

Tratamiento de la fisura labial congénita en la República Federal Democrática de Etiopía

Treatment of congenital cleft lip in the Federal Democratic Republic of Ethiopia

Dr. Felipe Segundo Fernández Pérez ^I; Dr. Lewis Clayman ^{II}

^I Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor. Santiago de Cuba.Cuba

^{II} DMD, MD, Detroit, MI. Estados Unidos.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 76 pacientes portadores de fisura labio palatina en la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Especializado San Paulos de la Ciudad de Addis Ababa, durante la prestación de servicio asistencial internacionista. El 60,5 % de los pacientes resultó ser del sexo masculino; un gran porcentaje de pacientes (26,3; 22,4 y 17,1 %), sobrepasaba la "edad de oro" de la atención apropiada de sus deformidades. La fisura unilateral completa derecha (47,1 %) predominó sobre los otros tipos de fisura. El 82,9 % de los pacientes fue objeto de la reparación según el método de Millard II; se obtuvieron resultados satisfactorios en el 88,9 % de los casos.

Palabras clave: fisura labial congénita, fisura labio palatina, fisura unilateral completa derecha, método de Millard II.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was conducted among 76 patients carriers of cleft lip and palate in the office of Maxillofacial Surgery of San Paulos General Specialized Hospital in the city of Addis Adaba, during the rendering of internationalist health care services. 60.5 % of the patients were males. A great percentage of these patients (26.3; 22.4 y 17.1 %) exceeded the golden age to receive the appropriate treatment of their deformities. The complete right unilateral cleft (47.1 %) prevailed over the other types of clefts. 82.9 % of the patients underwent repairing according to Millard I method. Satisfactory results were attained in 88.9 % of the cases.

Key words: Congenital cleft lip, cleft lip and palate, complete right unilateral cleft, Millard II method.

INTRODUCCIÓN

La fisura labial congénita, conocida como quelosquisis, es tan antigua como el mismo surgimiento del ser humano. Esculturas en los museos griegos de Corinto, en Grecia (siglo IV a. n. e.) y museo arqueológico de Perú (200 y 400 a. n. e.), son una evidencia de ello. Se estima una malformación congénita grave, cuya incidencia considerada en conjunto varía entre cifras que van de 1/600 a 1/1 200 nacimientos dependiendo del país o el grupo racial del que se trate.¹

Inicialmente se llamó "labio leporino" y aún se sigue usando este término en algunos países,² término que tiene relación con su semejanza a los lepóridos (conejos).

La fisura labial concomitante con la del paladar es frecuente y es tema de gran actualidad en revistas especializadas,³⁻⁵ debido a múltiples factores como: alta frecuencia de presentación, etiopatogenia, diversidad de variantes clínicas y multiplicidad de tratamientos aplicables a cada caso.

En su gran mayoría, los estudios que tratan sobre labio y paladar fisurado abordan variables epidemiológicas de interés, no así las medidas para corregirlas. Para el cirujano en ejercicio que enfrenta por vez primera estas afecciones, resulta de gran importancia la documentación técnico-práctica que le permita solucionar la corrección de estas deformidades, independientemente del conocimiento teórico previo acogido durante su preparación como especialista, pues no todos tienen la oportunidad de efectuar una reparación en su etapa de adiestramiento y mucho menos imaginar que esta primera intervención se efectuará sin la tutoría de nuestros avezados profesores.

Es por ello, que a golpe coraje y sin violar los principios quirúrgicos elementales, se pusieron en práctica los conocimientos básicos para la solución de estos defectos congénitos que como bien plantean algunos autores, constituyen uno de los mayores retos para el cirujano, pero a su vez, la mejor oportunidad de reparación adecuada para el paciente. Combinan una técnica depurada con la elección de métodos de reparación según la experiencia del cirujano, pero en general deben evitarse las técnicas que introducen tejidos laterales en la línea media, puesto que invariablemente producirán labios largos y tensos a largo plazo, con cicatrices muy evidentes, por lo que se prefiere realizar el cierre en 3 planos.⁶

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de varias técnicas quirúrgicas para la reconstrucción labial bajo condiciones anómalas de trabajo, de experiencia anterior y sin asesoramiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo-transversal en 76 pacientes portadores de fisura labial unilateral o bilateral, completas e incompletas, labiales puras o combinadas con la fisura palatina, en el período comprendido entre junio del 2002 y octubre del 2005, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Especializado San Paulos de la ciudad de Addis Ababa, Etiopía. Se tuvieron en cuenta variables como edad, sexo, forma anatomoclínica de la fisura, técnica quirúrgica empleada y los resultados. No se tomaron en cuenta otras variables de interés que orientan sobre los posibles factores etiológicos de esta deformidad por no haber uniformidad en los datos recogidos en la anamnesis remota de gran cantidad de pacientes, debido a la barrera que impone el idioma, pues el multidialecto resultó dificultosa una traducción segura, la edad los pacientes, que en su mayoría no recordaban eventos importantes asociados, y quienes ya habían sobrepasado la denominada "edad de oro" de la atención

adecuada de sus deformidades, así como el bajo nivel cultural de una población que en su mayoría es desafortunadamente pobre y analfabeta.

Las técnicas empleadas en los casos fueron:

Le mesurier: mediante una serie de puntos constantes y variables, produce un bermellón y línea cutaneomucosa simétrica; el riesgo es menor que en los colgajos triangulares, en las grandes hendiduras puede soportar mejor la tensión, y sobre todo, es de gran valor para la reconstrucción de un labio cuando ya han sido destruidos los límites anatómicos en una operación anterior; sólo entonces está indicada la construcción de un arco de Cupido artificial, al desviar el colgajo a través del borde inferior del labio, aunque no resuelve la deformidad nasal.

Tennison Randall: esta técnica de Z-plastia inferior, preserva el arco y sigue vigente en la actualidad. Su finalidad es descender la línea cutaneomucosa interna del labio fisurado y colocar el arco de Cupido en posición normal, mediante un colgajo triangular inferior desde el lado externo de la fisura interdigitado. Tiene la desventaja de interrumpir la columna del *filtrum*, desvía la atención hacia la parte inferior del labio, altera la fosa y fuerza la escisión de tejidos que impiden corregir el amplio defecto nasal. Está indicada en todo tipo de fisura unilateral, especialmente para fisuras amplias con grandes deficiencias de tejidos; dada la exactitud de sus medidas, requiere escasa experiencia.

Malek-Petit: está basada en los principios de rotación de un colgajo de forma triangular del lado externo que se traslada a la línea media, con ángulos de 60°.

Millard II: es adaptable a todas las fisuras unilaterales, con la ventaja de desechar poco tejido, preservar el arco de Cupido, la columna y el surco del *filtrum*; la tensión es llevada hacia el tercio superior del labio; las cicatrices quedan cubiertas por las líneas naturales y presenta mejor corrección nasal. Tiene la desventaja de cálculos subjetivos, cicatriz a veces retráctil, deforma la ventana nasal y al no abrir el borde externo del labio, a veces queda engrosado. Consiste en la rotación de un colgajo de la vertiente interna y avance de la externa, introduciendo tejido lateral en la vertiente externa de la fisura labial, lo que permite el tratamiento de la deformidad nasal asociada disecando la base alar y avanzándola a medial en el mismo acto quirúrgico. Talla los colgajos en la parte superior de la fisura, tendiendo a corregir las asimetrías del piso de la nariz y a disimular las suturas; la cicatriz transversa queda en el pliegue subnarinario y la vertical en la cresta del *filtrum* del labio fisurado.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Se encontró una mayor incidencia en los grupos de edades de 16 a 20 años con 20 pacientes, seguidos de los grupos de edades de 21 a 25 y de 0 a 3 años, con 17 y 13 pacientes, respectivamente; se destacan los 13 pacientes encontrados en el grupo de edad de más de 25 años. La distribución por sexos arrojó un resultado diferencial no muy notable, con predominio de la afección en varones, con el 60,5 %. La fisura labial fue más frecuente en el lado derecho, con el 52,6 % de presentación. Un resultado evaluado de satisfactorio estuvo presente en 67 pacientes, para el 88,2 %. Se destaca que el mayor método quirúrgico de reparación empleado fue el de Millard II.

Al no existir programas de atención a las enfermedades del neonato y mucho menos atención especializada que priorice la atención a estas enfermedades vulnerables en una población, donde la incidencia de los factores etiológicos es florida, gran cantidad de pacientes adultos ocultan tras los mantos tradicionales sus rostros deformes por esta afección congénita, completamente vírgenes de tratamiento o víctimas de procedimientos inadecuados realizados por practicantes inexpertos ([figs. 1-4](#)).

La edad apropiada para realizar el tratamiento quirúrgico sigue siendo para muchos la que sigue a las 10 semanas de vida, con condicionales hematológicas de más de 10 g de hemoglobina y más de 10 libras de peso ([figs. 5-8](#)), período en el que se descarta la presencia

de anomalías cardiovasculares u otro tipo que pudieran hacer riesgosa una intervención en el período neonatal inmediato al nacimiento, y cuyos resultados aún son discutibles, al igual que los de la cirugía endoscópica intrauterina.⁷ Bermúdez plantea que el momento ideal para corregir el labio hendido es en los primeros 7 días de vida, hecho que permite una integración rápida a su medio familiar y social, disminuyendo el trauma familiar que conlleva el nacimiento de un niño con esta deformidad y la evolución cicatrizal favorable por encontrarse mas cerca del periodo fetal.⁸

La afectación por sexo coincidió con los resultados de otros autores, que muestran incidencias del 55 % y 57,8 % para el femenino y masculino, respectivamente; ⁹⁻¹¹ no así con respecto a la presentación topográfica de la fisura, pues describen que el mayormente afectado en las fisuras unilaterales es el lado izquierdo.¹²

Los resultados fueron evaluados en satisfactorios y no satisfactorios, en los casos en que a pesar a de haberse logrado una reconstrucción exitosa con respecto a los parámetros estéticos y funcionales, factores ajenos, pero esperados en todo tipo de intervención quirúrgica, conspiraron contra el resultado final, cuyas bondades en cuanto reparación del bermellón, arco de Cupido y ala nasal fueron explotadas a pesar de requerir manos experimentadas (figs. 9-12). La técnica, con la cual nos familiarizamos más y la sistematicidad en su realización, sobre todo en pacientes adultos bajo condiciones de anestesia local, conllevó a perfeccionar el método y superar las expectativas en cuanto a resultados se refiere, logrando la realización del diseño de las intervenciones mentalmente, sin los requerimientos métricos de exactitud que requieren técnicas como las de Tennison.

Se debe considerar que los resultados obtenidos en este estudio son solo un capítulo de lo que constituye la atención integral del paciente fisurado. Únicamente hemos resuelto un problema estético elemental y facilitado a la mayoría de nuestros pacientes incorporarse a la vida social sin poder reestablecer el daño psicológico y funcional retrospectivo. Sin la existencia de un equipo de trabajo que facilite soporte psicológico, tratamiento de las deformidades dentooclusales, corrección foniatría, auditivas, el apoyo familiar, escolar y en sí de toda la sociedad, sería imposible facilitar una rehabilitación óptima.

El consenso general es que el labio y paladar fisurado constituyen malformaciones que no solo repercuten en el plano estético, sino también en el plano afectivo y social, porque puede verse, oírse y palpase.⁹ Crecer con ellas aísla a la persona de la sociedad y obviamente limita sus oportunidades en un mundo donde no solo es importante una apariencia normal, sino una apariencia estética.⁸

La complementación de este estudio con un levantamiento de los factores causales de dichas afecciones, así como elevar la motivación de los especialistas locales para lograr el tratamiento oportuno de los portadores de labio y paladar figurado, ayudará sin dudas a minimizar las afectaciones psíquicas y sociales que estas causan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scaquispe S, Ortiz L. Prevalencia del labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Rev Estomatol Herediana 2004; 14(1-2): 54-8.
2. Bermúdez R, Ciruestetic LE. Labio y paladar hendido. El arte de la cirugía plástica. <www.ciruestetic.com/indexintlab.htm> [consulta: 27 febrero 2007].
3. Merritt L. Physical assessment of the infant with cleft lip and/or palate. Part 2. Adv Neonatal Care 2005; 5(3): 125-34.
4. Eppley BL, van Aalst JA, Robey A, Havlik RJ, Sadove AM. The spectrum of orofacial clefting. Plast Reconstr Surg 2005; 115(7): 101e-114e.

5. Sandy JR. Molecular, clinical and political approaches to the problem of cleft lip and palate. Surgeon 2004; 2(4): 238.
6. Manual de cirugía plástica. Capítulo 23 Labio leporino unilateral y bilateral. <www.secpres.org/documentos%20manual%2023.html> [consulta: 15 mayo 2007].
7. Papadopoulos NA, Papadopoulos MA, Kovacs L, Zeilhofer HF, Henke J, Boettcher P, Biemer E. Foetal surgery and cleft lip and palate: Current status and new perspectives. Br J Plast Surg 2005; 58(5): 593-607.
8. Bermúdez R, LE. La Queilorrafia. <www.ciruestetic.com/labio/index.htm> [consulta: 29 noviembre 2006].
9. Duque MA, Astrid EB, Huertas PE. Labio y paladar fisurado en niños menores de 14 años. Colombia Médica 2002; 3(3): 33.
10. Carinci F, Pezzetti F, Scapoli L, Martinelli M, Carinci P, Tognon M. Genetics of nonsyndromic cleft lip and palate: A review of international studies and data regarding the Italian population. Cleft Palate Craniofac J 2000; 37: 33-9.
11. Habbaby A. Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000.
12. Camila CM, Quevedo C, Pereira I. Dimensiones del arco maxilar y secuelas de labio y paladar fisurado unilateral completo. Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. <www.Medilegis.com/BancoConocimiento/R/Rev_cirurgia_N3dic_maxilar/articulomaxilar.htm> [consulta: 12 julio 2007].

Recibido: 5 de octubre de 2007

Aprobado: 26 de octubre de 2007

Dr. *Felipe Segundo Fernández Pérez*. Calle 7 No. 671, entre 11 y L, Reparto Mármol, Santiago de Cuba, Apartado 90200, Cuba.
e-mail: felipeii2003@yahoo.com
Hospital General Especializado "San Paulos", Addis Ababa, Etiopía.