

# Reparación de fisuras labioalveolopalatinas

DR. MARCO GÓMEZ<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO JUANICO<sup>1</sup>, DR. DAVID RODRÍGUEZ<sup>1</sup>

## RESUMEN

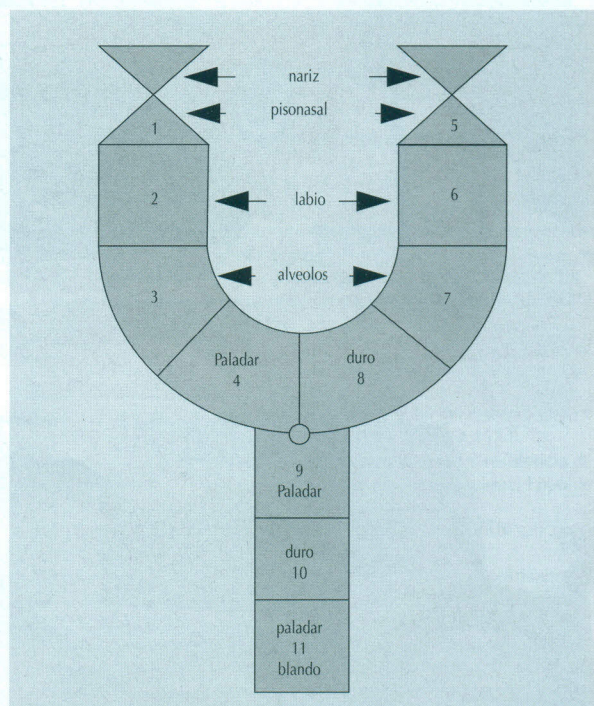
La presencia de fisuras labioalveolopalatinas (FLAP) a cualquier edad altera significativamente la forma y estructura faciales. El tercio central facial es distorsionado en diferentes magnitudes y la restauración del mismo a su forma normal debe ser el objetivo primordial del cirujano plástico reconstructivo. El tratamiento de esta malformación congénita logra avances significativos cuando el abordaje del problema se hace a través de un equipo multidisciplinario, encabezados por el cirujano plástico y constituido por médicos de diferentes especialidades (Genética, Otorrinolaringología, Odontopediatría, Ortodoncia, Psicología, Fonoaudiología, Kinesiología y Cirugía Maxilofacial). En este estudio, llevado a cabo en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del HNAAA, Essalud, de Chiclayo, se detalla el manejo de las FLAP, según la Guía de Práctica Clínica existente.

## INTRODUCCIÓN

La fisura labioalveolopalatina (FLAP) es una de las malformaciones congénitas más comunes. Existe diferencia racial en su presentación. Se observa en 1/1000 nacimientos en la raza caucásica; 0,24/1000 nacimientos en EE UU y 2,13/1000 nacimientos en Japón. A nivel latinoamericano, existen estudios llevados a cabo en Chile, con una incidencia de aproximadamente 1/580 recién nacidos vivos, incluyendo todas las fisuras.

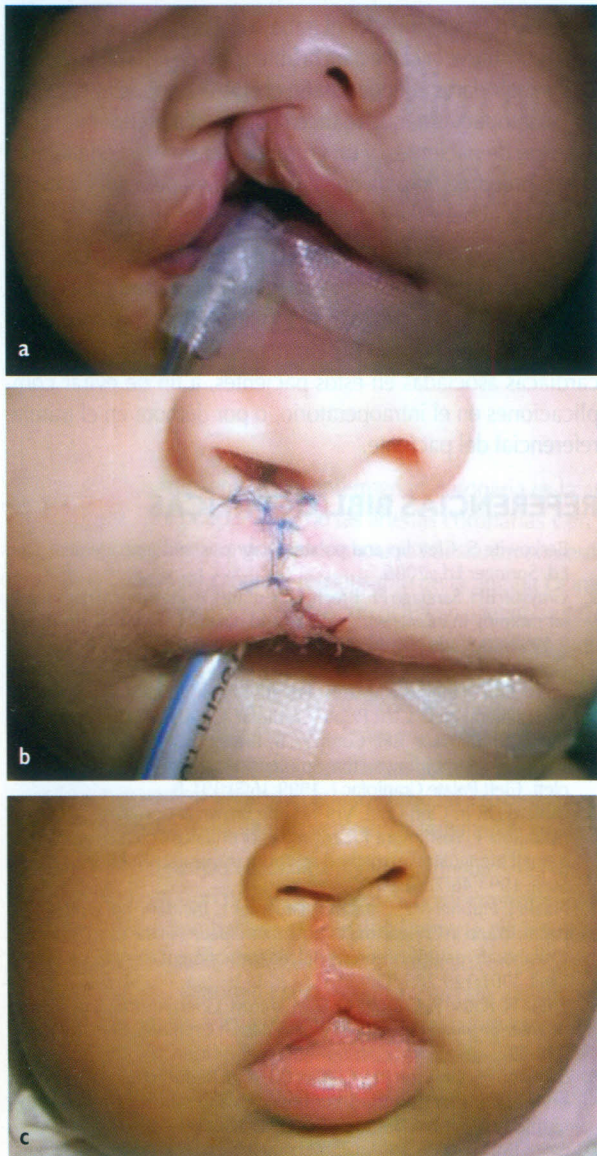
Alrededor de un 66% de los pacientes con FLAP tienen fisura de labio y paladar; 23%, fisura aislada de paladar y 11%, fisura aislada de labio. La fisura labial unilateral es casi ocho veces más frecuente que la bilateral y es dos veces más frecuente su presentación en el lado izquierdo. La fisura de labio y paladar es más frecuente en hombres. En contraste, la fisura de paladar aislada es más frecuente en mujeres. Se han descrito más de 300 síndromes asociados a fisuras labiopalatinas.

Es importante hacer la evaluación genética y precisar el diagnóstico por la relevancia pronóstica de algunos de estos cuadros y porque requieren manejo específico.



1. Médicos Asistentes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenso, Essalud. Chiclayo, Perú.

Figura 1. Clasificación de Kernahan para fisuras labioalveolopalatinas.



**Figura 2.** A) Vista preoperatoria (fisura labioalveopalatina unilateral derecha). Observar el aplanamiento del ala nasal derecha y el descenso de la misma con relación al ala contralateral. B) Postoperatorio inmediato. Corrección del ala nasal derecha y el volumen adecuado del bermellón labial. C) A los 25 días del postoperatorio. Cicatriz hipertrófica de pacientes con origen afrohispanos, la que disminuye notablemente pasados los cuatro meses del acto quirúrgico.



**Figura 3.** A) Vista preoperatoria fisura labioalveopalatina bilateral. Protrusión marcada del prolabio y la premaxila. B) Vista preoperatoria de fisura labioalveopalatina bilateral, en el intraoperatorio. C) A los seis meses del postoperatorio (edad: un año y dos meses). Notar la columela corta y las fosas nasales con un ligero aplanamiento.

La etiología es multifactorial, con factores genéticos y ambientales que inciden en su presentación. En alrededor de un 20 a 25% está presente algún factor genético, otro 20 a 25% tiene antecedentes de factores ambientales (anticonvulsivantes, vitamina A, corticosteroides, infecciones virales en el primer trimestre) y en el resto de los casos no se encuentra causa precisa.

Embriológicamente, las fisuras se producen por alteración de la migración o fusión de las células mesenquimáticas entre la cuarta y novena semanas de vida intrauterina. Este trastorno

produce las fisuras a lo largo de las líneas de fusión embrionarias y un amplio espectro de presentaciones clínicas.

Las clasificaciones de las fisuras se hace de acuerdo a las estructuras comprometidas: labio, encía, paladar óseo y velo. Se define también si es unilateral completa (3/3), incompleta (2/3, 1/3) o microforma (forma frustra o cicatrizal). Igual definición aplica a las bilaterales, las cuales pueden ser simétricas (3/3 a ambos lados) o asimétricas (2/3-3/3). Las fisuras del paladar pueden ser completas, que incluyen el alveolo, el paladar secundario (foramen incisivo anterior), el velo y las submucosas

del velo (sin unión muscular). La clasificación de Kernahan es la de uso más difundido, por su simplicidad de llenado y lectura (Figura 1).

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el periodo de agosto de 2009 a junio de 2010 se realizaron 11 queiloplastias primarias (según la técnica de Millard), de las cuales 10 fueron unilaterales, 7 del lado izquierdo y 4 del lado derecho (Figura 2), y 1 bilateral (Figura 3). Además, se llevaron a cabo 6 uranoestafilorrafias (cierres de los paladares duro y blando), según la técnica de Bernard von Langenbeck.

Las edades de los pacientes con queiloplastias oscilaron entre 3,5 y 6,1 meses y para los de uranoestafilorrafias, entre 12,4 y 17,3 meses.

En los pacientes con queiloplastias, se observó la presencia de cicatrices hipertróficas en cuatro pacientes. Las cicatrices disminuyeron progresivamente a partir del tercer mes postoperatorio. No se presentaron complicaciones mayores, tales como dehiscencias o necrosis.

En los pacientes con uranoestafilorrafias, se presentó una fístula de 0,2 cm, a nivel de la unión de los paladares duro y blando en un paciente cuya fisura palatina inicial era de 1,2 cm de amplitud. No se observó complicaciones mayores, como necrosis de los colgajos condromucosos o dehiscencias mayores.

## DISCUSIÓN

La presencia de FLAP, aun en este siglo, representan un gran desafío para el cirujano plástico, debido a la amplia variedad de presentaciones clínicas existentes y las malformaciones asociadas en este tipo de pacientes.

La muestra de pacientes en este trabajo no es representativa, debido a la aún escasa cantidad de pacientes operados, motivo por el que no se puede realizar comparaciones estadísticas con trabajos de mayor número de pacientes. Sin embargo, se puede decir que, la presencia de cicatrices hipertróficas en estos seis pacientes es transitoria en la gran mayoría y que mejoran definitivamente con el paso del tiempo a partir del tercer mes postoperatorio. Así mismo, la presencia de fístula oronasal en un paciente a nivel de la unión de los paladares duro y blando está dentro de las complicaciones esperadas en cualquier centro especializado que se dedica a la reparación de este tipo de patologías (reportado como 33 a 37%).

Como se ha mencionado, el trabajo del equipo multidisciplinario constituye la clave para la obtención de resultados dentro de los estándares adecuados. En el HNAAA, no se cuenta con un odontopediatra, que realice la ortopedia preoperatoria en este tipo de pacientes, y un grupo de enfermeras, con la adecuada preparación para que enseñen la manera adecuada de alimentar al bebé y evitar la angustia de los padres.

Según la Guía de Práctica Clínica en el HNAAA, la queiloplastia se realiza a los tres meses de edad y la uranoestafilorrafia, a los 12 meses de edad. Estas recomendaciones muchas veces no se cumplen porque buscamos estabilizar las patologías cardíacas asociadas en estos pacientes, a fin de evitar complicaciones en el intraoperatorio, o por demora en el trámite referencial del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkowitz S. Cleft lip and palate: Diagnosis and management. 2nd Ed. Springer Ed.; 2006.
2. Grayson BH, Santiago PE, Brecht LE, Cutting CB. Presurgical nasoalveolar molding in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999;36(6):486-98.
3. Grayson BH, Cutting CB. Presurgical nasoalveolar molding in primary correction of the nose lip and alveolus of infants born with unilateral and bilateral cleft. *Cleft Palate Craniofac J.* 2001;38(3):193-8.
4. Maull DJ, Grayson BH, Cutting CB, Brecht LL. Long term effects of nasoalveolar molding on three dimensional nasal shape in unilateral cleft. *Cleft Palate Craniofac J.* 1999;36(5):391-8.
5. Millard DR Jr: *Cleft Craft*. Vol 1. Little Brown & Company; 1976.
6. Nakajima T, Yoshimura Y. Early repair of unilateral cleft lip employing a small triangular flap method and primary nasal correction. *Br J Plast Surg.* 1993;46(7):616-18.
7. Nazer J, Hubner ME, Catalan J, Cifuentes L. Incidence of cleft lip and palate in and in Chilean maternities participating in the Latin American Collaborative study of congenital malformations (ECLAMC). *Rev Med Chil.* 2001;129:285-93.
8. Freda N, Rauso R, Curinga G, Clemente M, Gherardini G. Easy closure of anterior palatal fistula with local flaps. *J Craniofac Surg.* 2010;21:229-232.
9. Santiago PE, Grayson BH, Cutting CB, et al. Reduced need for alveolar bone grafting by presurgical orthopedics and primary gingivoperiosteoplasty. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35(1):77-80.
10. Sykes JM, Senders CW. Anatomy of cleft lip, palate, and nasal deformities. In: Myers AD (editor). *Biological basis of facial plastic surgery*. New York: Thieme; 1993. p. 57-71.
11. Trott JA, Mohan N. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of lip repair in bilateral cleft lip and palate: the Alor Setar experience. *Br J Plast Surg.* 1993;46(3):215-222.
12. Wilhelmson HR, Musgrave RH. Complications of cleft lip surgery. *Cleft Palate J.* 1966;3:223-231.
13. Wood RJ, Grayson BH, Cutting CB. Gingivoperiosteoplasty and midfacial growth. *Cleft Palate Craniofac J.* 1997;34(1):17-20.