

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL
LABIO LEPORINO SIMPLE**

T E S I S

presentada a la Junta Directiva de
la Facultad de Ciencias Médicas de
la Universidad de San Carlos de
Guatemala, por

Carlos Francisco Maza Arellano

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, FEBRERO DE 1956

MARZO
ABRIL
MAYO

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL LABIO LEPORINO

UNIDAD I

CONSIDERACIONES GENERALES

- a) Concepto
- b) Embriología
- c) Anatomía
- d) Histología

UNIDAD II

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

UNIDAD III

RECONSTRUCCION PLASTICA

- a) Historia
- a) Operación de Axhauser-Hager-
dorn Le Mesurier
 - I) Selección de la mejor edad
 - II) Preoperatorio
 - III) Anestesia
 - IV) Técnica Quirúrgica
 - V) Cuidados post-operatorios
- c) Estadística Hospital General.

CONCLUSIONES

El labio leporino es una afección congénita que se debe a una deficiencia de fusión de las fisuras que separan los elementos que en el embrión contribuyen a formar la cara, que no reconoce en la actualidad una etiología determinada y única, y que puede ser reparada con buenos resultados por métodos quirúrgicos adecuados.

Es fundamental el conocimiento detallado de la región labial para que la reparación de la fisura sea un éxito y evitar de esta manera los defectos secundarios. Con este objeto haremos una revisión de la Embriología, Anatomía e Histología de la región labial.

EMBRIOLOGÍA.

La cara se desarrolla a expensas del primer arco branquial y del mamelón o tubérculo frontal.

El primer arco branquial llamado arco facial o mandibular, es el primero que aparece en el embrión. Al principio es único, pero luego se divide en dos arcos superpuestos bifurcando su extremo anterior. Estos dos arcos secundarios reciben los nombres de mamelones maxilares superior e inferior y tienden a soldarse en la línea media con sus homólogos del lado opuesto.

El mamelón frontal se interpone entre los dos mamelones maxilares superiores y presenta en el curso de la tercera semana, una escotadura que divide su borde inferior en dos prolongaciones que reciben el nombre de prolongaciones nasales. Al final de la tercera semana cada mamelón nasal se subdivide en dos mamelones secundarios, los mamelones internos y externos.

De manera que la futura boca es una anchura abierta de forma rectangular, alargada transversalmente y limitada arriba por el mamelón frontal dividido en sus cuatro mamelones nasales secundarios, abajo por los dos mamelones maxilares inferiores, y lateralmente, por los dos mamelones maxilares superiores.

La cara se constituye por la coalescencia hacia la línea media de los diversos mamelones. Los dos mamelones maxilares superiores marchan uno hacia otro y se encuentran en la línea media, con los mamelones nasales resultantes del mamelón frontal.

Los dos mamelones nasales internos que están separados por una línea media, son unidos por la progresión de los mamelones maxilares superiores y se unen luego en una masa media que constituye el maxilar incisivo, primer rudimento del hueso intermaxilar. Los dos mamelones nasales externos forman las masas laterales del etmoides, el hueso ungüis y los huesos propios de la nariz.

En una época de la vida embrionaria, la cara ósea y las partes blandas están separadas por hendiduras que son las siguientes:

En la línea media y en la línea media superior de los dos mamelones maxilares inferiores, dicha hendidura desaparece a fines del segundo mes.

En la parte inferior de la línea media, hay una fisura formada por la aproximación de los dos mamelones maxilares inferiores, los cuales se fusionan al vigésimo día.

- 3) La hendidura intermaxilar situada entre los mamelones maxilares superior e inferior.
- 4) La fisura que separa el mamelón frontal del mamelón maxilar superior y recibe el nombre de fisura bilateral.

La soldadura normal de estos mamelones se detiene, las hendiduras persisten y dan lugar a diferentes vicios de conformación entre los cuales el más sobresaliente es el que se ha designado con el nombre de labio leporino.

c) ANATOMIA:

La región labial es impar y central, más ancha que alta y comprende todas las partes blandas que constituyen los labios. Forma la parte anterior de la cavidad bucal y está limitada: arriba por la extremidad superior del subarque, el borde de las ventanas nasales, la extremidad posterior del ala de la nariz y el surco nasogeniano que se dirige oblicuamente de dentro afuera y de arriba a abajo; abajo por un surco transversal, el surco mentolabial prolongado a derecha e izquierda hasta la línea vertical que limita por dentro la región geniana; lateralmente la línea vertical mencionada que pasa a diez o doce milímetros por fuera de la comisura de los labios.

Los labios en número de dos se unen por fuera para formar las comisuras y circunscriben la abertura bucal. Los dos labios descansan sobre los arcos dentales y las encías, son ligeramente convexos en sentido transversal. Verticales en los sujetos de raza blanca y son más o menos salientes y vueltos hacia afuera en los negros.

El labio superior presenta en la línea media una depresión en forma de óvalo, el surco infranasal o filtro, que está limitado por dos delicadas crestas denominadas crestas filiales que representan espesamientos dérmicos provocados por el mismo tenismo muscular o independiente de él. Su desaparición paulatina con el correr del tiempo es atribuida a la atrofia del tejido elástico; por su constitución son imposibles de imitar quirúrgicamente.

En cuanto al borde rojo o mucoso se halla limitado por un relieve cutáneo de color más claro que el resto de la piel, es una línea que se ha llamado Arco de Cupido. Es a LINEA es la que acentúa la normal prominencia del labio superior sobre el inferior y se puede reconstruir pero no imitar con cicatrices quirúrgicas. En la parte media del borde rojo existe una saliente más o menos desarrollada que se llama tubérculo mediano y que prolonga hacia abajo la depresión filtral. Este

La estructura de los labios comprenden las siguientes capas: La piel, muy resistente, adhiriéndose íntimamente a los fascículos musculares subyacentes, los cuales toman la mayor parte de sus puntos de apoyo en la cara profunda de la piel.

Tejido celular subcutáneo, existe en las partes laterales de la región, faltando en la línea media, en la que la dermis se adhiere íntimamente a los músculos subyacentes.

La capa muscular, formada en su mayor parte por el músculo orbicular de los labios. Este músculo está dispuesto alrededor del orificio bucal a la manera de un anillo aplastado, con diámetro transversal mayor. Se divide de ordinario en dos porciones: una porción superior o semiorbicular superior, que ocupa el labio superior, y una porción inferior o semiorbicular inferior que se encuentra en el labio inferior. Ambas están constituidas por fibras arciformes que se extienden transversalmente de una comisura a la otra y cuya concavidad mira al orificio bucal. Estas líneas arciformes se insertan en la línea media y sus inmediaciones, a la vez en la piel y en la mucosa bucal, al llegar a la comisura se entrecruzan las superiores con las inferiores primeramente después con las fibras del buccinador, para terminar, parte en la cara profunda de la piel, parte en la cara profunda de la mucosa. Al orbicular van a unirse, a título de fascículos accesorios las extremidades de una porción de otros músculos, que se encuentran alrededor de los orificios siendo todos éstos dilatadores. Solamente el orbicular, es constríctor y cuando está paralizado el orificio bucal no puede cerrarse.

La capa glandular está constituida por una multitud de glándulas salivales, llamadas glándulas labiales que forman una capa casi continua.

La mucosa labial tapiza regularmente toda la región; se continúa con el borde libre con la piel, del lado del borde adherente con la mucosa de las encías, formando el surco gingivolabial. En la línea media forma un pequeño repliegue triangular: el frenillo del labio.

Vasos y nervios: Las arterias están representadas por un círculo arterial resultante de la anastomosis de las dos arterias coronarias de los labios; situado muy cerca del borde libre entre la capa muscular y la capa glandular. Las venas, la mayor parte subcutáneas, son independientes de las arterias. Los linfáticos se dirigen: los laterales hacia los ganglios submaxilares y los medianos hacia los ganglios suprahioides.

Rige la función motora de los labios el nervio facial y la función sensitiva el nervio trigémino. La anestesia del labio superior se obtiene bloqueando el nervio infraorbitario y la del labio inferior el nervio mentoniano.

40 HISTOLOGÍA:

El labio leporino está formado por las siguientes capas histológicas:
La **capa epidérmica** de aspecto normal, en la que se ven folículos.

Deficiencias de yodo han causado, en el mismo, ni-
drocefalia y sordera en los humanos.

Deficiencia en vitamina A, particularmente en las ratas de labora-
torio, han producido: enoftalmia, microftalmia, anomalías genito uri-
narias y paladar hendido. En el cerdo esta misma avitaminosis ha
producido labio y paladar hendidos. La deficiencia de vitamina D, ha
causado deformidad en el tejido blando del riñón, pero no se ha llega-
do a comprobar, que su deficiencia pueda dar origen al labio leporino y
paladar hendido. En cambio la vitamina B2, ha sido definitivamente
culpada de la producción de las mismas anomalías. Se mencionan tam-
bién como culpables, deficiencias en biotina, ácido pantoténico, etc.

Exceso en la administración de químicos: tales como sulfanilami-
das, antifólicos, arsénico, bario, selenio, etc.

Anoxia: la hipoxia ha sido mencionada como factor causante en
las anomalías y muertes fetales. El feto varía con el grado de anoxia
placento-materna y el estado de la gestación en el cual ocurre la anoxia.

Infecciones: el efecto de las infecciones contraídas durante el em-
barazo en la producción de anomalías en los hijos, ha sido ampliamente
tratada y solamente mencionaremos algo al respecto. Concerniente a
las infecciones en general Hartman y Kennedy reportaron en una larga
serie, 5.4% de anomalías congénitas en hijos procedentes de madres
que estuvieron enfermas durante el primer tercio del embarazo y 5.2%
de anomalías congénitas en hijos de madres que no sufrieron de esas
enfermedades. Tampoco hubo alguna diferencia significativa en em-
barazo a término, premadurez e hipermadurez. Sin embargo, en caso
de rubeola se ha encontrado una relación definitiva entre la incidencia
y la intensidad de la enfermedad durante el primer trimestre del em-
barazo, dando lugar a cataratas congénitas, enfermedades cardíacas,
sordera, mudismo y microcefalia. A pesar de todo, poco tiempo des-
pués de los primeros casos reportados durante la epidemia de rubeola
en Australia (1940), ha surgido la duda de que sea la rubeola en sí
la responsable de las anomalías, sino más bien se cree que sea el re-
sultado de la toxemia materna la que repercute en la anoxia fetal.

Otras enfermedades que han sido señaladas son: la toxoplasmo-
sis que produce hidrocefalia y microcefalia y el virus del New Castle que
produce deformidades ópticas y óticas en el pollo.

Edad de la madre, orden de nacimiento, frecuencia de los niños:
Hegnauser en 140,000 nacimientos reporta que las mujeres que dan a luz
entre las edades de 36 a 40 años, tienen el doble de niños deformes y
aquellas que tienen más de 40 años, tienen tres veces más niños de-
formes que las madres jóvenes. La incidencia fue más alta en multi-
paras, sin embargo, pudo haber sido el resultado de la mayor edad de
las madres.

Makosky dice que la incidencia de hendiduras es significati-
vamente más alta en el primogénito 38%, 26% en el segundo hijo y 12%
en el tercero. Buchi en 167,000 partos encontró 2,600 malformaciones di-
vidiendo el porcentaje de todos los casos de una sola malformación en
una edad determinada, entre el porcentaje de todos los nacimientos nor-
males en el mismo grupo de edad, pudo demostrar lo siguiente: en el

...de edades mayores de 35 años, la frecuencia de labio y paladar hendidos fue de 0.10 a 1.10; en el de 35 a 39 años, fue de 1.10 y en el de 40 años fue de 1.64.

No está demás advertir que estas cifras estadísticas no son aceptadas por algunos autores, para explicar la etiología del labio leporino y el paladar hendido, a pesar de que en algunos trabajos de los más antiguos, se encuentra ocasionalmente el factor edad en los padres o gran diferencia de la edad de los padres, como una posible causa de la deformidad de labio y paladar hendidos.

Estos autores sostienen que aparentemente la edad de los padres no tiene ninguna influencia en el desenvolvimiento de dichas anomalías.

Han llegado a la conclusión, de que el factor en los humanos, del cual hay evidencia es la herencia. Los cirujanos que trabajan con la deformidad de hendiduras, han notado la presencia de deformidades similares en los padres o parientes del enfermo. Así W. Davis en Filadelfia encontró una historia positiva en el 57% de su material en 1923. Sanders en Rotterdam, Holanda encontró 44.5% en 1934.

Rayos X: aunque han habido varias anomalías congénitas inducidas en ratas por rayos X no hay evidencia directa de que las radiaciones en los ovarios maternos humanos, antes de la concepción, produzcan malformaciones en el niño.

Nitrógeno mostaza: usado experimentalmente ha demostrado ser causa de paladar hendido, hidrocefalia y espina bífida.

PA TO G E N E S I S D E L L A B I O Y D E L P A L A D A R H E N D I D U R O

Hay tres teorías de la patogénesis de hendiduras faciales: la clásica de fusión de procesos faciales. Otra, la de penetración mesodérmica y la tercera es la ecléctica que incluye a las dos anteriores.

La teoría clásica, sostenida y desarrollada a fines del siglo XIX, a la luz de nuevas investigaciones ha sido cambiada.

Aproximadamente de cada 700 niños, uno nace con anomalías del labio o del paladar; se piensa que estas anomalías se establecen alrededor de la 6a. semana de la vida embrionaria, época en la cual el aborto es frecuente pero pasa inadvertido.

Teoría Clásica: Esta teoría separa el desarrollo del tercio central de la cara y de la premaxila del desarrollo del paladar duro y suave. De acuerdo con esta teoría la cara, arriba de la cavidad oral, está subdividida en numerosas masas peninsulares de ectodermo y mesodermo, rodeadas de espacios libres o hendiduras. Se ha mantenido que estos procesos, crecen, se encuentran, y fusionan de una manera similar a la curación de una herida. Cualquier inhibición de esta sucesión de elementos causaría una persistencia de la hendidura.

Teoría de la Penetración Mesodérmica: hay dos concepciones, la de Veau y la de Maurer y Hoepke.

De acuerdo con la teoría de penetración mesodérmica, la cavidad oral se invagina y la membrana oral desaparece; no existen hendiduras o procesos en el tercio central de la cara. Los agujeros nasales se forman y ahondan permaneciendo separados de la boca por la membrana buconasal, esta membrana se rompe formando la primera cavidad, así como el camino nasal por donde pasa el aire se arquea sobre el paladar primitivo o pared epitelial, el cual es un alargamiento del prolabio, premaxila y los dientes incisivos. De acuerdo con esto, el paladar primitivo es una pared epitelial entre la cual penetra el mesodermo de cada lado, para completar el desarrollo normal del tercio inferior de la cara.

Veau, especifica su concepto de la patogénesis de hendiduras faciales a consecuencia de que el mesodermo falla en invadir la delicada pared epitelial para formar el labio superior y la premaxila. Esta pared se adelgaza, partiéndose completa o incompletamente. Basa su teoría sobre la presencia clínica de la banda de Simonart, la cual cree que representa la pared epitelial incompletamente penetrada por el mesodermo y que es el resto degenerativo del epitelio.

Maurer y Hoepke, creen que la fusión del proceso facial, es el mecanismo del desarrollo normal de la parte central de la cara. Dicen que si una hendidura patológica ocurre por una fusión interrumpida, el cuerpo hará más tarde una tentativa de cerrar la hendidura por medio de la penetración mesodérmica.

Esencialmente hay varias observaciones clínicas que contradicen la teoría clásica:

1o. Presencia de la banda de Simonart.

2o. Algunos pacientes presentan un paladar intacto macroscópicamente, pero poseen rinofalia, que supone un trastorno en la musculatura del paladar.

CLASIFICACION DE LAS HENDIDURAS:

Desde el punto de vista quirúrgico, puede establecerse la clasificación de las fisuras como sigue:

- 1) Fisura simple unilateral del labio, que puede ser parcial, subtotal o total.
- 2) Fisura simple bilateral del labio superior.
- 3) Fisura unilateral completa del labio asociada con frecuencia con fisuras de la apófisis alveolar del maxilar y del paladar.
- 4) Fisura bilateral completa del labio, de la apófisis alveolar del maxilar y generalmente también del paladar.

UNIDAD III

RECONSTRUCCION PLASTICA

RECONSTRUCCION UNILATERAL DEL LABIO LEPORINO SIMPLE

HISTORIA: en 1884-92 Hagendorn presentó su técnica de reparación del labio leporino por el colgajo triangular. Más tarde LeMesurier describió su técnica del colgajo triangular del lado de la hendidura en un trabajo publicado en 1949, que está basado en la técnica de Hagendorn y modificada más tarde en 1952.

En 1945-49 Brown y McDowell, describieron el colgajo triangular simplificando la técnica de Blair-Mirault.

Steffenson en 1949 basado en el método de Hagendorn, sugiere la standardización de un método para los labios leporinos simples, también presenta el método con Ferris Smith para la reparación del labio asociado a la deformidad nasal.

Recientemente Tenninson, describe el método en el cual los puntos de las incisiones son marcados con lápiz dermatográfico y el labio es cerrado en zig-zag.

En los últimos cuatro años una ligera modificación de la técnica de LeMesurier ha sido usada, con la técnica de Blair-Mirault aparecen más tarde los defectos en algunos casos presentando discontinuidad del borde del labio, tendencia a caer de uno de los bordes del labio reconstruido. Muchos de esos labios son muy largos en sentido vertical y estrechos en sentido horizontal.

Independientemente de la técnica usada y de las innovaciones introducidas, no hay que olvidar que el material de sutura, la técnica operatoria y los instrumentos quirúrgicos, contribuyen a que la cicatriz sea menos visible.

OPERACIÓN DE LA FOSA NASAL, modificada, según el principio de Hagendorf-Lemesurier para el labio leporino.

Los principios modernos para la reconstrucción del labio leporino tienden a cerrar la hendidura y a corregir las deformidades a su alrededor: desviación de la nariz, aplanamiento de la fosa nasal, cordada y aplanamiento del labio. Cuando no es posible reconstruir la fosa nasal durante la operación inicial, se prefiere posponer la conformación del cartilago nasal hasta que el niño tenga cinco o más años.

En esta operación un colgajo cuadrangular se usa desde el lado de la hendidura y llevado hacia abajo sobre el lado mediano de ésta, para que ajuste en la excavación creada por el filtrum. Algunos de los que ahora usan el colgajo cuadrangular, usaban antes el colgajo triangular de Mirault, Blair, Brown y McDowell, porque han notado que con este método se llena adecuadamente el tercio inferior del labio y que el cambio de dirección de la cicatriz en una línea quebrada evita la formación de depresiones.

La operación se divide en las siguientes etapas: primero, diseño de las incisiones labiales. Segundo, formación del piso de la fosa nasal. Tercero, corrección del desplazamiento alar. Cuarto, corrección del desplazamiento septal y quinto, cierre del labio.

- 1o. Aunque es posible crear una depresión cuadrada en el lado del filtrum y un colgajo cuadrangular en la pared lateral, para que ajuste en esta depresión sin dibujos anteriores, es más exacto planear las incisiones anteriormente. Sin embargo, las verdaderas incisiones se hacen después, es decir, cualquier momento después de la segunda etapa o se puede esperar hasta la quinta etapa de la operación si las marcas resultaran malas.
- 2o. El piso de la nariz se reconstruye solo anteriormente, es decir no más atrás. Es construido utilizando los colgajos rotados, tomados de las paredes laterales de la hendidura. La hendidura detrás del proceso alveolar permanece abierta hasta que se repara el paladar.
- 3o. Para la reparación de una fosa nasal bien formada, es necesario movilizar el ala desplazada lateralmente y unir la columela al tabique al lado del tubérculo. En este lugar particular, el lado receptor se prepara previamente, por la herida que resulta de volver el colgajo mediano para la formación del piso nasal. Para facilitar la aproximación del ala al lugar receptor, la punta de ésta es movilizada como un pequeño colgajo.
- 4o. El desplazamiento mediano extra del tabique, es corregido avanzando la membrana mucosa a lo largo del surco mediano gingivo-labial, seguida por un desplazamiento de la mejilla.
- 5o. Antes del cierre del labio, un colgajo del borde vermilion debe hacerse de cada lado de la hendidura. El colgajo mediano ya está parcialmente formado, extendiéndose ahora sobre la línea de la figura uno, a través del filtrum y paralelo al borde del vermilion y cortando la línea vertical de puntos de la figura número uno. Luego

Se corta el colgajo lateral del vermillion a D 1/2 de la línea A-C. La sutura es mejor hacer la incisión entre A y B y C y B. En la sutura de la mucosa se debe unir el punto B al punto C y en la sutura de la piel se debe unir el punto A al punto C. Antes de que la sutura de la mucosa sea hecha se debe unir el punto B al punto C. La sutura de la piel se hace después de que la sutura de la mucosa sea hecha. El labio es succionado y seccionado primero la membrana mucosa, luego la capa muscular y finalmente la piel. La sutura más baja de la piel une los puntos c y c' de las figuras 1 y 3. Se vuelve evidente que los dos extremos de las heridas son de longitud desigual (la lateral es más corta, si en un principio la incisión no se extendió completamente hasta c) es posible corregir el defecto alargando el borde lateral del colgajo del vermillion. El próximo paso es ajustar el borde lateral del colgajo del vermillion entre la rama del lado medio, acortándolo adecuadamente.

Selección del mejor tiempo (edad) para la operación

Se acostumbra reconstruir el labio leporino tan pronto como la salud del niño lo permita, prefiriéndose hacerlo entre las 6a. a 8a. semanas después del nacimiento. El peso de siete libras se considera como mínimo para la operación y es muy importante que se haya visto aumento de peso. Si el niño se ve saludable se pueda hacer con menos peso. El cuadro sanguíneo debe ser normal como mínimo de 12 por ciento de Hb y el niño no debe estar padeciendo de infección respiratoria, diarrea, ictericia o lesiones pustulosas de la cara.

Preoperatorio:

1) Darle veinticinco miligramos de ácido ascórbico dos veces al día, desde el nacimiento hasta el día de la operación. Vit. K 5 mg. 5 días antes.

2) La fórmula láctea se da ocho horas antes de la operación. Agua y soluciones dextrosadas se pueden dar dos horas antes de la operación.

3) No se administran sedantes ni atropina como preoperatorio.

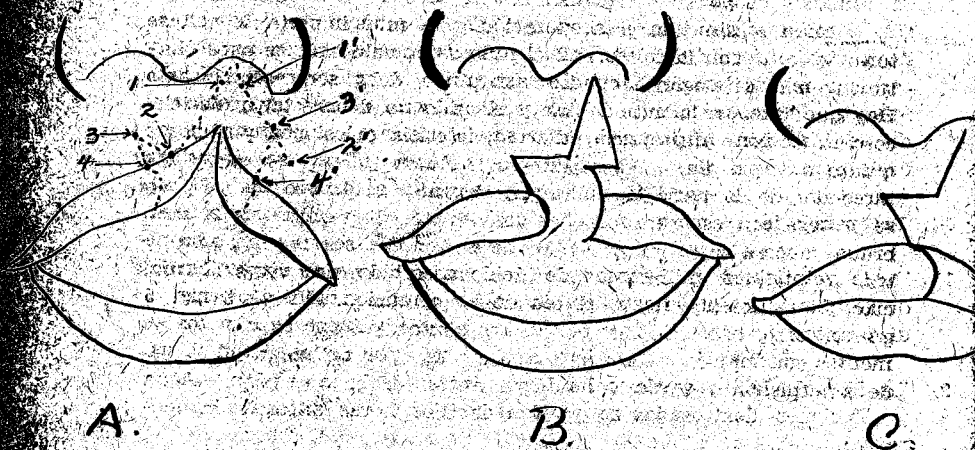
4) Si el niño tiene algún quebranto en su salud, se prefiere dejarlo bajo observación durante 48 horas antes de la operación.

Anestesia:

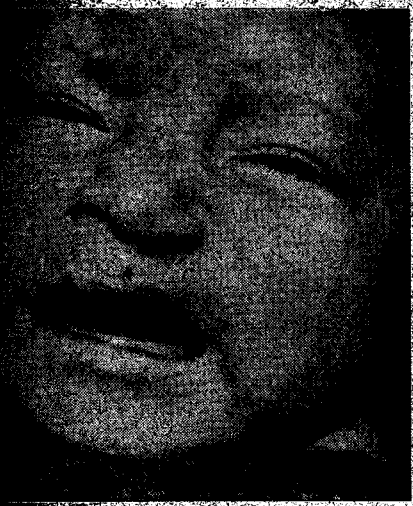
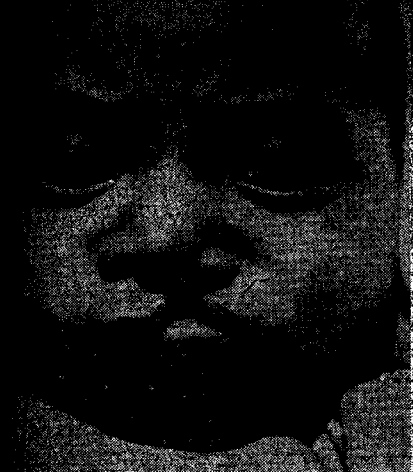
Con éter abierto muy suave. Después de la inducción el éter es administrado por medio de insuflación por una sonda de hule introducida hasta la faringe a través de la boca. El método intratraqueal no debe usarse por las complicaciones de la laringe. La anestesia puede ser suplementada con anestesia local: inyección de novocaína al 1% conteniendo cinco gotas de adrenalina 1x1000 por cada 30 cc. Esta solución es inyectada a través del foramen superior para bloquear los nervios infraorbitarios. El área de la cara que va a ser movilizada también se infiltra porque no sólo se reduce así la cantidad de éter inhalado por el niño, sino que ayuda a cohibir la he-

Técnica Quirúrgica: manejo del labio

Los puntos que marcan las líneas de incisión se hacen con aguja hipodérmica con azul de metileno. Estos puntos son colocados de la siguiente manera: los puntos 1 y 1' se colocan en la base de la nariz, y deben hacerse primero. El punto 1' se coloca adentro del vestíbulo nasal en la base del ala de la nariz. El punto 4 se coloca en el borde del vermillón a nivel de la base de la columna. Los puntos siguientes se colocan como lo indica la figura.



El colgajo cuadrangular 2'3'4' está dibujado de tal manera, que cuando se rote hacia abajo, su anchura será aproximadamente un tercio de la longitud total del labio, haciendo que la prominencia del labio llegue a la posición normal. El punto 3, nunca se lleva más allá de lo que parece ser el medio del filtrum normal, si no el labio sería muy largo. En todos los casos de labio leporino simple o parcial, es necesario remover un pequeño triángulo de piel inmediatamente por debajo de la línea 2-3 para prevenir que sea muy prominente el «Arco de Cupido». No se intenta llevar el colgajo cuadrangular lateral 2,3,4 completamente hacia la línea media y se prefiere que la línea de sutura se encuentre en la mucosa visible a lo largo del lado hendido. El colgajo 1'3'4' se rota hacia arriba para ayudar a formar el piso de la nariz. Las incisiones se hacen conectando 1-2-3-4 con 1'2'3'4'. La membrana mucosa del colgajo lateral, inmediatamente por debajo del punto 4 es cortada en forma



Sección de la nariz, con la ayuda de un espejo, se hace la incisión de la piel y de la membrana mucosa. Después de la incisión de la piel, se hace la incisión de la membrana mucosa. Los colgajos de la membrana mucosa se elevan a nivel del pericardio, esto se hace para que haya relajación del labio y no exista ninguna tensión. El borde de la membrana mucosa se recorta en curva gradual al aproximarse al fórnix bucal. La disección del borde de la membrana mucosa permite el cierre balanceado. El cierre se hace de la siguiente manera: Se usa una sutura con catgut crómico 000, con nudo invertido para unir la musculatura de ambos lados inmediatamente por debajo del ala nasal, esto es importante para la aproximación correcta del labio. Se puede hacer debajo de ésta, una segunda sutura de catgut crómico para unir la porción inferior del músculo. El vermillón se alinea con suturas simples de seda y los bordes de la piel con seda fina o dermalón. La membrana mucosa se cierra con puntos interrumpidos de seda.

Cuidados post-operatorios:

Si se desea una cicatriz mínima, el cuidado local post-operatorio del niño con labio leporino debe ser meticuloso. Al cierre de la sutura se pone el «logan bow» (alambre protector) para proteger el labio. Hay que limpiar la sutura con aceite mineral estéril, para evitar las costras. Se pone antiséptico muy suave. Las suturas se quitan al cuarto, quinto o sexto día. Las suturas de colchonero, que se encuentran alrededor de la nariz, se quitan usualmente al cuarto día. El labio se protege con esparadrapos por dos semanas y la sutura de la membrana mucosa se retira alrededor de la segunda semana. Se administran antibióticos: penicilina, procaina 300,000 unidades diarias durante cinco días. Los líquidos y leche se dan con alimentador o biberón según el caso, hasta que se quiten los puntos y luego se dan los alimentos con mamón de agujero grande. En caso de inquietud se puede administrar sedantes.

CONCLUSIONES:

- 1o. Se ha descrito la etiología del labio y paladar hendidos. Los conceptos más nuevos de Veau explican estas anomalías más exactamente que los clásicos.
- 2o. Se mencionaron los agentes etiológicos que causan anomalías congénitas ya sean hereditarios o del medio ambiente. Se sugiere poner mucha atención en los factores hereditarios y las historias clínicas y exámenes físicos cuidadosos descubran una gran disposición de incidencia familiar.
- 3o. La mayoría de factores del medio ambiente son solamente aplicables a experimentos con animales. En casos intermedios en los humanos, un rápido crecimiento del feto en ciertos estados delicados, puede causar deficiencias, dando como resultado anomalías congénitas.
- 4o. Se discutieron en general los principios modernos en la reparación del labio leporino. Se trató en detalle la vieja operación de Hagedorn aplicada a los nuevos conceptos de la reparación del labio leporino, particularmente con el método de LeMesurier.
- 5o. En resumen podemos decir que la cicatriz es menos notoria en la operación de LeMesurier, que la cicatriz horizontal es prácticamente invisible. Hay varios factores que toman parte en la reparación del labio leporino: además del método empleado deben de tomarse en cuenta la calidad de instrumentos quirúrgicos y la anestesia.
- 6o. Con la operación de LeMesurier, queda el labio lleno longitudinalmente y bien balanceado; se consigue la eversión del borde mucocutáneo y parte del borde inferior del labio; no hay caída del lado del labio hendido; y, la cicatriz en zig-zag evita la cicatriz característica del labio leporino.

ESTADISTICA DEL HOSPITAL GENERAL

	Año de 1953	Año de 1954	Año de 1955
Masculino	20	13	18
Femenino	13	13	6
Total	33	26	24

POR EDADES

	Año de 1953	Año de 1954	Año de 1955
14 días	1	3 D.as	1 1 Mes
15 "	1	3 Meses	4 2 Meses
1 mes	3	4 "	2 3 "
3 meses	3	5 "	1 4 "
4 "	3	6 "	2 6 "
7 "	1	7 "	1 7 "
8 "	1	9 "	2 3 Años
1 Año	1	1 Año	1 5 "
3 Años	1	3 Años	2 6 "
6 "	1	5 "	1 8 "
7 "	2	6 "	1 9 "
8 "	1	7 "	1 11 "
9 "	1	10 "	1 18 "
10 "	1	11 "	1 20 "
12 "	2	14 "	4 25 "
13 "	1	30 "	1 28 "
14 "	2	Total	26
16 "	1		Total
17 "	1		24
22 "	2		
24 "	2		
33 "	1		
Total	33		

BIBLIOGRAFIA

- 1) MITSHEEL NELSON.
Tratado de Pediatría.
- 2) E. FUORGUE.
Manual de Patología Quirúrgica.
- 3) F. CHRISTOPHER.
Tratado de Patología Quirúrgica.
- 4) MAX THOREK.
Técnica Quirúrgica.
- 5) A. B. LE MESURIER.
Plástica and Reconstructive Surgery.
- 6) Plastic and Reconstructive Surgery
Journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgery
ROBERT H. IVY M.D. Inc.
- 7) PICK.
Cirugía Preparadora
- 8) TESTUT LATARJET.
Anatomía.

ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL

Vo. Bo.

ALFREDO GOMEZ PADILLA

Imprimase:

Dr. José Fajardo
DECANO.