

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **12**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2002**

Artículo:

Colgajo de pedículo anterior para dar
cubierta nasal al paladar blando

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

Colgajo de pedículo anterior para dar cubierta nasal al paladar blando

Dr. Rolando Medina Céspedes,* Dr. José Andrés Azcárate Varela*

RESUMEN

Una de las posibles complicaciones posteriores a la reparación de una fisura del paladar blando, es la formación de una fistula oronasal, que en algunos casos requerirá una reintervención quirúrgica para su corrección. Se propone la formación de un colgajo mucoperióstico de pedículo anterior para dar cubierta a la cara nasal del paladar blando, dando una mejor continuidad anatómica en la unión del paladar duro y el paladar blando, sitio donde es frecuente la presencia de tensión de las estructuras y por lo tanto mayor el riesgo de presentar una fistula, además de que evita la coincidencia de las líneas de sutura de los diferentes planos de cierre en la palatoplastia. Se presentan los resultados de la utilización de esta técnica en doce pacientes con un seguimiento de cuatro a veinticuatro meses, encontrando que no se detectó la presencia de fistula oronasal en ninguno de los casos. Consideramos que el uso del colgajo descrito, acompañado de un manejo cuidadoso de los tejidos, es un elemento útil para evitar la incidencia de fistulas oronasales posquirúrgicas en casos de pacientes con fisuras de paladar tipo I y II de la clasificación de Veau, por lo que debe considerarse dentro del armamentoario quirúrgico del cirujano plástico.

Palabras clave: Paladar hendido, fistula oronasal, cubierta nasal, colgajo mucoperióstico.

INTRODUCCIÓN

El principal objetivo del cirujano que trata al paciente con una fisura del paladar, es restablecer la continuidad anatómica entre la cavidad oral y nasal, ya que un adecuado funcionamiento de la musculatura permitirá una fonación satisfactoria.¹

SUMMARY

A possible complication after performing a surgical cleft palate correction is the presence of an oronasal fistula, which in most cases will require another operation. In this paper we propose the utilization of a mucoperiosteal flap of an anterior pedicle, raised from the hard palate to use for a nasal lining on the soft palate, this will provide a better anatomical continuity where the hard and soft palate come together and diminish the tension providing a greater horizontal distance at the nasal cover. This also avoids the juncture between suture lines with the muscular and oral layers. The application of this flap is for patients with cleft type I or II Veau classification. We used this flap with twelve patients with no incidence of oronasal fistula in this group.

Key words: Cleft palate, oronasal fistula, mucoperiostal flap, nasal lining.

Una de las complicaciones que se pueden presentar después de realizar una palatoplastia, es la formación de una fistula entre ambas cavidades en la unión del paladar óseo y blando, que si bien no siempre es la causa de una fonación inadecuada, puede condicionar dificultad para una buena higiene de la cavidad oral y el paso de alimentos líquidos a la nariz cuando éstos se ingieren.

Ante la complicación frecuente de formación de una fistula oronasal después de una palatoplastia, se propone una técnica para restaurar la continuidad

* Cirujano Plástico. Miembro de la AMCPER, San Luis Potosí, México.

palatina, consistente en trazado de un colgajo mucoperióstico del paladar duro pediculado anteriormente sobre la línea media. Este colgajo no resta importancia a un manejo cuidadoso de los tejidos y una liberación y realineación adecuada de la musculatura del paladar blando (veloplastia intravelar).

MATERIAL Y MÉTODO

Desde septiembre de 1999, los pacientes con fisura del paladar blando por detrás del foramen incisivo clasificados como grupo 1 y 2 de Veau,² (*Figura 1*) se intervienen quirúrgicamente para corregir el paladar por medio de un colgajo mucoperióstico del paladar duro pediculado anteriormente sobre la línea media. Con esta técnica se trató a 12 pacientes (*Cuadro I*): siete mujeres (58%) y cinco hombres (42%) con edad de 1 año dos meses a 7 años (promedio de 2 años 9 meses). Se llevó control posoperatorio, con dos a cinco días de internamiento, tres semanas de dieta líquida y visitas seriadas a la consulta externa, a la semana, tres semanas, uno, tres y seis meses después del procedimiento. Durante las visitas, se valoró en todos los casos la presencia o ausencia de fistula por medio de inspección intraoral, preguntando directamente a los padres si había salida de alimentos líquidos a través de la nariz al tomar los alimentos. El seguimiento

Cuadro I.

Sexo	Edad	Seguimiento
1	F	4a 5m
2	F	1a 7m
3	M	1a 6m
4	F	2a 3m
5	F	7
6	M	1a 2m
7	M	1a 6m
8	F	4a
9	F	5a 3m
10	F	1a 4m
11	M	1a 8m
12	M	2a

Sexo: F = femenino, M = masculino, Edad y seguimiento: a = años, m = meses.

miento fue de seis meses a dos años, con un promedio de 15.6 meses.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general e intubación orotraqueal, en la cubierta oral se diseña un colgajo mucoperióstico sobre la línea media del paladar duro, en sentido longitudinal (*Figura 2: línea punteada*), mismo que

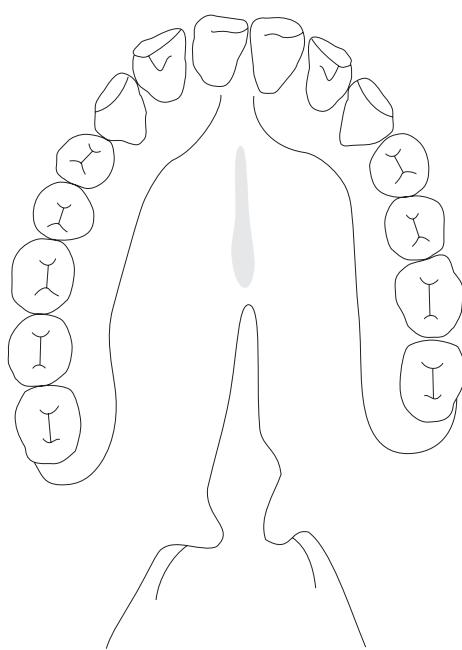


Figura 1. Tipo de fisura (Veau I y II) donde está indicado el procedimiento.

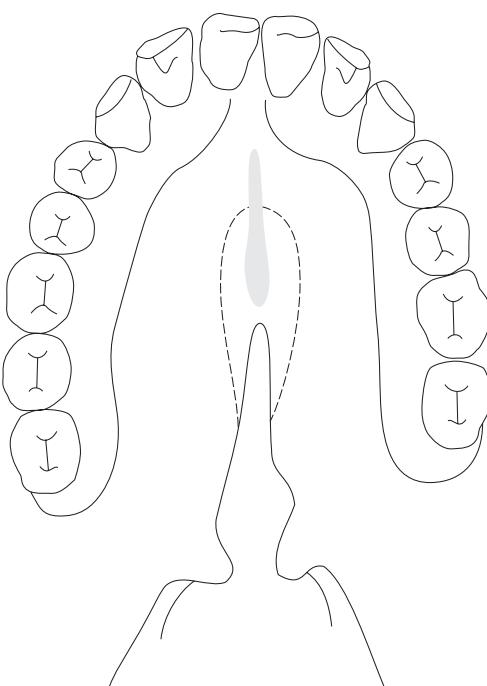


Figura 2. La línea punteada delimita el trazo del colgajo propuesto.

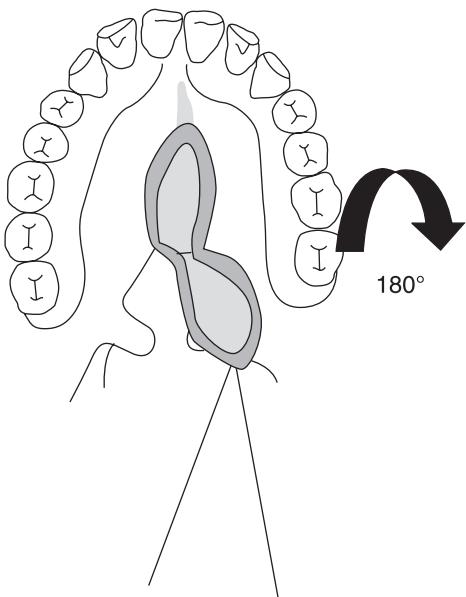


Figura 3. El colgajo trazado se levanta y se rota 180 grados sobre su propio pedículo.

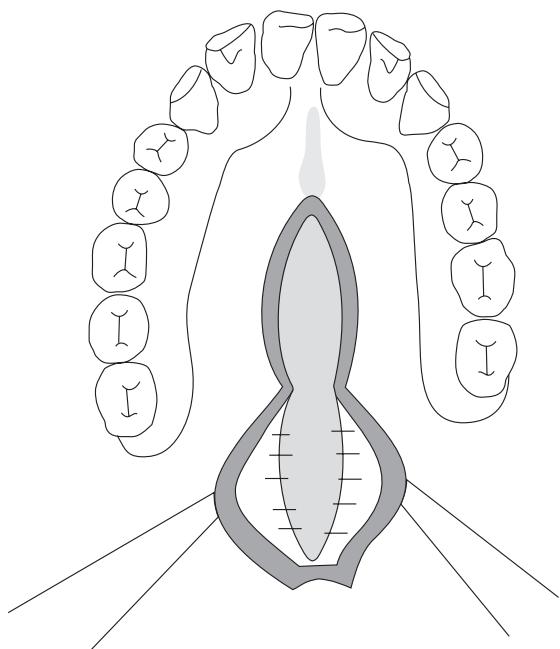


Figura 4. Los bordes del colgajo se suturan sobre la capa nasal del paladar blando en ambos segmentos laterales.

se levanta hasta el borde posterior de la fisura y se evierte 180 grados (*Figura 3*), de tal forma que el área de mucosa oral queda como piso nasal con el área cruenta del colgajo hacia la cavidad oral. Los bordes laterales del colgajo se suturan con puntos simples separados de material absorbible (*Figura 4*),

quedando así formado el plano nasal de la reconstrucción; ulteriormente se termina la operación, reconstruyendo la musculatura del paladar blando y cierre de la mucosa oral. La técnica de cierre del paladar que utilizamos en el servicio es la descrita por Wardill-Kilner.²

RESULTADOS

Se obtuvieron buenos resultados en todos los casos, sin documentar la presencia de fistula palatina u otra complicación inherente al procedimiento durante el periodo de seguimiento.

COMENTARIO

La fistula palatina es una de las complicaciones descritas en la literatura secundaria a la corrección quirúrgica del paladar hendido.¹⁻⁵ Aunque no es una complicación que siempre interfiera con la fonación, la molestia del paciente por la salida de alimento líquido hacia la nariz y la dificultad para la higiene de la boca que condiciona halitosis por acúmulo de alimento en la fistula, pueden llegar a ser indicaciones de una reintervención para el cierre de la fistula. Uemura,⁴ reporta un 9.4% de fistulas oronasales en fisuras del paladar blando. Emory,⁵ en su revisión encontró del 0 al 63% de fistulas oronasales en diferentes trabajos, y Cohen,⁶ reporta una incidencia del 23% de fistulas palatinas después de palatoplastia, independiente- mente del tipo de fisura y técnica utilizada para su corrección.

Son muchos los procedimientos descritos para el cierre de las fistulas, desde colgajos locales, injertos de dermis y colgajos distantes.^{5,7,8} Uno de los sitios en los que la formación de fistula se manifiesta, es la unión del paladar blando con el duro,⁵ ya que es una zona en donde suele haber mayor tensión al cierre de la palatoplastia (*Figura 5: flecha punteada*). Consideramos que con el colgajo que se describe se obtiene una superficie con mejor continuidad anatómica en esta zona y se brinda una mayor dimensión en sentido transversal, en el cierre del plano nasal (*Figura 5: flecha continua*), evitando la tensión en las líneas de sutura, sin restar importancia a una liberación adecuada de la musculatura y un manejo cuidadoso de los tejidos.

Al efectuar la palatoplastia con este colgajo para la mucosa nasal, también se evita un contacto directo entre las líneas de sutura de los tres planos del paladar blando (piso nasal, músculo y mucosa oral); esto hace todavía menos probable la formación de una fistula.

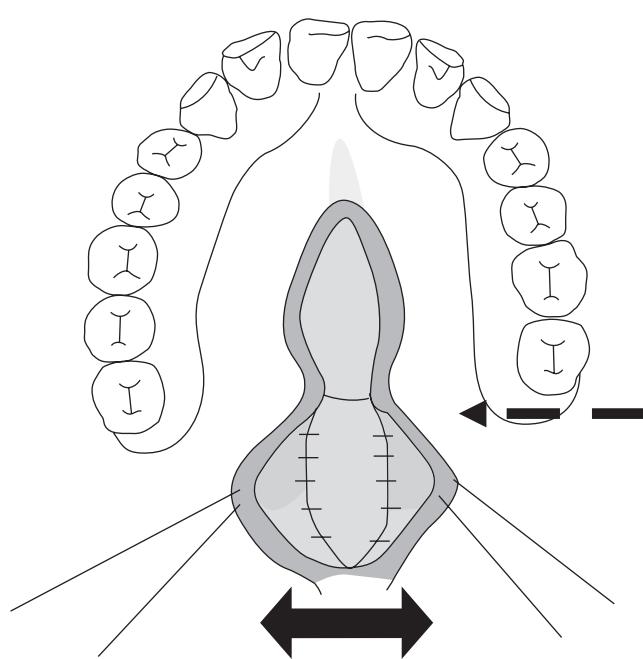


Figura 5. Lugar de mayor tensión de sutura que con el colgajo propuesto se disminuye y elimina la superposición de suturas sobre el mismo plano. La viabilidad del colgajo asegura una cubierta completa.

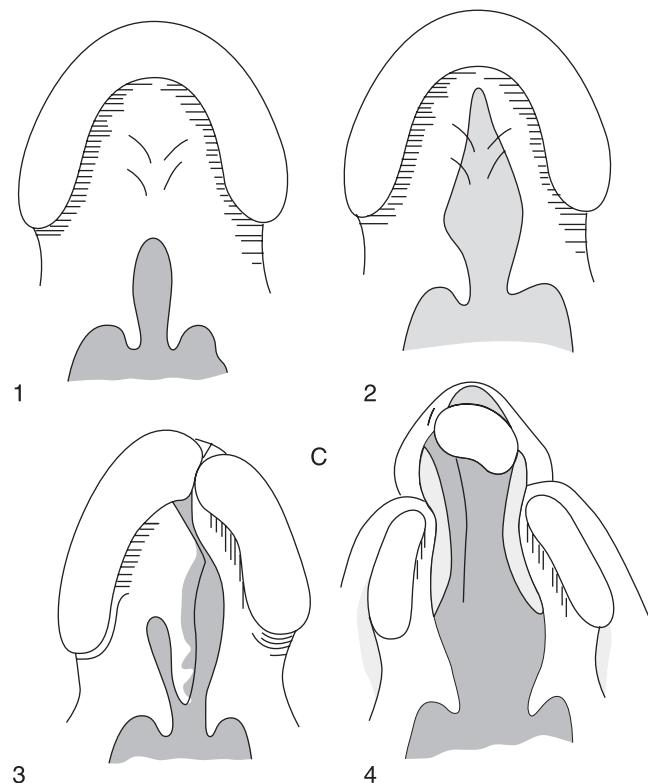


Figura 6. Clasificación de Veau.

Los inconvenientes de la técnica radican en que no es posible llevarla a cabo cuando se planea una reconstrucción del paladar, como lo describe Furlow en su técnica de doble Z-opuesta,⁹ ya que el diseño del colgajo interfiere con el diseño de la Z-plastia de la cubierta nasal; otro, cuando se ha tratado previamente al paciente con la técnica que utiliza colgajo vomeriano, como en los casos descritos por Trigos,¹⁰ de tratamiento integral temprano del paladar primario, ya que el tejido disponible para el tallado del colgajo descrito está directamente relacionado con el colgajo vomeriano previamente utilizado y es por esa razón que esta técnica se recomienda exclusivamente para los casos I y II de la clasificación de Veau (*Figura 6*), como previamente se mencionó. En relación a otros tipos de procedimientos,¹¹⁻¹⁴ no existen problemas para adaptar esta variante a las técnicas originales. Merece una mención especial el considerar la técnica de incisiones mínimas de Mendoza,¹⁵ donde es factible adaptar la formación del colgajo descrito sin problemas.

CONCLUSIÓN

La creación de un colgajo mucoperióstico de pedículo anterior levantado de la línea media del paladar duro para el piso nasal durante la reconstrucción quirúrgica de la fisura del paladar blando, es útil para disminuir el porcentaje en la incidencia posoperatoria de fistulas oronasales, por lo que consideramos que es una modificación que debemos tener presente en nuestro arsenal quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Brothers et al. Comparison of procedures for isolated soft palate clefts. *Plast Reconstr Surg* 1994; 95: 969.
- McCarthy JG. *Plastic surgery*. WB Saunders Co. 1990, Vol. 4; pp. 2903.
- Lewis MB. Timing and technique of cleft palate repair. *Curr Ther Plast Rec Surg* 1992.
- Uemura et al. Oronasal fistula following cleft palate surgery in our institute of cleft lip palate during 14 years. *J Jpn Cleft Palate Assoc* 1994; 19: 100.
- Emory et al. Fistula formation and repair after palatal closure. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 1535.
- Cohen SR. Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg* 1990; 87: 1041-47.
- Vandeput et al. Dermis-fat graft for palatal fistula closure. *Plast Reconstr Surg* 1994; 95: 1105.
- Chen H et al. Free forearm flap for closure of difficult oronasal fistulas in cleft palate patients. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 757.
- Furlow LT Jr. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Plast Reconstr Surg* 1986; 78: 724.

10. Trigos MI, García CG, Ortiz MF. Tratamiento integral temprano del paladar primario hendido. *Cir Plast Iberolatinoam* 1979; 3: 251-260.
11. Rohrich RJ et al. Optimal timing of cleft palate closure. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 413.
12. Randal P et al. Palatal length in cleft palate as a predictor of speech outcome. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1254.
13. Skoog T. *Plastic surgery methods and refinements*. WB Saunders, 1974: 174.
14. Millard, R. *Cleft craft: Evolution of its surgery*, Vol. III. Williams and Wilkins. 1980.
15. Mendoza M et al. Minimal incision palatopharyngoplasty. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1994; 28: 199-205.

Dirección para correspondencia:

Dr. José Andrés Azcárate Varela.
Mariano Ávila No. 505. Col. Tequisquiapan.
78250 San Luis Potosí, SLP.
Teléfono y Fax (444) 8-33-04-44
Correo electrónico: andres@slp.podernet.com.mx