



Octubre - Diciembre 2025
Vol. 5, núm. 4 / pp. 142-146

Colgajo nasogeniano: una alternativa para la reconstrucción de fístulas oronasales de gran tamaño en pacientes portadores de fisura labiopalatina

Nasolabial flap: an alternative for the reconstruction of large oronasal fistulas in patients with cleft lip and palate

Pablo Cortés,* Fernando Córdova,† Adriana García,* Luis Urra,‡ Jorge González,‡ Erick Vargas‡,§

Palabras clave:

fisura labiopalatina,
fístula oronasal,
colgajo nasogeniano,
cirugía reconstructiva.

Keywords:

*cleft lip and palate,
oronasal fistula,
nasolabial flap,
reconstructive surgery.*

RESUMEN

La fisura labiopalatina (FLP) es una de las malformaciones congénitas más frecuentes, con una incidencia en Chile de 1.7 por cada 1,000 recién nacidos, lo que duplica la tasa mundial. Su etiología es multifactorial y su manejo requiere un enfoque multidisciplinario. A pesar de los avances en la cirugía reconstructiva, la fístula oronasal (FON) sigue siendo una de las complicaciones más comunes, afectando especialmente a pacientes con hendidura bilateral. El tratamiento de estas fístulas depende de su tamaño y ubicación, así como de la gravedad de las cicatrices previas. En particular, las fístulas alveolares representan un desafío quirúrgico debido a la presencia de tejido fibroso y la proximidad de piezas dentales en desarrollo. Si bien existen diversas técnicas para su cierre, no hay consenso sobre el método ideal; el abordaje en pacientes adultos con fisura no operada está escasamente documentado en la literatura. Este artículo presenta el colgajo nasogeniano como una alternativa viable para el cierre de FON de gran tamaño en adultos. Se describe su planificación, ejecución y seguimiento postoperatorio, destacando su utilidad en pacientes con defectos severos y antecedentes de tratamientos fallidos. Esta técnica, aunque no constituye un estándar de manejo, amplía las opciones terapéuticas para estos casos complejos.

ABSTRACT

Cleft lip and palate (CLP) is one of the most common congenital malformations, with an incidence in Chile of 1.7 per 1,000 newborns, double the global rate. Its etiology is multifactorial, and its management requires a multidisciplinary approach. Despite advances in reconstructive surgery, oronasal fistulas (ONF) remain one of the most common complications, particularly affecting patients with bilateral clefts. The treatment of these fistulas depends on their size, location, and severity of existing scarring. Alveolar fistulas represent a surgical challenge due to the presence of fibrous tissue and the proximity of developing teeth. Although various techniques exist for their closure, there is no consensus on the ideal method, and the approach to adult patients with untreated clefts is poorly documented in the literature. This article presents the nasolabial flap as a viable alternative for the closure of large ONF in adults. Its planning, execution, and postoperative follow-up are described, highlighting its usefulness in patients with severe defects and a history of failed treatments. This technique, although not a standard of care, expands the therapeutic options for these complex cases.

INTRODUCCIÓN

La fisura labiopalatina (FLP) es la segunda malformación congénita más frecuente a nivel mundial. En Chile, su incidencia alcanza 1.7 por mil recién nacidos vivos, el doble que la realidad mundial.¹

Abreviaturas:

FLP = fisura labiopalatina
FON = fístula oronasal

Citar como: Cortés P, Córdova F, García A, Urra L, González J, Vargas E. Colgajo nasogeniano: una alternativa para la reconstrucción de fístulas oronasales de gran tamaño en pacientes portadores de fisura labiopalatina. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2025; 5 (4): 142-146. <https://dx.doi.org/10.35366/122825>

* Residente de Cirugía Maxilofacial, Facultad de Odontología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

† División de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile.

§ Facultad de Odontología, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Recibido: 21/04/2025
Aceptado: 26/08/2025

doi: 10.35366/122825



El manejo de esta condición requiere un enfoque multidisciplinario a lo largo de toda la vida del paciente, siendo la corrección del paladar fisurado uno de los mayores retos en la cirugía reconstructiva.²

A pesar de los avances significativos en el tratamiento de las FLP, aún persisten complicaciones, siendo la más frecuente la fístula oronasal (FON), con una incidencia promedio de 8.6%, independiente de las técnicas quirúrgicas utilizadas.³ Su persistencia puede estar vinculada a factores como la edad en el momento de la cirugía, el tipo y extensión de la hendidura, entre otros; tiene como consecuencia el escape de aire nasal, dificultades de fonación y regurgitación nasal de alimentos.⁴

Entre los diferentes tipos y localizaciones de la FON se encuentra la fístula alveolar. Su intervención es particularmente desafiante debido a su ubicación anterior al tejido fibroso circundante y a la presencia de tejido dentario en formación adyacente al defecto.⁵ Aunque se han descrito diversas técnicas para abordar este tipo de fístulas, existen pocos estudios sobre sus resultados; actualmente no hay consenso sobre cuál es la más adecuada.⁶

Este reporte de casos tiene como objetivo presentar el colgajo nasogeniano como una alternativa viable para el cierre de fístulas de gran tamaño en pacientes adultos, ampliando así las opciones de tratamientos disponibles para abordar esta complicación.

REPORTE DE CASOS

Paciente 1: sexo femenino, 56 años, con antecedentes de artritis reumatoide y FLP unilateral, sometida a queiloplastia primaria y palatoplastia en un tiempo quirúrgico. Al examen clínico evidencia fisura de reborde alveolar de 10 mm de diámetro transversal Pittsburg VI y VII (Figura 1), paso de líquido y alimentos sólidos desde la cavidad oral a la fosa nasal, trastorno que se remonta al nacimiento.



Figura 1: Paciente 1, defecto óseo-mucoso de 10 mm en su eje transversal, clasificación de Pittsburgh tipo V a VII.

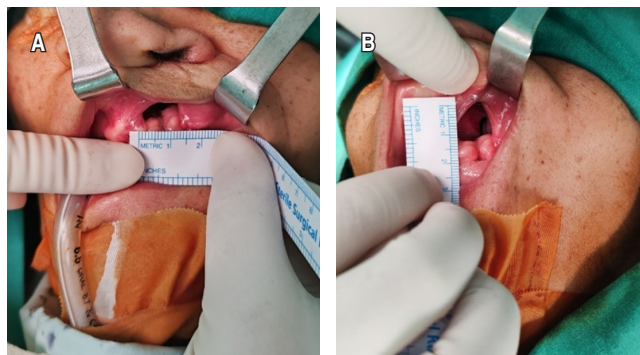


Figura 2: Paciente 2: A) defecto óseo-mucoso de 13 mm en su eje transversal y B) defecto óseo-mucoso de 20 mm en su eje cefálico-caudal, clasificación de Pittsburgh tipo V a VII.

Paciente 2: sexo femenino, 52 años, con antecedentes de FLP unilateral, sometida a queiloplastia primaria y palatoplastia en un tiempo quirúrgico. Al examen clínico evidencia defecto de 13 mm en su diámetro transversal Pittsburg VI y VII (Figura 2), con paso de líquidos y alimentos desde la cavidad oral a fosa nasal, además de alteraciones fonéticas importantes.

Se analizan las posibilidades terapéuticas y se define como tratamiento quirúrgico para los dos casos el colgajo nasogeniano debido al diámetro y localización del defecto, logrando un cierre efectivo y disminuyendo la posibilidad de nuevas intervenciones.

Mediante anestesia general e intubación nasotraqueal, se realiza diseño y confección de los colgajos, tomando como referencia la línea nasolabial, activación de bordes del defecto, instalación de colgajo mediante tunelización en cavidad oral y cierre por planos. Ambas cirugías culminaron sin incidentes (Figuras 3 y 4).

Al seguimiento a los 12 meses, ambas pacientes se encuentran satisfechas con los resultados funcionales y estéticos. Los cambios en la calidad de vida fueron significativos; se logró el cierre de las FON, evitando el paso de aire, líquidos y sólidos desde la cavidad oral a la fosa nasal, o viceversa (Figura 5).

DISCUSIÓN

La reparación del paladar hendido cierra la comunicación oronasal entre el paladar blando y duro, justo detrás de la premaxila (paladar secundario). Por otro lado, la reconstrucción de la hendidura alveolar mediante injerto óseo cierra la comunicación en la parte anterior, alrededor de la premaxila (paladar primario).⁷ El fracaso de estos procedimientos se conoce como fístula, lo que representa un problema significativo en pacientes con fisura labiopalatina, ya que impactan considerablemente en su calidad de vida.⁸

Si bien existe una extensa literatura sobre el cierre de fístulas en el paladar duro y blando, la situación se complica

al centrarnos en las FON anteriores persistentes, especialmente aquellas ubicadas cerca de las hendiduras alveolares (clasificación V a VII de Pittsburgh).⁵ Se trata de un problema particularmente complejo en pacientes adolescentes y adultos que presentan FON anteriores consideradas persistentes, independientemente de su origen.⁹

Según la literatura, se recomienda que, en el caso de fístulas pequeñas (< 2 mm) con cicatrices leves, se utilice un colgajo local para su reparación. Para fístulas de tamaño pequeño a mediano (< 2 mm o entre 2 a 5 mm) con cicatrices severas, una opción viable es realizar nuevamente la palatoplastia. En situaciones de fístulas grandes (> 5 mm) con cicatrices severas, se sugiere considerar como alternativa el uso de un colgajo lingual.¹⁰

Además, Denadai y su equipo, en su protocolo terapéutico para FON anteriores sintomáticas persistentes, sugieren que los colgajos locales con injerto interposicional pueden ser la opción preferida para fístulas pequeñas o medianas (≤ 5 mm). En el caso de fístulas grandes (> 5 mm), clasificadas como tipo V a VII de Veau, se podría contemplar un colgajo lingual en un enfoque de dos etapas. Los colgajos libres se reservan para la reconstrucción de secuelas secundarias a la resección de la premaxila en las fisuras tipo IV de Veau. También se menciona el uso de distracción osteogénica para fístulas de tipo Pittsburgh VI y VII, aunque no se recomienda para fístulas tipo V

posteriores a una cirugía ortognática debido a su localización y vascularización, entre otros factores.⁵

El abordaje terapéutico para pacientes adultos con fisura no operada no se aborda en los libros de texto; las técnicas quirúrgicas empleadas varían según las circunstancias individuales de cada paciente y las habilidades del cirujano.¹¹ Es por ello que el colgajo nasogeniano de espesor completo con base inferior presentado en este estudio no está destinado a ser un método de rutina para el tratamiento de fístulas palatinas; sin embargo, puede ser una opción efectiva para el tratamiento de grandes defectos palatinos anteriores, aplicándose de manera unilateral o bilateral en una sola etapa, especialmente en aquellos casos donde no hay tejido suficiente para una reparación local o donde los intentos previos han fracasado.¹²

La mayor parte del pedículo resulta útil para elevar la base alar y crear una superficie gruesa y resistente, lo que permite obliterar eficazmente el espacio muerto entre los revestimientos nasal y oral de la hendidura. Esto se debe a su composición duradera, que incluye piel, músculo y mucosa.¹²

No obstante, esta técnica presenta algunas desventajas, como la posibilidad de cicatrices residuales en la zona nasolabial o la transferencia de piel pilosa al paladar. Sin embargo, la cicatriz tiende a ocultarse en el pliegue nasolabial, mejorando así el resultado estético. El crecimiento de vello en el lugar de toma de injerto no representa un problema significativo



Figura 3:

Paciente 1: **A)** diseño y confección de colgajo nasolabial; **B)** incisión en plano cutáneo de colgajo nasolabial; **C)** disección en plano subcutáneo de colgajo; **D)** tunelización e inserción de colgajo en defecto oral; **E)** fijación y sutura de colgajo en defecto de alveolar con bordes activados; **F)** cierre de plano cutáneo por capas.



Figura 4:

Paciente 2: **A)** diseño y confección de colgajo nasolabial; **B)** incisión en plano cutáneo de colgajo nasolabial; **C)** disección en plano subcutáneo de colgajo; **D)** tunelización e inserción de colgajo en defecto oral; **E)** fijación y sutura de colgajo en defecto de alveolar con bordes activados; **F)** cierre de plano cutáneo por capas.

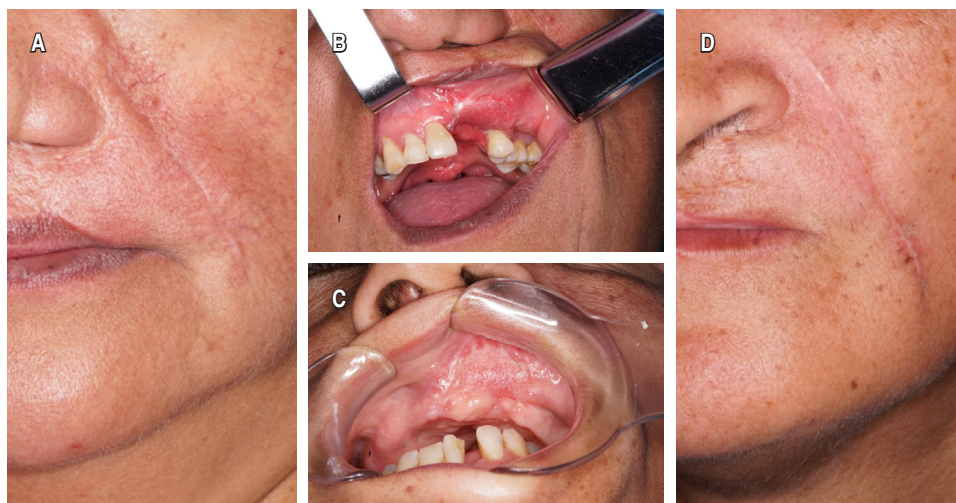


Figura 5:

A) Paciente 1, control postoperatorio a un año, cicatriz nasolabial; **B)** paciente 1, cierre mucoso y cicatrización intraoral; **C)** paciente 2, cierre mucoso y cicatrización intraoral; **D)** paciente 2, cierre de defecto, colgajo nasolabial in situ a un año postquirúrgico.

en mujeres, aunque puede ser un inconveniente en algunos hombres. En casos unilaterales, puede aparecer asimetría en el pliegue nasolabial, aunque hay maneras de mitigarlo. En pacientes que han recibido colgajos bilaterales, la deformidad del sitio donante es generalmente insignificante.¹³

CONCLUSIÓN

Actualmente, el abordaje de los pacientes adultos con fisura no operada sigue siendo un reto en la práctica clínica y está escasamente documentado en la literatura. En este contexto,

destacamos el uso del colgajo nasogeniano, desde su planificación hasta su seguimiento postoperatorio, no como un estándar de tratamiento sino como una alternativa viable en pacientes con defectos extensos, cicatrices severas y antecedentes de tratamientos quirúrgicos fallidos.

En el manejo quirúrgico de estos pacientes, el cirujano debe equilibrar las expectativas del paciente con la restauración anatómica y funcional del complejo oronasal, definiendo así un plan de acción individualizado. Sin embargo, estos casos suelen presentar deformidades severas, defectos osteomucosos más complejos y tejidos menos elásticos, lo que, sumado a

expectativas poco realistas, representa un desafío adicional en su tratamiento.

REFERENCIAS

1. Nazer HJ, Cifuentes OL. Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en las maternidades chilenas participantes en el ECLAMC en el período 2001-2010. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2014; 142 (9): 1150-1156. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900009&lng=es.
2. Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattstrom V, Molsted K, Prah Andersen B, et al. The Eurocleft project 1996-2000: overview. *J Craniomaxillofac Surg*. 2001; 29 (3): 131-140; discussion 141-142. doi: 10.1054/jcms.2001.0217.
3. Hardwicke JT, Landini G, Richard BM. Fistula incidence after primary cleft palate repair: a systematic review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2014; 134 (4): 618e-627e. doi: 10.1097/PRS.0000000000000548.
4. Buller M, Jodeh D, Qamar F, Wright JM, Halsey JN, Rottgers SA. Cleft palate fistula: a review. *Eplasty*. 2023; 23: e7.
5. Denadai R, Zanco GL, Raposo-Amaral CA, Buzzo CL, Raposo-Amaral CE. Outcomes of surgical management of palatal fistulae in patients with repaired cleft palate. *J Craniofac Surg*. 2020; 31 (1): e45-e50. doi: 10.1097/SCS.00000000000005852.
6. Kyung H, Kang N. Management of alveolar cleft. *Arch Craniofac Surg*. 2015; 16 (2): 49-52. doi: 10.7181/acfs.2015.16.2.49.
7. Soto F, Cordero E, Fernández JT. Efectos de las técnicas de cierre de fisura labio-máxilo-palatina sobre el crecimiento y desarrollo esquelético: una revisión narrativa. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2024; 18 (2): 200-205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2024000200200&lng=es
8. San Basilio M, Lobo Bailón F, Berenguer B, Martí Carrera E, Bayet B, Taylor JA, et al. Técnicas y resultados de la reparación de la fístula palatina después de la palatoplastia: un estudio multicéntrico de 234 casos. *Cir Pediatr (Organo Oficial de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica)*. 2020; 33 (3): 137-142.
9. Licéaga-Escalera C, Vélez-Cruz M. Colgajo lingual para cierre de fístula oronasal: aportación a la técnica. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [Internet]. 2012; 34 (1): 31-34. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582012000100005&lng=es
10. Denadai R, Seo HJ, Lo LJ. Persistent symptomatic anterior oronasal fistulae in patients with Veau type III and IV clefts: A therapeutic protocol and outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2020; 73 (1): 126-133. doi: 10.1016/j.bjps.2019.05.033.
11. Ortiz-Monasterio F, Serrano A, Barrera G, Rodríguez-Hoffman H, Vinageras E. A study of untreated adult cleft palate patients. *Plast Reconstr Surg*. 1966; 38 (1): 36-41. doi: 10.1097/00006534-196607000-00007.
12. Weathers WM, Wolfswinkel EM, Nguyen H, Thornton JF. Expanded uses for the nasolabial flap. *Semin Plast Surg*. 2013; 27 (2): 104-109. doi: 10.1055/s-0033-1351234.
13. Galicia Partida AI, Ramírez Lugo R. Reconstrucción de fístula palatina anterior con colgajo lingual de base anterior. Reporte de un caso. *Rev Odont Mex* [Internet]. 2016; 20 (1): 50-56. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2016000100050&lng=es

Correspondencia:

Pablo Cortés Cortés

E-mail: pabloacortes.532@gmail.com