

Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino

Proposal for a treatment methodology in multidisciplinary care of patient presenting with cleft palate

Georgia Garmendía Hernández^I; Ángel Mario Felipe Garmendía^{II}; Dadonim Vila Morales^{III}

^I Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Doctor en Estomatología. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán", Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Máster en Antropología. Especialista de II Grado en Ortodoncia. Doctor en Estomatología. Investigador Agregado. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán", Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Doctor en Estomatología. Licenciado en Derecho. Licenciado y Máster en Teología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán", Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como propósito proponer a los cirujanos maxilofaciales dedicados a la cirugía maxilofacial pediátrica una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria al paciente fisurado labio alveolo palatino, de manera tal que se unifiquen los criterios de tratamiento y sistematice la atención a este tipo de paciente en todo el país. Se realizó una revisión bibliográfica en la *Internet*, en la búsqueda de artículos originales que abordaron esta temática y se encontró que en algunas instituciones de salud en México, Chile, Colombia y Brasil existen protocolos de tratamiento para la atención multidisciplinaria del fisurado labio-alveolo-palatino.

Palabras clave: atención multidisciplinaria, fisurado labio alveolo palatino, paciente fisurado, queilonasorrafia, estafilorrafia.

ABSTRACT

The aim of present paper is to propose a treatment methodology for Children Maxillofacial Surgeons in primary multidisciplinary care for patients presenting with cleft palate to unify the treatment criteria and to systematize the care to this type of patient in our country. A bibliographic review in the Internet was carried out in search of original articles approaching this subject matter founding that in some health institutions in Mexico, Chile, Colombia and Brazil there are treatment protocols for the multidisciplinary care of cleft palate.

Key words: Multidisciplinary care, cleft palate, fissure patient, cheilonasorrhaphy, staphylorrhaphy.

INTRODUCCIÓN

En Cuba, las fisuras labiales y palatinas son las malformaciones congénitas más frecuentemente atendidas en los servicios de cirugía maxilofacial pediátricos. Cuando se presentan combinadas entre sí, estas fisuras crean alteraciones morfo-fisiológicas, estéticas y psicológicas muy complejas. Por ello se requiere para su tratamiento, de un equipo multidisciplinario¹⁻⁷ capaz de realizar las acciones necesarias y en el momento oportuno, de manera que el paciente fisurado, reciba un tratamiento que de solución, de ser posible definitiva, a todas las problemáticas estéticas y funcionales. De esta manera se logra una mejor calidad de vida del niño, así como de sus padres y familiares, lo que permitirá al paciente una mejor integración a la sociedad.

Según la clasificación de las deformidades craneofaciales de Vila,³⁻⁵ las fisuras labio-alveolo-palatinas son dismesenquimosis buco-faciales por bucofaciosquisis, de tipo 1-3 de Tessier. En el caso de las fisuras bilaterales aisladas o incompletas del paladar, son dismesenquimosis por bucosquisis, de tipo 0 de Tessier de presentación posterior. En el caso de las fisuras palatinas completas unilaterales, son dismesenquimosis por bucosquisis, de tipo 1 de Tessier de presentación posterior, ver anexo.

Anexo. Clasificación de Vila³⁻⁵ de las deformidades craneofaciales

| Dismesenquimosis Craneal (no sindromáticas) | |
|---|--|
| Craneosinostosis | Craneosquisis |
| a) Escafocefalia (sutura sagital) b) Braquicefalia (sutura coronal) c) Trigocefalia(sutura metópica) d) Plagiocefalia (craneosinostosis unilateral) - Anterior (hemicoronal) - Posterior (hemilandoidea) e) Sus combinaciones | a) Meningocele b) Encefalocele c) Anencefalia |
| Dismesenquimosis Facial | |
| Faciosquisis | Faciostosis |
| Facios-bucosquisis: 1. Fisuras de Tessier 1-3 (Fisura labio-alveolo-palatina) 2. Bucosquisis: 3. Fisura 1 de Tessier de presentación posterior (Fisuras palatinas completas unilaterales) 4. Fisuras de Tessier 0 de presentación posterior (Fisuras palatinas aisladas bilaterales) 1. Fisuras de Tessier 4. a 6 (Fisura facial oblicua) 2. Fisuras de Tessier 7 (Microsomia hemifacial) 3. Fisuras de Tessier 6. a 8 (Síndrome de Treacher Collins) | Displasia ósea, con aumento del diámetro transversal en cualquiera de estas regiones (de la 0. a la 8), de la siguiente manera, Ej: dismesenquimosis por faciostosis del tipo 0 de Tessier (aunque Tessier tuvo como limitación el no incluir las faciostosis en su clasificación y esto es una modificación a su clasificación, sugerimos el uso de su nombre por su brillante numeración radial para las fisuras). |
| Dismesenquimosis Craneofacial | |
| Craneofaciosquisis | Craneofaciostosis |
| 1. Fisuras de Tessier de la 9. a 14 que incluyan fisuras de tejidos blandos o duros (no sindrómicas) 2. Grandes síndromes craneofaciales que incluyan fisuras de tejidos blandos o duros. | 1. Fisuras de Tessier de la 9. a 14 que incluyan displasias de tejidos blandos o duros (no sindrómicas) 2. Grandes síndromes craneofaciales que incluyan displasias de tejidos blandos o duros. |
| En las dismesenquimosis craneofaciales pueden existir formas mixtas en que aparezcan en un mismo síndrome dismesenquimosis por craneofaciosquisis en una región y por craneofaciostosis en otra, lo que permitirá que se aclare a qué nivel de la nomenclatura radiada de Tessier se presentan unas y otras. Estas son muy raras, pero dado el caso se clasificarían así: Ej. Dismesenquimosis craneofacial por craneofaciostosis tipo 14 de Tessier, con craneofaciosquisis tipo 11 de Tessier. Esto permite mayor precisión topográfica en la nomenclatura. | |

Desde el comienzo de los años 90 del pasado siglo, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Universitario "Juan Manuel Márquez", se han atendido un número importante de pacientes con estas malformaciones. Dicho colectivo de trabajo ha aplicado una metodología de tratamiento novedosa en el país, que consiste en el cierre precoz de la fisura a nivel de paladar blando o estafilorrafia precoz, en el mismo acto en el que se realiza el cierre quirúrgico del labio o queilonosorrafia, en las edades comprendidas entre los dos meses y medio y los seis meses de edad,¹⁻⁷ y la fisura remanente en paladar duro se operó a los 18 meses. De esta manera se han logrado resultados funcionales altamente satisfactorios, lo que a su vez repercuten en la morfología y estética facial. El presente trabajo tiene como propósito proponer a los cirujanos maxilofaciales dedicados a la pediatría una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria al paciente fisurado labio alveolo palatino, de manera tal que se unifiquen los criterios de tratamiento y se sistematice la atención a este tipo de paciente en todo el país.

DESARROLLO

La Cirugía Maxilofacial que se realiza en pacientes de edades pediátricas, en nuestro país, tiene como primicia fundamental las habilitaciones funcionales y estéticas tempranas de los tejidos involucrados en las fisuras de labio y paladar. Desde la década de los años 70 quedó bien establecido que para la atención adecuada de estas malformaciones era necesaria la integración de un equipo donde múltiples especialidades estomatológicas y médicas participaran. Desde entonces, se preconiza la creación de equipos multidisciplinarios en los hospitales pediátricos,

como necesidad imprescindible para la atención de los pacientes con fisuras de labio y paladar. De hecho el tratamiento de estas entidades ha tenido sus avances más significativos después del desarrollo de los equipos multidisciplinarios⁸⁻¹⁰ que permiten abordar coordinadamente estos complejos tratamientos, como única forma de obtener buenos resultados.

El tratamiento integral permite que todos los miembros del equipo interioricen los diferentes aspectos de la malformación y planifiquen el tratamiento de manera mucho más efectiva. Este equipo integrado por diversas especialidades está encabezado por un cirujano maxilofacial ([tabla](#)).

Tabla. Equipo multidisciplinario de cirugía Maxilofacial Pediátrica

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------------|
| Equipo multidisciplinario de Cirugía Maxilofacial Pediátrica | Cirujanos maxilofaciales | |
| | Ortodoncista | |
| | Estomatólogo general integral | |
| | Licenciados en tecnología de la salud | |
| | Pediatra | Logo-foniatra |
| | Genetista | Psicólogo |
| | Cardiólogo | ORL |
| | Urólogo | MGI-Área de salud |

Principios de tratamiento

Primer principio

El paciente fisurado será evaluado y atendido por el equipo multidisciplinario, desde su admisión en el Servicio de Cirugía Maxilofacial y hasta que sea considerado de alta, al arribar a los 18 años de edad. Nunca será atendido individualmente, sin la orientación consensada del equipo, por muy sencilla que sea la malformación. El cirujano maxilofacial no es un gestor que remite a otra especialidad ocasionalmente, sino un aglutinador de especialidades afines que deben conciliar consultas y evaluaciones periódicas multidisciplinarias, para favorecer el intercambio y enriquecimiento científico, en beneficio del paciente. Antes de la primera cirugía, el paciente y sus familiares deben ser evaluados por todas las especialidades afines, y de forma ineludible, por el genetista y el psicólogo.

Segundo principio

La cirugía del labio (queiloplastia) se realizará entre los tres y seis meses de edad, previa estimulación ortopédica funcional de los hemimaxilares para su alineación, que realiza el ortodoncista. Esta cirugía será siempre bajo anestesia general y de forma electiva y se considerará como urgencia relativa, si no ha sido programada su intervención quirúrgica después de los seis meses de edad.

Tercer principio

Si la fisura de labio está asociada a fisura del reborde alveolar y del paladar, se realizará queilonasorrafia,¹¹⁻¹² según los principios quirúrgicos-funcionales del cierre de los anillos musculares faciales de J. Delaire (1985) y estafilorrafia precoz¹³ para

la que se sugiere la técnica de Bernard Von Langenbeck (1861) pero extendida solo desde la úvula hasta la espina nasal posterior, en un mismo tiempo quirúrgico. En las fisuras del paladar se realizará estafilorrafia precozmente, a partir de los tres meses e idóneamente antes de los 10 meses. Si el paciente acude por primera vez después de los 18 meses edad se procederá a realizar palatoplastia definitiva, donde se usa frecuentemente la técnica de Kilner y Wardill (1937). En algunos síndromes complejos, asociados al síndrome de apnea obstructiva del sueño,^{14,15} se prolongará ocasionalmente el tiempo de la intervención, para favorecer el mayor desarrollo del espacio aéreo posterior.

Cuarto principio

Las fisuras completas del paladar, que solo involucren la espina nasal posterior, sin prolongarse anteriormente a los procesos palatinos de los huesos maxilares, se tratarán como fisuras incompletas, y se realizará el cierre precoz de las mismas en su totalidad. En el caso de los pacientes con fisuras palatinas extensas, que recibieron tratamiento quirúrgico con estafilorrafia precoz, donde queda una fisura remanente anterior, que se estrecha espontáneamente por el crecimiento óseo transversal de los maxilares; recibirán palatorrafia (uranorrafia) a partir de los 18 meses.⁶

Quinto principio

Al mes de realizada la estafilorrafia el paciente debe ser evaluado por el logofoniatra, con el fin de comenzar a familiarizar y adiestrar a los padres con los primeros ejercicios y maniobras foniatricas.

Metodología de tratamiento del paciente fisurado labio-alveolo-palatino (FLAP)

Consideramos importante que en los servicios de cirugía maxilofacial pediátrica, todo paciente cuente con una historia clínica interna del servicio, no ambulatoria, que permita reflejar los múltiples tratamientos que en el transcurso de los años recibirá, sobre todo, el paciente fisurado o con otra malformación congénita o adquirida del macizo cráneo-facial, aún cuando este acuda a la consulta sin turno previo o fuera de programación.

En el interrogatorio a los familiares se pesquisarán datos del periodo pregestacional y hasta los dos primeros meses de gestación, con vista a identificar la ingestión de drogas anticonceptivas u otras teratógenas, antecedentes familiares de malformaciones congénitas y lazos de consanguinidad.

El diagnóstico de las fisuras de labio se realizará por ultrasonografía durante el embarazo, a través de la vista ultrasonográfica Town, que permite observar la región bucal en proyección mento-nasal. Por supuesto, consideramos que una fisura labio-alveolo-palatina no es un criterio de interrupción del embarazo. El diagnóstico de la fisura labial y palatina puede realizarse también inmediatamente al nacimiento, mediante observación clínica de la cara y de la cavidad bucal, por parte del gineco-obstetra o del neonatólogo, para lo que es necesaria una adecuada iluminación y la utilización de algún instrumental como el espejo bucal o el depresor lingual para que las fisuras palatinas aisladas no pasen inadvertidas.

Una vez diagnosticado, el paciente fisurado será remitido al servicio de cirugía maxilofacial, donde en la primera consulta con el cirujano maxilofacial quedará, establecida la clasificación morfológica de la fisura, quien tendrá en cuenta la clasificación estadística internacional de enfermedades (CIE-10) aplicada a odontología y estomatología,¹⁶ para anotar el código correspondiente.

Primera visita, con el cirujano maxilofacial

Confección de historia clínica interna del servicio de cirugía maxilofacial, que se identificará con las letras MF, y un número consecutivo. Dicho documento incluye datos generales del paciente, interrogatorio, examen físico e impresión diagnóstica, de acuerdo con la clasificación morfológica de las fisuras.

Se remitirá al pediatra que integra el equipo multidisciplinario para examen físico general, así como al psicólogo que integra el equipo, para tratar a la familia en caso necesario. Se indicarán fotografías y análisis clínicos de laboratorio, estos últimos se realizarán 10 días antes de la fecha probable de ingreso. Se remitirán al ortodoncista que integra el equipo multidisciplinario.

Se darán orientaciones precisas a los padres con relación a la alimentación y al cuidado del niño. Se realizará una explicación bien detallada a los familiares interesados, de la etiología, tratamiento, importancia del uso de aparatología ortopédica y del tratamiento logofoniatrico. Debe dárseles la opción, a los representantes legales del paciente, para que decidan si aceptan o no la metodología de tratamiento que se les propone (queilo-estafilorrafia precoz) y que se realiza en la institución o si prefieren trasladarse a otra. Debe brindárseles apoyo emocional.

Segunda visita, con el ortodoncista

En los pacientes con fisura labio alveolo palatina, el ortodoncista valorará y decidirá la necesidad del uso de aparatología ortopédica previa. Será dicho especialista quien tomará las impresiones para modelos de estudio y citará para la consulta multidisciplinaria. La toma de impresión del maxilar se hará con pasta zinquenólica, silicona o alginato y siempre que el paciente no presente síntomas de infecciones respiratorias altas (IRA), se explicará a los familiares la importancia de que el niño, ese día, este en ayuna por un tiempo de 4 a 5 horas, hasta tanto no sea valorado por el especialista. Al momento de la maniobra, el alginato en la cubeta deberá estar cubierto con una gasa extendida en la zona de la fisura, para evitar el atascamiento del material en cavidad nasal y la posible bronco-aspiración del paciente. En el caso de los neonatos o pacientes con otras malformaciones o que requieran cuidados especiales, este proceder deberá realizarse en hospitales pediátricos, y en algunos casos se recomienda la asistencia de un anestesiólogo, para lo cual contará además con aspiración y equipo de resucitación manual.

El ortodoncista determinará la necesidad de instalar aparatología ortopédica preoperatoria y orientará al técnico para la confección de la misma, e instalará capelina si fuera necesario y le explicará a los padres los beneficios que se obtendrán con la utilización de la misma.

Tercera visita, consulta multidisciplinaria

Valoración conjunta del paciente por el equipo multidisciplinario. Propuesta del plan de tratamiento ortodóncico preoperatorio por el ortodoncista. Aprobación del plan de tratamiento por los miembros del equipo.

Cuarta visita, con el ortodoncista

Valoración e instalación de aparatología ortopédica en los pacientes con FLAP que lo requieran.

Quinta visita, con el ortodoncista

Valoración y evaluación de la alineación de la premaxila y el prolabio, con respecto a los maxilares. Si existe evidencia clínica de alineación completa o mejoría significativa, remitirá al paciente a la consulta de cirugía maxilofacial.

Sexta visita, con el cirujano maxilofacial

Se da la orden de ingreso al paciente para su tratamiento quirúrgico y chequeo preoperatorio. Los análisis clínicos que se indicarán son hemoglobina y hematocrito, coagulación, sangramiento, y plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, que se realizarán como máximo 10 días antes de la fecha probable de ingreso.

El ingreso

Será en salas de hospitalización según lo tenga establecido cada institución.

La intervención quirúrgica

El método anestésico será mediante anestesia general buco-traqueal. Cuando se realiza estafilorrafia precoz conjuntamente con la queilonasorrafia se recomienda la administración de esteroides en monodosis al inicio del proceder anestésico, algunos prefieren la prednisona 4 mg EV, en el lactante.

El alta hospitalaria

Se sugiere el manejo ambulatorio. La experiencia obtenida, en la aplicación de esta metodología nos ha confirmado que es posible el egreso a las 24 horas de intervenido, si el estado general del niño lo permite y ha tolerado bien la instauración de la vía oral desde la noche anterior, sin ninguna complicación ni fiebre. No acostumbramos a usar antibiótico-profilaxis en estos pacientes, salvo casos excepcionales.

Seguimiento por consulta externa por el cirujano maxilofacial

La retirada de las suturas del labio se realiza entre los 5 y 7 días. Las suturas del paladar no se retiran, estas se expulsan espontáneamente. Acostumbramos a usar la seda como sutura habitual del paladar. El seguimiento de los pacientes en consulta se realiza a los 7 días, los 30 días y a los 3 meses. Se continuará después cada 6 meses, y por último una vez al año hasta la pubertad, momento en que será evaluado por todo el equipo multidisciplinario para su seguimiento integral.

Continuará su atención por ortodoncia, logofoniatría, servicios básicos de estomatología y demás especialidades, según lo requiera el caso.

Especificaciones terapéuticas según variantes de expresividad fenotípica de la fisura labial o palatina

Fisura labial unilateral aislada (según el CIE- 10: Q36, desde la Q36.0 a la Q36.9)

Esta entidad nosológica incluye, desde una muesca en la porción mucosa o bermellón, fisura labial incompleta, hasta una hendidura que involucra el piso de la fosa nasal correspondiente, con deformidad del cartílago alar del lado afectado, desviación de la columela hacia el lado sano, donde puede estar afectado el reborde alveolar, fisura labial completa, con la premaxila y el segmento alveolar mayor protruido con el segmento menor colapsado.

Tratamiento por el ortodoncista: si la fisura no interesa el reborde alveolar: no es necesario utilizar aparatos ortopédicos. Si la fisura es completa, con protrusión del segmento mayor se realiza colocación de bandeleta elástica soportado por capelina, que cubra el prolabio.

Fisura labial bilateral aislada. Q36.0

Son menos frecuentes que las anteriores. Suelen afectar solamente el labio superior y en casos excepcionales el reborde alveolar. Por lo general estas fisuras se presentan en forma incompletas. Estos pacientes no requieren valoración ortodóncica preoperatoria.

Fisura palatina aislada. Q35.5. desde la Q35.0 hasta la Q35.9

Pueden extenderse desde unos milímetros por detrás del agujero incisivo hasta la úvula y dividir toda la bóveda palatina y el paladar blando. Se establece una verdadera comunicación entre las cavidades bucal y nasal, o sea, una fisura palatina completa. Cuando es unilateral, se puede observar el borde inferior del vómer en el lado contrario al de la fisura. Cuando la fisura es completa bilateral, el vómer se observa en la línea media entre ambas fisuras. Si compromete la espina nasal posterior hasta la úvula estaremos en presencia de una fisura palatina completa; por el contrario, si se extiende desde la base de la úvula hasta su vértice será una fisura palatina incompleta.

El tratamiento por el ortodoncista será la colocación de una placa pasiva aliviada, si no hay colapso maxilar transversal. Si hubiera colapso maxilar transversal se utilizará placa aliviada con tornillo uni o bilateral para expansión, en dependencia del grado de afección. Si los segmentos están muy separados, se procederá a la

colocación de una placa aliviada con tornillo de expansión abierto, para aproximar los segmentos.

Fisura palatina submucosa. Q35

Este tipo de afección fue descrita por primera vez por P. J. Roux, en Paris, en 1825, como una triada que incluye: úvula bífida, a la palpación se constata la espina nasal posterior ausente, con una muesca ósea en su lugar y diastasis muscular del paladar blando. Es una forma de fisura palatina aislada, se puede diagnosticar en lactantes por la salida de alimentos líquidos por las fosas nasales, referida por la madre, lo que le hace ir al pediatra, de quien recibimos la remisión del paciente. Después que el niño ha comenzado a hablar se detecta una hiperrinolalia, por lo general estos pacientes llegan remitidos por el logopeda.

El tratamiento por el logofoniatra consiste en lograr estimulación temprana del habla y terapia de los niveles de articulación relacionados al paladar blando. Por el maxilofacial no siempre se indica el tratamiento quirúrgico, pues frecuentemente no presenta la úvula bífida, aunque en los casos de rinolalia muy marcada y de diastasis muscular que por transiluminación demuestre la ausencia de unión muscular, asociada a la incompetencia velofaríngea, se sugiere la palatoplastia.

Fisura labio alveolo palatina. (FLAP) Q37. desde la Q37.0 hasta la Q37.9

Se observa hendidura completa, del labio superior, el reborde alveolar y el paladar. Las formas más graves, se presentan cuando la fisura es bilateral completa, donde hay ausencia de piso nasal de ambos lados, aplanamiento de ambos cartílagos alares y de la pirámide nasal, la columela es extremadamente corta.⁶ Aparece disrupción a ambos lados del *filtrum* con ausencia de picos labiales, el prolabio es pequeño y corto, carente de capa muscular, la premaxila está prominente, y protruída, el reborde alveolar está involucrado en ambos lados y continúa la disrupción en el paladar duro y blando hasta dividir en dos la úvula. La fisura del paladar puede ser unilateral o bilateral completa o combinada, y se puede apreciar el vómer en el centro, entre las dos fisuras.

El tratamiento por el ortodoncista depende de la magnitud de la afección. Si los segmentos están alineados se procederá a la colocación de placa pasiva aliviada. Si hay colapso maxilar transversal se utilizará placa aliviada con tornillo uni o bilateral para expansión, en dependencia del grado de afección. Si los segmentos están muy separados, se instalará una placa con tornillo de expansión abierto, para cerrar el segmento. Se instalará capelina con bandeleta labial elástica para la retroposición de la premaxila y el prolabio en el caso de las fisuras bilaterales.

El estomatólogo general integral realizará actividades de promoción de salud, aplicaciones de laca flúor y tratamientos curativos para la caries dental así como las extracciones dentarias indicadas por el ortodoncista. En todas las formas de fisuras descritas, el tratamiento por el cirujano maxilofacial es quirúrgico.

Técnicas quirúrgicas para el cierre de las fisuras de labio

Aunque recomendamos algunas técnicas quirúrgicas, cada cirujano tiene la libertad de implementar su arsenal terapéutico o realizar incluso combinaciones o modificaciones, para obtener mejores resultados. Claro está que no debe promoverse el empirismo y cada modificación a una técnica quirúrgica deberá estar

acompañada de un ensayo clínico que demuestre la eficacia y efectividad estética y funcional a largo plazo.

Rotación y Avance I (1955) y II (1962) descritas por Millard¹⁷

Indicación: en las fisuras unilaterales incompletas, también en las muy anchas, ellas permiten una mejor elongación de la columela y la corrección del ala nasal. Las desventajas son que con frecuencia hay retracción cicatrizal y el labio queda corto.

Técnica del colgajo triangular diseñada por Tennison (1952) y modificada primero por Hagerty (1958) y después por Randall (1959)¹⁸

Indicación: en todo tipo de fisura unilateral y sobre todo en fisuras muy amplias. Su principal desventaja es que interrumpe las líneas naturales del filtrum y hace más notoria la cicatriz resultante.

La adhesión labial de Randall-Graham (1971)¹⁸

Se emplea en los casos de fisuras muy amplias con graves distorsiones de maxilar y premaxila. Su principal desventaja es que requiere un segundo tiempo quirúrgico, para la reparación definitiva del labio.

La escuela cubana preconiza la técnica para queiloplastia de Tennison-Randall,¹⁸ aunque en varios hospitales se usa la técnica de Millar.¹⁷

En nuestra opinión la mejor técnica es aquella que el cirujano domina y con la cual ha obtenido buenos resultados funcionales y estéticos.

Técnicas quirúrgicas para el cierre de las fisuras palatinas

La técnica de Wardill (1928)¹⁸

Indicación: en cualquier tipo de fisura palatina.

Ventajas: permite la disección de grandes colgajos mucoperiósticos por bucal y por el plano nasal con la posibilidad de elongar y retroponer los músculos del velo del paladar, con lo que se disminuye el espacio y de esta forma se previene la insuficiencia velo faríngea.

Desventajas: la retracción cicatricial de los colgajos mucoperiósticos suturados en la línea media, provoca colapso transversal de los maxilares.

La técnica de Von Langenbeck (1861)¹⁸

Fue la que dio origen a todas las demás técnicas y aún mantiene su vigencia aunque con algunas modificaciones.

Indicación: en las fisuras incompletas.

Desventajas: no permite una buena retroposición del velo.

Metodología para el tratamiento de la fisura labio-alveolo-palatina (FLAP), en un solo tiempo quirúrgico

Técnica quirúrgica

- Anestesia general por intubación buco traqueal.
- Colocación del abre boca de Dingman, con el que quedará fijo el tubo para la anestesia.
- Colocación de la cabeza del niño en hiperextensión con calzo debajo de omóplatos.
- Preparación del campo quirúrgico.

Estafilorrafia precoz por la técnica de Von Langenbeck, modificada

Se inicia el proceder con la ubicación digital de las referencias anatómicas ósea del paladar (espina nasal posterior, apófisis amular, análisis de la posición del proceso palatino del hemi-maxilar anómalo). Incisiones desde uno o dos milímetros por delante de la espina nasal posterior hasta cinco milímetros después de dicha estructura anatómica y hasta el ápice de la hemi-úvula. Luego se procede a la disección roma y aguda de los colgajos bucal y nasal en forma de libro abierto, a expensas de su plano muscular. Por esta vía se diseña el periostio del borde posterior de los huesos palatinos. Una vez concluida esta fase, se realiza una incisión y disección sobre la apófisis palatina o hamular, conocida también como gancho de la pterigoides o *hamulus*, hasta exponerla y desperiostizarla, para la desinserción de los músculos periestafilinos. Es bueno aclarar que la técnica original describía la fractura de esta estructura, pero hoy se prefiere su preservación. Con disección roma se comunican estas dos incisiones, mencionadas anteriormente y se obtiene un solo plano músculo-mucoso nasal y músculo-mucoso bucal. Las incisiones y disecciones se realizan en ambos hemi-paladares blandos. Los colgajos bucal y nasal obtenidos serán suturados con su homólogo sin tensión y con sutura de seda. Todos los nudos deben quedar ubicados hacia las cavidades nasal y bucal.

Se verifica la hemostasia y se retira el abreboca, para lo cual el cirujano maxilofacial podrá auxiliarse de la pinza de Magill, para estabilizar el tubo en la mesofaringe y evitar el desplazamiento accidental del tubo, el anestesiólogo debe participar de esta peligrosa maniobra de retirada del abreboca, sobre todo cuando el tubo se ha colocado a través de la paleta lingual.

El anestesiólogo deberá fijar el tubo en la línea media del labio inferior, para evitar que el labio o sus comisuras se distorsionen, al momento de realizar la queiloplastia. Mientras los cirujanos, e instrumentista realizarán el cambio de guantes y de campo quirúrgico, para no contaminar el instrumental de piel con el usado en el medio bucal.

Se recomienda al cirujano realizar la técnica quirúrgica que mejor domine, para la queilo-nasoplastia, para lo cual se delimitarán muy bien los puntos y líneas de incisión, y se restablecerán mediante suturas no reabsorbibles, los anillos musculares naso-labial y labio-labial según, la técnica funcional de Delaire.¹⁹ Si la

fisura labial es bilateral, se procederá de igual forma en ambos lados y se comenzará por el lado donde la fisura es más ancha.

Se realizará la plastia de la narina afectada y para obtener la simetría, se comparará el lado enfermo con el sano en las queilosquisis unilaterales. En las fisuras bilaterales, ambas narinas deben ser simétricas. Es importante recordar que el crecimiento de la pirámide nasal no se afecta por la actividad quirúrgica^{11-12,20} y el resultado que se obtenga en ese momento quirúrgico, puede ser definitivo, si este resulta satisfactorio.

Sugerimos que se realice la periostoplastia para el cierre del reborde alveolar en el mismo tiempo en que se realiza la queilonasorrafia.

En la queilonasorrafia bilateral, al suturar el bermellón de ambos hemilabios, en la línea media, se hará en forma de V-Y o zetaplastia, en dependencia de la técnica usada, por lo que se sugiere utilizar la mucosa del prolabio para dar forma al tubérculo labial. Concluida la queilo-nasorrafia, uni o bilateral, se colocará vendaje compresivo.

Con esta metodología de tratamiento que proponemos, hemos comprobado que ambas narinas resultan simétricas, la columela adopta una posición adecuada en la línea media, se logra un largo del labio fisurado igual al lado sano. Ambos picos labiales son simétricos, la línea mucocutánea no se interrumpe y el bermellón se observa simétrico. Además, el crecimiento y desarrollo de los maxilares es normal, pues en la mayoría de los casos no hay colapso transversal ni antero-posterior. La oclusión es funcionalmente estable y hay una disminución considerable del ancho de la fisura palatina remanente en el paladar duro.

Técnica quirúrgica para la palatorrafia del paladar duro

Para el cierre de la fisura remanente en el paladar duro (uranorrafia) debe realizarse una técnica quirúrgica de colgajo muco-periosticos a puente. Para esto se realiza una incisión sobre la mucosa palatina, paralela a la incisión medial que divide los dos planos bucal y nasal, pero lateralmente, con una distancia mínima de 5 milímetros en los pacientes más pequeños. Se debe evitar lesionar vasos colaterales de la arteria palatina, por lo que se impone la pericia. La incisión no estará tan próxima a la encía marginal palatina, que genere el desplazamiento de las almohadillas palatinas e induzca el descenso lingual, pues es dicho caso se generaría un colapso transversal discreto, por la limitación expansiva lingual. La mucosa nasal debe ser disecada y avanzada medialmente para lograr el cierre, mientras que el plano palatino se disecciona en forma de túnel, para permitir aproximar sus bordes sin tensión. En este tiempo quirúrgico no se abordara la región del paladar blando, sino que la técnica se circunscribe a la región del paladar duro. Esta técnica de palatoplastia es llamada por el Dr. Vila, técnica de Von Langenbeck modificada para uranorrafia, o sea circunscripta a la porción anterior del paladar, sin disección de las regiones hamulares. Una vez disecados los dos planos quirúrgicos de mucosa, el nasal y el bucal, ambos planos homólogos se suturan en la línea media.

Proponemos esta metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio alveolo palatino pues los padres se manifiestan más conformes al ver a su hijo operado tempranamente, disminuye las etapas quirúrgicas, los resultados estéticos son buenos, no se frena el crecimiento y desarrollo normal del maxilar por lo que no existe colapso maxilar y la oclusión es satisfactoria. La instauración precoz de la terapia logo-foniátrica favorece la

incorporación a las actividades escolares a la edad cronológica que le corresponde, con buen desarrollo intelectual y social.²¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kimura FT, Ascencio del Valle O. Cirugía correctiva de labio hendido. Atlas de cirugía ortognática máxilo facial pediátrica. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1995. p. 19-77.
2. Kimura FT, Ascencio del Valle O. Cirugía correctiva de labio hendido. Atlas de cirugía ortognática máxilo facial pediátrica. México: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1995. p. 119-26.
3. Vila MD. Presentación de una nueva clasificación integradora de las malformaciones craneofaciales. Rev Habanera de Ciencias Médicas. 2006;5(3). <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcmv5n3.htm#pdf>
4. Vila MD, Leyva MT, Alonso FL, Sánchez CE, Lazo MJC. Equipo cubano interdisciplinario de cirugía craneofacial en pediatría. Resultados de un quinquenio. Rev Cubana Estomatol. 2010;47(1). http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est06110.htm
5. Vila MD. Alteraciones del desarrollo del cráneo, la cara, la boca y el cuello. En: Santana GJC. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de La Habana: ECIMED;2010. http://Www.Bvs.Sld.Cu/Libros/Atla_Cancerbuc/Indexe_P.Htm
6. Parri FJ, Soares-Oliveira M, García AL, Sancho MA, Sarget R, Morales L. Fisura labiopalatina bilateral: experiencia de un centro con abordaje multidisciplinar. Cir Pediatr. 2001;14:124-6.
7. Garmendia HG. Malformaciones congénitas. En: Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: ECIMED. 2003:355-63.
8. Rossell-Percy J. Nueva clasificación de severidad de fisuras labio palatinas del programa outreach surgical center Lima: Panamericana;2003.
9. Bracho OJ, Bracho TJJ, Bracho TJ, editores. Fisuras Labio Alvéolo Palatinas. Quito, Ecuador, 1984:1-126.
10. Ward BP, Schendel SA, Hausamen JE. Maxillofacial Surgery. London: Churchill-Livingstone; 1999:991-1004.
11. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip deformity: a 10 year review. Plast Reconstr Surg. 1985;75:791-7.
12. Salyer KE. Primary correction of unilateral cleft lip nose: a 15 year experience. Plast Reconstr Surg; 1986;77:558-566.
13. Rodríguez Martín R y Cols. La estafilorrafia Precoz. Resultados en 5 años. Rev Cubana Estomatol. 1995;32(1):38-40.

14. Vila MD, Garmendía HG, Morales GN, Correa MB. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Fisiopatología y diagnóstico. Rev Cubana Ortod. 2001;16(2):69-75.
15. Vila MD, Garmendía HG, Morales GN, Correa MB. Nuevo enfoque terapéutico en el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Rev Cubana Ortod. 2001;16(2):76-82.
16. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS-OMS. Vol. 1. Décima Revisión; 1993.
17. Romero R. The Millard rotation-advancement lip repair using accurate measurements. Oral surgery oral medicine oral pathology oral and maxillofacial surgery. 1997;84(4):335-37.
18. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Edit Científico-Técnica, 1986. p. 687-729.
19. Delaire J. Theoretical principles and technique of functional closure of the lip and nasal aperture. J Maxillofac Surg. 1978;6:109.
20. Grande C. Ventajas de la rinoplastia primaria en el tratamiento de las fisuras labial. Cir Pediatr. 2000;13(4):164-66.
21. Garmendia HG, Felipe GAM, Vila Morales D. Queilonaso y estafilorrafia precoz en un tiempo quirúrgico. Resultados postoperatorios 1990-2006. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2008; VII (1).
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_1/rhcm07108.htm

Recibido: 10 de diciembre de 2009.

Aprobado: 3 de febrero de 2010.

Dra. *Georgia Garmendia Hernández*. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán", Ciudad de La Habana, Cuba. E-mail: georgia.garmendia@infomed.sld.cu