

CIRUGIA PLASTICA

Volumen 14
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2004
May-August

Artículo:

Nacimiento, desarrollo y consolidación
de la atención del paciente con labio y
paladar hendidos en el Hospital General
de México.

La Clínica de LPH

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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

Nacimiento, desarrollo y consolidación de la atención del paciente con labio y paladar hendidos en el Hospital General de México. La Clínica de LPH

Dr. Ignacio Trigos Micoló*

RESUMEN

Se presenta un relato histórico de la atención de los pacientes con fisuras labio palatinas en el Hospital General de México. Así mismo, se destaca la importancia que este campo ha tenido en el desarrollo de la cirugía plástica.

Palabras clave: Labio y paladar hendidos, Hospital General de México, Clínica de labio y paladar hendidos, Escuela Mexicana.

SUMMARY

This study presents a historical report of the attention of patients with palatine lip fissures in the General Hospital of Mexico. Likewise, we stand out the importance that this field has had in the development of the plastic surgery.

Key words: Lip and palatine fissure, General Hospital of Mexico, Lip and palate fissure's Clinic, Mexican College.

Cuenta la historia y así está registrado, que el primer servicio formal de Cirugía Plástica en este país fue creado en 1953 en el Hospital Universitario de Monterrey por Oscar Ulloa Gregory, sin embargo cabe el crédito de que la primera residencia de especialidad afiliada a la UNAM en la ciudad de México fue en el año de 1954, en Cirugía Plástica del Hospital General de México, a cargo del profesor Fernando Ortiz Monasterio.¹

Esta es la razón de que en este año celebremos el quincuagésimo aniversario de tan sobresaliente hecho y de que ahora a mí se me haya encargado la honrosa tarea de relatar la micro-historia de la atención de los pacientes con fisuras labio palatinas en dicho nosocomio y darme la oportunidad de hacer hincapié de la importancia que este campo ha tenido en el desarrollo de la Cirugía Plástica, no sólo de

nuestro país sino de muchos otros que se han apegado en el tratamiento de los pacientes fisurados a "La Escuela Mexicana".

Hablar de una escuela mexicana es reconocer que, por su lógico enfoque, es primero particular y diferente a otros enfoques, y segundo, es lo suficientemente eficiente para producir adecuados resultados en los pacientes tratados y en manos de muy diferentes cirujanos. Estas dos particularidades se dieron en la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General de México que, con un enfoque multidisciplinario y una adecuada coordinación, que estimulaba siempre la discusión y defensa de criterios o la exposición de nuevas ideas, sujetas siempre al escrutinio de mentes expertas y de amplio criterio que produjo pensamiento propio. Con la aplicación diaria de este sistema no pasó mucho tiempo en que se introdujeran constantes mejoras en el tratamiento integral de los pacientes.

En su inicio era, y sigue siendo en la actualidad, un reto y una oportunidad para obtener la producción y mejora de nuevas formas de enfocar este añejo problema. El encuentro de un camino seguro y la posibilidad de adaptar las tendencias terapéuticas de

* Cirujano Plástico. Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía. Cirujano Plástico en práctica privada, Clínica Londres. Director del Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA, México, D.F.

acuerdo a la evolución de los tiempos es lo que nos permite asegurar la existencia de una "Escuela Mexicana", evolutiva y progresista, cada vez más sofisticada y con mejores enfoques y rehabilitación integral para los pacientes. Por supuesto que esto no es el resultado de la labor de un solo hombre, por el contrario, es la suma de los esfuerzos de muchos individuos a quienes en estas líneas pretendemos dar el debido crédito y reconocimiento.

Durante los últimos 50 años, el tema del labio y paladar hendidos ha sido y continúa siendo un problema de gran actualidad, de investigación y constante evolución (no todo lo que se acepta es válido para siempre) y, es por eso que todavía se justifica la existencia de nuevos Libros, Congresos y Revistas, Sociedades y Asociaciones a nivel internacional, que se dedican exclusivamente a este tema.

A nivel Nacional existe la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Deformidades Craneofaciales A. C., cuyos fundadores estaban o estuvieron en contacto con la clínica del Hospital General de México. Ésta es una asociación de profesionales, de carácter multidisciplinaria, dedicada al estudio y difusión del problema nacional de los fisurados. Pretende actualizar a sus miembros en la atención de los pacientes y proponer conductas y rutinas de tratamiento adecuadas para nuestro medio. Como ya se mencionó, en la etapa de su inicio, la gran mayoría de los miembros fundadores de dicha Asociación, estaban o habían estado laborando o en estrecho contacto con la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General de México de la SSA que fue la primera en nuestro medio y el modelo a seguir de todas las siguientes.¹

La clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General de México, que como ya se mencionó fue primera de su tipo tanto a nivel Nacional como de América Latina, ha tenido participación destacada y normativa desde su inicio en las tendencias nacionales sobre este tema. En ella, hemos tenido la participación de un gran número de cirujanos plásticos, ortodoncistas, odontólogos, terapistas del lenguaje y psicólogos que ahí se formaron o colaboraron en una u otra forma, con su actividad, al desarrollo del pensamiento nacional e internacional en este tema.

He aquí pues el relato de esta microhistoria (que me ha tocado vivir en carne propia) conforme la recuerdo o he podido confirmarla. Antes de entrar en materia, debo aclarar de que si existen omisiones, no son voluntarias y me disculpo de antemano.

Cuenta Vinageras,¹ que cuando Ortiz Monasterio, en el año de 1954, regresa de Estados Unidos, forma mancuerna en el Hospital General con Alfonso Serrano Rebeil, sin tener un servicio específico en el Hospital

General, pero atendiendo pacientes en varios pabellones. De ahí, el recuerdo de que aquellos primeros residentes o aspirantes a serlo, debían, entre otras características, ser buenos ciclistas para poder pasar visita por todo el hospital, cargando en la bicicleta del servicio un cajón con el material requerido para las curaciones. Desde entonces se le daba el carácter de Servicio pero sin área física específica. Esa situación perduró hasta que –según relata Ortiz Monasterio,¹– años más tarde, hasta 1960, la dirección del hospital asignó la mitad de un pabellón para la concentración de pacientes de Cirugía Plástica y Reconstructiva en el Pabellón 7, en donde se tiene la sede de la primera residencia de posgrado avalada por la UNAM. De aquel humilde comienzo a la actualidad, han transcurrido 50 años y significan -*El aspecto más gratificante de mi vida personal*– según las propias palabras del profesor Ortiz Monasterio.¹

Respecto al Labio y Paladar Hendidos, en 1959, en el *Plastic*, aparece un artículo de Fernando Ortiz Monasterio y cols. sobre medidas antropométricas en adultos de pacientes fisurados no operados,² que causa revuelo a nivel internacional y significa el punto de partida de la gran aventura intelectual de Ortiz Monasterio en el campo de las deformidades cráneo-maxilofaciales.

En 1965, ya con un aval universitario oficial, con una sede propia y, ante la numerosa demanda de atención de pacientes con fisuras labio palatinas, como consta en la página 115 de "*La Cirugía Plástica en México, Una historia colectiva*",¹ se hace notoria la idea de Fernando Ortiz Monasterio de la creación de una Clínica específica para la atención y estudio multidisciplinario de dichos pacientes. Nace así la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General de México. Su arranque inició con la integración de un grupo de trabajo compuesto por varios especialistas del propio hospital, como fueron Fernando Ortiz Monasterio, Severino Tarasco Camino, Pedro Berruecos (Sr.), Ernestina Martínez, Julieta Heres, Francisco Sánchez Ramos, Humberto Mangino, Gustavo Barrera Padilla, Sergio Zenteno y Enrique Vinageras Guarneros. Posteriormente, al siguiente año, se integraron Manuel Yudovich Burak, Martha Reyes, Luis Alberto Narciso, Ignacio Trigos Micoló, Enrique Margarit García, Michelin Viale, Mario Mendoza, Ramón Ruenes, Alejandro Prado y Eduardo de la Parra.

Rápidamente se inician las primeras publicaciones al respecto. Son los artículos, de mediciones antropométricas del año de 1959,² junto con el artículo de estudio de pacientes adultos no tratados, publicado en el *Plastic*, en 1966,³ los que ponen a México en este campo.

Como reconocimiento a la labor de Ortiz Monasterio, se logró tener el Congreso de la *American Cleft Palate Association* en la ciudad de México en el año de 1966.

En nuestra ciudad y en nuestra clínica, la presencia de cirujanos como Randall, Millard, Manchester, Cronin y Converse, entre otros, fue estimulante. También asistieron los principales ortodoncistas y terapeutas del lenguaje y de todos los aspectos multidisciplinarios de la atención de los fisurados de ese entonces. Este hecho fue un acierto para motivarnos y para que pudiéramos crecer y desarrollarnos como grupo interesado en el tema. Recuerden que la Cirugía Craneofacial se inició hasta después de esa fecha.

En el año de 1967 nacieron los cursos anuales de labio y paladar hendidos de la Clínica del Hospital General y en sus presentaciones, Julieta Heres, Vinageras, Ortiz Monasterio, Yudovich, Alba Fernández, Ernestina Martínez, Francisco Sánchez Ramos y los profesores extranjeros invitados marcaron las pautas y conductas a seguir en nuestro medio. Poco tiempo después, el grupo multidisciplinario creció con las participaciones de Ileana Lubinsky, Luis Carlos González, Rubén Malpica y los residentes de cada año que, si querían progresar, a fuerza se tenían que involucrar, tanto en las labores de la Clínica como en los Cursos.

Trascendental para encontrar nuestro camino, fue la participación, como profesor extranjero invitado, de Ernesto (Tino) Caroni, en uno de esos años. Tino, el ex alumno más apasionado de San Venero Roselli, fue quien nos trajo las ideas originales de su maestro,⁴ que marcaron tendencias en nuestro enfoque terapéutico y dieron pauta a varias líneas de investigación que perduraron por años y que desembocaron después en conductas y tratamientos específicos que incluían la práctica rutinaria de las faringoplastias tanto simultáneas como tardías a la palatoplastia. Entre otras cosas, eso nos dejaron los cursos, pero regresemos a la etapa de inicio. El primer coordinador general de la Clínica fue Vinageras. Esta actividad posteriormente recayó en Michelin Viale y luego en Trigos. A partir de 1978 ha coordinado las acciones de la Clínica Del Vecchyo, quien persiste hasta la actualidad.

Volviendo a las épocas iniciales, ya teniendo una infraestructura firme, con cursos muy acreditados, con gran volumen de pacientes, con acúmulo de experiencias y exposiciones internacionales consolidadas por todo el grupo, para los años de 1967 a 1970, nos encontrábamos en momentos clave y con ideas firmes. El camino estaba trazado y el panorama era muy alentador, por lo que se canalizaron nuestros esfuerzos para encontrar los tratamientos acordes a las condiciones socioeconómicas e idiosincrasia de nuestros pacientes. Empezó a nacer el proyecto mexicano de la Clínica de Labio y Paladar hendidos del Hospital General de México.

Mientras esto ocurría, los estudios eran constantes y la producción de pensamiento y la búsqueda cotidiana. Así se publicaron y presentaron nuevos trabajos y se desarrollaron Tesis de posgrado. En esas primeras etapas después de los ya mencionados estudios antropométricos de maxilares tanto de pacientes con deformidades congénitas,² como de mexicanos normales,³ se presentaron otros trabajos importantes. Un artículo que debemos destacar de aquel entonces fue "*El Colgajo Retrofaríngeo en la rehabilitación del lenguaje de labio paladar hendido*" de Serrano, Ortiz Monasterio, Barrera y Tarasco en el año de 1965,⁵ recordemos que en ese entonces se discutía si los colgajos debían de ser de pedículo inferior o superior y se aseguraba que el tratamiento de la insuficiencia velofaríngea era sinónimo de colgajo retrofaríngeo. La importancia del artículo fue que llegó a desechar el colgajo retrofaríngeo de pedículo inferior y, en el artículo se hizo mención de lo importante que era cerrar el lecho donador de la pared posterior de la faringe que hasta entonces se dejaba sin reparar.

Julieta Heres, durante uno de los primeros cursos anuales, presentó una "*Clasificación socioeconómica de los pacientes con LPH*". Esta clasificación incluía cuatro grupos diferentes.⁶ Fue importante, ya que determinaba la conducta terapéutica que se recomendaba debíamos aplicar a cada grupo y como la mayoría de los pacientes que se atendían en la Clínica de esa época se clasificaban en los grupos 3 y 4 (los más pobres y de fuera de la ciudad y de edad más avanzada) había que, según dicha clasificación, ofrecerles el máximo de procedimientos posibles en cada evento quirúrgico. Así, efectuar el colgajo retrofaríngeo era casi rutinario en la mayoría de ellos.

Posteriormente, para entender mejor el intrincado esfínter velofaríngeo e iniciar su exploración dinámica, se adaptó por primera vez un estudio específico para el idioma español con la presentación, en 1967, del artículo "*La Radiología en la Fisura Palatina*" de Trigos, Ruenes y Ortiz Monasterio.⁷ Más adelante se publicaron "*Observations on growth of the columella and prolabium in the bilateral cleft lip*" de Viale y Ortiz Monasterio,⁸ del año de 1970, y el de "*Cultural aspects of Cleft Lip and Palate treatment*" de Ortiz Monasterio y Serrano.⁹ Estos trabajos fueron también presentados en diferentes congresos anuales de la *American Cleft Palate Association*.

Las presentaciones en vivo de muchos de los personajes de esa época eran de trascendencia internacional, pero por el efecto que tuvieron en nuestro medio, vale la pena destacar que en el Concurso Americano de Residentes de último año en 1968, en Kansas City, Trigos obtuvo el tercer lugar de más de 100 trabajos presenta-

dos en tres días, con el trabajo titulado "*Otologic evaluation of cleft palate patients with special reference to an untreated adult group*". Este trabajo después fue publicado en la Revista Latinoamericana de Cirugía Plástica.¹⁰ Destacamos la importancia de dicho trabajo por lo que significó en la creación y el desarrollo de nuestro Concurso Nacional de Residentes primero y después, en el mismo concurso de la Federación Iberoamericana de Cirugía Plástica.

De particular trascendencia fueron otros tres trabajos que merecen especial atención; el primero es "*Surgical management of the bilateral Cleft Lip*" de Viale, Barreto y Ortiz Monasterio,¹¹ publicado en el *Plastic*, en 1973. La importancia del trabajo es que de una vez por todas se enfatizó la importancia de no introducir tejido lateral del labio a la porción del *filtrum*, para evitar a largo plazo los labios bilaterales largos y con deformidad en chiflado, el cierre lineal desde entonces es la norma. El Segundo trabajo es el de "*Final results from de Delayed treatment of patients with clefts of the Lip and Palate*", publicado en *Scand. J. Plast. Reconstr.* en 1974 por Ortiz Monasterio, Olmedo, Trigos, Yudovich, Velásquez y Fuente del Campo.¹² Con dicho comunicado, prácticamente nació la escuela mexicana y el manejo integral de nuestros pacientes. El tercer artículo de esta categoría es el de "*Primary simultaneous correction of the lip and nose in unilateral Cleft Lip*", de Velásquez y Ortiz Monasterio,¹³ publicado en el *Plastic*, en 1974. Aquí lo trascendental fue el manejo primario de la deformidad nasal y, aunque el enfoque de incisiones externas para mejorar la nariz ahora es proscrito, ese trabajo permitió corregir la deformidad nasal en la fisura unilateral en muchos pacientes. La técnica perduró hasta que se hicieron abordajes intranasales con buenos resultados. Los tres trabajos mencionados, ya marcaban una tendencia nacional específica y un "enfoque a la mexicana".

La influencia de David Davis,¹⁴ Cirujano de Sudáfrica, fue importante para adaptar en México el paquete Sudafricano y presentar como una forma de tratamiento para pacientes del grupo cuatro "El Paquete Mexicano" que en ese entonces, incluía todo lo que se pudiera hacer en un solo tiempo quirúrgico. Esa forma de tratamiento se aplicaba frecuentemente en las brigadas de la Unidad Móvil a la que más adelante me referiré.

En el año de 1970, se da la separación profesional de Fernando Ortiz Monasterio y Alfonso Serrano Rebeil y en septiembre de ese año, Serrano y Trigos, crean una nueva Clínica de LPH en el recién inaugurado hospital del IMAN en Tlalpan, a la que posteriormente se integraron Rosado, Castrejón, Galvez y León. Adoración Cano, (Fonoaudióloga) quien de Tarasco y Berruecos

fue alumna y frecuente asistente a la Clínica del Hospital General, desde el principio y hasta la fecha, continúa laborando en esa Clínica en el IMAN original, ahora Instituto Nacional de Pediatría.

El año de 1971 fue muy importante ya que oficialmente se iniciaron las Reuniones anuales de la entonces llamada Asociación Mexicana de Cirujanos Plásticos y se inició el Concurso Nacional de Residentes que ha dado podium a los valientes, quienes a través del tiempo, han tenido la oportunidad de exponer un número considerable de trabajos presentando nuevas ideas en el campo de las deformidades congénitas. Ejemplos de esto son los trabajos de Olmedo, entre otros, en 1971 y luego Funes que ganó en Guanajuato 72 el primer lugar con el trabajo titulado "*Revisión de antecedentes y árbol genealógico de 80 pacientes con labio y paladar hendido*",¹⁵ en donde se notó la influencia de Dolores Saavedra (Genetista) que se había integrado previamente a la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General.

Para el año de 1973, la atención de buena parte del grupo se concentró en el inicio de la Cirugía Craneofacial, pero el problema de Labio y Paladar Hendidos ya estaba metido en nuestro corazón, por lo que no podía descuidarse. En ese año, Vinageras y Viale salen del Hospital. Vinageras, crea la Clínica del Hospital Infantil de México, que viene a ocupar el quinto lugar de antigüedad, ya que antes se formaron las del Centro Hospitalario Fernando Quiroz, del ISSSTE, por Trigos, la del Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE, por Tarasco, y la ya referida del Hospital del IMAN por Serrano.

En ese año de 1973, la Clínica de labio y paladar hendidos del Hospital General, tenía que continuar su camino a pesar de los embates del inicio de la Cirugía Craneofacial que absorbía el pensamiento de Ortiz Monasterio y, si a ese hecho le sumamos la salida de Vinageras y Viale del cuerpo de instructores de la Unidad de Cirugía Plástica, el desequilibrio pudo ser catastrófico, por lo que Fernando Ortiz Monasterio tomó medidas y así se integraron a la misma Trigos, Sastré y Fuente del Campo, siendo el primero el coordinador de LPH y el último el de Craneofacial. Esta sangre nueva impulsó estudios específicos que afianzaron simultáneamente las posturas de ambas Clínicas, como se puede constatar en los relatos históricos de los 50 años del servicio en donde estamos involucrados como historiadores los tres médicos mencionados. Para ese entonces, en labio y paladar hendidos, como principales temas pendientes estaban el aclarar *¿Cuál técnica era mejor en la queiloplastia primaria? Tennisson Randall o Millard, ¿Cómo mejorar la nariz del labio hendido uni o bilateral?*,

¿Eran válidos los conceptos de paladar primario y secundario?, ¿Cómo prevenir y mejorar el colapso transversal y las discrepancias anteroposteriores?, ¿Cuál era el valor real del colgajo retrofaríngeo?, ¿Qué hacer para mejorar la IVF secundaria?, ¿Cómo prevenir y evitar las fistulas oronasales anteriores?, ¿Cómo elongar la columela sin usar la técnica del tenedor de Millard en los bilaterales?, ¿Cómo prevenir los problemas otológicos de estos pacientes?, ¿Cuándo utilizar los injertos óseos alveolares? y, muchas interrogantes más.

Esos problemas eran los retos que se debían enfrentar y sobre ellos había que investigar. Eran tantas las interrogantes que nos ofrecieron un amplio panorama de investigación clínica. Qué afortunados fuimos al tener la oportunidad de enfrentarnos a ellos y tratar de aclarar las dudas existentes.

En 1973, los primeros esfuerzos se encaminaron a mantener la calidad previamente lograda. Al cabo del tiempo, las investigaciones se enfocaron a profundizar en los problemas de mejorar la fonación de nuestros pacientes, a buscar soluciones de la deformidad nasal y, por influencia de las necesidades de la nueva Clínica de Craneofacial, a estudiar mejor los aspectos antropométricos en nuestros pacientes. Todo esto produjo primero, el trabajo ya mencionado de Velásquez y Fernando Ortiz Monasterio,¹³ y posteriormente el de Ramos para valorar el efecto y resultados de la recientemente incorporada faringoplastia SanVenero Roselli, al presentar a Concurso, debidamente asesorado, su trabajo titulado *"Comparación de la Palatoplastia con Faringoplastia de Sanvenero Roselli vs Colgajo Retrofaríngeo de pedículo superior"*. Este trabajo inició una nueva etapa en el tratamiento de los pacientes de la Clínica del Hospital General y persiste como una buena rutina de tratamiento hasta la actualidad en muchos lugares, incluso fuera del país. Ramos, con ese trabajo obtuvo un premio nacional y otro internacional en Quito, Ecuador, en el año de 1976. Desgraciadamente no fue publicado sino años después, pero a pesar de eso, su importancia se manifestó en las valoraciones posteriores al haber bajado la IVF secundaria de 34 a 12% entre los pacientes de la Clínica.¹⁶ Las otras investigaciones efectuadas en esa época se culminaron con las presentaciones de diversas tesis profesionales, como la de Navarro, titulada *"Mascarillas de silicón en el entrenamiento quirúrgico de futuros Cirujanos Plásticos en Queiloplastias"*. Este trabajo además fue premiado con segundo lugar en el Concurso de Acapulco, Gro. en 1974 y sirvió para inclinar la discusión de entonces entre queiloplastias Millard vs Tennison Randall en el labio hendido unilateral a favor de la queiloplastia de

Millard y posteriormente fue publicada.¹⁷ Otras tesis de posgrado fueron: Del Vecchy *"Estudio de los Dermatoglifos en pacientes con fisuras de labio y paladar"* que posteriormente se publicó en la Revista Médica del Hospital General;¹⁸ Trejo, con *"Antropometría del crecimiento facial en pacientes Con LPH"*,¹⁹ y Jaidar, con *"Rutinas de antropometría Física y aplicaciones prácticas en deformaciones faciales"*.²⁰ Ya se notaba la influencia de craneofacial.

Fuente del Campo, Velásquez, Vázquez C., Barreto, Ortega Lara, Fournier, Funes, Castro O., C. Jaime, Mendieta, Peña y Mayoral, todos ellos residentes, y Fernando Ortiz Monasterio como último coautor, en 1973, publicaron una *"Valoración estadística de la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital General"*,²¹ la auditoría del Servicio de aquel entonces- en donde menciona que el 22% de un total de 1,243 de los pacientes valorados, eran congénitos y que la gran mayoría correspondían a labio y paladar hendidos.

En el año de 1976, se elaboró el primer *"Manual de Procedimientos de la Clínica del Hospital General de México de la SSA"*.²² Hasta donde llegan mis conocimientos no existe otro como tal, y al revisarlo encontramos que muchos de los principios ahí estipulados siguen siendo válidos en la actualidad.

La atención seguía en otras interrogantes que merecían nuestra atención y así se produjeron importantes trabajos sobre el labio unilateral y las deformidades nasales, los problemas auditivos, las fistulas anteriores y la IVF que se iniciaron en esa Clínica y produjeron presentaciones, como *"Tratamiento integral temprano del paladar primario"*, de García Cuervo,²³ en el año 1977, y en 1978, *"Queiloplastia con colgajo triangular modificado"*, de Ramiro Alonso.²⁴ Ambos trabajos fueron ganadores de premios nacionales primero y de Ibero-latinoamérica después. Especialmente el primero de los últimos trabajos mencionados tuvo relevancia y trascendencia en la rutina de manejo de nuestros pacientes, ya que incluía el problema otológico preventivo con drenaje del oído medio, la elaboración de colgajo vomeriano para aislar entre sí las cavidades oral y nasal, previniendo fistulas anteriores sin alterar el crecimiento, evitando el uso de obturadores y facilitando tardíamente el cierre del paladar secundario, pero sobre todo, con ese enfoque se incluía la corrección primaria del labio y la nariz en los casos unilaterales, aunque en ese entonces se hiciera con incisiones externas. Ese artículo fue un gran logro de la etapa evolutiva en que nos encontrábamos y posteriormente, a través del tiempo, pudimos demostrar que con su práctica no alteraba el crecimiento y desarrollo del maxilar ni era causante de colapsos, que era

posible manejar tempranamente las estructuras nasales sin modificar sus patrones de crecimiento, que las correcciones nasales logradas eran permanentes, que disminuyó considerablemente la frecuencia y tamaño de las fistulas anteriores, que preparaba el segundo tiempo quirúrgico de la palatoplastia permitiendo hacer mejores cierres con adecuados *push back* y faringoplastias simultáneas. De esa investigación original se desarrollaron otras posteriores para corregir la nariz de los bilaterales y, con el advenimiento de la técnica de Mc Comb,²⁵ para evitar las incisiones externas. Gracias a ese enfoque que perdura hasta la actualidad, se logró una gran mejoría en nuestros pacientes. La importancia de ese concepto de tratamiento integral temprano del paladar primario fue tal, que prácticamente toda Iberoamérica la adoptó como rutina y consolidó el concepto de la "Escuela Mexicana", escuela nacida en el Hospital General de México antes del año de 1978. El resumen final y actualizado del manejo de la nariz del fisurado puede revisarse en extenso en la magnífica obra de Ortiz Monasterio publicada más recientemente.²⁶

El año de 1977 e inicio del 78 fueron años cruciales en esta micro-historia. ¿Por qué mencionar específicamente ese año y hacer énfasis en ello? La razón es muy clara y merece un comentario, que es parte de la historia, y que alguien la tiene que relatar conforme fue partícipe de ella, como es mi caso personal.¹ Resulta que en agosto de 1977, nuestro jefe y profesor, Fernando Ortiz Monasterio, fue invitado a dirigir el Hospital General Dr. Manuel Gea González en el sur de la Ciudad y como tenía en mente, desde varios años antes, la idea de crear el Instituto Nacional de Cirugía Plástica, esa oportunidad le abría una opción real y había que tomarla en cuenta, por lo que aceptó la oferta y, al cabo de unos meses, una buena mañana del mes de noviembre de 1977, citó en su oficina del Hospital General a todo el personal médico que ahí laborábamos bajo su dirección y nos planteó la necesidad de buscar nuevos horizontes en el Gea, pero sin descuidar, por ningún motivo, la labor asistencial de lo ya logrado en el Hospital General. Esto implicaba mantener ambos servicios funcionando e integrar en ambos sitios, a nuevos cirujanos que reforzaran la continuidad en los dos lados por lo que nos planteó su decisión de irse al sur de la ciudad, a Tlalpan, y al mismo tiempo, dio la oportunidad a cada uno de nosotros ahí presentes de determinar nuestro propio camino. Así, decidimos a partir de enero del 78, embarcarnos en la nueva alternativa del Gea González los doctores Barreira, Trigos, Sastré y Fuente del Campo, junto a Ortiz Monasterio, y quedarse en el Hospital General, Margarit y Centeno.¹ Este compromiso para Trigos, Sastré

y Fuente del Campo implicó irse dos días al Gea y tres de cada semana al General, esquema que fue válido hasta fines del mes de abril del mismo año, en que ambos servicios tenían sobrecarga de trabajo y, en esa forma no eran operativos, por lo que en el Hospital General se invitó a participar a los doctores Del Vecchy, Jaidar, Trejo, Alvarez y Escamilla, con lo que se redondeó su nueva estructura a partir de 1978. La nueva opción no sólo involucró a los cirujanos plásticos, sino a toda la estructura de la Clínicas que se habían instalado en la Unidad del Hospital General y la misma problemática de determinar dónde trabajar se extendió a otras áreas, con lo que se determinó la salida del Hospital General de Yudovich en Ortodoncia, de Sánchez Ramos en Odontología General y Prostoncia, de Marcela Sánchez Renero en Foniatría y Dolores Saavedra en Genética. El departamento dental de la Unidad del General quedaría como estaba, a cargo de Ernestina Martínez y sus colaboradores Lubinsky, González y Malpica. Eso sucedió a principios del año de 1978.

De ahí en adelante, Yo, Trigos, no viví directamente la evolución del Hospital General, por lo que escribir de esta segunda mitad de los cincuenta años, me es más complicado, por lo que me asesoré, lo mejor posible, con el Dr. Del Vecchy, a quien entrevisté y he aquí el relato de los últimos 25 años de la Clínica de Labio y Paladar del Hospital General de México.²⁷

Como ya se mencionó, Del Vecchy ha sido el coordinador de la Clínica de LPH desde el año de 1978 a la fecha. En estos 26 años de trabajo se ha prestado especial atención a la labor asistencial de alto nivel, multidisciplinaria y actualizada, lo que asegura un proceso evolutivo que se traduce en servicios de óptima calidad. Las actividades han continuado con mística de enseñanza, participando activamente en Cursos de pre y posgrado y se ha fortalecido una integración y colaboración estrecha con la Facultad de Odontología de la UNAM,²⁸ y por supuesto, de apoyo a los programas de la Unidad móvil rural y de Cirugía Extramuros en los estados de Tlaxcala, Chiapas, San Luis Potosí, Hidalgo y Zacatecas.

Con el tiempo, Ernestina Martínez pasó a ser consultante, pero el grupo dental mencionado continúa con labores ininterrumpidamente y al mismo tiempo, se ha integrado sangre e ideas nuevas con la participación de Hugo Alanís en Ortodoncia y Enrique Echevarría en Prostoncia y prótesis maxilofaciales.²⁸ Las actividades en el área de Terapia del lenguaje no son la excepción.

La filosofía general del tratamiento integral de los fisurados ha estado establecida desde hace 25 años, comenta Del Vecchy, y esa es la razón por la cual actualmente en la Clínica de LPH del Hospital General se

acepta, que en las esferas de las partes blandas, la mayoría de los principales problemas se encuentran satisfactoriamente resueltos, por lo que, en la Clínica de LPH del Hospital General, recientemente se han enfocado los estudios e investigaciones a varias líneas de valoración de las estructuras óseas, particularmente en distracción ósea y de cirugía ortognática, así como a estudios de plasma rico en plaquetas con membranas y hueso liofilizado aplicados como injertos alveolares a partir de los 8 años de edad en adelante.

Otra línea de investigación ha sido la de osteotomías maxilomandibulares simultáneas para corregir secuelas y los problemas del tercio medio de la cara. El enfoque primordial en estos últimos 25 años está en atender adecuadamente a los pacientes y cumplir con calidad, la primordial labor asistencial de la Clínica, sin olvidar la noble tarea de difundir conocimientos y entrenar y capacitar adecuadamente a los cirujanos del futuro que hoy se encuentran en proceso de formación para contribuir a tener especialistas capaces de resolver adecuadamente los problemas de este campo en el futuro.

Para terminar, podemos concluir que la misión está cumplida en el tiempo que nos ha tocado vivir y que nuestra habilidad personal y estudio y desarrollo profesional nos permitirá, en el futuro, seguir avanzando en el complicado tratamiento de los pacientes que nos ha tocado servir y que en nosotros depositan su confianza.

De la Unidad Móvil Rural

Hasta antes de 1974, un gran número de los pacientes de LPH del Hospital General, provenían del interior de la República y su tratamiento, control y seguimiento se dificultaba considerablemente por lo que, la programación en la Clínica de "Paquetes Mexicanos",^{6,9,14,21} era muy alta y más, si consideramos que un buen número de ellos llegaban sin tratamiento previo y mayores a los seis años de edad hasta adultos, lo que marcaba el gran rezago de acciones terapéuticas en este campo. -Rezago que por cierto en el año 2004, no hemos terminado de resolver.²⁹

Si además a ese hecho (mucho más grave en aquel entonces) le sumamos la presencia en México de grupos extranjeros que venían a operar a "Mexicanos Deformes" como si fueran verdaderos "Safaris Quirúrgicos", en operaciones avión que llegaban, hacían lo que querían, practicaban, dije practicaban -de práctica- su cirugía y se iban y dejaban a los pacientes sin control de evolución o de resultados, eso no era aceptable, algo había que hacer.

La profunda sensibilidad de Fernando Ortiz Monasterio le permitió madurar una posible solución a

dicho problema. Con la infraestructura lograda en la Clínica de LPH del Hospital General, su capacidad resolutoria y el apoyo de otros programas como el catastro torácico, más el apoyo de gobiernos estatales a quienes previamente Fernando Ortiz Monasterio les vendía la idea de acercar el tratamiento especializado a los pacientes en sus propios lugares de origen, se juntaron todos los factores que propiciaron la creación de la Unidad Móvil Rural de atención multidisciplinaria de LPH, dependiente de la Clínica del Hospital General de la SSA con el slogan de ¡Hágale Sonreír Feliz!

En un inicio, con la colaboración de la SSA, se implementó un camión del catastro torácico que atendía a las zonas áridas para incluirle un pequeño quirófano y un sillón dental. Ese camión servía para todo y en un determinado territorio se promovía por varios medios la futura campaña, se detectaba y juntaba a los pacientes y ahí mismo se atendían aplicándoles lo último de los adelantos técnicos del tema.

El plan piloto se implementó en Tlaxcala durante un año.³⁰ Fue tal el éxito que pronto hubo que crecer y así se proyectó un autobús más amplio y equipado, que al cabo del tiempo resultó poco útil para llegar a las pequeñas comunidades, por lo que a partir de dichas experiencias se decidió utilizar localmente la infraestructura ya instalada en hospitales rurales y ahí concentrar a los pacientes, sus familiares y al grupo de trabajo que iría a atenderlos, con la consigna de ofrecerles el mejor método terapéutico disponible, pero sobre todo, de no abandonarlos y ofrecerles seguimiento y control a largo plazo.

Las brigadas se trabajaban 4 a 5 días al mes y se regresaba a vigilancia y control dos semanas después de la cirugía, para al mes siguiente repetir las acciones en otra comunidad de la misma entidad. Así se atendieron pacientes en Tlaxcala, Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz y Durango.

Los residentes de último año de la especialidad colaboraban eficazmente en las brigadas y se sensibilizaron adecuadamente, para que al término de su entrenamiento, de regreso a sus lugares de origen, integraran localmente grupos de trabajo que dieran continuidad al proyecto y eventualmente, se encargaran de la atención de la población local de su responsabilidad, lo cual se logró primero en Oaxaca y Chihuahua y luego en Chiapas, Veracruz, Durango, Puebla y parcialmente en Hidalgo. Los coordinadores de dichas acciones centrales fueron Ortiz Monasterio, Trigos, Mendoza y Del Vecchio y localmente, Mayoral en Oaxaca y Ramos en Chihuahua entre otros.

Para 1980, la semilla estaba sembrada en varias áreas del país y posteriormente, debido al éxito del

programa, se integraron a estas acciones otras especialidades e Instituciones que desembocaron, con el tiempo, en el actual Programa Nacional de Cirugía Extramuros. Este programa, debemos reconocer, es el resultado de un proceso evolutivo que nació de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General, que ha crecido y que, en el año de 2003 efectuó con calidad y adecuado seguimiento, más de 22 mil cirugías de alta especialidad, de las cuales 3,995 fueron de cirugía reconstructiva, y de ellas un 95% dedicadas a la atención y aplicación de procedimientos resolutivos en pacientes con labio y paladar hendidos, atendidos, muchos de ellos, por un diverso grupo de ex-residentes del Hospital General, como Trigos, Mendoza y Maya entre otros, herederos de esta escuela y tradición.³¹

APÉNDICE A MANERA DE CONCLUSIÓN

En este relato histórico podemos catalogar el valor de las personas involucradas, el constante progreso en la atención de los pacientes, una ferviente tendencia en la búsqueda de la excelencia y la mística de servicio del gremio de cirujanos plásticos del Hospital General de México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Vecchio C, Núñez H. *La Cirugía Plástica en México; Una Historia compartida*. 1993. AMCPER. México, 1993.
2. Ortiz MF, Serrano A, Valderrama M, Cruz R. Cephalometric measurements on adult patients with non operated cleft palate. *Plast & Reconstr Surg* 1959; 24: 1.
3. Ortiz Monasterio F, Serrano A, Barrera G, Rodríguez H, Vinageras E. A study of untreated adult cleft palate patients. *Plast & Reconstr Surg* 1966; 38: 1.
4. San Venero Roselli G. *Divisione Palatina, sua cura chirurgica*. En San Venero Roselli G. Ed. *La divisione congenita del labio e del palato*. Casa Editrice Luigi Pozzi. Roma 1934; 262-268
5. Serrano A, Ortiz MF, Barrera G y Tarasco S. El Colgajo retrofaringeo en la rehabilitación del lenguaje en el paladar hendido. *Gac Med de Méx* 1965; 95: 419-427
6. Trigos I. *Labio y Paladar Hendidos en Coiffman Ed. Texto de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva*. 1ª Ed. Salvat, Barcelona 1986, pag. 692
7. Trigos, Ruenes R, Ortiz MF. La Radiología en la Fisura Palatina. *Rev Mex Radiol* 1967; 21: 1
8. Viale M, Ortiz MF. Observations on growth on the columella and prolabium in bilateral cleft lip. *Plast & Reconstr Surg* 1970; 46: 140.
9. Ortiz MF, Serrano A. *Cultural aspects on Cleft lip and Palate treatment*. En Grabb W C. *Cleft Lip and Palate*. Little Brown and Co. Boston 1971; 9: 139.
10. Trigos I, Ortiz MF. Valoración otológica de pacientes con labio y paladar hendidos con especial referencia a un grupo de adultos no tratados. *Rev Latinoam Cir Plast* 1973; 17: 37.
11. Viale M, Barreto F, Ortiz MF. Surgical management of bilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1973; 53: 511-530.
12. Ortiz Monasterio F, Olmedo A, Trigos I, Yudovich M, Velásquez M, Fuente del Campo A. Final results from the delayed treatment of patients with clefts of lip and palate. *Scand J Plast Surg* 1974; 8: 109.
13. Velasquez M, Ortiz MF. Primary simultaneous correction of lip and nose in unilateral Cleft lip. *Plast & Reconstr Surg* 1974; 54: 558.
14. Davis D. (Sud Africa), Trigos I. (México) . *Simposium on Cleft Lip and Palate around the World*. Am. Cleft Palate Assoc. Denver Col. USA, 1982.
15. Funes I. Revisión de antecedentes y árboles genealógicos de 80 pacientes con labio y paladar hendidos. *Cir y Med de Urgenc* 1977; 2: 41.
16. Trigos I, Ysunza A. A Comparison of palatoplasty with and without pharyngoplasty. *Cleft Palate J* 1988; 25: 163-167.
17. Navarro R, Ortiz MF, Trigos I. Un método didáctico para la práctica del cierre de las fisuras del paladar primario. *Cir Plast Iberolatinoam* 1979; 5: 17-21.
18. Del Vecchio C, Margarit E. Estudio de los dermatoglifos en pacientes con fisuras del labio y paladar. *Rev Med Hosp Gral* 1979; 42: 10.
19. Trejo R. Antropometría del crecimiento facial en pacientes con labio y paladar hendidos. *Tesis de Posgrado, Div Est. de Posgrado Facultad de Medicina UNAM* 1982
20. Jaidar P. Rutinas de antropometría física y aplicaciones prácticas de deformaciones faciales. *Tesis de Posgrado, Div Est. de Posgrado Facultad de Medicina UNAM* 1982.
21. Fuente del Campo y cols. Valoración estadística de la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, SSA. *Rev Med Hosp Gral* 1973; 11: 725-736.
22. Trigos I, Ortiz MF. *Manual de procedimientos de la Clínica de Labio y Paladar Hendidos de Hospital General de México*. 1976 Editorial Roer, México D. F., México
23. Trigos I, Garcia CG. Tratamiento Integral temprano del paladar primario. *Rev Cir Plast Iberolatinoam* 1979; 5: 3.
24. Trigos I, Alonso R. Queilonasoplastia con la técnica del colgajo triangular modificada. *Rev Cir Plast Iberolatinoam* 1980; 6: 297-308.
25. Mc. Comb H. Primary correction of Unilateral cleft lip nasal Deformity. A ten Year review. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 791.
26. Ortiz Monasterio F. *Rhinoplasty*. W B Saunders Co. Philadelphia 1994: 219-250.
27. Del Vecchio C. *Comunicación personal por entrevista*. Marzo 2004.
28. Echeverría, Perez E, Vela CJA, Del Vecchio C. Prótesis Fonoarticuladoras en Pacientes con labio y paladar hendido. *Cir Plast* 2000; 10 (1): 31-36.
29. Trigos I, Guzmán ME. Análisis de Incidencia, Prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. *Cir Plast* 2003; 13: 35-39.
30. Ortiz MF. A mobile unit for the detection and care of Craniofacial anomalies. *Plast Reconstr Surg* 1975; 55: 186-189.
31. Trigos I. Reporte de una gestión de atención de LPH en Cirugía Extramuros de la SSA. *Cir Plast* 2004; 14: 29.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos Micoló
Hospital Ángeles, Clínica Londres
Durango 33-5
Tel.: 5511-0444
E-mail: itrigos@hotmail.com