

Resección del triángulo blando de la narina para eliminar el estigma en la nariz fisurada

Dr. Héctor Guillermo Lino Ortiz,* Dr. Alejandro Duarte y Sánchez,** Dra. Laura Concepción Valencia Espinoza,***
Dr. Blas Domínguez Reyes,**** Dr. Octavio Alberto Villalobos Méndez,***** Dr. Héctor Jesús Lino Brambila*****

RESUMEN

El propósito del autor es disminuir o eliminar el estigma nasal con el que los pacientes preescolares y escolares transitan por esas edades sufriendo el señalamiento, discriminación y hasta violencia inocente de sus compañeros de estudios por ser portadores de las secuelas habituales de la fisura naso labio palatina. Se presenta una técnica que con anterioridad había sido desechara por crear más problemas que soluciones. Si consideramos que durante el desarrollo intrauterino de las fisuras, los tejidos blandos están orientados y extendidos obedeciendo el desarrollo de la infraestructura ósea, podemos concluir que el área del triángulo blando creó una superficie mayor de lo normal, situación que se prolonga a lo largo de su crecimiento. La técnica que se presenta es muy sencilla y fácilmente reproducible, pero necesita acompañarse de algunas otras que reorganizan la forma y tamaño de los cartílagos alares y el resto del vestíbulo nasal, y es entonces cuando el recorte del triángulo blando se manifiesta como una gran diferencia y ventaja en el resultado final del procedimiento.

Palabras clave: Labio hendido, paladar hendido, estigma de nariz, triángulo blando.

INTRODUCCIÓN

La fisura labio-palatina es un defecto congénito de las estructuras de la boca, del piso nasal y de la narina, que se presenta en 1 de cada 500 a 750 recién naci-

SUMMARY

The author's purpose is to reduce or eliminate nasal stigma in preschool and elementary school-age patients who suffer being pointed out, stigmatization, discrimination and innocent violence due to the naso labial palate fissure sequel they show. A procedure that had been previously rejected for creating more problems than solutions is presented. If we consider that during womb growth with a cleft present causes deviation and underdevelopment of soft tissues are oriented and extended due to bony infrastructure growth, we can conclude that the soft triangle area created a larger than normal surface which continues growing after birth. The technique is very simple and easy to reproduce, but requires being used with others at the same time to reorganize and change the alar cartilages size and shape and the rest of the nostril's appearance, it is then that the resection of the nostril's soft triangle shows a great difference and benefit as a result of the procedure.

Key words: Cleft lip, cleft palate, nose stigma, soft triangle.

dos vivos a nivel mundial.¹ En México, Armendares y Lisker, reportan 1.39 casos por cada 1,000 nacidos vivos. El labio hendido es más frecuente en hombres, en tanto que el paladar hendido es más frecuente en mujeres. La frecuencia en su variedad de presentación

* Director de la Clínica de Labio y Paladar Hendido de Baja California, A.C.

** Profesor titular de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva del Centro Médico 20 de Noviembre, México, D.F.

*** Subdirectora de la Facultad de Medicina y Psicología, Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana.

**** Jefe de la Clínica de Labio y Paladar Hendido del Hospital General de la SSA, de Tlaxcala, Tlaxcala.

***** Estudiante de la Maestría en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina y Psicología, UABC, campus Tijuana.

***** Médico pasante del Servicio Social, estudiante de la UABC, campus Tijuana, adscrito al Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Tepic, Nayarit.

es en labio hendido aislado, de 21%; en fisura palatina aislada, de 33%, y en ambas, de 46%.² El compromiso del labio izquierdo es más frecuente que en el derecho.¹ El tratamiento primario del labio fisurado se debe realizar en etapas tempranas de la vida. En un gran porcentaje de los pacientes es necesario efectuar procedimientos secundarios como correcciones de labio y nariz, y en ocasiones cirugía maxilofacial.³ Independientemente de la malformación de base, existe una deformidad nasal por la modificación de la arquitectura normal de los elementos faciales, en especial la ósea. Cuando estas variantes se relegan a un segundo procedimiento, los cartílagos alares se tornan rígidos, deformes o desplazados, y son difíciles de modelar y reposicionar.⁴ En el ámbito de la cirugía correctiva, es frecuente encontrar el estigma de nariz fisurada tras la utilización de las técnicas más comunes para la queiloplastia (Millard, Tennison-Randall, etcétera.),⁵⁻⁹ toda vez que éstas no contemplan maniobras encaminadas a la prevención de la aparición de estigmas, ni cumplen con los requisitos para darles forma a las narinas de manera primaria.¹⁰⁻¹³ En adición, la frecuencia de coexistencia de secuelas de narina y labio abre la necesidad de contemplar soluciones distintas a las planteadas por autores como Bardach, Millard, Noordhoff, y Salyer, que buscan corregir las deformidades modificando estructuras que tradicionalmente se consideraban intocables por creer que acarrearían severas secuelas deformantes.¹⁴⁻²⁶ La propuesta es, de ser posible, llevar a cabo varias modificaciones en un evento quirúrgico único y mejorar el pronóstico para la función y estética.

De acuerdo con los datos proporcionados por los doctores León Pérez (Instituto Nacional de Pediatría) y Trigos Micoló (ex director de Cirugía Extramuros), en nuestro país nacen cada año entre 3,600 y 3,700 niños con alguna variante de labio y/o paladar hendido.²⁷ De éstos, aproximadamente 2,400 son intervenidos quirúrgicamente de manera anual con la participación de instituciones de salud y grupos independientes de carácter altruista, quedando un rezago aproximado de 1,200 a 1,400 casos por año. De los casos atendidos, un considerable porcentaje resulta en la necesidad de ulteriores cirugías de corrección, debido a la intervención por manos inexpertas; de ahí la importancia de la experiencia de los cirujanos involucrados y de la calidad de la técnica quirúrgica utilizada. El mayor número de secuelas se presenta en pacientes que han sido intervenidos en eventos de cirugía masiva, en especial por médicos extranjeros, y la deformidad en silbido es la más frecuente. Tomando esto en consideración, se recomienda la supervisión de

los grupos extranjeros que incursionan en el país, la limitación del número de pacientes intervenidos por día por cirujano, así como el incremento de conocimientos de patología y calidad de la técnica.

Desde 2008, la Clínica de Labio y Paladar Hendido de Baja California, A.C., ha modificado las técnicas quirúrgicas para corregir el estigma de la nariz fisurada, por lo común residual a la queiloplastia primaria en casos de labio y/o paladar hendido. Dada su situación geográfica, en frontera con los Estados Unidos de Norteamérica, la clínica da tratamiento a pacientes que quedan sin atención cuando pierden el seguimiento por parte de los grupos de médicos extranjeros que incursionan al país para llevar a cabo jornadas masivas de cirugía de corrección.

La intención de las modificaciones de las técnicas, es procurar al paciente la mejor apariencia posible al ingresar a la etapa educativa, sea preescolar o de educación primaria, donde la convivencia con otros niños puede suscitar desajustes emocionales relacionados con la autoimagen y burla inocente por parte de los compañeros.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer una técnica quirúrgica fácilmente reproducible, indicada en la corrección del estigma de la nariz fisurada para mejorar la apariencia.

MATERIAL Y MÉTODO

La técnica de resección de parte del triángulo blando de la narina se utilizó en la corrección del estigma de la nariz fisurada en más de 60 pacientes a lo largo de dos años. Los pacientes a los que se realizó esta técnica cumplieron con los parámetros de inclusión consistentes en: presentar el estigma de nariz fisurada, con nula concomitancia de patologías que aumentaran la morbitmortalidad del proceso quirúrgico, una condición clínica idónea para el procedimiento, con exámenes de laboratorio en rangos aceptables para el procedimiento; anuencia escrita de los padres para el acto quirúrgico, posibilidad de cuidados preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios inmediatos de calidad continuados a largo plazo. Todos los pacientes tenían más de dos años de edad.

TÉCNICA DE RESECCIÓN DE PARTE DEL TRIÁNGULO BLANDO DE LA NARINA

En caso de fisura bilateral, se inicia dibujando sobre la piel del surco nasal con tinta dermográfica en el sitio donde debiera estar en condiciones normales. Al hacer esto se evidencia que los surcos de las alas fisu-

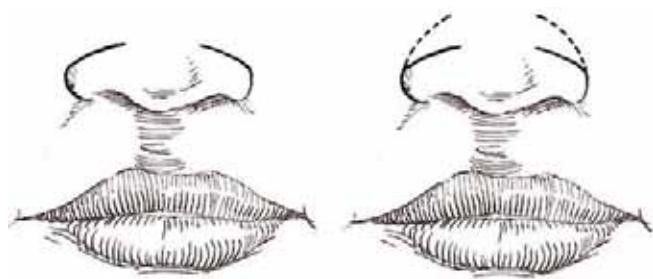


Figura 1. Los surcos de las alas fisuradas no corresponden al sitio normal por ser cortos y estrechos.

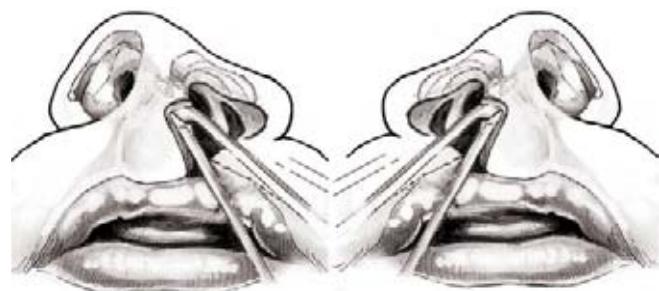


Figura 4. Mientras se hace tracción y a través de incisiones pequeñas en ambos lados de la columela se separa la piel hasta llegar al crus de ambos cartílagos alares.

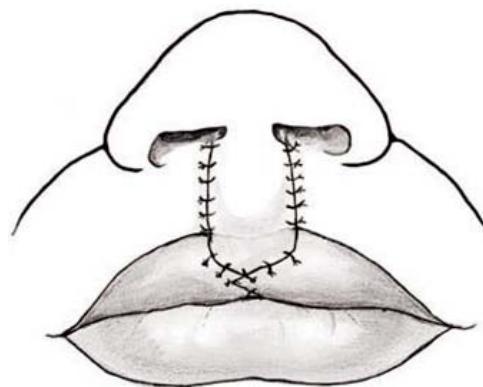


Figura 2. Apariencia común o normal de la nariz en una doble fisura reconstruida.

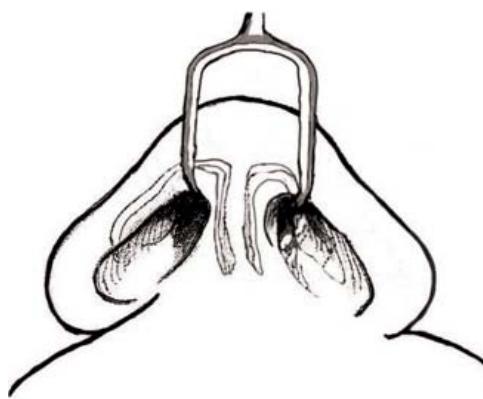


Figura 3. Se toman ambas narinas con un gancho doble de tamaño adecuado, se tira de ellas y elevan apoyándose en la cercanía de la columela ejerciendo una tracción importante.

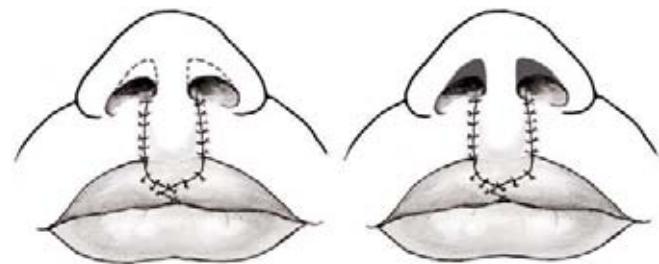


Figura 5. Se dibuja con lápiz dermográfico la abertura ideal de las narinas sobre el triángulo blando, que será la porción a resear haciendo el corte a 90 grados en relación con la superficie de la piel.

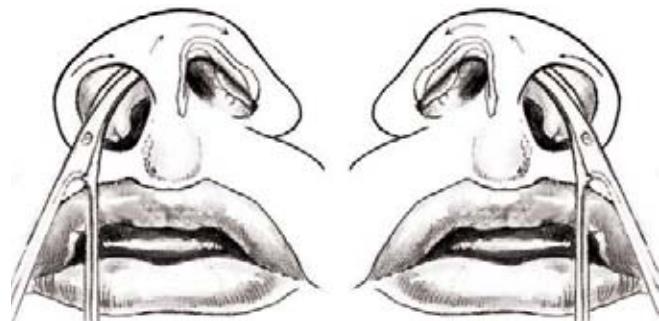


Figura 6. Se disecan ambos cartílagos alares en toda su superficie dorsal, dejándolos unidos a la piel de la cavidad nasal.

radas no corresponden al sitio normal, por ser cortos y estrechos (*Figura 1*), y la apariencia de la nariz en una doble fisura reconstruida es normal (*Figura 2*). Tomando ambas narinas con un gancho doble de tamaño adecuado, tiramos de las narinas y las elevamos apoyándonos en la cercanía de la columela ejerciendo una tracción importante (*Figura 3*). Mientras hacemos la tracción y a través de incisiones pequeñas en ambos lados de la columela, se separa la piel hasta llegar a la crus de ambos cartílagos alares (*Figura 4*). Se dibuja con lápiz dermográfico la apertura ideal de las

narinas sobre el triángulo blando; ésta será la porción a resear y procedemos a retirar el tejido marcado con bisturí, sosteniéndolo firmemente y se hace el corte a 90 grados en relación con la superficie de la piel. Se debe tener cuidado de no incluir el margen de los cartílagos alares en la incisión (*Figura 5*). A través de las incisiones creadas se disecan ambos cartílagos alares en toda su superficie dorsal, dejándolos solamente unidos a la piel de la cavidad nasal (*Figura 6*). Colocamos nuevamente el gancho doble y mientras se

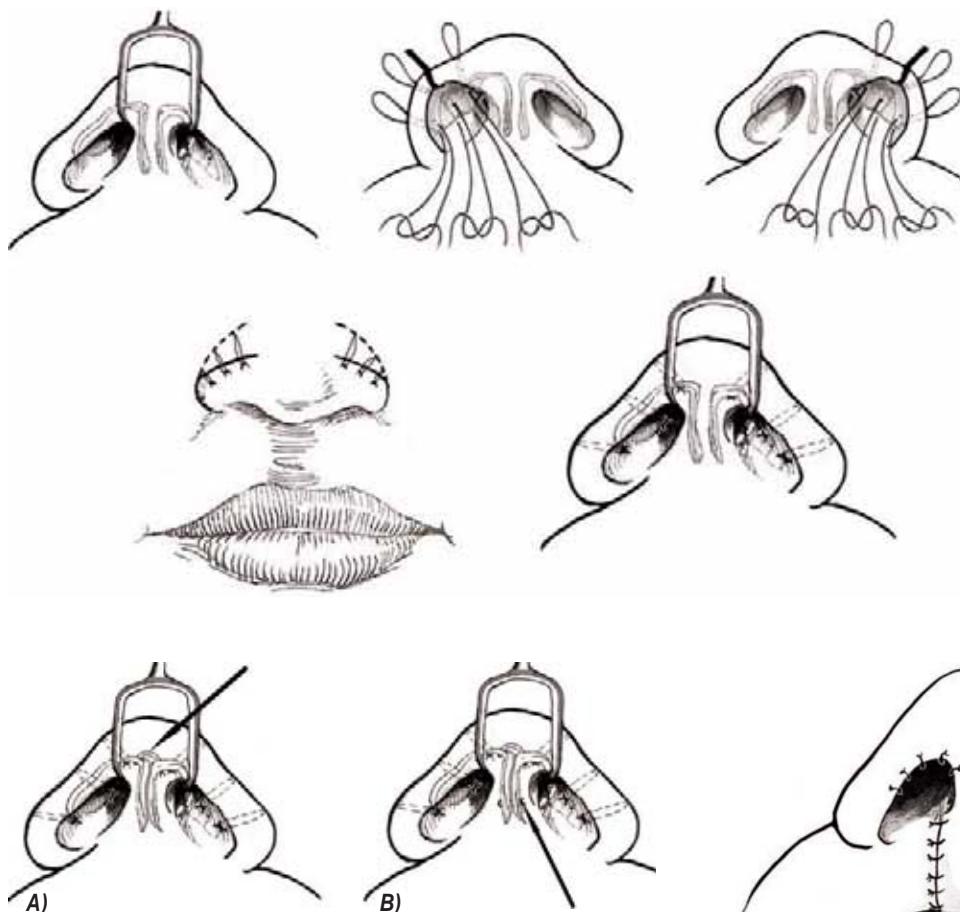


Figura 7. Mientras se ejerce tracción se colocan tres puntos en cada narina. La posición del surco nasal se modifica con estas suturas.

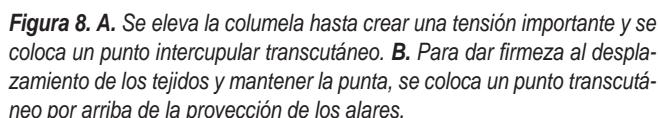


Figura 8. A. Se eleva la columela hasta crear una tensión importante y se coloca un punto intercupular transcutáneo. B. Para dar firmeza al desplazamiento de los tejidos y mantener la punta, se coloca un punto transcutáneo por arriba de la proyección de los alares.

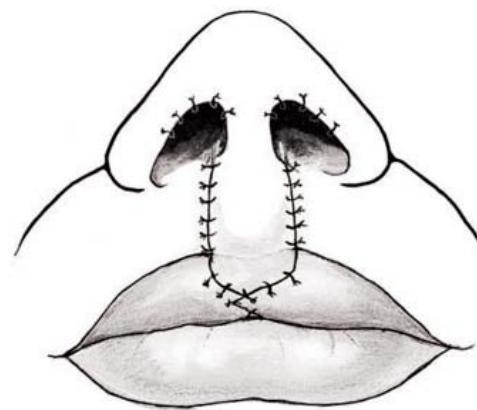


Figura 9. Se sutura las incisiones en el triángulo blando. La columela aumentó su longitud y su forma es cercana a lo normal.

ejerce tracción se colocan tres puntos en cada narina a distancia prudente uno del otro, que inician en la piel interior de la narina y emergen hacia la piel en proyección de la línea previamente dibujada, reintroduciendo posteriormente a la cavidad nasal al introducir la aguja por el mismo orificio de salida, pero con distinta orientación, para dar lugar a la fijación del cartílago alar en una distinta posición. Con estas suturas modificamos la posición del surco nasal (*Figura 7*). Continuando con la tracción, se eleva la columela hasta crear una tensión importante en toda su extensión y se coloca un punto intercupular transcutáneo a través de la narina (*Figura 8 A*). Para darle firmeza al desplazamiento ejercido en los tejidos y mantener la punta ahora formada, se coloca un punto transcutáneo por arriba de la proyección de las patas de los alares, brindando sostén a la nueva ubicación de la

punta. El material utilizado en todos estos puntos es Vicryl 4-0 (*Figura 8 B*). Por último, suturamos las incisiones en el triángulo blando utilizando Vicryl 5-0 o 6-0 para darle forma (*Figura 9*), en donde la columela ha aumentado su longitud varios milímetros, su forma es cercana a lo normal por haberse afinado y elevado la punta nasal.

En el tratamiento de la fisura unilateral el manejo es esencialmente el mismo. Se localiza el surco nasal en donde debiera estar su proyección normal (*Figura 10*). Por pequeñas incisiones en la base de ambos lados de la columela se libera la piel hasta el crus (*Figura 11*). Una vez que el cirujano ha modificado la implantación del ala nasal por cualquiera de los métodos de su preferencia, se procede a identificar el sitio y dimensión que deberá tener la resección del triángulo blando (*Figura 12*). Ya resecada la piel del triángulo

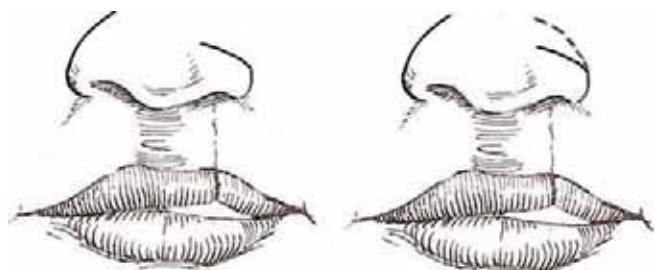


Figura 10. Localización del surco nasal en donde debe estar.



Figura 11.
Por pequeñas incisiones en la base de ambos lados de la columela se libera la piel hasta la crus.



Figura 12. Una vez modificada la implantación del ala nasal se procede a identificar el sitio y dimensión de la resección del triángulo blando.

blando con bisturí, se sujeta firmemente para evitar errores. Por la incisión ahora creada introducimos la tijera y disecamos ambos domos y todo el dorso del cartílago afectado, para poder modificar su forma y posición (Figura 13). Con tracción continua de ambas narinas con un gancho doble, procedemos a la fijación que va del interior de la narina al surco nasal con Vicryl 4-0, quedando así el cartílago alar en el sitio y forma deseados (Figura 14). Continuamos con la fijación de ambos domos por medio de una sutura transcutánea, creando una nueva punta proyectada. Para mantener la firmeza y darle sostén a la columela, colocamos un punto por arriba de la prominencia que proyecta en la piel la pata del alar del lado sano



Figura 13.
Por la incisión creada se disecan ambos domos y el dorso del cartílago afectado para modificar su forma y posición.

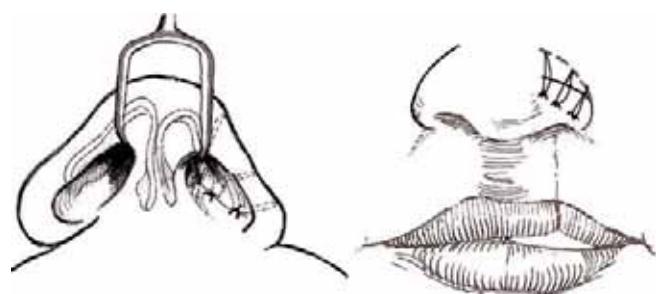


Figura 14. Se procede a fijar del interior de la narina al surco nasal, quedando el cartílago alar en el lugar y forma deseados.



Figura 15. Para mantener la firmeza y dar sostén a la columela se coloca un punto por arriba de la prominencia del alar del lado sano.

(Figura 15). Por último, suturamos la incisión restante de la resección del triángulo blando (Figura 16).

CASOS CLÍNICOS

Mostramos los resultados en cuatro casos:

Paciente con doble fisura incompleta (Figuras 17 y 18).

Paciente que presentaba severa sinequia en la narina izquierda, a la cual se le realizó zetoplastia, colgajo Y-V, recorte del ala y plicatura del músculo orbicular; el tiempo de evolución entre la corrección y la fotografía de seguimiento fue de cinco meses (*Figura 19*).

Paciente sin tratamiento de ortopedia maxilar, con severa depresión del área de la fisura ósea y con colapso severo del ala afectada, a la que se le hizo plicatura del músculo orbicular, desplazamiento Y-V del ala, recorte del triángulo blando y fijación con puntos en el surco nasal e intercrural. El tiempo de evolución entre la corrección y la fotografía de seguimiento fue de seis meses (*Figura 20*).

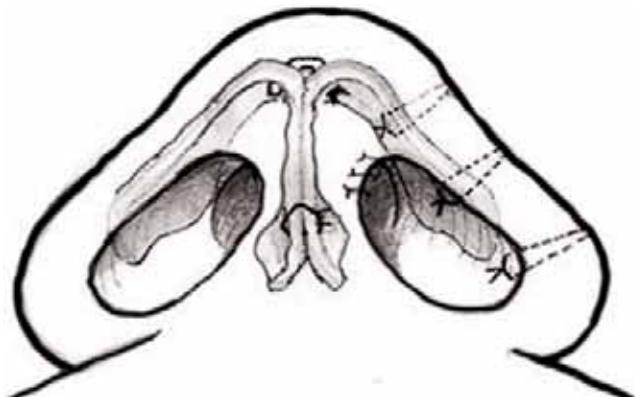


Figura 16. Se sutura la incisión de la resección del triángulo blando.



Figura 17. Paciente con doble fisura incompleta sin intervención quirúrgica.

Paciente a la que se le colocó un injerto septal como poste a través de una rinoplastia abierta; se hizo un colgajo Y-V, con plicatura del músculo orbicular y resección del triángulo blando; el tiempo de evolución entre la corrección y la fotografía de seguimiento fue de ocho meses (*Figura 21*).

Paciente al que se le colocó un injerto septal como poste a través de una rinoplastia abierta. Se realizó colgajo Y-V, plicatura del músculo orbicular (Maculikx para ampliar el labio rojo) y resección del triángulo blando. El tiempo de evolución después de su procedimiento fue de seis meses (*Figura 22*).

COMENTARIOS

La incidencia de pacientes nacidos con fisura de labio y paladar en nuestro país como en otros países es un problema de salud pública. El defecto nasal es uno de los puntos álgidos para obtener buenos resultados en la queiloplastia (que se debería referir como *nasoqueiloplastia*), ya que el cartílago alar se encuentra hipoplásico, doblado y mal posicionado. En la actualidad no todos los cirujanos en esta área están orientados en la corrección de este estigma en un procedimiento primario, debido a la pequeña dimensión de las estructuras y por el tiempo que se debe emplear en las



Figura 18. Fotografías pre y postoperatorias.

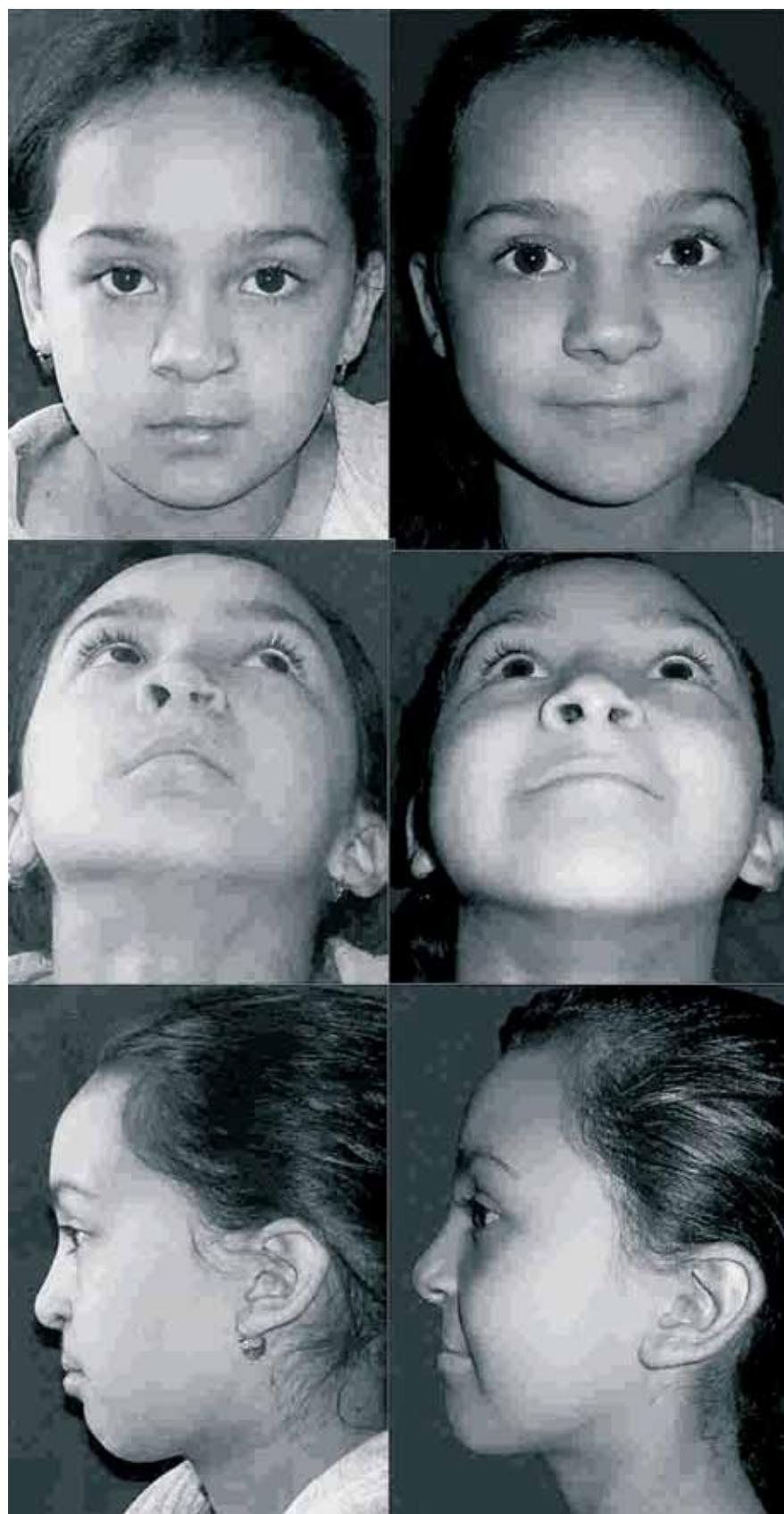
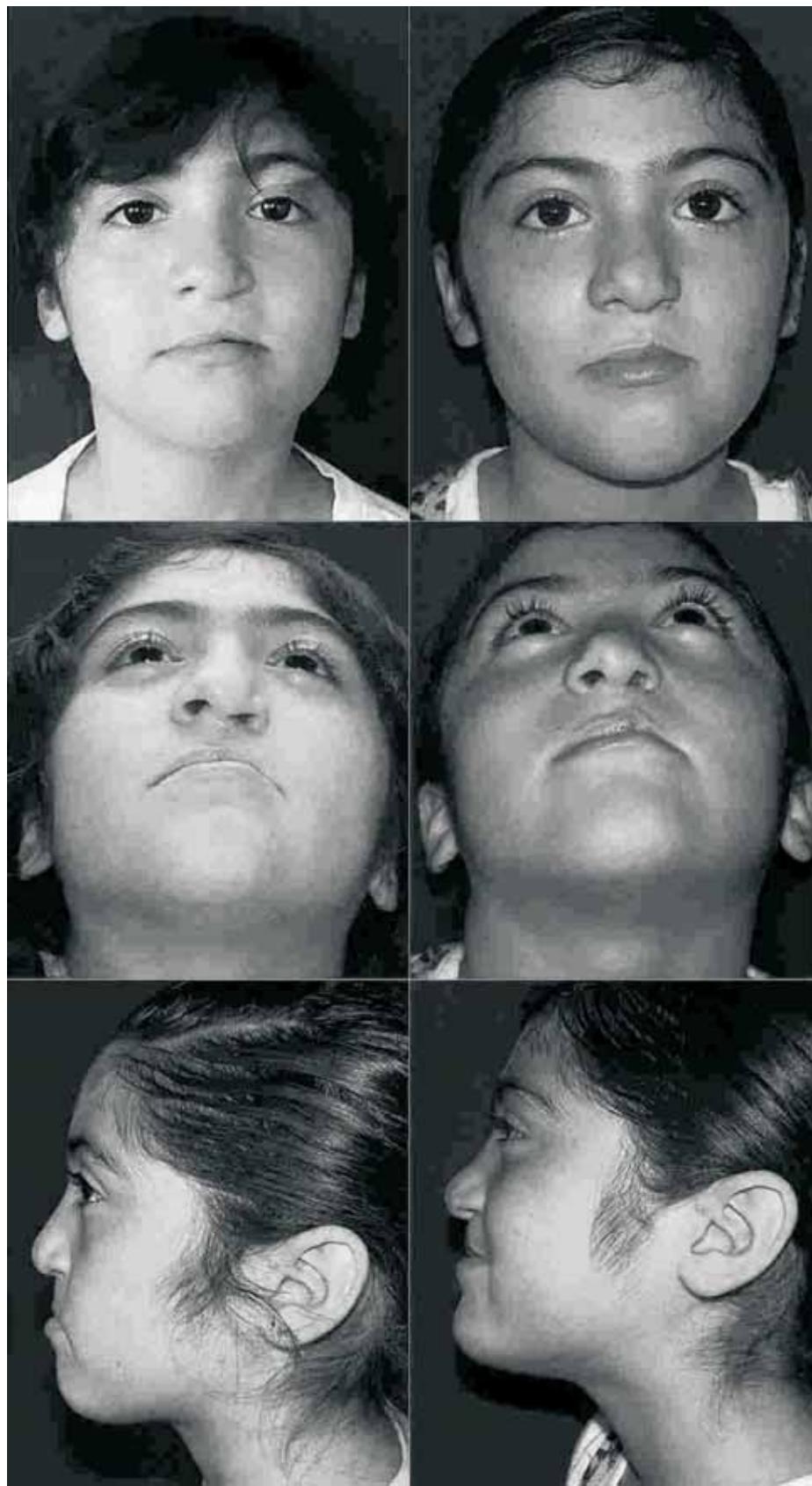


Figura 19. Antes de la corrección y cinco meses después.



mx

Figura 20. Antes de la corrección y seis meses después.

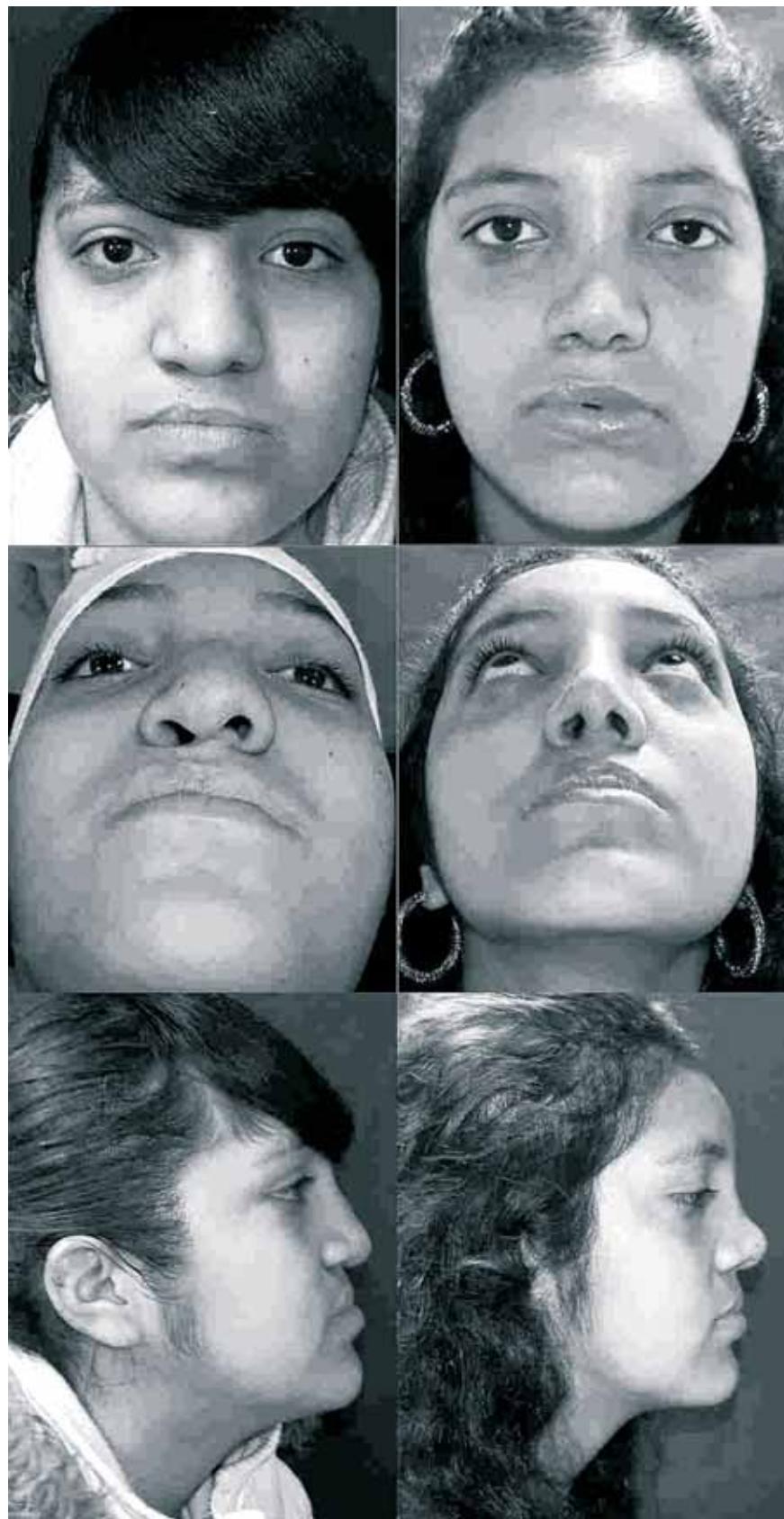


Figura 21. Antes de la corrección y ocho meses después.

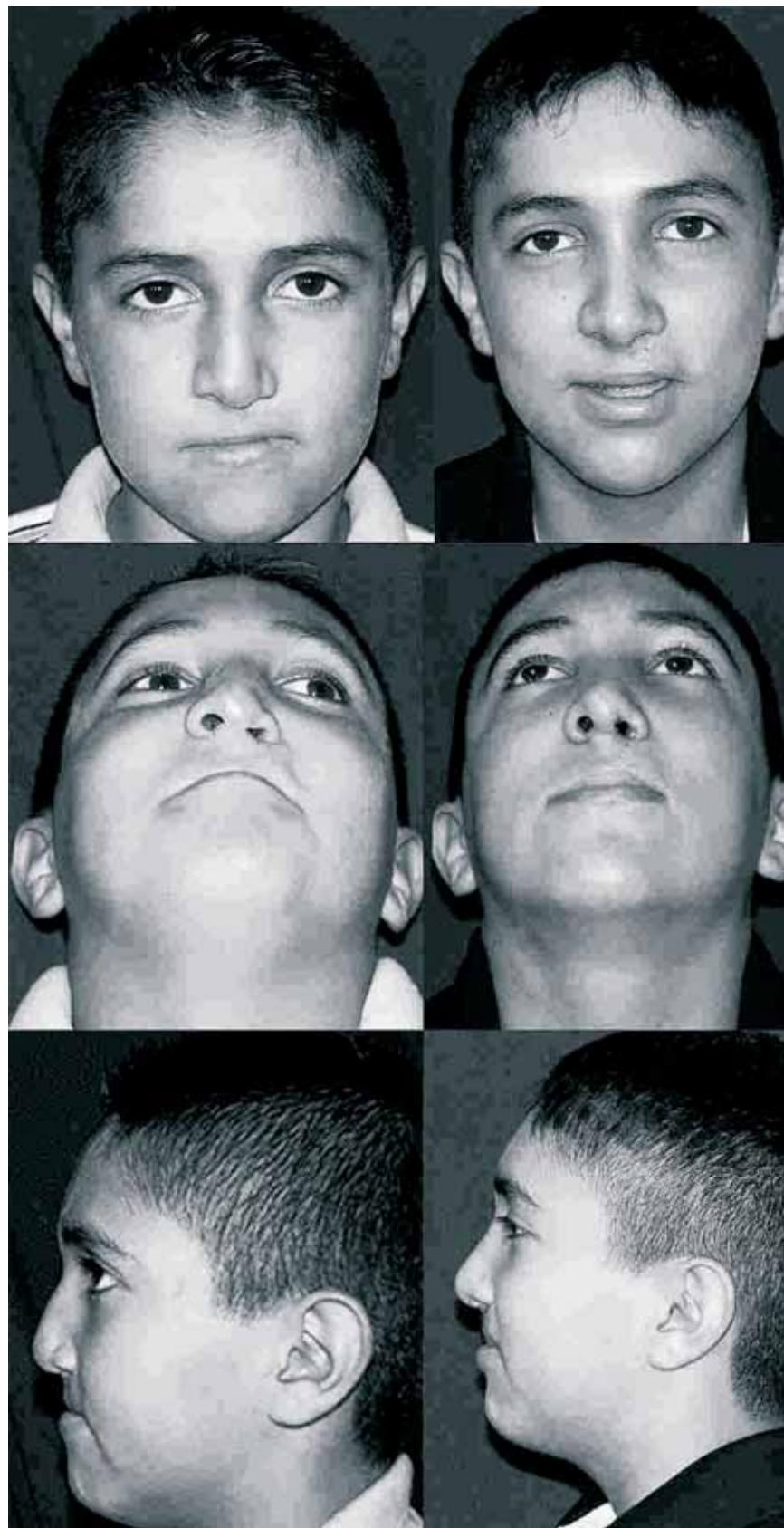


Figura 22. Antes de la corrección y seis meses después.

maniobras, razones por las que se difiere hasta que los pacientes tengan mayor edad.

En la etapa en que nos encontramos, después de un tiempo de haber iniciado con esta técnica, hemos visto que contribuimos a un crecimiento y desarrollo de la punta nasal orientado a la normalidad. No hemos visto desviaciones ni limitaciones en el crecimiento, al contrario, conducimos en forma y hemos creado un molde.

La técnica propuesta es fácilmente reproducible como se puede observar en la evolución de los casos clínicos presentados. Al realizarlos correctamente se tienen resultados satisfactorios en la reducción del estigma de nariz fisurada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bardach J, Salyer KE, Noordhoff MS. Correction of nasal deformity associated with unilateral cleft lip. En: Bardach J, Salyer KE, Ed. *Surgical techniques in cleft lip and palate*. St. Louis: Mosby Year Book 1991: 74-112.
2. Guerrero-Santos J, Ramirez M, Castaneda A, Torres A. Crossed-denuded flap as a complement to the Millard technique in the correction of cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1971; 48(5): 506-508.
3. Lilja J. Cleft lip and palate surgery. *Scand J Surg* 2003; 92: 269-273.
4. Sabry A, Mahmoud M. Correction of secondary deformities of the cleft lip nose. *Suez Canal Univ Med J* 2008; 11: 1-7.
5. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip: a 15-year review and a new treatment plan. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 882-889.
6. Cutting CB, Bardach J, Pang R. A comparative study of the skin envelope of the unilateral cleft lip nose subsequent to rotation-advancement and triangular flap lip repairs. *Plast Reconstr Surg* 1989; 84: 409-417.
7. Matsuo K, Hirose T, Otagin T et al. Repair of cleft lip with non-surgical correction of nasal deformity in the early neonatal period. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 25-31.
8. Noordhoff MS. Bilateral cleft lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1986; 78: 45-54.
9. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft/lip nose: a 15-year experience. *Plast Reconstr Surg* 1986; 77: 558-566.
10. Bardach J, Bakowska J, McDermott-Murray J, Mooney M, Dusdieker L. Lip pressure changes following lip repair in infants with unilateral clefts of the lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 1984; 74: 476-479.
11. Bardach J. New method of reconstruction of deformed nasal alae in adolescents and adults following unilateral cleft lip repair. *Acta Chir Orthop Traumatol* 1957; 6: 72-78.
12. Bardach J. Unilateral repair of cleft lip. En: Cohen M, Ed. *Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery*. Boston: Little Brown 1994: 548-565.
13. Salyer KE. Primary correction of nasal deformity associated with cleft lip. En: Colien M, Ed. *Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery*. Boston: Little Brown 1994: 581-594.
14. Trott JA, Mohair N. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of lip repair in bilateral cleft lip and palate: the Alor Setar experience. *Br J Plast Surg* 1993; 46: 215-222.
15. Trott JA, Mohair N. A preliminary report on open tip rhinoplasty at the time of lip repair in unilateral cleft lip and palate: the Alor Setar experience. *Br J Plast Surg* 1993; 46: 363-370.
16. Mulligan JB, Penslet JM, Kozakewich HP. The anatomy of Cupid's bow in normal and cleft lip. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: 395-403.
17. Grayson B, Cutting C, Wood R. Preoperative columella lengthening in bilateral cleft lip and palate. Brief communication. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: 1422-1423.
18. Salyer KE. Early and late treatment of unilateral cleft deformity. *Cleft Palate Craniofac J* 1992; 29: 556-569.
19. Bardach J, Noordhoff MS. Correction of secondary bilateral cleft lip deformities. En: Bardach J, Salyer KE, Ed. *Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate*. St. Louis: Mosby Year Book 1991: 58-73.
20. Quijano MC, Rivas J, Salas I, Salazar M, Sánchez B y cols. Aspectos sociodemográficos y clínicos del labio leporino y paladar fisurado en una población del suroccidente colombiano. *Rev Facultad Ciencias de la Salud* 2009; 11: 25-30.
21. Bardach J, Noordhoff MS. Correction of secondary bilateral cleft lip deformities. En: Bardach J, Salyer KE, Ed. *Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate*. St. Louis: Mosby Year Book 1991: 173-196.
22. Bardach J, Salyer KE, Noordhoff MS. Bilateral cleft lip repair. En: Bardach J, Salyer KE, Ed. *Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate*. St. Louis: Mosby Year Book 1991: 113-172.
23. Bardach J, Cutting C. Anatomy of unilateral and bilateral cleft nose. En: Bardach J, Morris HL, Ed. *Multidisciplinary management of cleft lip and palate*. Philadelphia: WB Saunders 1990: 150-159.
24. Bardach J. Correction of secondary unilateral and bilateral nasal deformity. En: Bardach J, Morris HL, Ed. *Multidisciplinary management of cleft lip and palate*. Philadelphia: WB Saunders 1990: 274-287.
25. Salyer KE. Unilateral cleft lip and cleft lip nasal reconstruction. En: Bardach J, Morris H, Ed. *Multidisciplinary management of cleft lip and palate*. Philadelphia: WB Saunders 1989: 173-189.
26. Noordhoff MS. Reconstruction of vermillion in unilateral and bilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 52-60.
27. Secretaría de Salud (México, 2006). Prevención, tratamiento, manejo y rehabilitación de niños con labio y paladar hendido. Lineamiento técnico. Disponible en Internet en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7805.pdf>

Dirección para correspondencia:
Dr. Héctor Guillermo Lino Ortiz
Central Médica de Especialistas
Ltd. Agua Caliente 1844-402
Tijuana, Baja California, México
Teléfono: (664) 684 77 61
Fax: (664) 684 95 03
E-mail: drhectorlino@hotmail.com