



Fisura Palatina : Corrección anatómica y funcional

Carlos Navarro Gasparetto M.D. Facs.
Alberto Bardales Lasteros M.D.
Miguel Sarmiento Cortéz M.D.
Dante Arce Chirinos. M.D.
Edgar Soto Merino M.D.

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Num 3
Enero - Diciembre 1997
Págs 97-100



Resumen

Pese a la numerosa y extensa cantidad de técnicas y procedimientos, el tratamiento de la fisura palatina aún genera controversia.

Realizamos la disección de los planos mucoso nasal, mucoperiostico oral identificando y aislando el pedículo vascular; se realiza la desinserción de los músculos palatinos de su posición vertical oblicua, suturándolos en posición transversal, sin emplear incisiones relajantes laterales, consiguiendo alargar el paladar. La úvula es corregida por una plastia que deja íntegro un lado y le da la apariencia normal.

Reportamos 141 pacientes operados entre 1993 y 1996 entre fisuras unilaterales, bilaterales, completas e incompletas y submucosas, las complicaciones obtenidas en esta serie son 6 fistulas pequeñas, 2 sangrados en el post-operatorio inmediato, y 8 casos de insuficiencia velofaríngea de diverso grado que se corrigieron con procedimientos secundarios. Casi todos fueron tratados en forma ambulatoria. La conclusión final es que al no dejar áreas cruentas se permite una rápida recuperación, y un crecimiento y desarrollo máxilo facial normal y adecuada fonación.

Palabras claves: Fisura palatina, Corrección submucosa, Reparación medial

Anatomical and Functional Cleft Palate Correction

Abstract

Despite the many techniques available, the surgical treatment of Cleft Palate remains controversial. Our technique basically consists in dissecting the nasal and oral mucosa as well as dissecting the muscle layer and repositioning into a normal transverse position, through a midline incision, without lateral relaxing incisions. This allows the palate to lengthen. The uvula is corrected by centralizing one of the two hemi uvula of the original cleft. Reported are 141 patients operated between 1993 and 1996, including unilateral, bilateral and submucous clefts. Complications in these series were:

Midline fistula formation in 6 cases, immediate post-operative bleeding in two and velopharyngeal insufficiency in 8 cases, all of which were treated secondarily. Almost all cases were treated ambulatory. It is concluded that the technique described produces satisfactory results without interfering with growth and producing good phonation in most cases.

Key words: Cleft palate, Submucous Palate, Midline repair

INTRODUCCION

Desde los primeros reportes de la literatura sobre el tratamiento quirúrgico de la fisura palatina, casi todos los autores se refieren a la realización de procedimientos que incluyen la liberación de colgajos mucoperiosticos y la aproximación hacia la línea media de los mismos, con incisiones relajantes cuyas áreas cruentas cierran por segunda intención. Asimismo se diseñan colgajos que además desplazan el paladar en su conjunto hacia atrás para permitir una buena fonación. Von Langenbeck es quizá el cirujano que hizo posible la aplicación de su técnica hasta la actualidad, posteriormente Wardill Killner al intentar alargar el paladar en su conjunto, logran parte de los objetivos trazados en la cirugía palatina (Osberg 1993). Muchos cirujanos han intentado cerrar el paladar sin realizar incisiones de relajación, poniendo énfasis

en los músculos logrando el mismo objetivo. Nosotros realizamos el cierre del paladar evitando las incisiones relajantes, y en lo posible las áreas cruentas que cierran por segunda intención, desarrollando una amplia disección en la musculatura. Hemos logrado alargar el paladar además de conseguir una buena fonación.

TECNICA QUIRURGICA

La técnica a seguir es :

1. Infiltración importante de anestésico local más vasoconstrictor que permite disminuir el sangrado, y disecar los colgajos mucoperiosticos mas fácilmente.
2. Incisión en la línea media desde la parte más anterior del alvéolo hasta el final de la úvula en uno de los lados. (Fig. 1a).
3. Disección del colgajo mucoperiostico hasta el borde inferior del hueso en la línea media y hasta el borde

alveolar lateralmente. (Fig. 1b).

4. Disección amplia de la mucosa nasal, desde el alvéolo hasta el final del hueso palatino .
5. Liberación completa de la musculatura palatina desde su inserción anómala oblicua en el borde inferior del hueso y de ambas mucosas oral y nasal cuidadosamente con una tijera de punta fina, hasta la cercanía del hamulus. Esta maniobra hace que todo el complejo muscular y el paladar en su conjunto se desplacen hacia atrás.
6. Identificación del pedículo vascular, para luego individualizarlo desde su orificio de salida (el hueso palatino por donde emerge el pedículo presenta una espícula que lo protege), la misma que con la ayuda de un ostéotomo es disminuida en altura, lo que permite que el colgajo oral se desplace hacia la línea media sin tensión, en algunas ocasiones es necesario una osteotomía para que el pedículo salga de su orificio con el mismo objetivo (en un solo lado y excepcionalmente en ambos).
7. Las maniobras se repiten en el otro lado con las mismas características.
8. Durante la incisión en la úvula, se deja íntegro el lado más largo y posterior, el otro lado se divide en dos que al ser suturados permiten conseguir una úvula lo más normal posible.
9. El cierre se inicia con la sutura de la úvula íntegra con el borde nasal del lado contralateral, creando una sola cuya forma es más natural.
10. La mucosa nasal se sutura con puntos separados de Vycril o Dexon hasta el alvéolo. (Fig. 1c).
11. La musculatura palatina es aproximada y en algunos casos es posible realizar una interdigitación de uno o dos haces en una posición transversa.
12. La mucosa oral es aproximada con puntos en "U" separados. (Fig. 1d).

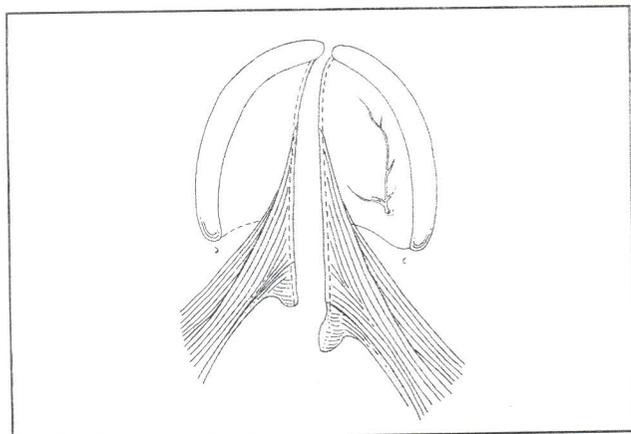


Figura 1a Fisura Palatina, Diseño preoperatorio.
Figure 1a Cleft palate, preoperative design

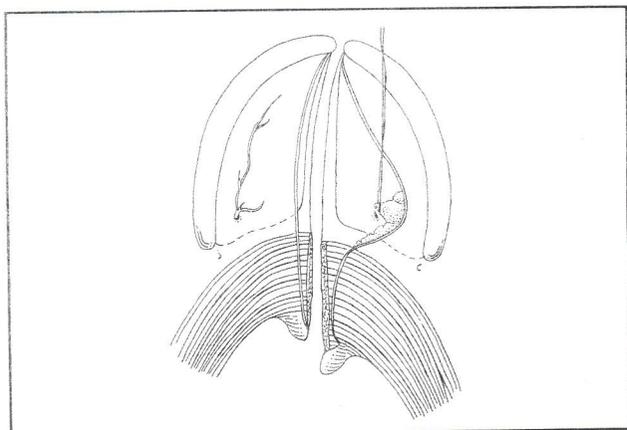


Figura 1b Disección muscular. Desinserción del músculo desde el borde óseo
Figure 1b Muscular dissection, detached from the osseous rim.

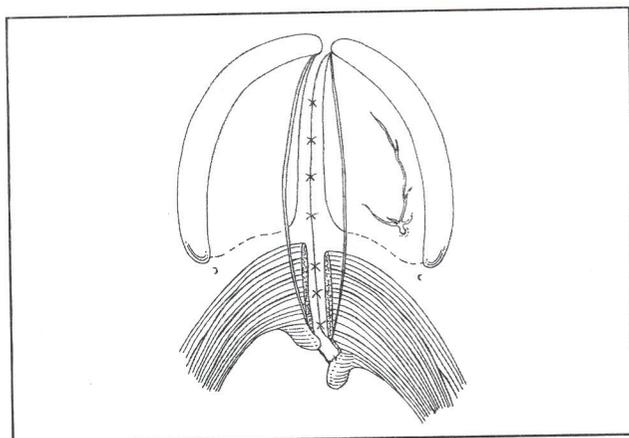


Figura 1c Sutura del plano mucoso nasal y luego muscular
Figure 1c Suture of the nasal mucosa and muscular layer

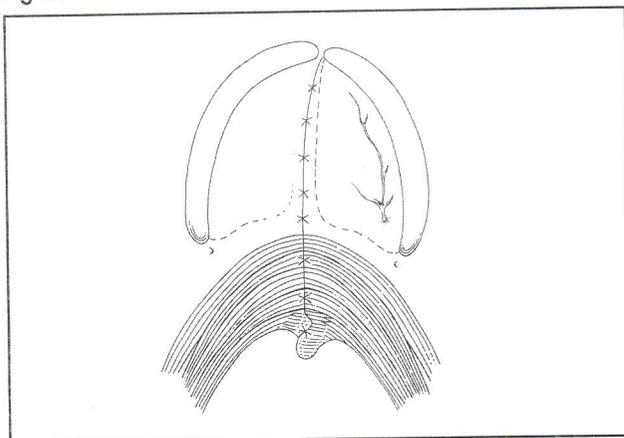


Figura 1d Sutura del plano mucoso oral dejando un lado de úvula íntegro.
Figure 1d Suture of the oral mucosal layer leaving one side of the uvula complete.

En casos donde la separación es mayor realizamos una incisión relajante en el colgajo mucoperiostico de un solo lado y en los lugares donde hay mayor tensión, tratando de no dañar el núcleo de crecimiento del maxilar . Con frecuencia hay fístulas vestibulares o la separación del arco alveolar persiste, en estos casos es necesario diseccionar la mucosa gingival y continuarla con la mucosa nasal del paladar, y agregar un colgajo de mucosa labial pequeño, para luego suturarlo con los bordes invertidos y el nudo hacia el piso nasal, esta maniobra permitirá que el arco alveolar pueda aproximarse y cerrar. La intervención finaliza con la infiltración de anestésico local en toda el área operada para darle confort y disminuir las molestias post- operatorias. El procedimiento es en la mayoría de casos ambulatorio y la alimentación es restituida apenas el paciente esté despierto.

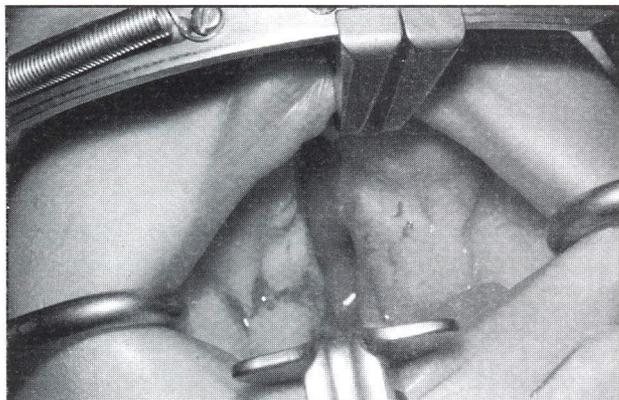


Figura 2A Fisura de paladar preoperatorio.
Figure 2A Cleft palate, preoperative.

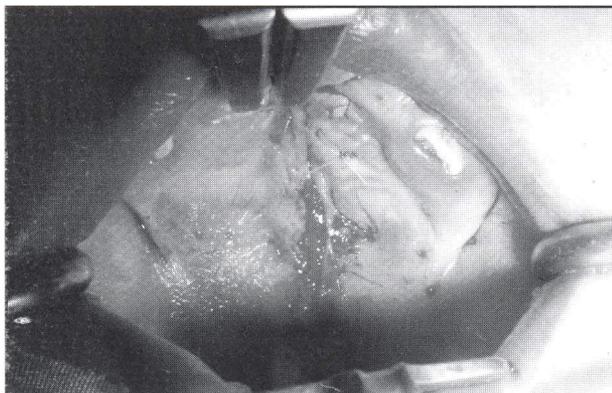


Figura 2B Postoperatorio inmediato.
Figure 2B Immediate postoperative.

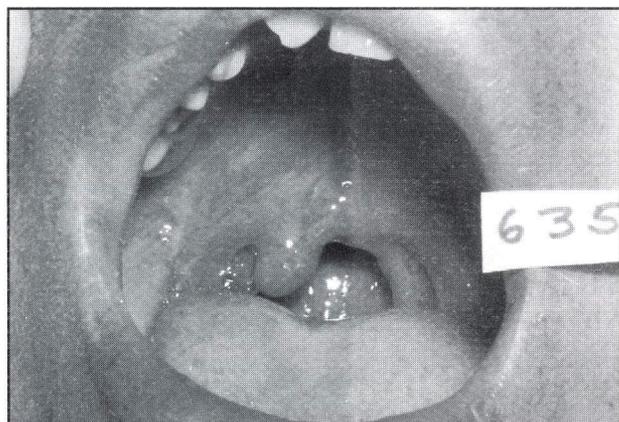


Figura 2C Postoperatorio en reposo.
Figure 2C Postoperative at rest.

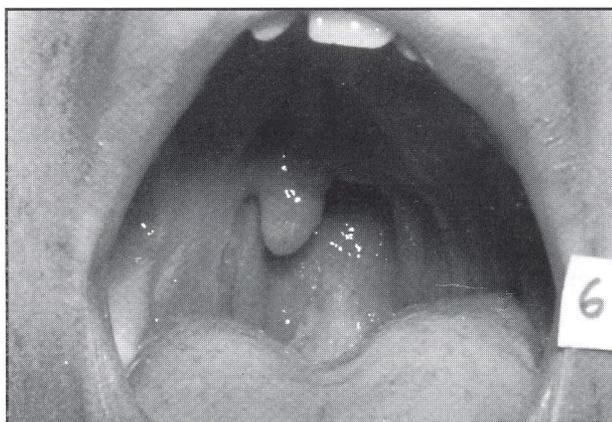


Figura 2D Postoperatorio. Se observa buena movilidad muscular
Figure 2D Postoperative. Good muscular function.

RESULTADOS

141 pacientes fueron operados entre Febrero de 1993 a Agosto de 1996, de los cuales 86 son unilaterales , 28 bilaterales, 22 incompletos y 5 fisuras de paladar submucoso. Los resultados obtenidos desde el punto de vista funcional fueron satisfactorios, la fonación es adecuada . Las complicaciones observadas han sido : 6 fístulas pequeñas en la línea media , 2 presentaron sangrado post- operatorio inmediato controladas por compresión, 8 desarrollaron insuficiencia velofaríngea de diverso grado los mismos que recibieron el tratamiento correspondiente.

DISCUSION

La inserción anormal de la musculatura en una posición oblicua lleva el paladar hacia adelante disminuyendo su longitud. Las técnicas de Langenbeck, Wardill Kilner y otras llevan colgajos mucoperiosticos y el complejo muscular hacia atrás, pero no consiguen alinear la musculatura en forma transversal. Furlow orienta los músculos palatinos en forma transversal pero acompañados de mucosa tanto oral como nasal, a expensas de una amplia disección de colgajos cruzados, consiguiendo además alargar el paladar por el principio de las zetoplastias, en realidad con este método se consiguen muy buenos resultados, sin embargo requiere una amplia disección, es más laboriosa, mucho más sangrante y cuando ocurren complicaciones son más severas y difíciles de resolver.

Las áreas cruentas en el paladar que cierran por segunda intención a expensas de un tejido de granulación causan una retracción de todos los tejidos adyacentes incluyendo el óseo, y por consiguiente alteran su crecimiento y desarrollo normal, las áreas más críticas son las que se encuentran cerca del alvéolo en el núcleo de crecimiento del paladar, encontrándose con relativa frecuencia colapso del maxilar superior y aparente prognatismo.

En los procedimientos empleados en el presente trabajo, la idea fundamental es lograr un correcto alineamiento muscular en posición transversal, desinsertándolo de su posición anormal oblicua, lo que permite un desplazamiento hacia atrás del paladar y cierre más funcional para producir una adecuada fonación. Al no dejar áreas cruentas no se produce cicatrización por segunda intención y por lo tanto no hay retracción ni alteración en el crecimiento y desarrollo alveolar ni máxilofacial. Cuando la fisura es bastante amplia se liberan uno o los dos pedículos vasculares mediante una pequeña osteotomía, que permite llevar los tejidos a la línea media, sin embargo es necesario liberar un colgajo mucoperiostico en un lado dejando sólo un área cruenta, excepcionalmente en ambos lados (Salyer 1994-1995).

Cuando se tiene que liberar en ambos lados necesariamente colocamos un colgajo de mucosa oral para cerrar las áreas cruentas. Las ventajas observadas con este método han demostrado una tolerancia post-operatoria mucho más confortable, la alimentación por vía oral se restituye inmediatamente despierto el paciente, la posibilidad de sangrado es mínima.

En más de una oportunidad hemos observado que familiares y los propios pacientes observan la úvula y cuando ésta permanece bífida o no tiene características normales, creen que la operación no ha sido satisfactoria, aún cuando el paladar esté cerrado y haya una buena fonación. Por tal motivo se ha diseñado la plastia conservando el lado que se encuentra más hacia la faringe íntegra sacrificando el del lado contralateral dividiéndolo e incorporándolo al otro consiguiendo una úvula normal tal como lo demuestran los resultados a largo plazo (Figura 2c-d). Es esencial un buen estado nutricional por lo tanto preparamos a los pacientes unos meses antes brindándoles un aporte proteico adecuado y un buen nivel de hemoglobina y hematocrito.

La reparación de la fisura palatina tal como se describe en este trabajo, es un procedimiento simple, reproduce los componentes anatómicos lo más cercano a lo normal, alarga el paladar produciendo una buena fonación, evitando alteraciones en el crecimiento y desarrollo alveolar y máxilo facial, no deja áreas cruentas y permite una recuperación mucho más rápida; produce resultados funcionales y estéticos satisfactorios, (Figuras 2a-d)

BIBLIOGRAFIA

1. Osberg Kerby C. and Kirsch Wolf. "Prospectives in cleft lip and palate repair". Clinics in Plastic Surgery. Oct. 1993.
2. Salyer K.E. , Bardach J. Kelly K.M. "Relationship Between the sequence of lip and palate repair and Maxillary Growth. An experimental Study in Beagles. " Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 93 N° 2 . Feb. 1994.
3. Salyer K.E. and Bardach J. "Cleft palate repair : Anatomy, Timing, Goals, Principles and Techniques. Cleft palate Speech Management: A multidisciplinary Approach." Mosby Year Book, Chapter 7, pp. 102-136. 1995.

Correspondencia :

Dr. Carlos Navarro Gasparetto.

Av. Gregorio Escobedo 660-501 Jesús María Lima Perú

Telef. 51 1 463 8705 Fax 51 1 461 0246