

Cierre de labio hendido sin suturas externas en la piel

Dr. José Antonio León Pérez*

RESUMEN

Se propone una modificación a la técnica de sutura de la piel en pacientes sometidos a cierre del labio hendido. La técnica tradicional de cierre de labio hendido propone colocar sutura inabsorbible y retirarla sedando al paciente, de 4 a 7 días después de la intervención quirúrgica. Si se decide no sedar al paciente, se procede a retirar las suturas sujetando la cabeza para evitar la movilidad. Con esta técnica es posible evitar las lesiones de la piel y el sangrado, que aumenta la inflamación y cicatrización del tejido, cerrando con puntos simples subdérmicos de poliglactin 910 de grosor 5-0. De esta manera se operaron 287 pacientes en un periodo de tres años. Este método evita sedar a los pacientes para retirar los puntos en el labio. Este método disminuye en forma importante la ansiedad en la familia del paciente al realizarse la curación de la herida fácilmente.

Palabras clave: Labio hendido, suturas, técnica quirúrgica.

SUMMARY

A modified suture technique to repair cleft lip is proposed. The traditional technique to repair cleft lip and cleft palate consists of placing non-absorbable suture stitches. These stitches are removed, from 4 to 7 days after surgery. The procedure for removal consists of sedating the patient or firmly holding the patient's head to avoid movements while the stitches are removed. This procedure avoids causing skin injury and bleeding, which increases swelling and scarring of the tissue, closing with simple Poliglactin 910, 5-0 suture stitches under the dermis in 287 patients over a period of 3 years. This procedure does not require the use of sedatives to remove lip sutures. This method reduces anxiety in the patient's family as the curing of the wound is carried out easily.

Key words: Cleft lip, skin stitches, surgical technique.

INTRODUCCIÓN

El labio y paladar hendidos es la malformación congénita de cabeza y cuello más frecuente en nuestro país, su incidencia se reporta en uno por cada 750 recién nacidos vivos.¹ La etiología de esta malformación es multifactorial, señalando entre otros factores: la edad paterna o materna avanzada, la herencia, deficiencia en la ingesta de ácido fólico, tabaquismo, alcoholismo en la madre, ingesta de anticonvulsivantes, o la difenilhidantoína.

El tratamiento en pacientes con hendidura labio-alvéolo-palatina se debe iniciar al nacimiento y el pronóstico es directamente proporcional al tratamiento temprano, oportuno y eficaz. Existen autores que realizan el cierre del labio en etapa neonatal, aunque to-

davía existen dudas sobre los beneficios vs riesgos del procedimiento. Lo internacionalmente aceptado, es llevar a cabo el cierre del labio a la edad de dos y medio a tres meses de vida extrauterina.² Existen varias técnicas para la corrección quirúrgica, pero en el Instituto Nacional de Pediatría de la ciudad de México, la técnica utilizada es la última versión de Millard,³⁻⁵ realizando el cierre final en tres planos: mucosa oral vestibular, miorrafia del músculo orbicular y sutura de la piel con puntos simples de nylon 5-0 a 6-0 que se deben retirar a los 5 días. Simultáneamente se efectúa la corrección nasal primaria, según los principios de McComb.⁶

Retirar los puntos simples de material de sutura de nylon en los pacientes que son sometidos al cierre del labio y paladar hendidos o labio hendido solo, como aconseja la técnica tradicional, ocasiona problemas, ya que se tiene que sedar al paciente, con el consiguiente riesgo y costo del procedimiento. Cuando no sucede así, se tiene que sujetar la cabeza de los pa-

* Subdirector de Cirugía. Instituto Nacional de Pediatría.

cientes en forma firme, ocasionando el llanto y secundariamente el nerviosismo de la familia y la tensión del médico. Con frecuencia se ocasionan sangrados mínimos con este procedimiento, por lesión directa de la herida, mayor inflamación, y cicatrización secundaria.

En este trabajo se propone una modificación a la técnica de sutura de la piel en pacientes sometidos a cierre del labio hendido, consistente en evitar las suturas externas en la piel, es decir, *que dichas suturas no se coloquen*, logrando el cierre-afrontamiento con puntos subdérmicos de poliglactin 910, de grosor 5-0 de tal forma que la piel, en los extremos de la hendidura, quede totalmente afrontada. Este método evita sedar a los pacientes para el retiro de puntos en el labio, y por lo tanto, evita las lesiones de

la piel y el sangrado secundario al retiro de la sutura, disminuyendo de manera importante, comparativamente con la técnica tradicional, la inflamación y la cicatrización. Además, el método propuesto disminuye en forma importante la ansiedad en la familia del paciente que ve realizar la curación de la herida más fácilmente.

Esta rutina se basa en los resultados de una investigación que se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODO

En el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo comprendido de enero de 2003 a enero de 2006, se operaron 287 pacientes: 155 hombres y 132 mujeres.



Figura 1. a) Trazo de incisiones, **b)** resultado inmediato sin suturas externas.

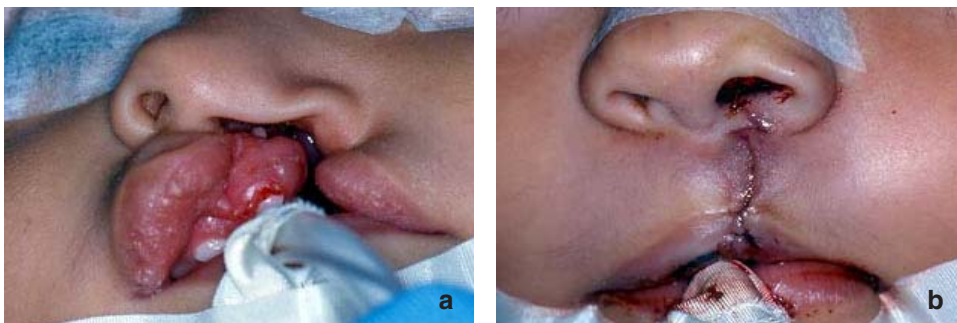


Figura 2. a) Caso unilateral preoperatorio inmediato, **b)** posoperatorio inmediato.



Figura 3. a) Caso unilateral preoperatorio inmediato, **b)** posoperatorio inmediato.

Doscientos cuarenta y cinco con labio y paladar hendidos: Unilateral izquierdo en 130, con 108 completos y 22 incompletos. Unilateral derecho en 57, con 49 completos y 8 incompletos. Bilaterales en 58, con 51 completos y 7 incompletos. Labio hendido sólo en 42, con fisura unilateral derecha en 20, fisura unilateral izquierda en 15 y labio abortivo en 7.

Incluyó pacientes de cualquier sexo con diagnóstico de labio y paladar hendidos o labio hendido solo, con expediente de ingreso en el Instituto Nacional de Pediatría que requirieran correcciones secundarias o detalles del labio operados no antes de 6 meses. Con

exámenes de laboratorio con hemoglobina mayor de 10, con tiempo de protrombina mayor del 75% con respecto al testigo, tiempo parcial de tromboplastina menor de 40 segundos; con valoración preoperatoria anestésica que no contraindique la cirugía; sin datos de infección a ningún nivel, sin lesiones en la piel del labio a nivel de la hendidura, y que hubieran recibido consulta en los servicios de la clínica de labio y paladar hendidos.

Se excluyó a pacientes con alteración de los exámenes de laboratorio preoperatorios, con alguna malformación asociada que contraindicara la cirugía,

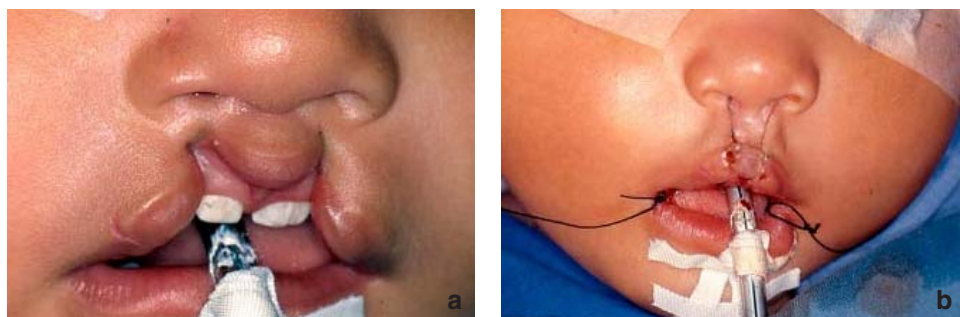


Figura 4. a) Caso bilateral preoperatorio, **b)** posoperatorio.



Figura 5. Resultado tardío con la técnica sin puntos en piel.



Figura 6. Resultado a largo plazo con excelente cicatriz resultante.

con cualquier infección aguda, o con cirugía de labio reciente (menos de 6 meses).

Todos los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia general, previa anestesia y colocación de campos estériles. Se procedió a realizar marcaje cutáneo tipo Millard, se tatuó el marcaje previo a la infiltración de lidocaína con epinefrina de 1 a 3 mL en ambos lados de la fisura y se esperó de cinco a siete minutos para iniciar la cirugía. La cirugía se llevó a cabo con los principios descritos por Millard y se procedió a suturar por planos con poliglactin 910 con grosor de 4-0, se cerró la mucosa vestibular y músculo, y la piel se aproximó y afrontó con puntos simples de poliglactin 919 con grosor 5-0 subdérmicos. Finalmente se colocó pomada antibiótica en la herida, la cual se deja descubierta y se limpia constantemente.

Las indicaciones posoperatorias fueron dieta líquida a las cuatro horas posoperatorias. Si los pacientes lo toleraban, dos horas después podían ser amamantados o ingerir leche en biberón, colocando a los pacientes en posición vertical, sentados o semisentados, indicando después de la alimentación la realización de higiene labial con agua y cualquier antiséptico, o jabón de baño, para finalmente colocar pomada antibiótica en la herida. Estas curaciones se recomendaron hasta por espacio de siete días.



Figura 7. Resultado final a largo plazo.

RESULTADOS

En los 287 pacientes operados se finalizaron todos los procedimientos sin contratiempos y la alimentación se facilitó al seno materno o con biberón después del cierre del labio. Las curaciones y controles posoperatorios fueron muy simples y de tipo observacional, no intervencionista.

Se obtuvieron excelentes resultados en el 96% (*Figuras 1 a 4*). Se presentaron complicaciones en 13 pacientes: 9 dehiscencias completas (6 secundarias a in-



Figuras 8 a y b. Resultado a largo plazo.

fección, dos postraumáticas y una espontánea), así como 4 dehiscencias incompletas (en forma espontánea). A largo plazo, considerando el tiempo de este protocolo, los resultados observados fueron comparables o mejores, por no tener secuelas de marcas de los puntos de la piel, que aquéllos observados con las rutinas tradicionales (*Figuras 5 a 8*).

CONCLUSIONES

El procedimiento propuesto tiene como ventajas no ser necesario sedar a los pacientes en el posoperatorio para retirar los puntos de sutura; no lastimar la piel porque no se retiran puntos de sutura. Favorecer la higiene bucal y el control durante el lapso de cicatrización primaria. Menor trauma, con menos inflamación y mucho menos ansiedad en la familia y cirujano, al realizar las curaciones de la herida, y tener resultados similares o mejores en la calidad de las cicatrices resultantes a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trigos MI, Guzmán ME. Análisis de la incidencia, prevalencia y atención de labio y paladar hendido en México. *Cir Plast* 2003; 13: 35-39.
2. Trigos MI, Ysunza A, Yudovich BM. Labio y paladar hendidos, consideraciones generales y orientación quirúrgica. En: Coiffman F. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética*. 2ª Ed. Salvat Bogotá: 1994; Vol. II: 1553.
3. Millard DR. *Cleft craft I*. Boston: Little Brown & Co. 1976: 264, 456, 463, 480, 483.
4. Millard DR. *Cleft craft: The evolution of its surgery*. Boston: Little Brown & Co. 1980.
5. Millard DR. *Principalization of plastic surgery cleft craft I*. Boston: Little Brown, & Co. 1986: 10, 292.
6. McComb H. Primary correction of cleft lip nasal deformity: A ten year review. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 791.

Dirección para correspondencia:

Dr. José Antonio León Pérez
Insurgentes Sur Núm. 3700-C,
colonia Insurgentes Cuicuilco
04530 México, D.F.
Tel. 1084 0900 ext. 1311 y 1404
E-mail: drjalp@prodigy.net.mx