales en su labio (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

La historia nos ha enseñado que las malformaciones que en determinado momento de la historia requirieron de múltiples procedimientos para su corrección, en la actualidad con adecuada experiencia pueden ser corregidas con una sola intervención quirúrgica. El cierre por tiempos de el labio hendidado bilateral, un lado primero y el otro después, ha sido prácticamente abandonado en los últimos 25 años, dejando su uso exclusivo para ciertos casos que lo ameriten, bajo determinados protocolos de algunas técnicas quirúrgicas descritas; un ejemplo de esto es la técnica de McComb, que maneja en dos etapas la reparación del labio bilateral; en la primera se realiza una corrección nasal con una adhesión labial y en la segunda se hace una reparación definitiva del labio. La técnica Asensio para LHB, a diferencia de otras, realiza un cierre simultáneo de la fisura nasal y labial bilateral.

Manchester pensaba que el músculo orbicular de los labios no debía ser reconstruido ya que esto causaría un labio muy tenso; hoy en día es ampliamente aceptado el que una adecuada reconstrucción muscular produce un mejor efecto estético y funcional en la cirugía para corrección del labio hendidado, tanto unilateral como bilateral. La técnica Asensio, a diferencia de la de Manchester, promulga una adecuada reconstrucción del músculo por arriba y a través de la premaxila.

A diferencia de la técnica Millard, que en la primera intervención labial guarda ciertos bancos de piel del prolabio para posteriormente alargar la columnela, la técnica Asensio para manejo de LHB considera la columnela como parte de la nariz y no del labio, por lo cual no pregona la elongación de la columnela en base a tejido labial sino en la corrección posterior de los cartílagos alares, en una rinoplastia secundaria como parte del método Asensio.

La técnica Asensio mantiene los principios descritos por Mulliken en cuanto al estado del arte en la reconstrucción del LHB: mantiene la simetría labial, asegura una unión muscular primaria, diseño del prolabio con adecuado tamaño y configuración, formación del tubérculo y borde bermellón a partir de los muñones laterales, y por último la reconstrucción de la punta nasal y columella a través de la correcta ubicación de los cartílagos alares.¹⁻⁴

La técnica quirúrgica Asensio para labio hendidado bilateral mostró buenos resultados en el caso presentado, obteniendo una adecuada restitución de los elementos normales del labio, con apego a los principios de estado del arte en la reconstrucción de LHB.

El paciente con labio y paladar hendidado bilateral requiere un tratamiento minucioso de su defecto. El LHB se presenta en menos del 10% de los casos de labio hendidado; incluso cirujanos con alta casuística tratarán pocos casos de labio hendidado bilateral al año, y de éstos muy pocos darán seguimiento a esos pacientes hasta la edad adulta. Por lo tanto, es nuestra obligación como cirujanos estar en constante actualización respecto a este tema, para dar adecuado manejo a nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Penfold C, Domínguez-González S. Bilateral cleft lip and nose repair. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 49 (3): 165-171.
2. Mulliken JB. Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity--state of the art. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000; 37 (4): 342-7.
3. Elhadidy AM, Eldeen AM, Elbassiouny LE. An Improved technique for repair of bilateral cleft lip deformities through extensive muscle dissection in one stage surgery. *Egypt J Plast Reconstr Surg.* 2006; 30 (2): 131-137.
4. Navarro Vila C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Madrid, España: Aran Producciones, S.L.; 2009: 985-1022.
5. Asensio OA. Variation of the rotation-advancement operation for repair of wide unilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg.* 1974; 53 (2): 167-173.
6. Asensio OE. Labio leporino y paladar hendidado. *Acta Odontol Venez.* 1971; 9 (3): 229-242.
7. Monserat Soto ER, Tovar Mattar R. Labio hendidado. *Acta Odontol Venez.* 2001; 39 (3).