

Rotación de colgajo vestibular, alternativa en el tratamiento de la fístula oronasal

Diana Araceli Dávila-Hernández

Cirujana bucal y maxilofacial, Centro de Cirugía Ambulatoria. Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE.

RESUMEN

Las secuelas del tratamiento en el paladar hendido, como las fístulas oronasales y oroantrales, son resultado de diversos factores como tensión excesiva en el sitio de la reparación primaria, debido a la inadecuada movilización de los colgajos mediales y al traumatismo de sus márgenes quirúrgicos; por una fijación incorrecta del tejido palatino a la mucosa nasal o como consecuencia de la formación de hematomas y necrosis del colgajo. Se comunica el caso clínico de una paciente de 54 años de edad con un diagnóstico de fístula oronasal derecha, secuela del tratamiento del paladar hendido unilateral; así como la descripción de las características clínicas y otros auxiliares de diagnóstico. Actualmente la paciente se encuentra en fase de rehabilitación.

Palabras clave: paladar hendido, fistula oronasal, colgajo, vestíbulo.

Rotation of vestibular flap, alternative in the treatment of the oronasal fistula

Recibido: 28 agosto 2014

Aceptado: 4 octubre 2014

ABSTRACT

Sequelae of treatment in cleft palate as oroantrales, and oronasal fistulas are the result of various factors such as: excessive tension on the primary repair site, due to the inadequate mobilization of medial flaps, and the trauma of surgical margins; by an incorrect fixing of the palatal tissue to the nasal mucosa; or as a result of the formation of bruises and necrosis of the flap. We communicate the clinical case of a patient of 54 years old with a diagnosis of right oronasal, sequel to unilateral cleft palate treatment; as well as the description of the clinical and other ancillary diagnostic. The patient is currently undergoing rehabilitation.

Key words: palate cleft, fistula oronasal, flap, lobby.

Correspondencia: Dra. Diana Araceli Dávila Hernández

Centro de Cirugía Ambulatoria
Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE
Hipólito Taine 249-402
CP. 11570 México, D.F.
Tel. (0155) 52505557
dadavila@issste.gob.mx

Este artículo debe citarse como

Dávila-Hernández DA. Rotación de colgajo vestibular, alternativa en el tratamiento de la fístula oronasal. Rev Esp Med Quir 2014;19:484-488.

INTRODUCCIÓN

La fístula oronasal es una comunicación patológica y directa, de la cavidad bucal con la nasal, como secuela de un cierre quirúrgico primario del paladar hendido; la condición de la hendidura palatina es, según su clasificación, unilateral, bilateral, completa o incompleta.¹ Es complicado determinar con exactitud la incidencia de la formación de la fístula oronasal ya que depende de la técnica quirúrgica y de factores desencadenantes como: tensión excesiva en el sitio de la reparación primaria^{2,3} debido a la inadecuada movilización de los colgajos mediales; uso de sutura defectuosa, alteración traumática en la cicatrización de las heridas, infección,⁴ fijación inadecuada del tejido palatino a la mucosa nasal, formación de hematomas entre las capas de la mucosa oral y nasal y necrosis de los colgajos.

Luhr y sus colaboradores reportaron que las comunicaciones residuales en el paladar con la cavidad nasal están localizadas, en un 48%, en la región alveolar y en el tercio anterior del paladar duro; 18%, exclusivamente en la región del paladar duro y 29% entre los paladares duro y blando.^{5,6} En la zona del velo del paladar se encuentra tan solo 5% de las comunicaciones residuales.⁷

Existen diversas opciones para el tratamiento quirúrgico de las fístulas oronasales y dependen del tamaño y la ubicación del defecto;^{8,9} pueden realizarse mediante cierre directo, reoperación total del paladar,⁷ colgajos a distancia de músculo temporal o bucinador y lingual en defectos mayores a los 3 cm; colgajos locales mucoperiosticos de mucosa de Vómer, nosolabiales, de farínge y los colgajos de mucosa vestibular.^{10,11}

CASO

Acudió a la consulta privada de cirugía maxilofacial una paciente de 54 años de edad, originaria

del estado de Veracruz, diagnosticada con fístula oronasal derecha. Tenía antecedentes de operación de paladar hendido unilateral derecho a los 3 años de edad y tres intentos quirúrgicos consecutivos para el cierre de las fístulas oronasales a los 10, 15 y 18 años edad, sin ser sometida a un tratamiento de ortopedia maxilar. No reportó antecedentes de enfermedad sistémica o alergia a medicamentos.

La paciente refirió reflujo del alimento sólido y líquido por la nariz, así como dificultad en la fonética, aumento en las infecciones de vías respiratorias altas, hipoacusia derecha y faringitis recurrente.

Durante la exploración física la paciente presentó cráneo con características de tipo braquicéfalo, cejas simétricas, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, narinas permeables, tegumentos con adecuada coloración y disminución del tercio inferior facial.

En la exploración intraoral se observaron las mucosas hidratadas con coloración rosa pálido sin los órganos dentarios 15, 13, 11, 26, 36, 37, 43, 46 y holigodocia del diente 12 (Figura 1). Maloclusión y mordida cruzada en órgano dentario 14 con una fístula oronasal derecha de aproximadamente 1.3 cm de ancho en la región vestibular por 2 cm a lo largo de la hendidura palatina; hendidura confirmada mediante una tomografía volumétrica (Figura 2).

Posteriormente, previa asepsia y antisepsia de la región, bajo anestesia infiltrativa local de lidocaína con epinefrina al 2%, se infiltraron 3 cartuchos en la región correspondiente a los nervios alveolar anterior y medio derecho, palatino anterior y medio derecho y puntos locales. Se realizó una incisión perifistular con una hoja de bisturí número 15, se disecó cuidadosamente el colgajo resultante y los márgenes del mismo se invirtieron suturándolos con sutura vicryl 4-0; afrontándolos



Figura 1. Exploración intraoral. Ausencia de órganos dentarios 15, 13, 11, 26, 36, 37, 43, 46 y holigodocia del diente 12.



Figura 2. Exploración intraoral. Fístula oronasal derecha de 1.3 cm de ancho, en la región vestibular, por 2 cm a lo largo de la hendidura palatina.

sin tensión, formando de esta manera el plano nasal. Se continuó con la elaboración de un colgajo de rotación vestibular de espesor total, en forma de raqueta, con la base ubicada en la región del frenillo labial del lado derecho, siguiendo el margen superior del ahora plano nasal hasta el órgano dentario 14, ascendiendo y retornando en dirección a la base del colgajo; consiguiendo un pedículo de 1.5 cm de ancho por 2.3 de largo, aproximadamente (Figura 3).



Figura 3. Transoperatorio. Rotación de colgajo vestibular de base ubicada en la región del frenillo labial del lado derecho.

El colgajo vestibular fue rotado y suturado sobre el plano nasal con sutura vicryl 3-0; en la encía alveolar derecha se realizó un colgajo de avance recto para cubrir el nicho quirúrgico (Figura 4).

La prescripción de medicamentos fue: amoxicilina con ácido clavulánico (tabletas 875/125 mg una cada 12 horas durante 10 días), metamizol



Figura 4. Transoperatorio. Colgajo vestibular suturado al plano nasal a lo largo de la hendidura.

(tabletas 500 mg, una cada 6 horas durante 5 días) y, posteriormente, en caso de dolor, ibuprofeno (600 mg, una capsula cada 12 horas durante 5 días).

En el posoperatorio inmediato, a los 10 días, los bordes del colgajo vestibular se observaron en posición y función, sin dehiscencias de las heridas quirúrgicas; la paciente reportó ausencia del reflujo del alimento y líquidos por la nariz; sin datos de epistaxis y con alivio de la hipoacusia derecha. Durante el posoperatorio, a los dos meses de evolución, el colgajo se observó con una coloración rosa pálida, sin datos de infección ni fístula activa; y la herida vestibular mostró datos de una adecuada inserción de la encía alveolar (Figura 5).

La paciente fue rehabilitada dos meses después con una prótesis de resina flexible donde los órganos dentarios que se substituyeron quedaron fuera del plano de oclusión para evitar presiones excesivas sobre los colgajos; aunque posteriormente se tiene contemplado el diseño de una prótesis más estética y funcional, así como la profundización del vestíbulo derecho.



Figura 5. Posoperatorio. Heridas quirúrgicas, a los dos meses de evolución, con los colgajos en posición y función.

DISCUSIÓN

La incidencia del labio y el paladar hendidos en México, de acuerdo a Armendares y Lisker, es de un caso por cada 740 nacidos vivos y es más frecuente en los estados de Jalisco, Oaxaca y el Estado de México.^{12,13} Existen factores etiológicos como antecedentes genéticos, multiparidad, deficiencia de ácido fólico, medicamentos (difenilhidantoína-valproato-fenobarbital),^{14,15} alcohol, etcétera. Y existen síndromes asociados al paladar hendido estos son Down,¹⁶ Teacher Collins y la displasia frontonasal.¹⁷

Las estadísticas de las fístulas oronasales, como secuela de un cierre quirúrgico primario del paladar hendido en sus modalidades unilateral, bilateral, completo e incompleto, varían de 48% para los defectos ubicados en la región alveolar y el tercio anterior del paladar duro a 18% en el paladar duro, 29% entre el paladar duro y blando y 5% en el velo del paladar.

Los principales factores atribuidos a la formación de las fístulas oronasales como secuela de la palatoplastia primaria son; la técnica quirúrgica (mayor índice con técnica de *push back*), la tensión excesiva en el lecho quirúrgico de la intervención quirúrgica primaria, traumatismo en los márgenes de los colgajos palatinos, sutura defectuosa, alteración en la cicatrización de las heridas, infección, fijación inadecuada del colgajo palatino al plano nasal con formación de hematomas y la necrosis de los colgajos.

La presencia de las fístulas palatinas permite el paso de líquido y alimentos a la cavidad nasal, provoca inadecuada fonación y promueve afecciones en el oído como otitis e hipoacusia,¹⁸ así como infecciones de las vías aéreas superiores. Estos problemas deben ser resueltos a la brevedad ya que son un factores de riesgo e incomodidad para el paciente que los padece.

Se describió el caso clínico del tratamiento de una fístula oronasal derecha en un mujer de 54 años de edad sometida, bajo anestesia local, a la formación de un plano nasal y la posterior rotación de un colgajo vestibular de espesor total con el objetivo de cubrir el defecto.

Existen diversas opciones para el tratamiento de las fistulas oronasales que dependen del tamaño, de la ubicación del defecto y de las recidivas del mismo después de múltiples intentos por cerrarlo.^{19,20} La rotación de colgajo vestibular es una técnica que se puede realizar bajo anestesia local, en el paciente adulto y cooperador, que no amerita la elaboración de un colgajo a distancia (músculo temporal, bucinador y lingual) con la consecuente inmovilización de otra estructura anatómica (lengua), mayor índice de infección y dehiscencia de las heridas.

REFERENCIAS

1. Abyholm FE, Bergland O, Semb G. Secondary bone grafting of alveolar clefts. A surgical/orthodontic treatment enabling a nonprosthodontic rehabilitation in cleft lip and palate patients. *Scand J Plast Reconstr Surg* 2006;15(2):127-40.
2. Amanat N, Langdon JD. Secondary alveolar bone grafting in clefts of the lip and palate. *J Craniomaxillofac Surg* 1991;19(1):7-14.
3. Bergland O, Semb G, Abyholm F, Borchgrevink H, Eskeland G. Secondary bone grafting and orthodontic treatment in patients with bilateral complete clefts of the lip and palate. *Ann Plast Surg* 1986;17(6):460-74.
4. Bergland O, Semb G, Abyholm FE. Elimination of the residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment. *Cleft Palate J* 2008;23(3):175-205.
5. Boyne PJ, Sands NR. Combined orthodontic-surgical management of residual palato-alveolar cleft defects. *Am J Orthod* 1976;70(1):20-37.
6. Dempf R, Teltzrow T, Kramer FJ, Hausamen JE. Alveolar bone grafting in patients with complete clefts: a comparative study between secondary and tertiary bone grafting. *Cleft Palate Craniofac J* 2005;39(1):18-25.
7. Eldeeb ME, Hinrichs JE, Waite DE, Bandt CL, Bevis R. Repair of alveolar cleft defects with autogenous bone grafting: periodontal evaluation. *Cleft Palate J* 2007;23(2):126-36.
8. Enemark H, Krantz-Simonsen E, Schramm JE. Secondary bone grafting in unilateral cleft lip palate patients: indications and treatment procedure. *Int J Oral Surg* 2010;14(1):2-10.
9. Enemark H, Sindet-Pedersen S, Bundgaard M. Long-term results after secondary bone grafting of alveolar clefts. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;45(11):913-9.
10. Eppley BL, Sclaroff A, Delfino JJ. Secondary management of the premaxilla in bilateral cleft lip and palate patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;44(12):987-98.
11. Freihofer HP, Borstlap WA, Kuijpers-Jagtman AM, Voorsmit RA, van Damme PA, Heidebüchel KL, et al. Timing and transplant materials for closure of alveolar clefts. A clinical comparison of 296 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2004;21(4):143-8.
12. Freitas JA, Garib DG, Oliveira M, Lauris RC, Almeida AL, Neves LT, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies - USP (HRAC-USP) - Part 2: Pediatric Dentistry and Orthodontics. *J Appl Oral Sci* 2012;20(2):272-85.
13. Freitas JA, Neves LT, Almeida AL, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Yaedú RY, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *J Appl Oral Sci* 2013;20(1):9-15.
14. Hogeman KE, Jacobsson S, Sarnäs KV. Secondary bone grafting in cleft palate: a follow up of 145 patients. *Cleft Palate J* 1972;9(1):39-42.
15. Jackson IT, Vandervord JG, McLennan JG, Christie FB, McGregor JC. Bone grafting of the secondary cleft lip and palate deformity. *Br J Plast Surg* 2009;35(3):345-53.
16. Kortebein MJ, Nelson CL, Sadove AM. Retrospective analysis of 135 secondary alveolar cleft grafts using iliac or calvarial bone. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;49(5):493-8.
17. Larson O, Ideberg M, Nordin KE. Early bone grafting in complete cleft lip and palate cases following maxillofacial orthopedics. IV. A radiographic study of the incorporation of the bone grafts. *Scand J Plast Reconstr Surg* 2010;17(2):93-8.
18. Lazarou SA, Contodimos GB, Gkegkes ID. Correction of alveolar cleft with calcium-based bone substitutes. *J Craniofac Surg* 2011;22(3):854-7.
19. Kim YK, Veo HH, Kim SG. Use of the tongue flap for intraoral reconstructions: a report of 16 cases. *J Oral Maxillofacial Surgery* 2008;56(6):716.
20. Marchac AC, Warren SM. Correction of alveolar cleft with calcium-based bone substitutes. *J Craniofac Surg* 2011;22(3):858-9.