

## Fisura Labial Unilateral Corrección estética primaria

Carlos Navarro Gasparetto M.D. Facs.  
Alberto Bardales Lasteros M.D.  
Miguel Sarmiento Cortéz M.D.  
Reneé Herrera Taquía M.D.  
Dante Chirinos M.D.

Cirugía Plástica Peruana  
Vol I Núm 3  
Enero - Diciembre 1997  
Págs 88-92



### Resumen

La técnica de rotación y avance de Millard se ha constituido en uno de los procedimientos más populares en las últimas décadas por su versatilidad, adaptabilidad, incorporándose la reparación nasal primaria, logrando mejores resultados tanto funcionales como estéticos.

Revisamos 287 pacientes operados entre 1980 a 1997 de fisuras labiales unilaterales primarias entre completos e incompletos, con asimetría nasal, utilizando el procedimiento de rotación y avance en su diseño externo, añadiendo una amplia disección de los tejidos mucoso, muscular, periostio en algunos casos y piel, logrando cicatrices más aceptables y resultados estéticos y funcionales satisfactorios a mediano y largo plazo. Asimismo reproduciendo las estructuras nasales tanto en la punta como en el ala y piso con mejor simetría y menos posibilidades de cirugía secundaria.

Palabras claves: Fisura Labial Unilateral,  
fisura nasal primaria.

### Abstract

The Millard rotation advancement technique is one of the most popular methods for cleft lip correction. With the addition of the primary cleft nose repair we were able to get good functional and esthetic results. We review 287 cleft lip treated between 1980 and 1997 using the rotation advancement technique with a wide undermining of the mucosal, muscular and periosteal layer. Also reproducing the nasal structures in the ala tip and nasal floor with better symmetry and less possibilities of secondary surgery.

Key words: Unilateral cleft lip,  
Primary cleft nose.

### INTRODUCCION

Desde la aparición de la técnica de rotación y avance de Millard, este procedimiento ha tenido muchas variaciones y modificaciones realizadas por diversos cirujanos, dependiendo de la creatividad, habilidad y las preferencias individuales de los mismos.

La técnica de rotación y avance se ha constituido en uno de los procedimientos más populares de estas últimas décadas, por su versatilidad, adaptabilidad a cada caso ya sea completo o incompleto (Millard 1976), con la reparación de la deformidad nasal que ha ido tomando más importancia. Este hecho se comprueba con los resultados a largo plazo donde las necesidades de cirugía secundaria son menores, la apariencia estética y la función son mucho más aceptables.

La evolución de este procedimiento ha venido con la introducción de nuevas incisiones y colgajos que se extien-

den hasta la nariz a fin de reposicionar los cartílagos alares (Noordhoff 1995), dejando atrás todos esos resultados con estigmas de la malformación. La corrección adecuada y temprana de estas anomalías anatómicas es necesaria para la masticación, el lenguaje, y los movimientos faciales resultando en una forma esencial de la expresión y desempeño social del individuo.

En nuestra experiencia hemos considerado importante añadir algunos elementos para lograr mejores resultados, tales como realizar una amplia disección de los planos dérmico, mucoso, muscular y periostio, buscando disminuir la tensión, rectificar la malposición muscular, que es de suma importancia estructural y funcional, reproduciendo también las estructuras nasales tanto en la punta el ala y el piso, con mayor simetría

## MATERIAL Y METODOS

Revisamos 287 casos de pacientes operados de fisura labial unilateral completa e incompleta con compromiso nasal en mayor o menor grado, entre enero de 1980 y abril de 1997, aplicando el diseño de rotación y avance, corrección de la deformidad nasal en forma primaria en todos los casos. 180 varones, 107 mujeres. Las edades fluctúan entre los 3 meses y 5 años de edad. El seguimiento tiene entre 1 y 17 años después de la cirugía. No incluimos aquellos casos de fisura labial incompleta donde el compromiso nasal es muy pequeño.

## TECNICA QUIRURGICA

**Corrección nasal:** La técnica quirúrgica se puede resumir en los siguientes pasos: (1) Disección de los cartílagos lateral y alar de la punta incluso las cruras mediales y las cruras laterales. (2) Reposición de los cartílagos lateral y alar con puntos de fijación en "U" sobre las mismas estructuras firmes del lado contralateral (figura 1). Reproducir una hemipunta y fosa nasal que sean lo más simétricas posibles. (4) Reproducción de una base alar a la misma altura que la contralateral, además de la reconstrucción del piso nasal.

La disección se realiza por una incisión intercartilaginosa, prolongación del colgajo de avance en el labio en la parte interna y por la incisión en el colgajo C para la columela, en algunos casos más severos es necesario agregar una incisión marginal. Los puntos de fijación en "U" elevan el cartílago alar hacia el otro lado y al mismo tiempo lo sobreponen ligeramente sobre el cartílago lateral ipsilateral, logrando reproducir la relación normal entre estos dos cartílagos, buscando puntos de fijación resistentes. En el ala nasal la disección bordea la base y a la vez desinserta los músculos de esta parte, rotando tanto la piel como la mucosa para formar el piso nasal, se trata de evitar las incisiones transversales del colgajo de avance del labio hasta donde sea posible, y en caso necesario la misma no debe sobrepasar el punto de la base del ala nasal; el objetivo es darle continuidad en forma natural a la fosa nasal hasta la línea media, reproduciendo un relieve que suele encontrarse en la mayoría de casos en el lado normal. Se retira el tejido fibrocartilaginoso del ala nasal fisurada para poder movilizar la cara vestibular a una posición normal (como «cerrando la puerta») y se fija colocando puntos que van desde la mucosa hasta el pliegue del ala por la

parte externa con el nudo interno reproduciendo las mismas características del lado normal. El tejido fibrocartilaginoso excesivo puede ser utilizado a manera de colgajo o incluso en forma libre para aumentar la base sobre la que reposa el ala reparada.

**Corrección Del Labio.** La técnica se resume en los siguientes pasos: (1) Diseño de rotación y avance. (2) Disección del músculo orbicular en la parte medial. (3) Disección y segmentación del músculo orbicular en la parte lateral. (4) Disección amplia de los tejidos hasta región infraorbitaria sobre el maxilar. (5) Sutura de los músculos interdigitando los haces. (6) Sutura de la piel. (7) Sutura de mucosa labial y zetaplastia en la parte húmeda que es poco visible.

**Incisiones mediales.** En el colgajo de rotación se realiza desde ligeramente más allá de la línea media en la base de la columela (en todo el espesor del labio) siguiendo lo que será el futuro filtro del borde del arco de Cupido. Se disecciona el músculo orbicular unos 2 ó 3 mm de la piel y 4 a 5 mm de la mucosa, para luego dividirlo en dos segmentos en la dirección de sus fibras. El colgajo C es desepitelizado parcialmente.

**Incisiones laterales.** El colgajo de avance se construye desde el borde mucocutáneo hasta lo que será el piso nasal, incisión que se prolonga para corregir la nariz. A continuación se disecciona el músculo orbicular desinsertándolo de su posición oblicua, unos 15 ó 20 mm. Luego se procede a la segmentación del mismo en 2 ó 3 haces (figura 2) que son utilizados el superior para el piso nasal, y los dos restantes para interdigitarlos con el lado opuesto. El relleno del colgajo C va en el piso nasal. El colgajo de avance se sutura donde encaja a lo largo del borde del colgajo de rotación completando la sutura de piel con sutura absorbible 6/0 hasta el borde mucocutáneo del arco de Cupido. En esta parte de la mucosa la sutura es vertical hasta la línea roja, y luego se realiza una zetaplastia (figura 3) que queda oculta; finalmente se colocan algunos puntos en mucosa oral y el surco gingival.

## RESULTADOS

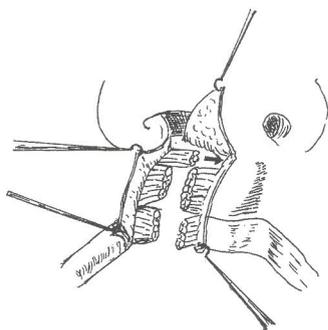
Los resultados obtenidos fueron estética y funcionalmente satisfactorios, (figura 4a-c) (figura 5a-c).

Figura 1



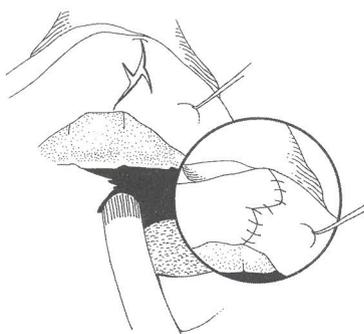
Reposición de cartílago alar  
Alar cartilage reposition

Figura 2



Disección muscular y sutura interdigitado  
Muscular dissection and suture

Figura 3



Zetaplastia en borde mucoso no visible  
Mucosal rim z plasty

## DISCUSION

El desarrollo de la deformidad nasal en los fisurados ocurre por una pérdida de la continuidad en músculo y hueso, y como consecuencia la actividad muscular a través de sus inserciones anómalas ejerce una fuerza de tracción distorsionando las estructuras nasales incluyendo los cartílagos, asociándose al déficit de tejido resulta en una asimetría de mayor o menor grado

que casi siempre está presente en todos los casos de fisura labial unilateral completa o incompleta (Rifley 1996). Millard señala en múltiples trabajos reportados que la movilización de cartílagos nasales tempranamente al reparar el labio no causa distorsión en el crecimiento y desarrollo de estas estructuras. Salyer 1994 en una extensa serie de 400 pacientes con seguimiento de hasta 15 años demostró un resultado similar.

Muchos reportes existen en la literatura al respecto destacando la importancia de corregir la deformidad nasal en forma primaria, cuyas ventajas en resumen son:

1. Desarrollo completamente normal.
2. Orientación del crecimiento y desarrollo de los tejidos nasales en mejor posición .
3. Disminución y facilidad de procedimientos secundarios.
4. Mejor adaptación social del paciente y familiares.

La técnica de rotación y avance permite obtener un resultado en cicatrices mas anatómicas y estéticas camuflando la misma en la línea del filtro, sin recurrir a una incisión adicional tipo "back cut" (corte relajante) medial (Millard 1982), consideramos que esto es debido a la disección amplia de todas las estructuras mas allá de lo convencional, que no ha traído consecuencias ni alteraciones en el desarrollo de las mismas pero permite afrontar los tejidos con la mínima tensión con suturas finas, sin daño tisular, por lo tanto es necesario realizar las maniobras necesarias en cada caso particular para lograr la mayor simetría posible en la primera intervención, reproduciendo cada uno de los detalles del lado normal ya que ésta es la única oportunidad de lograr el mejor resultado evitando los "estigmas" que lamentablemente aún se ven con demasiada frecuencia en casos secundarios mal operados. Tal como lo señalan otros autores la corrección de deformidades secundarias por mas meticulosas y bien planificadas que sean, aún en manos de cirujanos muy expertos y experimentados en estas correcciones, nunca resultan completamente satisfactorios. La aplicación de cirugía máxilo facial para la corrección de retrusión maxilar, malaoclusión dental, colapso maxilar, y otras secuelas y alteraciones estético funcionales del desarrollo facial se pueden prevenir con un buen manejo quirúrgico integral desde el primer momento, lo que constituye una forma de "Cirugía preventiva". Otro de los aspectos a destacar es que casi el 99% de los casos se operan usando una modalidad de anestesia general endotraqueal, pero en un plano bastante superficial combinada con infiltración de pequeñas cantidades (1 a 3 cc.) de lidocaina al 1% con epinefrina sol. 1:100,000 que permite una reducción considerable en el sangrado, eliminando la posibilidad de transfusión sanguínea y fa-

CARLOS NAVARRO GASPARETTO

cilita la disección tisular. En el post-operatorio inmediato las madres participan mediante la lactancia materna o la administración de alimentos con biberón, bajo supervisión de personal de enfermería, lo que contribuye al bienestar familiar y la buena evolución, por las características sociales de nuestro país. En casos mas severos donde la separación de la fisura es mayor a 12 mm. hemos considerado la adherencia labial como paso previo, y posteriormente 4 a 6 meses después la reparación definitiva, observando que por efecto de la actividad muscular y partes blandas, el alvéolo consigue alinearse en forma bastante simétrica en la mayoría de casos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Millard DR. **Cleft Craft** : The evolution of Surgery. Vol 1: The Unilateral Deformity. Boston. Little, Brown, 1976.
2. Noordhoff, M. Samuel ; Chen, Yu-Ray; Chen, Kuo- Ting; Hong, Kai-Fong ; Lo, Lun-Ju: "The Surgical Technique For The Complete Unilateral Cleft Lip-Nasal Deformity". Operative Techniques in Plastic And Reconstructive Surgery, Vol 2 N° 3 , August , 167-174, 1995.
3. Rifley, William; Thaller, Seth R.; "The Residual Cleft Lip Nasal Deformity. An Anatomic Approach. Clinics in Plastic Surgery. Vol. 23 N° 1. 81-92. January 1996.
4. Salyer, K.E; "Primary Correction of the Nasal Deformity Associated with Cleft Lip. Mastery of Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 1. Mimis Cohen, M.D, ed. Little Brown & Co. Chapter 42. pp. 581-594. 1994.
5. Millard, DR. "Erlier correction of the unilateral cleft lip nose. Plast. Reconstr Surg. 70: 64-73, 1982.

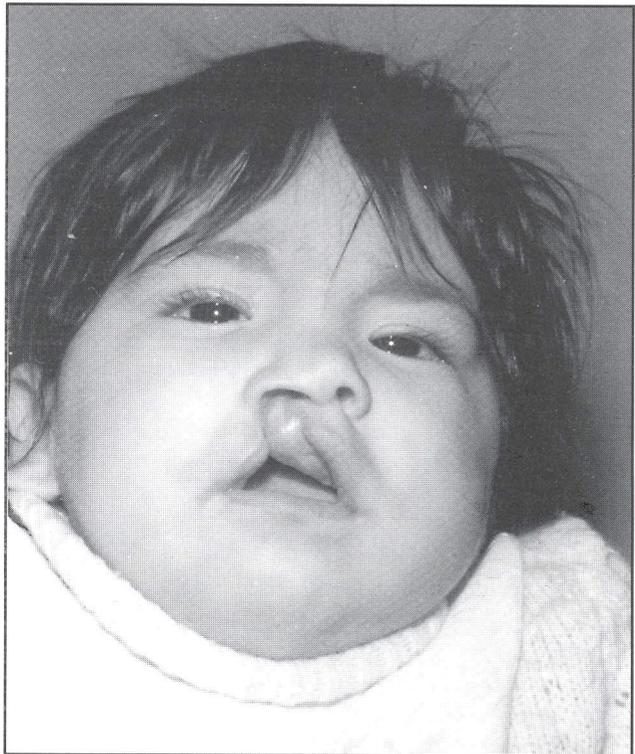
Correspondencia:

Carlos Navarro Gasparetto.

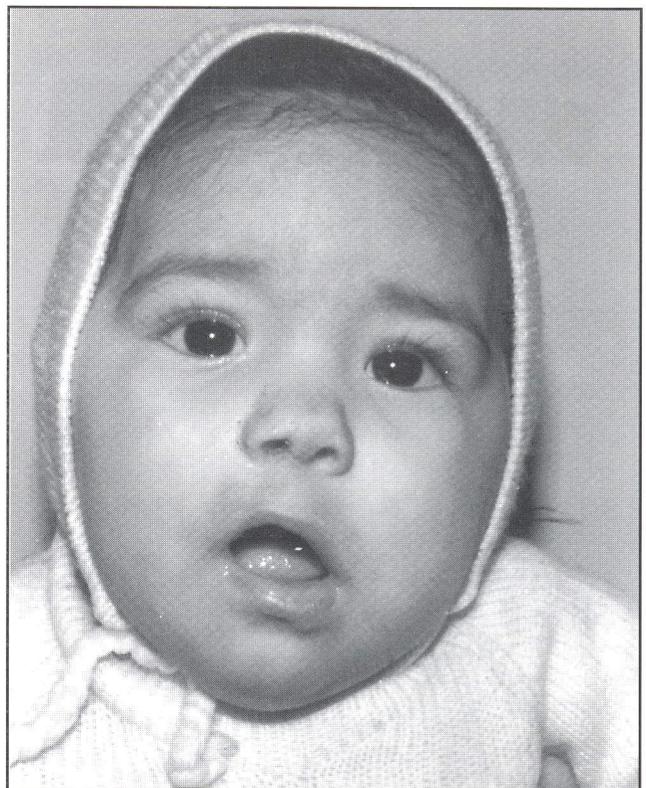
Av. Gregorio Escobedo 660 Of 501 Jesús María

Lima Perú

Tel. 51 1 463 8705 / Fax 51 1 461 0246

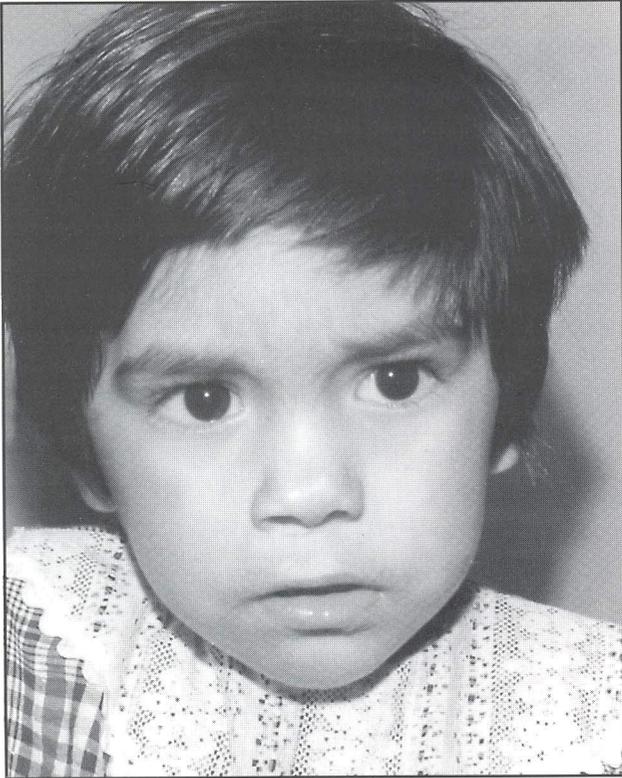


4A Fisura labial unilateral completa.  
*Unilateral complete cleft lip*

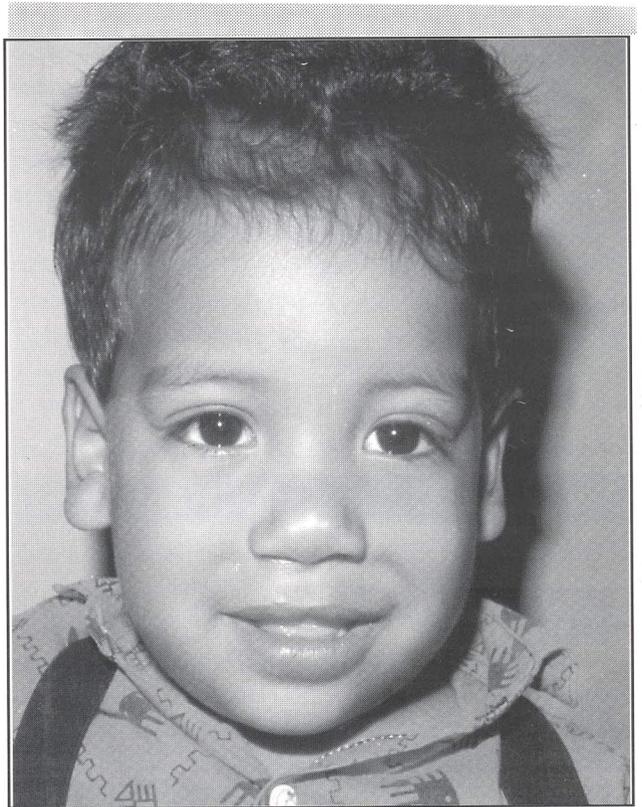


4B Postoperatorio al mes  
*1 month postoperative*

FISURA LABIAL UNILATERAL. CORRECCION ESTETICA PRIMARIA



4C Postoperatorio a los 3 años  
3 years postoperative



5B Postoperatorio a los 3 años  
3 years postoperative



5A Fisura labial unilateral incompleta  
Unilateral incomplete cleft lip



5C Postoperatorio a los 6 años  
Six years postoperative