



Comentarios al trabajo: Cierre del paladar hendido en dos tiempos. Valoración de crecimiento

Notes on the paper: Cleft palate repair in two stages. Growth evaluation

Dr. Rodrigo Dávila Díaz*

El cierre de paladar hendido en dos tiempos constituye una de las principales estrategias en algunos protocolos de tratamiento de labio y paladar hendidos a nivel mundial; sin embargo, aunque fue descrita hace casi ya un siglo en 1921 por Gillies y Fry, sus resultados son aún debatibles. Dicha técnica ha sido y es aún cuestionada por múltiples equipos especializados en paladar hendido, en cuanto a si esta cirugía es capaz de brindar un óptimo desarrollo del lenguaje, aunado a un adecuado crecimiento maxilar.¹

En los años 70 dicho método ganó popularidad en Estados Unidos de la mano de Dingman, Grabb y Blocksma, sin embargo, después de la publicación de una crítica apoyada por patólogos del lenguaje (Cosman y Falk, 1980; Witzel et al., 1984), el método perdió mucha popularidad.²⁻⁵

Otra historia se presentaba en Europa, ya que hasta el año 2000, más de un tercio de los equipos europeos involucrados en el estudio Eurocleft se encontraban realizando palatoplastias en dos tiempos.⁶

En el año 2005 se habían reportado al menos 13 publicaciones relacionadas con el cierre del paladar hendido en dos tiempos con seguimiento mínimo de 10 años. Dichos protocolos muestran distintos resultados en cuanto al crecimiento maxilar y lenguaje de los pacientes, derivado a las distintas edades a las cuales fueron sometidos quirúrgicamente los pacientes, así como una discrepancia en las técnicas realizadas por cada uno de los distintos centros. Es de llamar la atención que en dichos estudios, la tendencia fue una mejoría en cuanto al crecimiento al compararlos con estudios realizados con técnicas tradicionales y al parecer, aquellos centros en donde el cierre del paladar blando se realizaba entre los tres

y seis meses de edad, los resultados eran aún más alentadores.⁷

Existen múltiples razones por las cuales un equipo especializado en labio y paladar hendidos decide llevar a cabo en forma protocolaria una técnica, sin embargo, el común denominador es mejorar las alteraciones del lenguaje, proporcionar óptimo crecimiento del maxilar y mejorar la estética facial.

Uno de los puntos más álgidos para muchos cirujanos y en el cual me incluyo, es el relacionado con el crecimiento maxilar, ya que para poder valorar resultados son necesarios muchos años de seguimiento y cuando no se obtienen los resultados esperados la conducta a seguir será buscar nuevos horizontes, utilizando nuevas técnicas como la palatoplastia en dos tiempos, como lo hicieron Slaughter y Pruzansky en 1954, Schweckendiek en 1955, Blocksma en 1975, Hotz y Gnoinski en 1976, Friede en 1980 y en México Velázquez y cols. en 2012.⁸

Hasta nuestro conocimiento presente parece ser que el cierre del paladar en dos tiempos puede dar resultados favorables en cuanto al lenguaje y crecimiento maxilar. Las recomendaciones realizadas por centros con amplia experiencia en esta técnica es dejar las menores áreas expuestas posibles de hueso palatino y llevar a cabo el cierre del paladar blando entre los tres a cinco meses de edad. Para reducir la hendidura de la parte posterior del paladar duro usar un colgajo vomeriano anclado a la mucosa nasal del velo del paladar reconstruido y, aproximadamente entre los 12 y 18 meses de edad, cerrar el paladar blando por medio de colgajos mucoperiosticos con mínima disección. En caso de que el paciente presentara aún una brecha amplia, recomiendan aplazar el cierre del paladar duro hasta

* Cirujano Plástico y Reconstructivo, Hospital Central Sur, PEMEX. Clínica de Malformaciones Congénitas.

el fin de la dentición secundaria y así poder utilizar colgajos mucoperiosticos cercanos a la arcada dental.⁹

El continuo cambio de protocolos de manejo a nivel mundial y en México, sólo traduce el hecho que aún no logramos obtener los resultados deseados en forma estandarizada en nuestros pacientes y es por eso que todos los profesionales de la salud involucrados en el manejo del paladar o labio y paladar hendidos tenemos la obligación de revisar introspectivamente nuestros resultados, donde podamos identificar errores y podamos realizar las acciones correctivas.

Recientemente propuso el proyecto Americleft llevar a cabo una «auditoría clínica» en nuestros pacientes, la cual se divida en la evaluación del proceso del cuidado (la forma en cómo se aplican los protocolos de tratamiento) y los resultados de dicho tratamiento. El llevar esta auditoría representa un gran reto, ya que requiere largos tiempos de seguimiento, aunado a la complejidad y heterogeneidad que existe en los distintos centros para recabar, analizar y reportar resultados.

Sin duda son los estudios multicéntricos los que nos permitirán obtener grandes ventajas en la evaluación del manejo de nuestros pacientes, ya que nos permitirán obtener una autoevaluación del proceso y resultados de tratamiento obtenidos y de esta forma compararlos con los obtenidos en otros países, logrando así establecer metas a seguir en cada una de nuestras instituciones y llevar a cabo el intercambio de prácticas claras y significativamente exitosas.

Felicito a la Dra. Sigler, ya que su estudio representa el primer protocolo mexicano comparativo, aleatorizado y prospectivo que busca definir la utilidad de la palatoplastia en dos tiempos para prevenir alteraciones maxilares. Es importante señalar que aunque el seguimiento es a corto plazo (cuatro años) se logran establecer importantes diferencias en las arcadas dentales, observándose una menor cantidad de colapsos y mordidas cruzadas. Será de gran interés valorar la aplicación del Yardstick de cinco años¹⁰ que utiliza modelos dentales en dentición primaria y permite identificar en forma temprana aquellos protocolos que brindan resultados favorables. Estaremos en espera también de los resultados del lenguaje a obtener por este alentador grupo de trabajo.

Invitamos a la Dra. Sigler y a su equipo, así como a los múltiples centros de atención de labio y paladar hendidos a nivel nacional, a recabar, analizar y reportar sus resultados en forma estandarizada (Eurocleft, Eurocran, Scandcleft, Americleft) y así poder llevar a cabo estudios multicéntricos a nivel nacional para establecer resultados claros y contundentes que permitan definir las directrices y protocolos exitosos de manejo, comparables a nivel internacional, en beneficio de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. Gillies HD, Fry WK. A new principle in the surgical treatment to "congenital cleft palate", and its mechanical counterpart. *Br Med J* 1921; 1: 335-338.
2. Blocksma R, Leuz CA, Mellerstig KE. A conservative program for managing cleft palates without the use of mucoperiosteal flaps. *Plast Reconstr Surg* 1975; 55: 160-169.
3. Dingman RO, Argenta LC. The correction of cleft palate with primary veloplasty and delayed repair of the palate. *Clin Plast Surg* 1985; 12: 677-684.
4. Cosman B, Falk AS. Delayed hard palate repair and speech deficiencies: a cautionary report. *Cleft palate J* 1980; 17: 27-33.
5. Witzel MA, Salyer KE, Ross RB. Delayed hard palate closure: the philosophy revised. *Cleft Palate J* 1984; 21: 263-269.
6. Shaw B, Semb G, Nelson P, Brattström V, Mölsted K, Prahl-Andersen B. The Eurocleft project 1996-2000. Standards of care for cleft lip and palate in Europe. Amsterdam: IOS Press; 2000: p. 269.
7. Friede H. Maxillary growth controversies after two-stage palatal repair with delayed hard palate closure in unilateral cleft lip and palate patients: perspectives from literature and personal experience. *Cleft Palate Craniofac J* 2007; 44: 129-136.
8. Slaughter WB, Pruzansky S. the rationale for velar closure as a primary procedure in the repair of cleft palate defects. *Plast Reconstr Surg* 1954; 13: 341-357.
9. Lilja J, Mars M, Elander A, Enocson L, Hagberg C, Worrell E et al. Analysis of dental arch relationships in Swedish UCLP subjects: 20 year longitudinal consecutive series treated with delayed hard palate closure. *Cleft Palate Craniofac J* 2006; 43: 606-611.
10. Attack NE, Hathorn IS, Semb G et al. A new index for assessing surgical outcomes in unilateral cleft lip and palate subjects aged 5. Reproducibility and reliability. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 34: 242.

Correspondencia:

Dr. Rodrigo Dávila Díaz

HCSAE PEMEX Picacho

Periférico Sur Núm. 4091,

Fuentes del Pedregal, 14140,

Tlalpan, México, D.F.

E-mail: drrodrigodavila@yahoo.com.mx