Incisión nasal externa en la corrección de la fisura labial unilateral completa complicada

Dr. Eduardo Egger Zabala;¹ Dr. Sergio Zúñiga Rocha;¹ Dr. René Artigas Mambrard;¹
Dra. Georgina Pefaur Vega;¹ Sra. Ana María Torres.²

External nasal incision in the surgical correction of the complete complicated unilateral cleft lip

The present paper is a five years study of the experience in the treatment of nasal lip palate cleft in the Lip and Palate Cleft Clinic from Plastic and Burns Unit of the Service of Pediatric Surgery at Dr. Exequiel González Cortés Children's Hospital, with a technique that permits at the age of three month the immediate correction of the nasal area through an external nasal incision joined to labial closure in the complete complicated unilateral cleft lip.

All the patients are evaluated by means of a pre operative study and conclusions are taken out from the advantages and disadvantages of this technique.

En Chile, la cirugía del fisurado naso-labio-palatino se inicia el año 1920 con el Dr. Agustín Inostroza, de quien se conservan protocolos operatorios de la época, donde se intervenía con la técnica de Mireaux, efectuando las anestесias con elementos como el eter y el cloroformo.¹

Posteriormente, distintos cirujanos como los Dres. Eugenio Díaz Lira; César Izzo Parodi; Arnulfo Johow; Alberto Veloso; Rubén Acuña y especialmente el Dr. Alfredo Gantz Mann, pasan a formar parte de la historia en la evolución del tratamiento quirúrgico del fisurado naso-labio-palatino, utilizando distintas técnicas y obteniendo resultados aceptables para la época.

En 1961 se inicia en el Hospital Manuel Arriarán la utilización de la Técnica de Ralph Millard, que rápidamente adquiere adeptos, transformándose en la actualidad, en el procedimiento de elección en algunos centros quirúrgicos de nuestro país.

Los resultados obtenidos a través del tiempo

con esta técnica nos han permitido valorarla como aceptable si se toma en cuenta la finalidad de reconstruir el labio fisurado, pero, relacionando los conocimientos embriopatológicos de las alteraciones naso-labio-palatinas, y la correspondencia directa de la anatomía de la fisura labial con la deformación nasal, como fuera demostrada por Avery,² permite comprender que el corregir en estos casos, sólo la zona labial, significa solucionar en forma incompleta y parcial el problema.

En general, cualesquiera de las técnicas quirúrgicas utilizadas en la reparación de un labio fisurado, sólo corrige esto último, por tanto, son aplicables cuando se trata de solucionar las fisuras labiales simples, incompletas, no complicadas o complicadas, pero en las cuales sólo existe una fisura alveolar o palatina con contacto de segmentos, y en donde en un 95% de los casos no existen o son leves las alteraciones nasales.

Cuando se trata de fisuras labio-palatinas completas complicadas, se cumple lo preconizado por Avery, y constituyen un defecto que altera no sólo la zona labial y palatina, sino que también y en un 100% de los casos, la región nasal, zona en la cual, en general, ninguna técnica quirúrgica se ha preocupado seriamente, adaptándose a un criterio de "intocabilidad de la nariz del lactante" y por tan-

¹Médicos. Clínica de Labios y Paladar Hendididos. Servicio de Cirugía, Hospital E. González Cortés y Departamento de Pediatría, Sub-División Ciencias Médicas Sur. Facultad de Medicina de la U. de Chile.

²Enfermera. Servicio de Cirugía. Hospital E. González Cortés.

to, dejando dicha zona para ser reparada después de los 16 años de edad, a través de técnicas de rinoplastias convencionales o no,¹⁸ pero permitiendo 10 o más años de vida en los cuales estos pacientes están sometidos a la presión ambiental y escolar, que les asocian trastornos psicológicos de importancia.

Figura 1. Postoperatorio tardío en L. Leporino Completo Complicado (Tec. Ralph-Millard).

Figura 2. Postoperatorio tardío en Fis. Labial Compl. Complic.
— Caída punta nasal.
— Disarmonía alar.

En el año 1973 se inicia en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, la utilización de la Técnica de Ralph

Millard en la corrección de los problemas de los fisurados, dado lo fisiológico de la misma, aunque los resultados generales no fueran los mejores y sólo comparables a los obtenidos con la técnica de Le-Mesurier en boca en esos momentos.

A partir de 1977, y después de la desaparición del Dr. Alfredo Gantz, se constituye la Clínica de Labio y Paladar Hendidos dependiente de la Unidad de Plástica y Quemados del Depto. de Cirugía Pediátrica del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, tomando no solamente en cuenta la parte quirúrgica del tratamiento del fisurado, sino, formando un equipo que permite un estudio en conjunto e integral de estos pacientes en su preoperatorio; postoperatorio inmediato y postoperatorio tardío.

Figura 3. Organigrama Clínica de Labio y Paladar Hendidos.

MATERIAL Y METODO

Desde enero de 1977, hasta diciembre de 1981, se intervinieron quirúrgicamente 258 pacientes portadores de Fisura Labial Unilateral Completa Complicada, que en definitiva presentan las mayores alteraciones nasales, habiéndose descartado de este total, 21 pacientes intervenidos en la VI, VII y IX región, que por razones de lejanía y eminentemente económicas, no pudieron seguir siendo controlados y 33 pacientes que no asistieron a sus controles posteriores, dejando un total de 204 pacientes en este estudio.

En los análisis relacionados con los antecedentes familiares de los mismos, observamos algunos elementos de importancia que podrían estar incidiendo en el desarrollo de esta patología. Así:

— En un 31% no se encontraron antecedentes de importancia.

— En un 25% de los casos existieron maniobras abortivas en embarazo inicial, preferentemente con la utilización de fármacos.

— En un 20% existió antecedentes de fisura labial o palatina en padres o parientes.

— En un 15% se encontró alcoholismo en uno o ambos padres.

— En el 9% restante existieron antecedentes de amenazas de aborto espontáneo; diabetes en padres o parientes; antecedentes de radiografías antes del tercer mes de embarazo y enfermedad viral (rubéola) en uno de los casos en los primeros tres meses de la concepción.

Los estudios cardiológicos y broncopulmonares previos a la intervención detectaron un 3,30% de pacientes con comunicación interventricular permeables al tercer mes de vida y en un 5% atelectasias pulmonares, elementos éstos que condicionaron la conducta anestésica para permitir mejores posibilidades al paciente y el acto quirúrgico.

El 80% de los casos presentaron bronquitis repetidas que condicionaron la no intervención en el tiempo y momento oportuno.

Desde el punto de vista de su estudio genético, se comprobó que en un 20% existe una predisposición genética familiar.

Otorrinolaringológicamente en el 56% de los casos se presentaron otitis repetidas.

El estudio social efectuado a estos pacientes nos demostró que en el 76% de los casos, el ingreso económico familiar fue menos de US\$ 200, correspondiendo a la mitad de ellos, ingresos aún inferiores a US\$ 100 mensuales.

Un 16% presentó ingresos entre 200 y 300 dólares al mes, y sólo en un 8% ingresos superiores a los US\$ 300 mensuales.

El estudio y valoración psicológica del paciente y su medio afectivo en padres y familiares cercanos, nos permitió entender y valorar la terapéutica, dividiéndose los pacientes en cuatro categorías.

Grupo 1: Susceptibles de tratamiento integral y máximo de esfuerzos 30%

Grupo 2: Susceptibles de tratamiento integral y ayuda psicológica en padres y parientes 48%
Ambos grupos representaron el 78% de este estudio.

Grupo 3: Susceptibles de tratamientos parciales y/o totales de acuerdo a con-

diciones conductuales de padres o parientes 10%

Grupo 4: Susceptibles de tratamiento de problemas estéticos, físicos y mentales en el menor tiempo posible, incluyendo varios tiempos quirúrgicos en uno solo, dada las pobres condiciones intelectuales (paciente, padres o parientes); geográficas; físicas; nutricionales; de motivación, etc., 12%

TECNICA

La utilización de la Técnica de Ralph-Millard es la base que se ha tomado para canalizar la corrección nasal concomitante en estos pacientes. Si bien esta técnica nos ha dado excelentes resultados en los pacientes portadores de fisuras labiales incompletas no complicadas, no ha ocurrido lo mismo en los pacientes con fisuras labiales completas complicadas en los que se observa una dislocación del cartilago alar del lado fisurado, que condiciona una caída de la punta nasal, con una disminución en altura de la hemi-columela afectada que oscila entre un 15 y 20% en relación al lado sano y un desplazamiento del ala nasal importante. (Fig. 4 y 5).

Figura 4.

La utilización de la Técnica de Ralph-Millard no permite la reparación de este problema, razón por la cual utilizamos, siguiendo la Escuela Mexi-

Figura 5.

cana del Dr. Fernando Ortiz Monasterio,^{12, 13, 14, 15, 16, 17} la incisión nasal externa, lo que nos permite llevar y unir en su cúpula el cartilago alar afectado, reconstituyendo por tanto, lo más fisiológicamente posible lo que está alterado y utilizando el colgajo "C" de Millard en la reconstitución de un buen piso nasal. (Fig. 6.)

Figura 6. RALPH-MILLARD más incisión nasal externa.

El utilizar la incisión nasal externa condiciona además el tener que resecar un exceso de piel nasal que será variable entre algunos milímetros hasta un y medio centímetro, dependiendo del grado de dislocación de ese cartilago alar.

A pesar de corregir la punta nasal, en algunos casos se produce la caída del cartilago alar en la zona medial del arco nasal reparado, razón por la cual y para evitar dicho problema, colocamos un

Figura 7. Unión en cúpula de cartilago alar afectado.

punto de hilo monofilamento uniendo dicha zona a los cartílagos nasales laterales, solucionando en forma definitiva dicha complicación postoperatoria tardía.

El cierre labial se efectúa de acuerdo a la técnica de Ralph-Millard, teniendo especial cuidado en la reconstrucción muscular y de la mucosa, a fin de construir un buen vestibulo labial y evitar las adherencias a ese nivel, situación corrientemente observada cuando es mal empleada esta técnica (Fig. 8).

Figura 8. Postoperatorio inmediato con sobrecorrección alar.

Se ha sustituido y en forma definitiva la utilización de elementos de sutura como la seda por su condición de trenzada, aunque revestida de películas impermeables, es fácil presa de los elementos tisulares que provocan su maceración y la penetración de gérmenes que condicionan infección y ser la causa de las dehiscencias tan comunes de observar; por esto, preferimos los hilos monofila-

mentos, con los cuales se han evitado en un 99,5% dichas complicaciones.

Se ha eliminado en forma absoluta la limpieza de la zona operada mediante la aplicación de cremas, ya que éstas forman una película sobre la zona intervenida, constituyendo costras fácilmente infectantes por la maceración de la piel; preferimos por tanto, el simple aseo con suero fisiológico cuando las condiciones así lo indican.

Se utilizan soluciones de adrenalina o noradrenalina como infiltración intraoperatoria. Los puntos son retirados al cuarto día en la región nasal y al sexto o séptimo de la región labial. La alimentación se reanuda con líquidos y cuchara a las dos horas de la intervención, manteniéndose así hasta las 18 horas de postoperatorio, para continuar con papillas durante la primera semana.

RESULTADOS

Siendo un acto quirúrgico realizado en un lactante y a los tres meses de edad, las complicaciones obtenidas y valoradas en el postoperatorio inmediato se refirieron a:

- 1% cuadros neumónicos.
- 0,5% de dehiscencias postinfección.

Las complicaciones postoperatorias tardías se refirieron específicamente a:

- 1% caída de la región alar.
- 6% caída de zona media alar.
- 0,5% obstrucción nasal parcial.

La valoración de los resultados estético-funcionales en los cuales se tomaron en cuenta la invisibilidad progresiva de la incisión del dorso nasal; la permeabilidad de los conductos nasales y la conformidad o no de los padres o parientes, fueron catalogados en:

- Malos 1,5%
- Regulares 6,5%
- Buenos 92 %

En la evolución de los pacientes intervenidos se comprobó lo siguiente:

- Retardo del crecimiento nasal 0,0%
- Conformación estético-funcional normal 92,0%
- Cicatriz que loide orificio nasal 1,0%
- Obstrucción nasal parcial 0,5%
- Caída total o parcial del ala nasal ... 6,5%

La técnica utilizada condiciona interrogantes que la experiencia acumulada nos permiten contestar a la luz de los resultados, que la incisión nasal no provoca alteraciones del crecimiento na-

Figura 9.

Figura 10.

sal y la incisión nasal misma comienza a desaparecer desde el tercer mes de postoperatorio, provocando menos trastornos cicatrizales que la propia incisión labial (Fig. 11 a 15).

Figura 11. Preoperatorio.

Figura 12. Postoperatorio inmediato (sobrecorrección nasal).

Figura 13. Postoperatorio 6 meses. Hemicolumela a nivel. Arco alar conservado. Inc. nasal prácticamente invisible.

Figura 14. Preoperatorio.

RESUMEN

A través del presente trabajo se hace un estudio de cinco años de experiencia en el tratamiento del Fisurado naso-labio-palatino en la Clínica de Labio y Paladar Hendidos dependiente de la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Dpto. de Cirugía Pediátrica del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, con una técnica que permite, a los tres meses de edad, efectuar concomitantemente al cierre labial con la Técnica de Ralph Millard, la corrección inmediata de la zona nasal a través de una incisión nasal externa, considerando que esta zona está profundamente alterada en las fisuras

Figura 15. 4 años 6 meses postoperatorio. Punta nasal conservada. Arco y nivel alar conservado. Inc. nasal apenas visible.

labiales unilaterales completas complicadas.

Se valoran los pacientes por medio de un estudio preoperatorio integral y se extraen las conclusiones de los problemas y ventajas que esta técnica otorga.

REFERENCIAS

- ¹ Anuario del Hospital Manuel Arriarán. 1921.
- ² Avery, J.K. The nasal capsule in cleft palate. *Anat. Anz.* (Suppl); 109; 1962.
- ³ Converse, J.M. *Reconstructive Plastic Surgery*. Vol. 4; Second Edition; 1977.
- ⁴ Egger Zavala, E. Fisura labial unilateral completa complicada: cierre labial y corrección nasal inmediata. *Revista Soc. Cirujanos de Chile*. Trabajo de Ingreso. (En prensa). 1982.
- ⁵ Gantz Mann, A. *Nuevos conceptos en el tratamiento de la Fisura Palatina*. Imp. y Librería Leblanc. 1943.
- ⁶ Gantz Mann, A. *Tratamiento del Labio Leporino y la Fisura Palatina*. Tesis U. de Chile. 1968.
- ⁷ Johow, A. *Labio Leporino y Fisura Palatina*. Tesis U. de Chile. 1938.
- ⁸ Cleft Lip and Palate technique. *St. Thomas Hosp. Rep.* 2; 127; 1938.
- ⁹ Millard, R. D. *Cleft Graft*. Tomo I. The unilateral deformities 1976.
- ¹⁰ Millard, R. D. *Cleft Graft*. Tomo III. Alveolar and palatal deformities. 1980.
- ¹¹ O'Donnel, J. An analysis of presurgical orthopedics in the treatment of unilateral lip and palate. *The Cleft Palate Journal*. Vol. 11; 374; Oct. 1974.
- ¹² Ortiz Monasterio, F.; Serrano, A. A study of untreated adult cleft palate patients. *Plast. and Rec. Surgery*; 39; 36; 1966.
- ¹³ Ortiz Monasterio, F.; Serrano, A. Cephalometric measurements on adult patients with non-operated cleft palates. *Plast. and Rec. Surgery*. 24; 53; 1979.
- ¹⁴ Ortiz Monasterio, F.; Olmedo, A.; Trigos, J. Final results from

the delayed treatment of patients with clefts of the lip and palate. *Scand. J. Plast. Rec. Surg.* N.º 8; 108; 1974.

¹⁵*Trigos, I.; García, C.; Ortiz Monasterio, F.* Tratamiento integral temprano del paladar primario hendido. *Cir. Plast. Ibero-latinoamericana*. Vol. 5; 271; 1979.

¹⁶*Trigos, I.; Alonso, P.R.* Queilonasoplastia primaria mediante la técnica del colgajo triangular modificado. *Cir. Plast. Ibero-*

latinoamericana. Vol. VI; N.º 3; 297; 1979.

¹⁷*Velásquez, M.; Ortiz Monasterio, F.* Primary simultaneous correction of the lip and nose in the unilateral cleft lip. *Plat. Rec. Surg.* 54; 251; 1974.

¹⁸*Vilar Sancho, B.* Labio leporino unilateral. Valoración global de los resultados obtenidos a largo plazo. *Cir. Plast. Ibero-latinoamericana*. N.º 2; 23; 1975.