

Actualización del tratamiento integral temprano del paladar primario

Dr. Ignacio Trigos Micoló*

RESUMEN

En 1979 se publicó un trabajo basado en la clasificación del paladar primario y secundario, cuyo objetivo principal era reparar las estructuras del paladar primario. Se corregía el paladar primario con un colgajo vomeriano para prevenir las frecuentes fistulas orovestibulares, reparando el labio y la nariz en forma simultánea con incisiones externas en el dorso nasal. Con el tiempo se adaptaron variantes para utilizar la técnica del colgajo triangular en el labio y se propusieron medidas preventivas (miringotomías bilaterales) para atender los posibles problemas auditivos en el futuro. Ahora, 27 años después, se presenta la actualización del criterio y técnicas que permiten corregir el paladar primario.

Palabras clave: Paladar primario, tratamiento, actualización.

SUMMARY

Based on the classification of primary and secondary palate an article was published in 1979 mentioning that the main objective was to repair the structures involved in the primary palate of a cleft patient. The primary palate was corrected with a vomerine flap, to prevent the frequent orovestibular fistulae and, a simultaneous lip and nose repair with external incisions on the nasal dorsum. In time, some variations were adapted to allow the utilization of the triangular flap technique for lip repair and prevent hearing problems in the future with bilateral myringotomy. Now, 27 years later, we present an update of the criteria and techniques to treat the primary palate.

Key words: Primary palate, treatment, updating.

INTRODUCCIÓN

Cuando Kernahan y Stark,¹ presentaron su clasificación de labio y paladar hendidos en 1958, introduciendo conceptos de paladar primario y paladar secundario, se consiguió integrar dichos conceptos, correlacionarlos con el proceso embriopatogénico, y definir como válida la posibilidad de planear un tratamiento integral que reconstruyera en un solo tiempo quirúrgico todas las estructuras anatómicas involucradas. Así se constituyó la idea de corregir, en el primer tiempo quirúrgico, no sólo la fisura labial, sino el resto de las estructuras incluidas en el

paladar primario, desde el foramen incisivo y el alvéolo, hasta el labio y la punta nasal, que hasta entonces era intocable, y dejaba una deformidad delatora del proceso patológico original. A partir de este concepto y del desarrollo de nuevas opciones quirúrgicas, en 1979, se publicó el "Tratamiento integral temprano del paladar primario",² donde se expone una rutina quirúrgica que se venía efectuando en la Clínica de Labio y Paladar Hendidos del Hospital General de México desde 1974. En dicho reporte, se propuso que desde el primer tiempo quirúrgico se corrigieran todas las estructuras afectadas del paladar primario. La propuesta metodológica tuvo éxito, ya que su enfoque y objetivos cubrían las expectativas de un tratamiento integral, que incluían una (ahora rudimentaria) ortopedia prequirúrgica en los casos bilaterales; la utilización de uno o dos colgajos vomerianos para reparar el piso nasal, dependiendo

* Cirujano Plástico Certificado. Práctica Privada. Hospital Ángeles, Clínica Londres. Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía. México, D. F.

de cada caso (uni o bilateral), para corregir el piso nasal y ocluir la porción distal del paladar primario hasta el foramen incisivo y así evitar las entonces muy frecuentes fístulas orovestibulares (74%). Este primer tiempo quirúrgico incluía además la queilono-plastia con reparación de la fisura labial, uni o bilateral, y de las estructuras de la punta nasal, utilizando en ese entonces la técnica propuesta por Velásquez y Ortiz Monasterio.³ Posteriormente se ampliaron las opciones de reparación unilateral con la utilización de la técnica del colgajo triangular,⁴ al presentar y publicar la modificación diseñada para llevar a cabo la corrección nasal simultánea, rutina que fue el planteamiento del artículo original.

A esta rutina, se le agregó en 1981 el tratamiento preventivo de los posibles problemas auditivos, proponiendo hacer en el mismo primer tiempo quirúrgico, una miringotomía en cada oído, para aspirar líquido y permitir la aereación del oído medio.⁵

El tiempo ha pasado y la evolución obliga a cuestionar *¿Qué cambios hay en este campo después de 30 años de experiencia y 27 de nuestra primera comunicación?* Las consideraciones actuales, son que: la clasificación de paladar primario y secundario,¹ sigue siendo válida y aceptada internacionalmente. El concepto de integrar el tratamiento con un criterio embrionario no se ha modificado, por el contrario se ha reforzado, por lo que la idea de tratamiento integral del paladar primario sigue siendo válida (Figura 1). Las formas de hacerlo han cambiado.

EVOLUCIÓN Y CAMBIOS DEL TRATAMIENTO

A) Cirugía del labio

En los casos unilaterales ha habido pocos cambios en los detalles técnicos de la queiloplastia, ya que se siguen aceptando internacionalmente como válidas las técnicas de rotación y avance de Millard,⁶ o la del colgajo triangular de Tennison⁷ y Randall.⁸ Ahora se sabe que estas técnicas siempre deben complementarse con la plastia de la punta nasal,⁹ sin incisiones externas (Figura 2).

En cambio, en el tratamiento del labio hendido bilateral, el avance ha sido más significativo, ya que la ortopedia prequirúrgica ha facilitado el mismo, así como de nuevos enfoques quirúrgicos. En nuestro medio, en 1988 apareció la técnica quirúrgica propuesta por García Velasco,¹⁰ que no interfiere con la circulación del prolabio y permite dejarlos más estrechos que antes, con magníficos fondos de saco en el área central del labio superior y su ejecución no impide la plastia primaria de la punta nasal. Este nuevo concepto es especialmente útil si se consideran como válidos los conceptos vertidos para esta área, por Ortiz Monasterio.¹¹

B) Queilonasoplastia

Cronológicamente, en el orden de aparición de las modificaciones técnicas, lo que ha cambiado es la forma de llevar a cabo la plastia nasal primaria, ya que con el advenimiento de la técnica propuesta y difundida por McComb,⁹ (Figura 2) los resultados obtenidos son

Correlación embriogénica

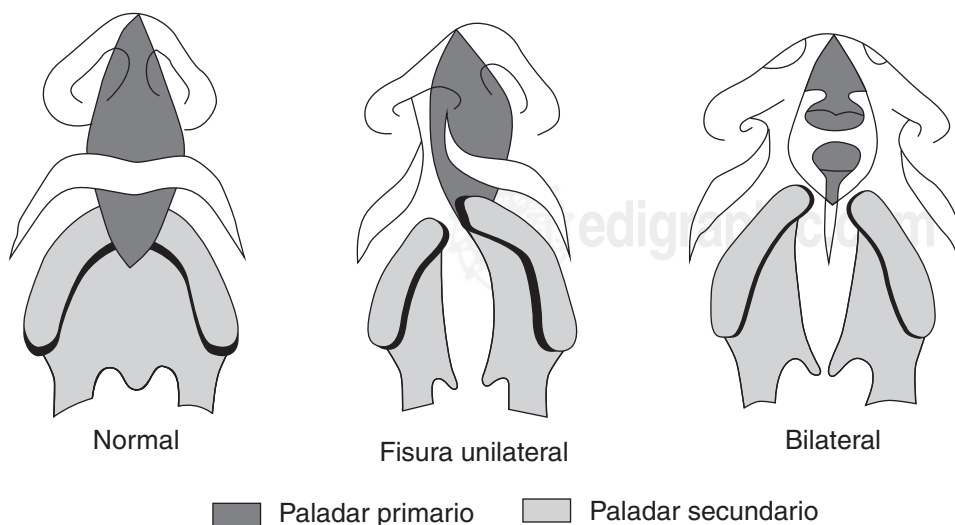


Figura 1. Estructuras que integran el paladar primario y secundario.

muy satisfactorios y permanentes y se evitan las cicatrices externas propuestas originalmente.³ Esta variante técnica significó un gran avance; desde entonces, no se concibe una queiloplastia sin la corrección nasal simultánea y por eso se le llama queilonasoplastia. Con esta técnica se evita el estigma del pasado, en que la deformación nasal era un "estigma" notorio de los individuos con labio hendido tratados antes de 1970, con resultados promedio (*Figura 3*).

C) Ortopedia prequirúrgica

Otro gran desarrollo (el más significativo), es la aplicación de la ortopedia prequirúrgica avanzada,^{12,13} que en la actualidad es un gran complemento para el tratamiento integral de estos casos, ya que estimula la formación de tejido y modifica la posición de los segmentos afectados. Con el uso rutinario temprano de estas técnicas ortopédicas efectuadas por los ortodontistas, se ha logrado extender el tratamiento integral a una de las más importantes estructuras que forman parte del paladar primario: la arcada alveo-

lar, y que anteriormente pasó desapercibida. La alineación de los segmentos a nivel de la fisura alveolar, el estímulo de la neoformación de tejido y el acercamiento de sus componentes, ha sido el máximo logro obtenido en la solución de este problema. Todos estos beneficios son gracias a la ortopedia prequirúrgica. Hoy por hoy la aplicación de estos principios se ha extendido al tratamiento ortopédico de las partes blandas, especialmente actuando sobre la columela y el ala nasal afectada.¹²

Para el futuro, la posible aplicación de células madre en ese sitio ofrecerá una posible opción para tenerse en cuenta y poder solucionar definitivamente el problema alveolar.

D) Colgajo vomeriano

Otro cambio que durante este tiempo se ha desarrollado está en el diseño del colgajo vomeriano, al cual ahora se le efectúan angulaciones liberadoras en el trazo de la incisión posterior del colgajo, haciendo un corte transversal con dirección posteroanterior, que

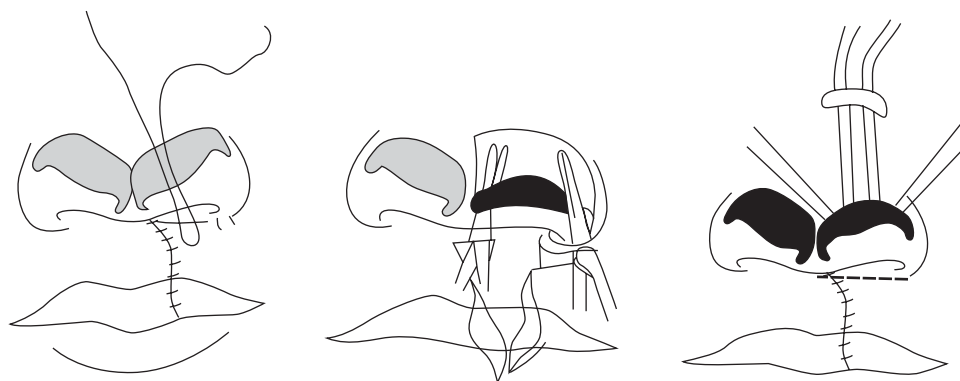


Figura 2. Queilonasoplastia primaria de Mc Comb.



Figura 3. Caso unilateral tratado con la secuencia presentada.

hace más pequeño el pedículo superior y facilita la rotación anterior del propio colgajo. Con esta modificación, lo que se logra es llevarlo y colocarlo lo más anterior posible, en contacto con la fisura alveolar, para asegurar una mejor cubierta, sin tensión, que ayuda a la prevención de las fistulas orovestibulares anteriores (*Figura 4*).

El objetivo actual del colgajo vomeriano es cubrir proximalmente, lo más anterior posible, las estructuras alveolares. Con esta variante, aunada al tratamiento ortopédico temprano, las posibilidades de fistulas a ese nivel disminuyen considerablemente (*Cuadro I*).

Con el tiempo y gracias a la reparación primaria con colgajo vomeriano existe un beneficio más de esta técnica: la reparación tardía del paladar secundario, que gracias al vomeriano y al tejido neoformado, facilita su reparación, ya que como resultado de la reparación del paladar primario, deja solamente fisuras palatinas secundarias, muchas de ellas corregibles con técnicas menos agresivas.¹⁴

E) Prevención de problemas auditivos

Como aspecto general, todavía no se efectúa en forma generalizada el aspecto preventivo de los posibles problemas auditivos que se han propuesto desde hace varios años.⁵ Insistir en la práctica de la punción timpánica y aspiración del líquido acumulado en el oído de muchos de estos pacientes no está fuera de lugar. La aereación precoz consecutiva a la disfunción tubárica se debe considerar como parte del tratamiento integral de estos niños.

RESULTADOS

Ahora se pueden mostrar los resultados a largo plazo de una serie de casos con seguimiento de más de 30 años (*Cuadro I*), con evidencia de la mejoría en todos los campos. La nasoplastia primaria ya no se realiza con incisiones externas. Las fistulas orovestibulares no sólo disminuyeron en frecuencia, disminuyeron considerablemente en tamaño y más en la actualidad, gracias al beneficio de la ortopedia prequirúrgica.

Durante el tiempo transcurrido y respecto a los cuestionamientos y dudas originalmente planteados, se puede afirmar que el colapso y/o posibles alteraciones del desarrollo y crecimiento imputables al colgajo vomeriano, son controlables con el desarrollo de la moderna aparatología intraoral y no significan un problema fuera de control. La frecuencia de insuficiencia velofaríngea residual, sigue mejorando constantemente.

DISCUSIÓN

Nuestra experiencia está sustentada en una amplia casuística acumulada desde nuestra participación en la Clínica de LPH del Hospital General de México, desde el año de 1966 y su seguimiento en el Hospital Gea González, al sur de la ciudad de México. Durante todo este tiempo se entrenaron muchos de los actuales profesores de esta materia, quienes durante su entrenamiento siguieron las rutinas expuestas y participaron en la casuística evaluada (*Cuadro I*). En condiciones de entrenamiento, intervinieron más de 80 diferentes cirujanos, así que la experiencia y los buenos resultados presentados incluyen a diferentes

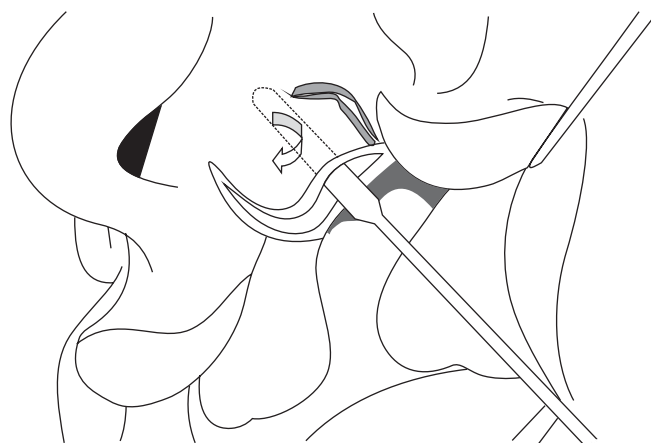


Figura 4. Modificación al colgajo vomeriano para facilitar su rotación anterior y reparar el piso nasal y evitar las fistulas orovestibulares.

Cuadro I. Resultados a largo plazo del TIPP.

Año	1973	1978	1989	1994	2000	2004
Pacientes	150	80	580	1000	1230	84
Fístula O-V	74%	28%	24%	25%	17%	6%
Colapso	58%	¿	21%	20%	18%	7%
IVF residual	36%	¿	15%	13%	11%	11%

personas, en diversas etapas de su entrenamiento, y como los resultados obtenidos consistentemente son satisfactorios, podemos aseverar que esta rutina ha sido buena en las manos de muchos cirujanos y de ahí su valor extra, que representa un plus en la afirmación de que es un enfoque adecuado.

En el tratamiento integral del paciente con labio y paladar hendidos, existen diversas técnicas y enfoques terapéuticos ampliamente difundidos, pero lo que prevalece, no sólo en un medio socioeconómico limitado, como el que rodea a la gran mayoría de nuestros pacientes en México, sino también es válido para los niveles socioeconómicos no limitados, lo que nos obliga a optimizar los recursos, y al mismo tiempo ofrecer a nuestros pacientes el o los niveles de máxima calidad en su atención, disminuyendo los tiempos quirúrgicos, atendiendo todas las áreas afectadas y preparando las condiciones para la segunda intervención.

La corrección simultánea del labio hendido y de la nariz, en la actualidad no tiene mayor discusión, ya que con los enfoques actuales se obtienen buenos resultados en la gran mayoría de los casos.^{3,9-11} Con las experiencias acumuladas por tantos años, hemos roto el paradigma de que la nariz tratada precozmente no crece, ya que con estos años de control y seguimiento, lo hemos podido corroborar. En el enfoque correctivo primario de la nariz de los casos bilaterales, aplicando principios similares a los señalados para la unilateral, también hemos mejorado considerablemente y se ha perdido el temor de comprometer la circulación de los tejidos del labio al repararse simultáneamente ambas estructuras. Este concepto moderno es un gran avance en el tratamiento primario de los casos bilaterales.^{10,11}

En la ratificación del criterio del tratamiento integral del paladar primario, consideramos que gracias a los avances de la ortopedia prequirúrgica, la alineación de los segmentos, y la estimulación y desarrollo del tejido faltante obtenido con dicho medio,^{12,13} significan en la actualidad un gran avance, que permite cirugía más efectiva y menos agresiva que antaño, por lo que el colgajo vomeriano actual, en la mayoría de los casos, es más corto, y con la nueva variante técnica en incisiones liberadoras en su pedículo, simplifica su rotación anterior, lo que conjuntamente con una mejor alineación de la fisura alveolar, facilitan la corrección de esa zona, así como la abolición de las fístulas orovestibulares anteriores.

En la actualidad, con los estrechos controles del Departamento de Ortodoncia, desde la ortopedia prequirúrgica hasta el control y seguimiento tardíos, con cirugía no agresiva en el paladar primario y con el uso del colgajo vomeriano rotado, no hemos detec-

tado a largo plazo mayores problemas de crecimiento y desarrollo del tercio medio facial, y no hay duda que el colgajo vomeriano no limita el crecimiento y sí facilita los segundos tiempos quirúrgicos y la reparación del paladar secundario, lo que actúa directamente en una mejor reparación del paladar blando (secundario) y una disminución considerable de la frecuencia de IVF residual (*Cuadro I*).

Gracias al colgajo vomeriano y al cierre del paladar primario, la fisura resultante después del primer tiempo quirúrgico, es una fisura incompleta que afecta exclusivamente al paladar secundario, lo que permite efectuar en el paladar blando una cirugía no agresiva, controlada, con mínimas incisiones,¹⁴ y con una veloplastia intravelar accesible.¹⁵ La miorrafia es fácil de efectuarse, así como las posibles ampliaciones técnicas en la reparación del paladar secundario, como la palatofaringoplastia simultánea tipo Sanvenero-Rosselli, que tanto hemos recomendado desde 1988, ya que previene y disminuye la frecuencia de insuficiencia velofaríngea residual o secundaria.^{16,17}

Aunque no corresponda estructuralmente al paladar primario, insistir en la práctica de la punción timpánica y la aspiración del líquido acumulado en el oído de muchos de estos pacientes, no está fuera de lugar. La aereación precoz consecutiva a la disfunción tubárica se debe considerar como parte preventiva del tratamiento integral de estos niños y qué mejor momento de hacerlo que durante el primer acto quirúrgico. La miringotomía se debe efectuar temprano y de rutina en los casos con fisura del paladar secundario.⁵

Quizás el futuro nos depare sorpresas y podamos aplicar otros conceptos y principios que reparen las fisuras en forma diferente a como en la actualidad lo hacemos.

CONCLUSIONES

El concepto de paladar primario y su tratamiento integral siguen estando vigentes con diversos enfoques.

La ortopedia prequirúrgica es un gran avance para balancear las estructuras afectadas, alinearlas y estimular su desarrollo. La alineación del arco alveolar se logra adecuadamente y facilita la posibilidad de uniones mucoperiósticas no agresivas.

La reparación simultánea del labio y la punta nasal se deben lograr desde el primer tiempo quirúrgico, no sólo en los casos unilaterales, sino también en los bilaterales.

La reparación del piso nasal y la prevención de fístulas orovestibulares son indicaciones suficientes para reparar las estructuras intraorales por delante del foramen incisivo.

El colgajo vomeriano no representa un factor agresivo que influya negativamente en el crecimiento y desarrollo del tercio medio facial, y por otro lado, facilita la reparación del paladar secundario al dejar una fisura incompleta a corregir más adelante.

En el futuro se requerirán menos injertos óseos alveolares.

Los aspectos preventivos de los posibles problemas auditivos requieren más de nuestra atención y se deben reportar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kernahan DA, Stark RB. A new classification of cleft lip and cleft palate. *Plast Reconstr Surg* 1958; 22: 435.
2. Trigos MI, García Cuervo G, Ortiz Monasterio F. Tratamiento integral temprano del paladar primario. *Cir Plast Ibero-Latinoam* 1979; 3: 251-260.
3. Velasquez VJM, Ortiz Monasterio F. Primary simultaneous correction of the lip and nose in unilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1974; 54: 558.
4. Trigos MI, Alonso PR. Queilonasoplastia primaria mediante la técnica del colgajo triangular modificada. *Cir Plast Ibero-Latinoam* 1980; 3: 297-308.
5. Trigos MI, Mora Martínez JJ, Bello M, García MA. Diagnóstico precoz de alteraciones auditivas y su aplicación práctica en pacientes con fisuras palatinas. *Cir Plast Ibero-Latinoam* 1983; 4: 309-318.
6. Millard DR. Refinements in rotation-advancement cleft lip technique. *Plast Reconstr Surg* 1964; 33: 26-38.
7. Tennyson CW. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method. *Plast Reconstr Surg* 1952; 9: 115-120.
8. Randall P. A triangular flap operation for primary repair of unilateral clefts of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1959; 23: 331.
9. McComb H. Primary correction of cleft lip nasal deformity: A ten year review. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 791.
10. Garcia Velasco M, Nahas R. Surgical treatment of the bilateral clefts of the primary palate. *Ann Plast Surg* 1988; 20: 26.
11. Ortiz Monasterio F. Rhinoplasty in Cleft Lip Patient. In: Ortiz Monasterio F. *Rhinoplasty*. Philadelphia: WB Saunders Co. 1994: 219-250.
12. Latham RA. Orthopedic Advancement of the Cleft Maxillary Segment. A Preliminary Report. *Cleft Pal J* 1980; 17: 227-232.
13. Huebener V, Liu JR. Maxillary Orthopaedics, Advances in Management of Cleft Lip and Palate. *Clin Plast Surg* 1993; 20(4): 723-732.
14. Mendoza AM, Azzolini C, Ysunza A. Minimal incision palatopharyngoplasty. A preliminary report. *Scand J Plast Hand Surg* 1994; 28: 199-203.
15. Kriens O. Fundamental anatomic findings for an intravelar veloplasty. *Cleft Pal J* 1970; 7: 27-36.
16. Trigos MI, Ysunza A. A comparison of palatoplasty with and without primary pharyngoplasty. *Cleft Palate J* 1988; 25: 163-166.
17. Trigos MI, Ysunza A, Vargas D. The Sanvenero Rosselli pharyngoplasty: an electromyographic study of palatopharyngeous. *Cleft Palate J* 1988; 25: 385-390.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos Micoló
Durango 33 – 5 Col. Roma
06700 México, D. F.
(0155) 55110444
E-mail: Itrigos@hotmail.com