

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **12**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2002**

Artículo:

Plastia de la punta nasal en
preescolares con labio hendido
bilateral

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Plastia de la punta nasal en preescolares con labio hendido bilateral

Dr. Javier Carrera Gómez,* Dr. Edmundo Guadarrama Pérez,** Dr. Eduardo Gutiérrez Salgado,***
Dr. Jhon Gómez Flores,** Dr. Abiel Reyes Rodríguez**

RESUMEN

Analizamos a 30 pacientes en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, que tenían deformidad nasal por labio hendido bilateral, a los que se realizó rinoplastia abierta colocando dos injertos de cartílago auricular en la punta nasal y avance V-Y para elongar la columela, con un seguimiento de uno a 14 años. Los resultados se ponderaron como buenos de acuerdo con la longitud de la columela, la forma y simetría de las narinas, así como de la cicatriz final. No se presentaron alteraciones en el crecimiento nasal.

Palabras clave: Labio hendido bilateral, rinoplastia abierta, injerto auricular.

INTRODUCCIÓN

La corrección de la deformidad nasal, cuando existe labio hendido bilateral, es un procedimiento complicado del que se han descrito gran cantidad de técnicas, que a pesar de ellas es difícil obtener resultados satisfactorios, dadas las variantes de la propia patología. En general es necesario recurrir a más de un tiempo quirúrgico para conseguir un aspecto estético

SUMMARY

Thirty patients from the Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, with nasal deformity due to bilateral cleft lip, were analyzed after undergoing an open rhinoplasty technique. Two auricular cartilage grafts were placed in the nasal tip and V-Y advance flap to elongate the columella, with 1 - 14 years follow up. Results were satisfactory, in relation to the columella's length, size and shape of the nostrils and the final scar. No alterations in the growth of the nose were present.

Key words: Bilateral cleft lip, open rhinoplasty, auricular cartilage graft.

armónico que oculte la deformidad primaria en forma natural, sobre todo de la punta nasal.

En pacientes a los que no se les ha realizado algún tratamiento, se encuentran alteraciones estructurales comunes, como la deformidad de la punta nasal, sobre todo en la parte cartilaginosa que produce un acortamiento de la crus media o hipoplasia de la columela y en otros casos ausencia de la misma, producto de una alteración en el mecanismo normal de la diferenciación durante el crecimiento. Otra causa de columela corta o ausente es por un ligamento septo maxilar dominante o por invasión del área de la columela por el proceso alveolar en posición anormal.¹ Estos pacientes presentan también aplanamiento y ensanchamiento de las alas nasales con modificación del ángulo naso-labial y deformidad concomitante en la forma de ambas narinas. Mientras más anterior sea la premaxila las deformidades serán más evidentes.

* Profesor Titular del Curso de Cirugía Reconstructiva, Hospital Central Sur de Alta Especialidad (HCSAE) de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

** Médico residente de segundo año de la Especialidad de Cirugía Reconstructiva. HCSAE, PEMEX.

*** Profesor adjunto del Curso de Cirugía Reconstructiva. HCSAE, PEMEX.

Cuando se forma una columela lo suficientemente larga para permitir la proyección de la punta nasal con las bases de los alares en posición normal, se pueden lograr mejores cicatrices y se evitan alteraciones en el crecimiento de la nariz, preocupación a la que tanta importancia se ha dado, debido al concepto de que la rinoplastia temprana interfería con el crecimiento nasal. Este concepto se basa en la cirugía limitada a tejidos blandos, especialmente de los cartílagos alares, así como a procedimientos que incluyen el septum.⁴ Con el paso del tiempo, autores como Broadbent,⁵ demostraron que no se alteraba este crecimiento.

En México existen comunidades en las que la detección y tratamiento de estas malformaciones se retrasa varios años. En niños menores de 10 años se puede hacer una rinoplastia sin alterar o modificar el crecimiento.

Por este motivo el objetivo principal consiste en corregir el labio a los tres meses de edad, el paladar a los 18 meses y hacer la rinoplastia a los tres años, aunque Millard⁴ menciona que puede realizarse de los tres a seis meses.

La inquietud por mejorar los resultados publicados,^{1,4,5} condujo a la implementación de una técnica para corregir la deformidad en la punta nasal basada en la colocación de un injerto de cartílago auricular en forma de "T", otro tipo Sheen y elongación de la columela con avance V-Y.

PACIENTES Y MÉTODO

Se intervino quirúrgicamente a 30 pacientes: 16 hombres (53.3%) y 14 mujeres (46.7%), con edades comprendidas entre los 3 y 10 años (promedio de 4), en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX en el lapso comprendido de 1986 a 2000 con la técnica de rinoplastia abierta colocando doble injerto y avance V-Y para elongar la columela. Los procedimientos los llevó a cabo el mismo equipo quirúrgico, con un seguimiento a largo plazo.

En todos los casos se les tomó fotografías de frente, tres cuartos y ambos lados. La evaluación preoperatoria contempló la medición de la longitud de la columela y el ángulo naso-labial, tomando en cuenta la presencia de asimetría y proyección de la punta nasal.

Los resultados se evaluaron de acuerdo con la longitud de la columela elongada, la forma y simetría de las narinas, el ángulo naso-labial reconstruido, la cicatriz y su aspecto, y la longitud del labio dependiendo de la edad,⁶ en muy buenos, buenos, regulares y malos.

Técnica quirúrgica

Se inicia con un acceso por vía retro-auricular y disección de la concha auricular hasta exponerla en su totalidad, marcando una "T" (Figura 1), que después se colocará como injerto entre las crura y sobre los alares. Se traza una línea imaginaria que une un extremo de la "T" con su base, de tal manera que se obtenga un triángulo equilátero que se utilizará como injerto tipo Sheen (Figura 2).

La concha auricular se deberá disecar en la cara anterior para tomar el injerto en forma adecuada, sin lesionar el pericondrio. Se cierra la herida retroauricular y se modela la concha para sacar los dos injertos (Figura 3). En la base de la columela se marca un trazo para efectuar un avance en V-Y, aproximadamente de 1.5 cm de longitud (Figura 4).



Figura 1. Marcaje y disección de la concha auricular.



Figura 2. Toma de injerto en forma de "T".



Figura 3. Injerto auricular.



Figura 4. Separación de los cartílagos.

Se procede a levantar el colgajo nasal hasta visualizar las crura y los cartílagos alares, como en la técnica convencional de rinoplastia abierta. Es importante respetar la integridad de los cartílagos alares al disecar la piel de la punta. Se continúa la disección entre las crura para conformar un bolsillo de la base de la columela hasta la punta nasal, de tal forma que la rama vertical de la "T" repose dentro del mismo (Figura 5). Después de colocarlo en su sitio se deberá suturar entre sí las crura para envolverla hasta el domo de ambos cartílagos alares, los que se recolocan con una mayor proyección (Figura 6). La rama horizontal de la "T" se rotará en sentido anterior (Figura 7) y fijará con sutura no absorbible, teniendo cuidado de dejar ambas ramas directamente sobre los cartílagos alares. Al terminar, se fija el injerto tipo Sheen sobre el primer injerto (Figuras 8, 9 y 10), éste proyectará la punta y por ello es necesaria su colocación simétrica. Para finalizar, se cubre con la



Figura 5. Avance en V-Y de la columela.



Figura 6. Rinoplastia abierta y disección de las crura.



Figura 7. Colocación del injerto en "T" entre las crura.



Figura 8. Rotación anterior del cartílago.



Figura 11. Fotografía preoperatoria.



Figura 9. Colocación de injerto tipo Sheen.



Figura 12. Fotografía posoperatoria inmediata.



Figura 10. Injertos colocados.

piel nasal y se cierra la herida con avance en V-Y con nylon 6/0, dejando una herida vertical en el labio superior y cuidando la simetría entre las narinas. El vendaje adhesivo se coloca con cuidado para proyectar la punta y cubrir la totalidad de la nariz.

RESULTADOS

Se obtuvieron muy buenos resultados, ya que la longitud de la columela aumentó en promedio 1 cm, las narinas quedaron simétricas y el ángulo nasolabial obtenido fluctuó entre los 90° y 100°, con una cicatriz por debajo de la columela, poco visible y la longitud del labio se conservó (Figuras 11 y 12). En el seguimiento a largo plazo se observó un crecimiento proporcionado de la nariz con relación a la cara, sin modificaciones es-

téticas significativas, habiendo conservado la longitud de la columela y proyección de la punta nasal.

COMENTARIO

La construcción de un armazón tridimensional que diera forma y proyección a la punta nasal al mismo tiempo que fuera capaz de alargar la columela, mejorar la simetría de las narinas y además fabricado con un material que pudiera aumentar su tamaño proporcionalmente, parecía un reto difícil de lograr, pero el cartílago auricular en forma de "T" es capaz de lograr excelentes resultados.

El armazón de cartílago consiste de un soporte para dar longitud a la columela, que al colocarlo podrá permitir el cierre del avance V-Y sin problemas, con lo que ésta aumentará hasta 1.5 cm sin deformar el labio, dejando una sola cicatriz que no llegará a retráerlo. Las suturas que unen las crura y domos protegen el cartílago dejando descubierta la rama horizontal de la "T". Este procedimiento tiene la ventaja de que se puede realizar en un solo tiempo y se puede confiar en la buena irrigación, dado que los colgajos nasales y la piel central del labio tienen líneas comunes embriológicamente.

Hay varios trabajos en los que se refiere la corrección nasal simultáneamente con la del labio hendido bilateral,^{4,5,7} pero hacer la queiloplastia como primer tiempo quirúrgico y meses después realizar la rinoplastia, es una buena opción, ya que habrá menos edema y dolor posoperatorio.

Se ha manejado el concepto de la alteración en el crecimiento nasal. Una preocupación de Millard,⁵ y otros autores, es alterar el crecimiento de la nariz cuando los pacientes tienen menos de 10 años de edad,^{2,3} ya que con la mayoría de las técnicas se manipula de manera importante a los cartílagos alares, y los resultados son poco satisfactorios cuando el paciente llega a los 15 años de edad, con la punta grande en relación a la columela.

La totalidad de los casos los realizamos entre seis meses y un año después de la queiloplastia, ya que los tejidos se encuentran recuperados del trauma previo y podemos tener una mejor perspectiva de la deformidad nasal sin la influencia del defecto en el labio.

Diversos autores hacen la corrección simultánea del labio hendido y la rinoplastia, que en la mayoría de los casos consiste en la movilización de colgajos y modificación de la posición de los cartílagos alares, utilizando como acceso, en ocasiones, la técnica abierta, popularizada por Gunter,⁸ con una modificación de Millard.

Por definición la rinoplastia abierta implica la disección y sutura de estructuras bajo visión directa;

en cambio, la rinoplastia cerrada implica la manipulación a través de incisiones en la mucosa nasal, sin visualización directa al levantar un colgajo debajo de la piel nasal. Debido a la importancia de la rinoplastia abierta para la corrección de esta deformidad, existen numerosos seguidores de esta técnica.⁹ Tiene la ventaja de brindar una excelente exposición, las cicatrices son muy discretas que se dejan por arriba de la unión de la columela y narinas con piel vestibular, en lugar de hacerlo centralmente en la columela o punta nasal.⁷ Lo importante es colocar todos los tejidos en su posición normal lo más tempranamente posible en la reconstrucción nasal, como señaló Salyer.⁸

Otro factor que contribuye a la deformidad nasal en estos pacientes es la columela corta, que constituye uno de los estigmas residuales más constantes de la nariz en el labio hendido bilateral reparado, que a pesar de que existen técnicas para alargarla,^{10,11} las tres formas básicas para aportar tejido a la región de la columela son: injertos compuestos, como los del lóbulo de la oreja, antihélix o las bases alares; colgajos distales, como los del pliegue naso-labial o labio inferior, que son los más utilizados; colgajos locales, que tienen la ventaja de ser procedimientos que se realizan en un tiempo pudiéndose tomar del prolabio, base de los alares, punta nasal, septum nasal, o del pliegue naso-labial.¹

Morel-Fatio y Lalardrie describieron el alargamiento de la columela utilizando tejidos de la punta nasal. Woolf reportó la reparación primaria de la nariz por medio de avance de cartílagos alares combinados con la escisión de piel de la punta ensanchada. En estos casos se utilizaban incisiones inter-cartilaginosas para ajustar los cartílagos alares.⁷

En 1990, McComb publicó un método de reparación nasal primaria en donde la columela se reconstruye y la punta nasal se adelgaza uniendo los componentes de los cartílagos alares. La rotación caudal de los mismos también se corrige y la piel de la punta nasal se moviliza mediante un avance en V-Y. Sin embargo, alargar la columela no significa mejorar la punta por completo, ya que este procedimiento únicamente servirá de base para contar con el tejido disponible para lograr una adecuada proyección de la punta nasal.

CONCLUSIONES

No importa el tipo de sociedad o cultura, pero el disminuir los estigmas de la deformidad nasal en labio hendido es una prioridad que motivará al niño a crecer en su propia comunidad con una autoestima normal.

Con esta técnica hemos obtenido excelentes resultados posoperatorios inmediatos y a largo plazo, sin provocar trauma innecesario a los cartílagos nasales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ward ChM. An analysis from photographs of the results of four approaches to elongating the columella after repair of bilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64: 68-76.
2. Ortiz-Monasterio F, Olmedo A. Corrective rhinoplasty before puberty: A long-term follow-up. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68: 381-390.
3. Broadbent TA, Woolf RM. Cleft lip nasal deformity. *Ann Plast Surg* 1984; 12: 216.
4. Millard DR. Closure of bilateral cleft lip and elongation of columella by two operations in infancy. *Plast Reconstr Surg* 1971; 47: 324-331.
5. Millard DR. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg* 1982; 70: 64-72.
6. Vinageras E. Elongación de la columela en los pacientes con fisura labial bilateral. *Bol Med Hosp Inf* 1977; 34: 929-936.
7. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 4 year review. *Plast Reconstr Surg* 1993; 94: 37-45.
8. Trott JA. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of lip repair in bilateral cleft lip and palate: the Alor Setar experience. *Br J Plast Surg* 1993; 46: 215-222.
9. Thomas C, Mishra P. Open tip-rhinoplasty along with the repair of cleft lip and palate cases. *Br J Plast Surg* 2000; 53: 1-6.
10. Uchida M, Kojima T. Secondary correction of the bilateral cleft lip nose by excision of the columellar forked flap and nasal remodeling with reverse-U flaps: a preliminary report. *Br J Plast Surg* 1994; 47: 490-494.
11. Harashima T. Open reverse-U incision technique for secondary correction of unilateral cleft lip nose deformity. *Br J Plast Surg* 1990; 43: 557-664.

Dirección para correspondencia:

Dr. Javier Carrera Gómez
Cerrada de Hamburgo No. 4 PB
Colonia Juárez
6600 México, D.F.