

## CIRUGIA PLASTICA

Volumen **14**  
Volume

Número **2**  
Number

Mayo-Agosto **2004**  
May-August

*Artículo:*

### Treinta años de la Clínica de Cirugía Craneofacial

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**

# Treinta años de la Clínica de Cirugía Craneofacial

Dr. Antonio Fuente del Campo\*

## RESUMEN

Se hace una relación anecdótica de “la pequeña historia” de la “gran aventura” de la cirugía craneofacial iniciada en el Hospital General de México.

**Palabras clave:** Cirugía craneofacial, Hospital General de México, enfermedad de Crouzon, distracción osteogénica.

Escribir la historia de la Clínica de Cirugía Craneofacial es un compromiso para el cual confieso, no estoy preparado; me preocupa el omitir fechas, hechos, pero sobre todo nombres de quienes en alguna forma participaron, haciendo posible la “gran aventura” de la cirugía craneofacial.

Dadas mis limitaciones en este sentido, prefiero concretarme a escribir una relación anecdótica o como diría alguien más, “la pequeña historia” de la cirugía craneofacial. Por lo tanto no se espere que en esta relación participen de alguna forma la heurística, la crítica y la hermenéutica, que seguramente estarán ausentes.

Todo se inició en 1967, en la ciudad de Roma, donde el doctor Fernando Ortiz Monasterio asistió al Congreso Internacional de Cirugía Plástica y en el cual por primera vez el doctor Paul Tessier presentó sus experiencias a la comunidad internacional. Eran pocos casos, algunos de Crouzon, otros de Apert y tres hipertelorismos, pero su concepto innovador y la ambiciosa realización de audaces procedimientos despertó gran interés entre los asistentes.

Así, al igual que muchos otros, Schmidt, Owegesser, Converse, Mustardé, Hogeman, Johanson Mathews y otros más, Ortiz Monasterio viajó a París en noviem-

## SUMMARY

*This study presents a the account of the facts about the “little story” of the “great adventure” of cranial-facial surgery begun at the General Hospital of Mexico.*

**Key words:** Cranial-facial surgery, General Hospital of Mexico, Crouzon's disease, osteogenic distraction.

bre de 1967 para observar el trabajo de Tessier, iniciando así una serie de visitas que realizaría en forma periódica, naciendo una gran amistad entre ambos. En 1972, Tessier visitó el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, dejando una gran impresión.

Pocos meses más tarde, después de innumerables reuniones y sesiones de trabajo, para establecer la organización y la “ruta crítica” del procedimiento, se llevó a cabo la primera intervención de cirugía craneofacial en una niña de 5 años de edad, con diagnóstico de Crouzon, que todos recordamos como “la niña Nacazone”.

En el grupo participaron cardiólogos, genetista, terapeuta de lenguaje, neumólogo, neurocirujanos, odontólogos, ortodoncistas, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, pediatras, psicólogo y radiólogos, entre otros.

Como era de esperar, el caso estuvo rodeado de gran expectación por parte de todos los médicos, enfermeras y personal en general del Servicio, así como de aquellos colegas que de alguna manera se enteraron de que esta intervención sería llevada a cabo. Fue necesario improvisar una pequeña tribuna a los lados de la mesa de operaciones, protegida con campos, para mantener a los observadores y fotógrafos a prudente distancia.

Fueron muchos días de planeación e intenso trabajo, considerando desde la venoclisis inicial hasta la salida del paciente del servicio de cuidados intensivos, en el posoperatorio.

\* Cirujano Plástico del Hospital General Dr. Manuel Gea González.



**Figura 1.** Fernando Ortiz Monasterio, Paul Tessier y Antonio Fuente del Campo, Hospital General de México, 1972.



**Figura 3.** Paciente con enfermedad de Crouzon. Preparativos quirúrgicos, 1973.



**Figura 2.** Nina Nacazone, (enfermedad de Crouzon) primera paciente intervenida. Avance extracraneano, tipo Tessier I con fijación externa.

En esta etapa inicial participaron un sinnúmero de compañeros y amigos, difíciles de enumerar sin riesgo de omitir a algunos de ellos. Pero acepto el riesgo, asegurándoles que las posibles omisiones son totalmente involuntarias, pero prefiero ser criticado por esto y no dar motivo o permitir que por no mencionar a quienes recuerdo se les vaya a olvidar igualmente.

En esta fase inicial, “el Güero” Arturo González, fue un personaje importante coordinando la participación de anestesiólogos e intensivistas. Arturo Carrillo, en ese entonces residente de neurocirugía, y quien participó realizando las craneotomías para los abordajes intracraneanos.

Ernestina Martínez, Manuel Yudovich Burak, Francisco Sánchez Ramos e Iliana Lubinsky en el Departamento de Ortodoncia.



**Figura 4.** Medidas de control transoperatorio para los pacientes de cirugía craneofacial.

El grupo de médicos adscritos al Servicio, Enrique Vinageras, coordinando algunas de las actividades de los residentes, Gustavo Barrera Padilla, siempre atrás de todo lo que se desarrollaba en el Servicio, como un gran pilar que siempre fue en la docencia de

los residentes, apoyando en todo y contra todo a Ortiz Monasterio.

Conociendo a este último está de más decir que todos los residentes participamos. Humberto "el viejito" Castrejón coordinando las actividades de los residentes en sus diferentes posiciones de desempeño, y estrategias a seguir como si se tratara de una operación militar. Manuel Velásquez Vázquez coordinaba las charolas de instrumental para ver que hubiera todo lo necesario y si no, conseguirlo en algún otro lado. Alfredo Vázquez Carrillo haciendo los contactos necesarios con laboratorio y banco de sangre. Mauricio Mendieta Herdocia cuidando la venoclisis, Carlos Guillermo Jaime y Fernando Peña Peña para ha-

cer la venodisección, Arnoldo Fournier armando el instrumental en las charolas de acuerdo con los diferentes tiempos quirúrgicos, Ivan Funes Cravioto llevando constantemente muestras de sangre al laboratorio para tener químicas y gasometrías, César Mayoral Figueroa anotando todo lo pertinente en el pizarrón de control transoperatorio.

Nicolás Sastre Ortiz, Manuel Rivero, Felipe Barreto, José Ortega Lara, el "negro" Hernández, Jesús Castro Osuna, etc., todos en alguna posición estratégica para el buen desarrollo de la intervención, sin olvidar por supuesto la importante y delicada labor del "amanuense", quien tenía la tarea de escribir todo aquel hecho que se suscitara dentro o fuera del quirófano y que tuviera que ver directamente con la intervención, para posteriormente ser analizado y tomar decisiones que mejoraran eficiencia y seguridad.

Eran intervenciones prolongadas, se iniciaban con la tricotomía y venodisección la tarde anterior, el paciente subía a quirófano a las 7 h y después de



**Figura 5.** Arturo González (anestesiólogo), llevando control estricto de los líquidos en el pizarrón diseñado para ese propósito.



**Figura 6.** Vista de una reunión de la clínica de cirugía craneofacial, que se caracterizaban por la frecuente visita de colegas internacionales.



**Figura 7.** Manual de procedimientos de la Clínica de Cirugía Craneofacial, publicado en 1977.



“cablearlo como central telefónica”, a las 9 h se iniciaba el tiempo neuroquirúrgico. Para las 11 h se iniciaba el procedimiento craneofacial propiamente dicho, que se desarrollaba a lo largo de 6 a 8 h más, bajo una extraordinaria y “maravillosa” tensión, que estoy seguro no podría haber sido mayor si hubiéramos estado armando una bomba atómica, a mano. Todo esto salpicado con el clásico “jálale... jálale... muchachito”, o el inolvidable “sécale.... sécale, ... que le seques, te digo...”. Los primeros casos fueron de enfermedad de Crouzon y algún síndrome de Apert, en los cuales el procedimiento a realizar era un avance centrofacial extra o subcraneano, en que las osteotomías seguían un trayecto muy similar al de una fractura tipo Le Fort III. Era complicado hacer las osteotomías con sierras y perforadores toscos, que difícilmente permitían un adecuado acceso a las diferentes áreas.

Recuerdo cómo al momento de hacer la disyunción del macizo facial mediante tracción con el retractor de Rowe, colocado en fosas nasales y paladar, al crujido de los huesos se seguía un clamor general y la visible angustia del “güero” González que aseguraban que la presión de los pacientes (y probablemente la de nosotros también), se iba a cero, con esa maniobra.

Igualmente, difícil resultaba mantener el avance. En estos primeros casos se empleó el halo craneofacial diseñado por Tessier, atornillado al cráneo, con proyecciones rígidas y ganchos para mantener la tracción de los segmentos avanzados. Sin embargo, este recurso no proporcionaba la estabilidad necesaria y fue pronto abandonado. Posteriormente se recurrió a los injertos óseos colocados a manera de cuñas en sitios específicos, que se colocaban a presión o se fijaban mediante osteosíntesis para mantener el avance. Mediante ra-



**Figura 9.** Paul Tessier, lavándose antes de una demostración quirúrgica, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.



**Figura 8.** Exposición fotográfica de la Clínica de Cirugía Craneofacial, expuesta durante el Congreso Internacional de Labio-Paladar Hendidos y Malformaciones Craneofaciales, Acapulco, Gro.



**Figura 10.** Paul Tessier realizando una demostración quirúrgica durante un curso de cirugía craneofacial y ortognática, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

diografías y trazos cefalométricos se determinaba la proporción del avance y la dimensión de los injertos óseos necesarios de soporte (bicorticales), tomados del iliaco y de relleno, tomados de las costillas. Mediante una plantilla prefabricada se tomaban los injertos de forma y tamaño predeterminados, con gran precisión.

Tessier modificaba sus osteotomías y nosotros de inmediato encontrábamos “el caso ideal” para realizarla. Con el fin de darle mayor estabilidad al procedimiento, Tessier decidió que la osteotomía debía ascender por la pared lateral de la órbita trazándola a manera de una “z plastia” ósea, que al avanzar e inter-

calarla proporcionara autosoporte. Posteriormente, debido a que los avances de más de 10 mm dejaban un escalón muy evidente a nivel de la pared lateral de las órbitas, decidió continuar la osteotomía hacia arriba incluyendo parte del borde del techo orbitario. Y para darle estabilidad, posteriormente le agregó al borde orbitario un pequeño alerón rectangular de soporte. Fue así que fueron apareciendo los diversos procedimientos denominados Tessier II, III, IV, etc., todos ellos interesantes y muy prometedores.

Uno de los estigmas de estos procedimientos era sin duda la “nariz francesa”, llamada así porque se observaba constantemente en los resultados de Tessier. Este era el resultado del avance centrofacial, que incluía la pirámide nasal, pero ignoraba la frente, generando discontinuidad y discrepancia de contorno entre la frente y la nariz, a pesar de la gran cantidad de costilla que empleaba para darle volumen a esta última.

Fue entonces que Converse publica su procedimiento, consistente en el avance del tercio medio de la cara,



**Figura 11.** Vista panorámica de la asistencia al Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía Craneofacial, presidido por el doctor Fernando Ortiz Monasterio, Oaxaca, Oax.



**Figura 12.** Fernando Ortiz Monasterio, Paul Tessier y Antonio Fuente del Campo, durante su campaña de cirugía cráneo-maxilofacial en Irán, Teherán, 1992.



**Figura 13.** Dr. Fernando Ortiz Monasterio, pionero, promotor y maestro de cirugía craneofacial, para el mundo.

incluyendo ambas órbitas completas, mediante acceso intracraneano, a través de una craneotomía bifrontal para tener acceso al piso anterior del cráneo. Este procedimiento eliminó la "nariz francesa", pero generó la "frente neoyorkina", con un escalón frontal horizontal, que requería también rellenarlo con costilla, tal y como pudimos comprobar en el Servicio.

Después de haber operado muchos casos con los diversos procedimientos mencionados, se llegó a la conclusión de que lo que se necesitaba era un procedimiento que permitiera el avance global de la frente y la cara. Fue así que agregando alerones óseos rectangulares a un procedimiento previamente descrito por Tessier, pusimos en práctica el procedimiento que se conoce como "avance en bloque", que actualmente es, sin duda, el procedimiento de elección para el tratamiento de la enfermedad de Crouzon, en la mayoría de los centros donde se realiza esta cirugía. Sin duda, esta ha sido la más importante aportación del grupo a la cirugía craneofacial.

Fue en 1977 que el Servicio se mudó al Hospital General "Dr. Manuel Gea González", donde la actividad continuó con gran intensidad. El doctor Ortiz Monasterio, nombrado director del mismo, representó un gran apoyo para conseguir un poco de equipo e instrumental que facilitó nuestra labor. En ese mismo año se publicó el primer manual de procedimientos de la Clínica de Cirugía Craneofacial.

A lo largo de este proceso evolutivo, muchos son los personajes que han participado en el desarrollo de esta disciplina, iniciada en el Hospital General de México y continuada en el Hospital General "Manuel Gea González". Algunos compañeros se agregaron al grupo y otros se fueron. Algunos estuvieron por periodos cortos y otros se engancharon profundamente colaborando por mucho tiempo.

El departamento de Ortodoncia, puntal básico para la planeación y el control de nuestros resultados, se enriqueció con la participación de Rubén Malpica y Oscar Medina. Daniel Ascencio colaborando con nosotros en la organización de la clínica de cirugía craneofacial. Alva Fernández preocupada por el lenguaje y la condición social y emocional de nuestros pacientes. Alfonso Escanero y Paredes, extraordinarios neurocirujanos que conjuntamente con Estela Melman y Telésforo Garduño en el departamento de anestesia, constituyeron nuestro equipo en la cirugía que realizábamos en niños menores, en el Hospital Infantil de México. En este centro hospitalario contamos con el invaluable apoyo de Enrique Vínageras Guarneros, jefe del Departamento de Cirugía Plástica, al que años más tarde se agregó Enrique Ochoa.

Ramón Ruenes, quien nos apoyó gratuitamente con estudios radiológicos caros y sofisticados que no se podían realizar en el Hospital General ni en el Hospital "Manuel Gea González". Dolores Saavedra, genetista, que nos apoyaba en el estudio de estos pacientes, considerando los aspectos de causa y posible herencia de las diversas malformaciones. Emma Limón, quien no sólo fue un importante pilar en el desarrollo de esta disciplina, con sus aportaciones al conocimiento de la estabilidad binocular, de la cirugía ocular y de los músculos extraoculares, para el tratamiento del estrabismo observado con frecuencia en estos pacientes.

El avance en bloque representó un gran adelanto en el tratamiento de estos pacientes, pero no estuvo exento de problemas. Probablemente su mayor debilidad fue la dificultad de mantener el avance maxilar y la oclusión. Pacientes con excelentes resultados, al paso de un poco de tiempo presentaban diversos grados de recidiva centro-facial y mala-oclusión, ya sea por luxación, infección o reabsorción de los injertos óseos colocados en el espacio pterigo-maxilar. Con la intención de controlar este problema se emplearon diferentes recursos, aparatología ortodóncica intra y extraoral, placas metálicas de fijación interna, máscaras de pro-tracción, etc. Estas últimas representaron un gran recurso, al grado que en muchos casos realizábamos las osteotomías, fijábamos con osteosíntesis el avance frontal y del tercio superior de la cara, pero el avance del tercio inferior se realizaba en el posoperatorio, aplicando tracción lenta, constante y progresiva mediante una máscara hasta llevarla a una oclusión satisfactoria.

En estas condiciones se conservaba la máscara por espacio de 4 a 5 semanas, posteriormente se retiraba la tracción y se colocaba una guarda oclusal.

Sin percatarnos de ello estábamos haciendo distracción osteogénica, concepto que años más tarde fue presentado y popularizado por McCarthy, aplicándolo en mandíbula y posteriormente en los maxilares. En el servicio del Gea González se ha acumulado gran experiencia en las aplicaciones de la distracción osteogénica en mandíbula, maxilares, malares, dedos, etc., destacando los trabajos de Fernando Molina y Ortiz Monasterio. La distracción osteogénica es un tema que ha puesto nuevamente a la Clínica de Cirugía Craneofacial, en un lugar preponderante, sin duda el Servicio con la mayor estadística, cifras abrumadoras que hacen ver la experiencia de otros colegas, poco significativas.

En la actualidad la aplicación de la distracción osteogénica a nivel centro-facial es un excelente recurso que ha venido a completar la eficiencia del

avance en bloque, proporcionándole a nivel de la oclusión las ventajas y estabilidad que no habíamos podido lograr con ningún otro método.

Paralelamente a lo ya relatado se han desarrollado a través de estos años diversos procedimientos y conceptos desprendidos de experiencias en la cirugía craneofacial. No podemos olvidar la ritidectomía sub-perióstica, las orbitoplastias estéticas, el tratamiento de los meningoencefalocelos, la cirugía ortognática, el manejo de cantoplastias y cantopexias, reconstrucción palpebral, reconstrucción nasal, múltiples procedimientos de aplicación específica en cirugía estética, etc.

Más recientemente la combinación de distracción osteogénica y endoscopia ha abierto una nueva puerta para el tratamiento de los pacientes con malformaciones craneofaciales, pudiendo ofrecerles cirugía mini-invasiva, menos agresiva, con menos cicatrices, de más rápida recuperación, con excelentes resultados debidos a avances controlados mediante los principios de la distracción osteogénica.

A lo largo de todos estos años la Clínica de Cirugía Craneofacial ha sido la fuente de más de 300 publicaciones, entre artículos y capítulos de libros.

Esta aventura que se inició en 1971, como una perspectiva en el horizonte, se transformó en un motor de vida y propósito a largo plazo. Para muchos de los que participamos en esta "aventura", fue una experiencia transitoria, para otros una obligación a cumplir y para muchos más la motivación para trabajar intensamente.

Esta aventura que para nosotros se transformó en un viaje interminable de perspectivas infinitas, tuvo un motor, el doctor Fernando Ortiz Monasterio. En estas páginas quiero agradecerle profundamente el haberme dado la oportunidad de integrarme a este sueño que se transformó en el eje de mi vida.

Así, a más de treinta años de distancia nos encontramos con un Servicio de Cirugía Plástica donde se realiza la cirugía craneofacial, la distracción osteogénica y la microcirugía, así como muchos otros procedimientos sofisticados. Sólo el talento, la constancia y la tenacidad de los médicos que en él han participado, lo ha hecho posible. La gente ha cambiado, pero los problemas son los mismos. Hoy, como hace treinta años, encontramos en nuestro sistema de salud las deficiencias de siempre. Nunca hay dinero, falta de todo; lo único que siempre hay en abundancia son carencias y pacientes. Si se necesita algo, va uno a la dirección, ahí le dicen "cómo no doctor, claro que sí, haga por favor su requisición". Sale uno con la ilusión de que ya ha sido autorizada la compra y pronto contaremos con tan importante material, sin saber que éste es sólo el principio de un largo y desesperanzado peregrinar. Vueltas y vueltas de una oficina a otra, ir y venir, ver si ya la turnaron, si ya apareció el proveedor, que "ya lo van a traer", que "ahorita no hay presupuesto", y así después de muchas vueltas y visitas, a uno se le acaba el aire, la resistencia y se pierden las esperanzas. La única verdad es que gracias a estas pequeñas mentiras, en el "mientras aparece" lo que el hospital proveerá, los médicos proporcionan todo lo necesario. De no ser por la activa participación de todos los médicos, con su esfuerzo físico y económico, esta historia, esta gran aventura de la cirugía craneofacial iniciada por el doctor Fernando Ortiz Monasterio, jamás hubiera sido posible.

*Dirección para correspondencia:*  
Dr. Antonio Fuente del Campo  
Flamencos No. 74  
Col. San José Insurgentes  
03900. México, D.F.  
Tel. 56-15-49-10