
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  Para optar el Título Profesional de  ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA
AUTOR
JORGE GIOVANNY BURGOS MIRANDA
LIMA – PERÚ  2004
A DIOS TODOPODEROSO POR SER MI GUÍA. A MIS QUERIDOS PADRES JORGE Y OLGY A MIS HERMANOS JOSE, RICHARD, CESAR Y LUIS POR SU INCONDICIONAL APOYO. A MI ESPOSA CECILIA Y MIS HIJOS GIOVANNY DAVID Y MARIA ALEXANDRA QUE SON LA FUENTE CONSTANTE PARA MI SUPERACION. A LOS DRS. EDUARDO LESCANO SAN MARTÍN, ENRIQUE RIOS HIDALGO, FELIX FARIAS CARRILLO, QUIENES ME APOYARON PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO. AL DR. CARLOS NAVARRO Y A CIRPLAST POR PERMITIRME PARTICIPAR EN SUS CAMPAÑAS, AL DR. GERARDO RONCEROS POR SU VALIOSA ASESORIA PARA LA CULMINACIÓN DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.
En el presente trabajo se realiza un estudio del uso de la técnica de Queilorrinoplastia primaria para la corrección de la deformidad nasal en 14 pacientes con fisura labial unilateral tratados en el Servicio de Cirugía Plástica y Quebrados del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, durante el período comprendido entre Junio 2000 - Mayo 2001.

En todos ellos se realizó la técnica de Queilorrinoplastia combinando la Rinoplastia primaria para la deformidad nasal que presentan los pacientes con fisura labial unilateral, logrando elevar el cartílago alar desplazado al mismo tiempo de reparar el labio por la técnica de Millard.

El mayor porcentaje de pacientes tratados fueron de tres a seis meses, pero también se llegaron a tratar de mayor edad, hasta el año.

Predominaron las fisuras labiales izquierdas con el 78.6 % y los hombres fueron los mayormente comprometidos con el 64.3 %.

Un 85.7% de los pacientes operados fueron considerados con resultados buenos, 14.3 % con resultados regulares.

Si la cirugía se realiza en los 3 primeros meses de vida, los resultados obtenidos son mejores que sí son operados de mayor edad.

La técnica de Queilorrinoplastia primaria es fácil de realizar y permite una fácil reposición del cartílago alar a su posición normal.

Consideramos que la Queilorrinoplastia primaria proporciona una óptima corrección de la deformidad nasal al mismo tiempo de reparar la fisura labial unilateral, ya que se consigue reponer el cartílago alar y la punta nasal a su posición normal, siendo el mejor tratamiento que le podemos brindar a estos pacientes, evitando con esto otras cirugías adicionales.

Los resultados se consideran satisfactorios en la mayor parte de los casos.

**Palabras clave:** Fisura labial unilateral y deformidad nasal, Queilorrinoplastia
INTRODUCCIÓN

Los pacientes portadores de fisura labial, presentan asociado una deformación nasal, que era corregida después de varios años, quedando los pacientes con un estigma, que los discriminaba socialmente, conociéndose en nuestro medio como nariz de fisurado. (1,2,3)

La historia destaca la importancia que le brindan en su momento los cirujanos, tratando de encontrar las mejores alternativas de tratamiento para la fisura labial, desde la aproximación de los bordes con agujas, pasando por los diseños de precisión matemática, hasta la ubicación de cicatrices en lugares anatómicos buscando evitar las secuelas o estigmas de la malformación constituyendo un desafío muy antiguo para los cirujanos, pero se puso poco énfasis en la corrección nasal, ya que antes se consideraba que el tratamiento nasal debería ser pospuesto hasta el desarrollo completo, por que se pensaba que si lo hacían en forma primaria al mismo tiempo de operar la fisura labial, interferiría con el crecimiento de la nariz. (2,3)

Los pacientes portadores de esta patología, crecían con un estigma que los discriminaba socialmente, sufriendo un trato vergonzoso durante su infancia. (1,4,5)

En las últimas décadas algunos cirujanos trataron la deformidad nasal al mismo tiempo que la fisura labial logrando mejores resultados estético funcionales en la primera oportunidad y que el paciente sea aceptado socialmente sin discriminación. (1,4,5,6,7)

Teniendo en cuenta estas consideraciones y existiendo en nuestro medio pocos trabajos al respecto, es que decidimos realizar un trabajo acerca del empleo de esta técnica quirúrgica conocida como Quellorrinoplastia primaria en el Hospital Nacional...
Daniel Alcides Carrión del Callao, durante el período de un año (Junio 2000- Mayo 2001).
MARCO TEÓRICO

1. CONSIDERACIONES GENERALES

De las malformaciones congénitas que afectan la cara del ser humano, la fisura labial palatina es la más común, ya que se presenta en cualquier nivel socioeconómico, educacional, en todas las razas y causa un trastorno psicológico en el individuo. (8)

La fisura labial ocurre con cierta frecuencia asociado con fisura palatina pero estas anomalías son dos afecciones embriológicamente diferentes, debido a razones cronológicas en el desarrollo del embrión. (9)

La cara normal se desarrolla durante los tres primeros meses de vida intrauterina, y los primeros centros de desarrollo aparecen hacia la tercera semana de gestación. (2,9)

En el embrión normal, la parte de la cara que desarrolla primero se denomina paladar primario y es donde se desarrolla el labio superior, la columela nasal, el alvéolo maxilar y el triángulo de paladar óseo anterior al foramen incisivo o premaxila, durante la cuarta y octava semana. (2,3)

La otra parte de la cara se desarrolla más tarde, entre la octava y duodécima semana por lo que se denomina paladar secundario; en él se desarrolla la porción del paladar óseo situado detrás del foramen incisivo y además el paladar blando o velo del paladar. El foramen incisivo es el punto divisorio entre el paladar primario y secundario. (2,6)

Para la quinta semana todos los primordios que forman la cara ya están presentes en forma de elevaciones que resultan de la proliferación y migración de células ectomesenquimales que se originan en las crestas neurales y se denominan procesos,
los mismos que se encuentran alrededor de la boca primitiva o estomodeo: arriba el proceso frontonasal, a cada lado los procesos maxilares y abajo el proceso mandibular y además hay otras elevaciones en forma de herradura alrededor de dos engrosamientos ectodérmicos que son las placas o plácdas nasales, las mismas que forman fositas nasales precursoras de las fosas nasales. (2,10,11)

Durante la sexta semana se producen casi simultáneamente varios eventos importantes. La formación del labio superior que generalmente queda completo entre la séptima y octava semana, por la fusión en la línea media de los procesos nasomediales que forman la columela nasal y la parte central del labio superior (filtro y arco de cupido) y al mismo tiempo estos mismos procesos se fusionan con los procesos maxilares adyacentes, para formar el resto del labio superior, incluso las crestas filtrales a lo largo de las líneas de fusión. Los procesos nasales laterales que se convierten en las partes laterales de las alas de la nariz, se fusionan con los procesos maxilares encima de los surcos naso ópticos que a su vez forman los conductos naso lacrimales. (2,10,11)

Las mejillas y la musculatura facial se forman por crecimiento lateral de la mandíbula y la penetración del mesodermo que migra a través del segundo arco branquial. El tabique nasal crece a partir de la parte superior de la cavidad oronasal y al mismo tiempo el paladar secundario se origina de la parte medial de los procesos maxilares que crecen en dirección inferior a cada lado de la lengua. Si embargo, a medida que la mandíbula crece se ensancha y la lengua desciende, permitiendo el ascenso de los procesos palatinos que eventualmente se fusionan entre sí en la línea media y también con el tabique nasal y el paladar primario (premaxila) para formar el paladar duro. El paladar blando se forma detrás del paladar duro, por migración posterior del ectomesodermo. El desarrollo completo del paladar se completa entre la décima y duodécima semana. (2)

En general, las fisuras se producen por falta o insuficiente migración y penetración del mesodermo a lo largo de los surcos de la cara en formación, donde debe producirse la fusión de los procesos faciales. Si la invasión mesodérmica es incompleta, se producirá una fisura incompleta. (2,9)

En el paladar primario, la falta de penetración de mesodermo entre los procesos maxilar y medionasal producirá una fisura labial completa, mientras que si hay una penetración insuficiente, se formará una fisura labial incompleta con una banda de Simonart debajo de la narina. (2,9)

Las fisuras labiales no constituyen una entidad homogénea, mas bien son un claro ejemplo de heterogeneidad genética. Este término indica que el mismo defecto puede ser producido por diferentes causas, sean éstas de origen genético, ambiental o mixtas. (2)

De acuerdo a su presentación, podemos separar dos grandes grupos: las fisuras como defecto único (no sindrómicas), y las que forman parte de un cuadro más complejo, con defectos asociados (sindrómicas) (2)

En la fisura labial como defecto único, la mayoría de las veces el defecto es de origen multifactorial. Se ha identificado varios genes que cuando presentan mutaciones o variantes en su secuencia de bases crean labilidad a que se produzca la fisura y probablemente requieran también el aporte de factores ambientales. Las regiones cromosómicas donde se ha identificado genes asociados a fisura labial o labiopalatina
son: 1q, 4p, 4q, 6p, 7q, y 19q. (2)

En cuanto a su frecuencia existe discrepancia pero en términos generales se observa entre 0.8 a 1.6 por cada 1000 nacimientos en la raza caucásica, 2 por mil en la raza oriental y 0.4 por mil en la raza negra. (4,9,12)

Los factores ambientales se reflejan en el hecho de que las fisuras labiales son mas frecuentes en clases socioeconómicas bajas, habiéndose demostrado que la deficiencia nutricional combinada con determinadas características genéticas puede producir el defecto. Recientemente han algunos indicios de que la ingesta de ácido fólico en la época periconcepcional podría reducir la frecuencia de ocurrencia y recurrencia. La altitud sobre el nivel del mar es también un factor de riesgo: a mayor altitud, mayor posibilidad de fisura. (2)

La epilepsia materna y algunos teratógenos como hidantoína, valproato y trimetadiona, aumentan también el riesgo, pero estos fármacos generalmente ocasionan una variedad de defectos, y no solo fisura en los fetos expuestos. (2)

La probabilidad de fisura en un próximo hijo es siempre mayor en la familia en la cual hay ya un caso que en la población general. Se han descrito, excepcionalmente, familias en las que la fisura labial es trasmitida en forma mendeliana, generalmente dominante. Por ello, el fenotipo debe ser estudiado cuidadosamente, así como la genealogía de la persona afectada. Si no hay otros defectos primarios y la genealogía no muestra transmisión claramente mendeliana debe asumirse que se trata de un caso multifactorial. (2)

En la fisura labial asociada a otros defectos debe hacerse una evaluación cuidadosa del fenotipo, y considerar las siguientes posibilidades:

a) Un defecto cromosómico: con frecuencia, pero no siempre, muestra bajo peso al nacer, retardo moderado o severo en el desarrollo, alteración neurológica, malformaciones internas y externas. Se determina mediante un estudio del cariotipo. Este permitirá determinar el riesgo de recurrencia, que en la mayoría de los casos es bajo.

b) Un síndrome causado por mutación genética. Se describen 166 síndromes de trasmisión mendeliana que tienen la fisura labial como una de sus características. El riesgo de recurrencia depende de la forma de herencia (dominante, recesiva, ligada a X), por eso es tan importante el diagnóstico correcto, y es generalmente elevado, a menos que se trate de una mutación nueva.

c) Un síndrome de malformaciones múltiples, de origen multifactorial.

d) Efecto de teratógenos como hidantoína, valproato y trimetadiona.

e) Una disrupción causada por factores mecánicos intrauterinos como las bandas amnióticas.

La fisura labial puede ser:

- Unilateral :derecha/izquierda → completa/incompleta
- Bilateral: completa/incompleta

La fisura labial es más común en el, hombre, siendo la de mayor frecuencia la
izquierda, mientras que en la mujer el lado más afectado es el derecho. (2,4,9)
La historia del tratamiento de la fisura labial se encuentra muy bien descrita en el tratado de Millard, de la cual se puede hacer una síntesis:

Celsus fue probablemente uno de los primeros en describir en detalle los principios y técnica para tratar el labio fisurado. Paré (1510-1590) popularizó el tratamiento, lo mismo hicieron Franco (1505-1579), Tagliacozzi (1597), Velpeau (1838) mediante cierre en línea recta con suturas en figura de 8 alrededor de alfileres.

Von Graefe (1825) y rose (1833) realizan incisiones curvas con concavidades opuestas a lo largo del labio. Thompson (1912) utiliza incisiones rectas oblicuamente situadas en el labio.

Owens (1890), Malgaigne, Mirault (1844), Collis (1868), Jalaguier (1880), Blair (1926), Brown y McDowell (1845) diseñan colgajos triangulares con doble incisión. Hagedorm (1844) sugiere una técnica que tendrá importancia histórica por que sirvió para el posterior diseño que hiciera Le Mesurier (1935), que utiliza un colgajo cuadrangular en lado fisurado.

Tennison (1952) simplifica el método de Le Mesurier y diseña un colgajo triangular inferior. Lo mismo hicieron Marks, Brauer y Bauer (1953), Cronin (1957), Randall y Hagerty (1958).

Millard (1957) introduce la técnica de rotación y avance, cuya gran ventaja es preservar el Arco de Cupido y la sutura ocupa el lugar de la columna filtral, con formación del piso nasal y rotación de la base de ala deprimida, y en una etapa posterior corrige la
nariz mediante la reposición de los cartílagos alares.

Randall (1965) utiliza una adherencia temporal del labio en el tercio superior.

Huffman y Lierle (1949), Skoog (1958) utilizan una combinación de colgajos superior e inferior. Este último le agrega una zeta plastia en la parte alta del labio y corrige la nariz. (3)

De todas las técnicas mencionadas actualmente las que más se utilizan son el colgajo triangular de Tenninson con algunas modificaciones, así como la rotación y avance de Millard. (2,4,9)

En cuanto a su tratamiento actualmente se está realizando lo más precoz posible, llegando incluso a efectuarlo en el feto, pero la mayoría de autores prefieren esperar que el niño se desarrolle unas semanas más después de nacer, ya que como no es una cirugía de urgencia es preferible que el niño esté bien estabilizado y sus tejidos un poco más desarrollados para que la cirugía sea más fácil, generalmente esperando a las 10 semanas, con peso de 10 libras y una hemoglobina de 10. (13,14,15)
CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LA NARIZ FISURADA

Los reparos anatómicos que constituyen una guía al momento de planificar la cirugía son los siguientes:

1. Los cartílagos alares
2. La raíz de la columela
3. Base del ala nasal
4. Borde mucocutáneo
5. Filtrum
6. Arco de Cupido
7. Nervio infraorbitario
8. Alveolo
9. Músculo Orbicular
10. Tubérculo labial.
El borde muco cutáneo en algunos pacientes es muy notoria, bien delineada, en otros es más atenuado, constituye un reparo importante al momento de alinear los bordes fisurados.

El filtrum es una estructura que nace de la base de la columela, ya sea de la línea media o paralela que se dirigen en forma oblicua y divergente, o casi paralelas y llegan hasta el borde muco cutáneo en el Arco de Cupido. Esta estructura es más notoria en algunos pacientes que en otros, tienen dimensiones que varían de persona a persona, entre ambos existe una fosita o depresión como que las separa.

En el Arco de Cupido se proyecta en el punto medio hacia delante una prominencia denominada tubérculo, que es necesario observar en el momento de la reparación.

La raíz de la columela es importante debido a que es el punto de referencia de donde parte el filtrum hacia ambos lados, y hasta donde llegan las incisiones del colgajo de rotación. (2,16,17,18)

En las fisuras labiales los cartílagos alares se encuentran distorsionados; en el lado fisurado está aplanado, suele ser más grande, pero a la vez más débil, está alterada la posición y forma de los mismos, ya que en lugar de un arco redondeado que siga el perímetro de la narina, el cartílago se extiende como un puente que cruza la fisura.

La columela se desvía de la línea media. El piso nasal estará presente e inferior en el lado fisurado en caso de fisuras incompletas, y ausente en los casos completos. La base del ala nasal suele encontrarse lateralizada, en posición más inferior con respecto al lado normal.

El Arco de Cupido se encuentra desviado hacia arriba quedando el tubérculo orientado lateralmente.
CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LA NARIZ FISURADA

El alveolo puede estar desviado total o parcialmente dependiendo del compromiso.

El septum nasal se encuentra desviado y lateralizado hacia el lado normal, en unos casos más que otros fijando la posición de la columnula.

El músculo orbicular de los labios, en todos los casos se encuentra fijado cerca a la base de la columnula a lo largo de la columna filtral en el lado medial, y en el mismo labio en el lado fisurado o lateral. Al momento de ejercer la contracción tienden a distraer más la abertura a nivel de la fisura, lo que demuestra que el músculo orbicular lateralmente no esta fijado a la base del ala nasal.(4)

Muchos autores han descrito las características básicas de la nariz en el labio fisurado y todos concuerdan en lo siguiente: . (2,6,19,20)

1. Hemicolumella corta
2. Base columelar desviada hacia el lado no afectado.
3. Domo alar con menos proyección y desplazamiento lateral.
4. Falta de piso nasal.
5. Arco de la narina demasiado abierto
6. Base alar desplazada
7. Cartílago alar afectado con desplazamiento caudal.
8. Superposición disminuida o ausente entre los cartílagos laterales y los alares.
9. Relación anormal entre los estratos de piel, cartílago y mucosa del ala.

En las fisuras unilaterales donde se ha tratado la fisura labial pero no se ha corregido la deformidad nasal, se encuentra en mayor o menor grado los siguientes problemas:
1. Cartílago alar descendido.
2. Menor proyección y lateralización del lóbulo alar.
3. Escotadura en el borde alar.
4. Bases asimétricas de los orificios nasales.
5. Severa desviación del tabique que incluye a todos los segmentos.
6. Desviación de la pirámide nasal.
TIEMPO EN EL CUAL DEBE REALIZARSE LA CORRECCION DE LA DEFORMIDAD NASAL EN LA FISURA LABIAL UNILATERAL

Durante muchos años este ha sido un tema controversial ya que algunos cirujanos consideraban que era mejor posponer el tratamiento de la deformidad nasal hasta que el niño complete su desarrollo, pensando que la rinoplastia primaria, al momento de tratar la fisura labial interferiría con el crecimiento de ésta, además; decían, que al operar en forma secundaria la nariz, se dispondría sobre todo en los cartilagios, un desarrollo hístico que facilitaría una cómoda disección; por lo tanto ellos preferirían tratar en un inicio solo la fisura labial y corregir la deformidad nasal unos años después; algunos antes de ingresar a la escuela y otros preferían hacerlo a los 13 - 14 años. (1,2,4,7,16,21)

A raíz de esto surgió otra corriente de cirujanos como Millard, Piggot, Skoog, Berkeley, Ortiz - Monasterio , Delairo, Hardesty , Harold Mc Comb y Navarro, quienes no estaban de acuerdo con posponer la corrección nasal, ya que vieron que al no tratarse la deformidad nasal en forma primaria, estas estructuras crecían en forma alterada, siendo por lo tanto su corrección secundaria más difícil; además que el niño crecía con el trastorno psicológico que le producía la deformidad. Por lo tanto ellos preferían tratar la deformidad nasal al mismo tiempo que la fisura labial. (1,2,,4,6,15,16,17,20)
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEFORMIDAD NASAL EN LA FISURA LABIAL UNILATERAL

La mayoría de técnicas quirúrgicas que aparecieron en un principio fueron propuestas para la corrección secundaria así tenemos:

Técnicas que usan incisión en la columela y ala nasal rotando todo en bloque:

Blair (1925), Sheehan (1925), Joseph (1931), Padgett and Stephenson (1,948), Young (1949), Gelbke (1956), Crielair (1959), Berkeley (1.959), Schj1derup (1963), Morel-Fatio and Lalardrie (1966), Wilkie (1969), Dibbell (1982).
Técnicas con movilización y suspensión del cartílago alar:

Mediante éstas técnicas a través de varios tipos de incisiones intra nasales, se logra una adecuada exposición del domo, área medial y lateral del cartílago alar, fijando el cartílago con sutura inabsorbible a su posición normal. Estas fueron descritas por: Guilles and Kilner (1932), Steffenson (1949), de Kleine (1955), Millard (1964), Schwenzer (1973), Sawney (1976), Nishimura and Ogino (1977), Tajima Naruyana (1977), Broadbent and Wolf (1984).

En las últimas décadas varios cirujanos comienzan a idear técnicas para el tratamiento de la deformidad nasal en forma primaria, al mismo tiempo de tratar la fisura labial, siendo la mayoría con incisiones en la mucosa nasal o en la piel. (6,10,16,17)

Skoog propone una técnica en la cual la cirugía nasal se hace antes de operar el labio con incisión inter cartilaginosa, decolando el ala nasal completamente desde su base a la punta (como una rinoplastia), luego se coloca un punto que va desde la base de la cruz lateral a la región medial del cartílago triangular. (17)

Piggot en 1985, presenta una técnica en la que a través de incisiones en la mucosa y piel nasal, coloca el cartílago alar sobre el dorso del septum y cartílago lateral superior al mismo tiempo de operar la fisura labial. . (16)

En 1975 en el 6to. Congreso Internacional de cirugía Plástica y Reconstruictiva, Harold Mc Comb presenta una técnica en la cual logra restituir el cartílago alar deformado aprovechando las incisiones para el tratamiento de la fisura labial, es decir no hace incisiones adicionales en la nariz, publicando posteriormente varios trabajos con el seguimiento de sus pacientes. (1)

Posteriormente otros cirujanos publicaron otros trabajos con el uso de la misma técnica con buenos resultados. (6,7)

En el año 1997 el Dr. Carlos Navarro, describe la técnica de Queilorrinoplastía primaria, en la cual obtiene buenos resultados, con un seguimiento de varios años. (2)
PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

"Utilidad de la Queilorrinoplastia primaria en el tratamiento de la fisura labial unilateral con deformidad nasal. Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” Callao, Junio2000 - Mayo 2001".

FUNDAMENTOS Y JUSTIFICACIÓN:

FUNDAMENTOS

La corrección de la deformidad nasal en fisuras labiales es un tema poco investigado en este hospital y pocas veces evaluado en nuestro medio.

La fisura labial es una patología importante y relativamente frecuente, por lo que debe ser sometida a permanente estudio y continua revisión.
JUSTIFICACIÓN

Las variadas, técnicas que existen para el tratamiento de la deformidad nasal en fisura labial unilateral han sido descritas para realizar su corrección secundaria; en las últimas décadas algunos cirujanos han comenzado a idear técnicas para el tratamiento de la nariz al tiempo de reparar la fisura labial unilateral y dentro de éstas, la técnica de Queilorrinoplastía primaria justifica el interés por el tema.

OBJETIVOS:

GENERALES

- Conocer la incidencia de fisura labial unilateral por sexo, así como su distribución por grupo etáreo en el HNDAC - Callao.
- Conocer su incidencia de acuerdo a su localización en el labio.

ESPECIFICOS

- Conocer las características anatómicas de la deformidad nasal en labio fisurado unilateral.
- Conocer las diferentes técnicas quirúrgicas para su corrección primaria.
- Describir paso por paso la técnica de Queilorrinoplastía primaria para el tratamiento de fisura labial unilateral con deformidad nasal.
- Conocer los resultados obtenidos con el uso de esta técnica en el HNDAC Callao.

MATERIAL Y MÉTODOS:

MATERIAL

Se evaluaron 14 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Fisura Labial Unilateral que fueron tratados en el servicio de Cirugía Plástica y Quemados de HNDAC - Callao entre Junio 2000 y Mayo del 2001, recogiéndose información sobre edad, sexo, localización de la fisura y resultado obtenido en la deformidad nasal con el uso la Técnica de Queilorrinoplastía primaria.

MÉTODO

Metodología de la investigación:

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en los pacientes con fisura labial unilateral
en los que se trató la deformidad nasal en forma primaria con la técnica de Queilorrinoplastia primaria, a quienes se les llenó una ficha de recolección de datos. (ANEXO N° 1)

Técnica Quirúrgica:

La técnica de Queilorrinoplastia Primaria se realiza en dos momentos:

1. **Corrección Primaria de la nariz.**

Normalmente la cúpula de los cartilagios alas monta completamente alrededor de la punta nasal. En los pacientes con fisura labial, dicho cartílago se encuentra rotado caudalmente y la columna desviada hacia el lado contralateral. La raíz del ala nasal está también muy desplazada hacia abajo, y se hace más evidente por la gran rotación de la premaxila hacia arriba medialmente, y la nariz alargada sobre el lado de la fisura, por lo que los cartílagos alares constituyen la clave para el tratamiento de la deformidad. El tratamiento primario consiste en corregir la rotación caudal del cartílago alar llevándolo hacia arriba y hacia atrás colocándolo por encima del cartílago lateral o triangular.

La técnica se inicia con:

1. Incisión marginal en el lado fisurado.
2. Disección del cartílago alar por encima del mismo
3. Identificar el cartílago alar del lado normal, visualizar una parte del septum y cartílagos laterales en su parte alta y distal.
4. La disección se extiende por la columna y lateralmente hasta la base del ala nasal, el objetivo es liberar los tejidos y permitir subir el cartílago alar en sentido superior y posterior de tal manera que queden por encima del cartílago lateral, como ocurre en el lado normal.
5. Unir los domos de los cartílagos con uno o dos puntos, fijándolos también al dorso septal distal.
La incisión marginal permite un abordaje amplio, observando el cartílago contralateral y el dorso en su parte distal para colocar los puntos en una posición correcta bajo visión directa.

El crecimiento de los cartilagios alares y del propio septum nasal no se altera, tampoco el desarrollo facial integral tal como se demuestra en el seguimiento a largo
plazo.

Los puntos de sutura para fijar el cartílago alar deben sobre corregir la posición del cartílago alar del lado fisurado, por que el seguimiento a largo plazo demuestra que tiende a dirigirse a su posición inicial. (2)

2. Corrección del labio:

El labio se repara con la técnica de Rotación y Avance de Millard.

1. La incisión medial se inicia en la raíz de la columela en la línea media y se dirige hacia el punto 3 del Arco de Cupido, siguiendo una línea curva, permitiendo la rotación del labio.

2. El colgajo C se forma por la continuidad de la incisión en el borde mucocutáneo hacia la fosa nasal.

3. El colgajo de avance tiene una incisión transversal en la base del ala nasal, que no debe sobrepasar la raíz ni extenderse lateralmente.

4. Incisión en el lado fisurado o lateral en el borde mucocutáneo desde el borde labial hasta la fosa nasal.

5. Identificación de la estructura muscular.

6. Disección amplia por debajo del músculo sobre el maxilar superior, extendiéndose hasta el área infraorbitaria.

7. Liberar el músculo en dos o tres porciones

8. La disección se conecta con la nariz para soltar totalmente los tejidos.

9. Incisión en el lado medial, desde la raíz de la columela y oblicua hasta el punto 3 del Arco de Cupido, que corresponde al segmento de rotación, exponiendo al músculo y construyendo el colgajo C que solo debe ser cutáneo.

10. Al levantar el colgajo C inmediatamente se observa el músculo orbicular.

11. Liberar el músculo de su inserción anómala y colocarla en sentido transversal.

12. Al liberar el músculo en la parte medial, se realiza una pequeña incisión que se dirige hacia abajo (back cut) que mas o menos se ubica a la altura de la raíz de la columela.

13. El espacio que ocupaba la inserción del músculo medialmente y el “back cut” es ocupado por uno de los haces que viene del lado contralateral, permitiendo la rotación del labio hacia abajo aplicando el concepto de que la rotación se realiza a expensas del músculo y no de la piel.

14. El músculo se divide por lo general en dos haces.

15. Sutura muscular interdigitando los segmentos tanto lateral como medial.

16. Afrontamiento cutáneo, para lo cual es necesario crear un ángulo en el colgajo de avance que coincida con el ángulo medial en la raíz de la columela, evitando la sutura lineal que tiende a retraer. En algunos casos la coincidencia es buena, sin embargo es posible que sea necesario realizar una pequeña zeta con el mismo objetivo de romper la
sutura lineal.

17. Sutura del borde mucocutáneo en el Arco de Cupido.

18. Sutura de la piel.

19. El resultado final que se debe obtener es una sutura que se inicia en el punto 3 del Arco de cupido que continúa ocupando el lugar de la columela, finalizando en forma oblicua hacia la fosa nasal.

20. Cuando sea necesario realizar la incisión del colgajo de avance, ésta no debe sobrepasar la raíz del ala nasal.

21. La base del ala nasal se sutura con puntos que se inician por dentro, salen hacia el surco nasolabial y regresan por el mismo orificio, quedando el nudo interno, esto permitirá de las dos capas separadas se unan en una nueva posición definiendo los surcos y las eminencias del piso nasal.

22. La columela de encontrarse desviada hacia el lado normal debe quedar medial o sobrecorregida hacia el lado fisurado, con la fosa nasal más pequeña, debido a que tiende a ensancharse a medida que pasa el tiempo, por el déficit de tejido existente en el piso nasal y por tanto quedar como el lado contralateral.

23. Las suturas empleadas en la mayoría de pacientes son reabsorbibles, Vycril o Dexon 5/0 para todas las estructuras musculares y mucosa. La piel es suturada con catgut de reabsorción rápida 6/0.

24. En la parte húmeda de la mucosa labial se realiza una incisión a manera de “Zeta” para interdigiditar pequeños colgajos que no se aprecian en la vista frontal, rompiendo el estigma o “muesca” que pudiera quedar.

25. Finalizada la operación se aplica tintura de Benjuí y micropore.
Se recomienda la infiltración de anestésico local en toda el área operada para evitar el dolor postoperatorio, el llanto y permitir la administración de alimentación apenas se halla recuperado de los efectos de la anestesia general. (2)

Los resultantes de la corrección nasal se evidencian de inmediato: el cartílago alar se desplaza a una posición más alta, similar a la del lado normal y adquieren simetría los domos alares y las narinas. (2,3)
RESULTADOS

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se han estudiado 14 pacientes con fisura labial unilateral en quienes se usó la técnica de Quilorrinoplastia primaria para la corrección de la deformidad nasal, al tiempo de reparar el labio desde Junio 2000 a Mayo 2001.

Los hombres fueron mayormente comprometidos con el 64.3 %. (CUADRO N°1)

El mayor porcentaje de pacientes tratados fueron de tres a seis meses, pero también se llegaron a tratar pacientes de mayor edad, hasta el año. (CUADRO N°2)

Predominaron las fisuras labiales izquierdas con el 78.6 %. (CUADRO N°3)

Las fisuras labiales completas se presentaron en el 85.7%. (CUADRO N°3)

Un 85.7% de los pacientes operados fueron considerados con resultados buenos, 14.3 % con resultados regulares. (CUADRO N°4)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sexo</th>
<th>VARONES</th>
<th>%</th>
<th>MUJERES</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td>9</td>
<td>64.3</td>
<td>5</td>
<td>35.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CUADRO N° 1. INCIDENCIA DE FISURA LABIAL EN RELACION AL SEXO
CUADRO Nº 2. INCIDENCIA DE FISURA LABIAL EN RELACIÓN A LA EDAD

CUADRO Nº 3. INCIDENCIAS DE FISURA LABIAL EN RELACIÓN A LA LOCALIZACIÓN

CUADRO Nº 4. RESULTADOS POST CIRUGÍA

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>VARONES</th>
<th>MUJERES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bueno</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Regular</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Pobre</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CASO Nº 1

PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
CASO Nº 2
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
CASO Nº 3
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
RESULTADOS

CASO Nº 4
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO

CASO Nº 5
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
RESULTADOS

CASO Nº 6
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO

CASO Nº 7
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
RESULTADOS

CASO N° 8
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
CASO N° 9
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
RESULTADOS

CASO N° 10
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
CASO Nº 11
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
RESULTADOS

CASO N° 12
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
CASO N° 13
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
RESULTADOS

CASO N° 14
PREOPERATORIO

POSTOPERATORIO
DISCUSIÓN

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se han estudiado 14 pacientes con fisura labial unilateral en quienes se usó la técnica de Queilorrinoplastia primaria para la corrección de la deformidad nasal, al tiempo de reparar el labio desde Junio 2000 a Mayo 2001.

Se observa que el sexo masculino y la localización izquierda predomina en estos pacientes concordando con otros estudios.

La edad de los pacientes en que fueron tratados, la mayoría se realizó dentro de los seis primeros meses, esperando que el paciente se estabilice y tenga mejor desarrollo de sus tejidos facilitando la cirugía.

Si la cirugía se realiza en los 3 primeros meses de vida, los resultados obtenidos son mejores que si son operados de mayor edad.

La técnica de Queilorrinoplastia primaria es fácil de realizar y permite una fácil reposición del cartílago alar a su posición normal.

Consideramos que la Queilorrinoplastia primaria proporciona una óptima corrección de la deformidad nasal al mismo tiempo de reparar la fisura labial unilateral, siendo el mejor tratamiento que le podemos brindar a estos pacientes.
RECOMENDACIONES

Cuando nace un niño con labio fisurado, se debe educar a los padres para que lo hagan operar de ser posible, a los tres meses de edad, y no después de unos años cuando el niño ha crecido y la deformidad está más definida.

Se debe indicar al Recién Nacido con labio fisurado el uso durante las primeras semanas de vida del "Gorro para Fisurados" y hacer interconsulta al odontólogo para lograr un buen alineamiento preoperatorio del maxilar, para evitar que estas estructuras sean groseramente desplazadas al momento de reparar el labio.

En todo niño con labio fisurado se debe tratar la deformidad nasal al mismo tiempo que la fisura labial y no diferir esto para después.

Realizar un seguimiento de los pacientes operados con esta técnica, de ser posible hasta que sean adultos, para verificar los resultados a largo plazo como lo hicieron otros autores (Mc Comb, Ortiz-Monasterio, Navarro).


COIFFMAN F.: Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Vol I Salvat Editores S.A.,

Barcelona, 1986. p. 686-724,
ANEXO Nº 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Fecha:..............................................................................................................................
   HCL:..............................................................................................................................

2. Datos del paciente:
   Nombre:...........................................................................................................................
   Fecha de Nacimiento:.......................................................................................................  
   Sexo...................................................................................................................................
   Lugar de Nacimiento:..........................................................................................................  
   Departamento - Provincia - Distrito - Localidad
   Lugar de procedencia:.........................................................................................................
   Departamento - Provincia - Distrito - Localidad
   Peso al nacer:.....................................................................................................................
   Talla al nacer:......................................................................................................................
   Patología asociada:
   1. Desnutrición
   2. Retardo mental
3. Alteraciones de conducta

4. Discapacidad física

5. Otra malformación: ........................................................................................................

Cirugía previa realizada: SI / NO

Diagnóstico inicial: ........................................................................................................

Edad al momento de la intervención: ..............................................................................

3. Datos familiares:

Antecedentes en la familia de la misma patología: .....................................................

Lugar de residencia durante el primer trimestre del embarazo: .....................................

4. Diagnóstico del paciente:

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Fisura labiapalatina completa unilateral</th>
<th>Derecha</th>
<th>Izquierda</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Fisura labial Unilateral completa</td>
<td>Derecha</td>
<td>Izquierda</td>
</tr>
<tr>
<td>compromiso alveolar</td>
<td>Presente</td>
<td>Ausente</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Fisura labial unilateral incompleta</td>
<td>Derecha</td>
<td>Izquierda</td>
</tr>
<tr>
<td>compromiso nasal</td>
<td>Presente</td>
<td>Ausente</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Fisura labial bilateral</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Otro</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. Procedimiento realizado: ..............................................................................................

6. Condición al alta: ..............................................................................................................