



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

LABIO LEPORINO

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

LECTOR AUGUSTO GODOY B.

Ex-interno de la Sala de Medicina de Niñas; de la Segunda Sala de Cirugía de Mujeres; de la Primera Sala de Maternidad; de la Segunda Sala de Medicina de Hombres; del Servicio de Oto-rinolaringología de Hombres. Ex-asistente de Residente del Servicio de Emergencia del Hospital General. Ex-practicante del Servicio de Emergencia de la Cruz Roja Guatemalteca. Ex-asistente al Servicio de Ginecología del Hospital Clínico de Madrid. Ex-residente de la Maternidad Provincial de Barcelona.

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1957

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª AVENIDA NÚMERO 12-58. — TELÉFONO 2707

PLAN DE DESARROLLO

CAPITULO PRIMERO

Datos Históricos.
Puntos de vista acerca del labio y paladar
hendididos.

CAPITULO SEGUNDO

Anatomía.
Embriología.
Histología.
Fisiología y Fisiopatología.

CAPITULO TERCERO

Etiología.
Patogenia.
Profilaxis.

CAPITULO CUARTO

Diagnóstico.

CAPITULO QUINTO

Consideraciones operatorias generales.
Preparación Pre-operatoria.
Instrumental Operatorio.
Técnica Operatoria.
Post-operatorio.
Tratamiento Coadyuvante.

CAPITULO SEXTO

Complicaciones.
Conclusiones.
Bibliografía.

CAPITULO PRIMERO

DATOS HISTORICOS

El Labio Leporino, así como el resto de las deformidades congénitas, fue considerado en la antigüedad como un castigo de los dioses y los niños que nacían con esta afección eran sacrificados. Este concepto prevaleció en muchas razas primitivas y aún, en la edad media, la religión católica prohibía corregir estos defectos, considerando que la gente que así nacía era porque ya venía marcada y que si sobrevivía, debía llevar este estigma por toda la vida. En nuestros tiempos y con el deseo de crear una preeminencia racial lo más perfecta posible, física e intelectual, hubo dictadores como Adolfo Hitler, que ordenaron la eliminación de los niños nacidos con este defecto.

Es curioso que entre los antiguos habitantes de nuestra América, no se haga mención en ninguna parte del Labio Leporino, ni se encuentre esta deformidad representada en ninguna estilización de la época; en cambio se encuentran monolitos con pérdida manifiesta de orejas, nariz y algunas otras deformidades.

Es también notable el hecho que en nuestra raza indígena el Labio Leporino es frecuente y en especial en los pueblos de las orillas del Lago de Atitlán.

Podemos decir que entre nosotros el Labio Leporino ha sido operado siempre, a veces con resultados desastrosos desde el punto de vista estético, pero en toda época ha privado el deseo de corregir esta deformidad. Entre nosotros han operado el Labio Leporino, el Dr. Rodolfo Robles, el Dr. Federico Azpuru, el Dr. Tejada, en Quezaltenango; el Cirujano Dentista Julio Asensio, asesorado por el Dr. Ramiro Gálvez, ha tenido una actuación notoria en este respecto. El Dr. Guillermo Morán—creador de la técnica descrita en esta tesis—es uno de los cirujanos que mayor empeño ha puesto

en beneficiar a los que adolecen de esta afección. A estos cirujanos habrá que agregar un sinnúmero de otros que también han operado Labios Leporinos, lo cual nos viene a confirmar la idea que ha privado siempre, de que es una afección eminentemente quirúrgica.

PUNTOS DE VISTA ACERCA DEL LABIO Y PALADAR HENDIDOS

Hay muchas maneras de mirar el problema del labio y paladar hendidos. Desde el punto de vista profesional objetivo, el defecto puede ser descrito como una deformidad estructural y funcional de la cara y boca, usualmente reconocido al nacimiento; la malformación es debida a la falta de unión e incompleto desarrollo del hueso y tejidos blandos en uno o en ambos lados de la línea del paladar, nariz, o mandíbula superior, ocurriendo en un período temprano del crecimiento embriológico. Las "hendiduras" pueden variar en grado desde una simple comisura o una hendidura submucosa, a una completa división del paladar blando, paladar duro, encía y labio, estableciendo una comunicación anormal entre la nariz y la boca—una deformidad que puede ser "vista, sentida y oída"—.

El punto de vista del Niño.

Un niño con este defecto es "impedido" desde el nacimiento. Cuando logra crecer y se desarrolla, sus problemas se incrementan evidentemente, tanto para sí mismo, como para otras personas. Puede tener varios impedimentos, todos ellos relacionados directa o indirectamente con el defecto inicial:

Una desfiguración cosmética causada por una nariz aplanada, un labio irregular, dientes mal colocados o faltantes, o una mandíbula superior incompletamente desarrollada.

Alteraciones de la salud, tales como mal nutrición; infecciones de los oídos, nariz, garganta, pulmones y pleura.

Alteraciones del oído; disturbios en las funciones de succión, deglución, masticación, respiración y ventilación Eustaquiana. Lenguaje alterado y relativamente ininteligible caracterizado por voz nasal y mala articulación de consonantes.

Mala adaptación social, educacional, o vocacional y pocas oportunidades, como resultado de su incapacidad de hablar, y sus defectos estéticos, dentales y de salud.

Por lo tanto desde el punto de vista del niño, su defecto puede hacerle sentirse diferente de otros niños y puede frustrarlo en sus intentos de ser bien acogido. Será impedido mientras la presencia o las secuelas de la anormalidad interfieran su salud física, emocional, su crecimiento y desarrollo social.

El punto de vista de la Familia.

En la mayor parte de los hogares el nacimiento de una criatura es un acontecimiento que inicia una serie de adaptaciones en la familia. El nacimiento de un niño malformado puede ser una catástrofe. Problemas de incomprensión, actitudes destructivas e impaciencia; carencia de medios y facilidades para ayudarlo y pesadas cargas financieras, pueden complicar la situación. Los miembros de la familia pueden desarrollar sentimientos de culpa o de vergüenza en relación con la deformidad. Los padres pueden estar atemorizados, incapaces o renuentes a asumir responsabilidades para las necesidades físicas, emocionales o sociales del niño; o de contribuir en el hogar a cuidarlo y entrenarlo. El niño puede ser rechazado o sobremimado. Muchas familias no logran encontrar la ayuda necesaria para ellas mismas y para el niño, otras ni siquiera lo intentan. Algunas familias quedan abrumadas por las responsabilidades financieras del tratamiento especial o por la pérdida de tiempo que requieren los esfuerzos para obtenerlo. Así, desde el punto de vista de la familia, el nacimiento de un niño con labio y paladar hendidos puede precipitar una serie de eventos perturbadores y de emociones, que no solamente afectarán las relaciones entre los padres y el niño, sino que también alcanzarán a la comunidad entera.

Qué podemos hacer por Ellos.

Pocos defectos de la niñez son tan invalidantes si se les abandona, como el que ahora nos ocupa. Sin embargo, muy pocos defectos son dóciles al tratamiento. El defecto no puede ser curado, pero donde el tratamiento y cuidados subsiguientes son adecuados

y mantenidos durante mucho tiempo, la mayor parte de los labios leporinos y muchos casos de paladar hendido, pueden ser tan mejorados, que el efecto invalidante es muy ligero. Los resultados del cuidado completo son difíciles de describir con precisión, pero en general son satisfactorios; así lo demuestra nuestra experiencia en los 200 casos operados, en los que el grado de mejoramiento después de 8 años de observación puede resumirse así:

Excelente.	70%
Bueno.	22 „
Regular.	8 „
Malo.	0 „
Muertes.	0 „

La supervisión continuada por largo tiempo aumenta las oportunidades para los buenos éxitos, particularmente para el niño con paladar hendido. Sería de desear que la supervisión principiara desde el nacimiento y que continuara hasta terminar la adolescencia. El tratamiento debe ser relacionado a las tablas de crecimiento y desarrollo y las diferentes fases no pueden ser apresuradas o retardadas sucesivamente.

Los últimos adelantos en la apariencia estética, habilidad funcional y la adaptación total del niño, depende de varios factores:

Tipo, extensión y severidad de la deformidad.

Presencia y severidad de defectos coexistentes.

Actitud familiar y comportamiento de la comunidad en las escuelas y en el propio hogar.

Naturaleza y calidad del tratamiento.

Coordinación, calidad y eficacia de las facilidades y recursos de la comunidad para el tratamiento.

Fortaleza de la personalidad y potencialidades del niño.

Actualmente se han ideado muchas operaciones ingeniosas para reducir los defectos cosméticos y cerrar las hendiduras. Junto a este desarrollo en la cirugía, también se han hecho significativos adelantos en el uso de trabajos de prótesis. Sin embargo, no basta la cirugía y las medidas de ortodoncia para conseguir la total rehabilitación. Pueden quedar dificultades en la articulación de la palabra o defectos dentales y orofaciales y la adaptación social

satisfactoria puede retardarse. El niño necesita del auxilio de muchas personas, tales como el médico familiar, el pediatra, el cirujano, el ortodoncista, el terapeuta del lenguaje, el odontólogo de la familia, el protodoncista, enfermera, psicólogo, trabajadora social, educador y otros, por lo cual muchas familias encuentran extremadamente difícil proporcionarle al niño la adecuada ayuda profesional; en algunos países el estado ha tomado a su cargo el tratamiento de estos niños y se han desarrollado programas de largo alcance para integrar a todos los niños que tengan esta malformación a los servicios que se les proporcionan.

CAPITULO SEGUNDO

A N A T O M I A

Región Labial.

La región labial, impar, mediana y más ancha que alta, comprende los dos velos músculo-membranosos que reciben el nombre de labios y que forman la pared anterior del orificio bucal. Los límites de esta región, son: 1º—Por arriba, la extremidad superior del subtabique, la extremidad posterior del ala de la nariz y el surco labio-geniano dirigido afuera y abajo. 2º—Por abajo, el surco mentolabial, de dirección transversal y que termina a derecha e izquierda en la línea vertical que limita por dentro la región geniana a 10 ó 12 milímetros de las comisuras labiales. 3º—Por los lados, la línea recién mencionada. De esta manera, la región labial queda rodeada por las regiones nasal, mentoniana y geniana.

Para circunscribir el orificio bucal los labios ocupan, uno la región superior y el otro la inferior, libres en toda su extensión y unidos únicamente en sus extremos donde constituyen las comisuras labiales. Descansan sobre los arcos dentales y encías, adoptando una disposición ligeramente convexa en sentido transversal. En este sentido miden de 45 a 55 mm. y en el longitudinal su forma varía según las razas, verticales en la blanca y más o menos salientes y vueltos hacia fuera en los negros.

Caracteres propios de cada labio: el superior presenta en la línea media el surco infranasal o philtrum que descendiendo del subtabique termina en el tubérculo del borde libre del labio. A los lados de este surco existen dos superficies triangulares casi planas, que en el adulto se recubren de pelos largos y rígidos que constituyen el bigote. El labio inferior presenta en la línea media una depresión o fosita conocida con el nombre de mosca; a sus lados el labio tiene una forma ligeramente cóncava desprovista de pelos.

Planos constitutivos de los labios: la estructura de los labios comprende las siguientes capas:

a) *Piel*.—Gruesa y resistente se adhiere íntimamente a los músculos subyacentes. Es rica en folículos pilosos y glándulas sebáceas.

b) *Tejido celular subcutáneo*.—Solamente existe en las partes laterales de la región, pues en la parte media la dermis se adhiere íntimamente a los músculos subyacentes.

c) *Capa muscular*.—Está representada en su mayor parte por el músculo orbicular de los labios, el cual se dispone a manera de un anillo o elipse de dirección transversal. Está formado por dos partes, el semi-orbicular superior y el semi-orbicular inferior y constituido por fibras arciformes de concavidad dirigida al orificio bucal y que se insertan en la línea media y sus alrededores, en la piel y en la mucosa bucal; a nivel de las comisuras se entrecruzan las superiores con las inferiores y con las fibras del buccinador, terminando en la cara profunda de la piel y de la mucosa. El músculo orbicular tiene una función de constricción. A él van a unirse las extremidades de varios músculos que se consideran como accesorios y que son dilatadores del orificio bucal; estos músculos son de arriba a bajo: el mirtiforme, por fuera de él, el elevador común del ala de la nariz y del labio superior; el elevador propio del labio superior; el canino, los signomáticos mayor y menor; el risorio de Santorini; el buccinador; el triangular de los labios y el cuadrado del mentón. Además de estos músculos hay algunas fibras de dirección antero posterior que van de la piel a la mucosa y que constituyen el músculo compresor de los labios.

d) *Capa glandular*.—Una multitud de pequeñas glándulas salivales apretadas unas contra otras y formando una superficie casi continua, se conocen como glándulas labiales y se perciben fácilmente pasando un dedo por la cara profunda de los labios.

e) *Mucosa labial*.—De color grisáceo y aspecto mamelonado, forma el plano profundo de los labios. Se continúa, sin línea de demarcación, con la mucosa geniana y en el borde adherente de los labios se refleja para transformarse en mucosa gingival. En la línea media superior e inferior forma un pequeño repliegue, el frenillo del labio, siendo siempre mayor el superior que el inferior. En el borde libre de los labios es difícil establecer la línea de demarcación entre esta mucosa y la piel.

Vasos y nervios.—a) *Arterias*.—Proceden de las dos coronarias, superior e inferior, ambas, ramas de la facial. Anastomosándose las del lado derecho con las del izquierdo forman un círculo arterial completo alrededor del orificio bucal, que se sitúa cerca del borde libre muy próximo a la mucosa, entre la capa muscular y la glandular. Además de las coronarias, los labios reciben unos ramitos terminales de la infra-orbitaria, de la bucal y de la transversal de la cara. b) *Venas*.—Forman una red más o menos rica que corre bajo la piel y terminan en la vena facial y en las venas submentales. c) *Linfáticos*.—Los laterales se dirigen hacia los ganglios submaxilares y los medianos hacia los ganglios suprahioides. d) *Nervios*.—Los ramos motores, destinados a los fascículos musculares, provienen del nervio facial. Los ramos sensitivos, nacen del infra-orbitario y del mentoniano y se distribuyen por la piel, glándulas y mucosa.

Región Palatina.

Constituye la pared superior y posterior de la cavidad bucal y está integrada por la bóveda palatina en sus dos tercios anteriores y el velo del paladar en el tercio posterior. Está situada por debajo de las fosas nasales, delante de la faringe. Se continúa hacia adelante y a los lados con la región gingivodental superior y con la tonsilar. El borde libre del velo del paladar, junto con la base de la lengua limitan el orificio llamado istmo de las fauces.

Tiene la forma de una bóveda: cóncava en sentido transversal y en el anteroposterior. Tiene una anchura de 4 cms. en su segmento anterior y 5 cms. en el posterior; de largo mide 4 cms. en la bóveda palatina y 4 ó 5 cms. en el velo del paladar. En la línea media presenta un rafe fibroso y a los lados de la parte anterior a éste, se notan crestas rugosas de dirección transversal

u oblicua. La parte posterior es lisa y uniforme, de color rosado, presentando pequeñísimos orificios glandulares de consistencia dura en su mitad anterior; en la posterior es blanda, movable y retráctil. La porción movable del paladar termina hacia atrás en un borde libre que presenta en su parte media la "úvula" y a los lados los pilares del velo del paladar dos a cada lado y que contribuyen a la formación de la región tonsilar.

La estructura de la región palatina difiere según se le considere en su bóveda o en el velo.

A) *Bóveda palatina.* — Está constituida por las siguientes capas:

a) *Capa mucosa inferior.*—De coloración blancorosa. Notable por su espesor que es mayor a los lados que en la línea media, por su resistencia y por su adherencia al periostio. A los lados se continúa con las encías.

b) *Capa glandular.*—Formada por las glándulas palatinas que constituyen dos pequeñas masas de glándulas arracimadas, colocadas a cada lado de la línea media, en el espesor de la mucosa. Son más abundantes en la parte superior donde constituyen una capa continua y espesa.

c) *Capa ósea.*—Lisa por el lado nasal, es rugosa por el lado bucal. Está formada por las apófisis horizontales de los maxilares superiores y de los palatinos.

d) *Capa mucosa superior.*—Está constituida por la pituitaria de la región nasal.

B) *Velo del paladar.*—Constituido por las siguientes capas:

a) *Capa mucosa inferior y capa glandular.*—Semejantes a las de la región palatina, pero la mucosa es más fina, delgada y se adhiere más laxamente a la aponeurosis contigua. La capa glandular adquiere un espesor notable, 4 ó 5 mm.

b) *Aponeurosis.*—La aponeurosis del velo paladar solamente ocupa el tercio anterior de la longitud total del velo. Por delante se fija en el gancho de la apófisis pterigoides y en el borde posterior de la bóveda ósea. Por detrás se pierde en medio de los fascículos musculares que van a insertarse en ella. Es muy resistente.

c) *Músculos.*—Son cinco de cada lado: el palatoestafilino, el periestafilino interno, el periestafilino externo, el faringoestafilino y el glosostafilino. Todos estos músculos son los motores del velo del paladar.

d) *Capa mucosa superior.*—Es desigual, roja y delgada, continuación de la mucosa nasal. En el borde libre del velo, se une con la capa mucosa inferior.

Vasos y nervios.—a) *Arterias.*—Proceden: 1º—De la esfenopalatina y de la palatina superior o descendente, ramas de la maxilar interna; 2º—De la palatina inferior o ascendente, rama de la facial; 3º—De la faringea inferior, rama de la carótida externa. De todas ellas, la palatina superior es la única que tiene importancia y que en las uranoplastias debe ser conservada en los colgajos mucosos destinados a obliterar la perforación. b) *Venas.*—Terminan en el plexo pterigoideo, en las venas de la mucosa nasal, de la lengua y de la amígdala. c) *Linfáticos.*—Van a los ganglios profundos del cuello. d) *Nervios.*—Los sensitivos provienen del ganglio esfenopalatino. Los motores provienen de la raíz motora del trigémino, del facial y del neumoespinal.

Vías de acceso: por la cavidad bucal, por las fosas nasales y por la rinofaringe.

EMBRIOLOGIA

Para llegar a comprender el origen del proceso patológico que motiva esta tesis, es indispensable recordar algunos detalles de la embriogénesis normal del labio y del paladar. Recordaremos entonces, que las distintas formaciones de lo que ha de ser la cara y el cuello, han tenido su origen en los cuatro arcos branquiales del embrión y que reciben la siguiente denominación.

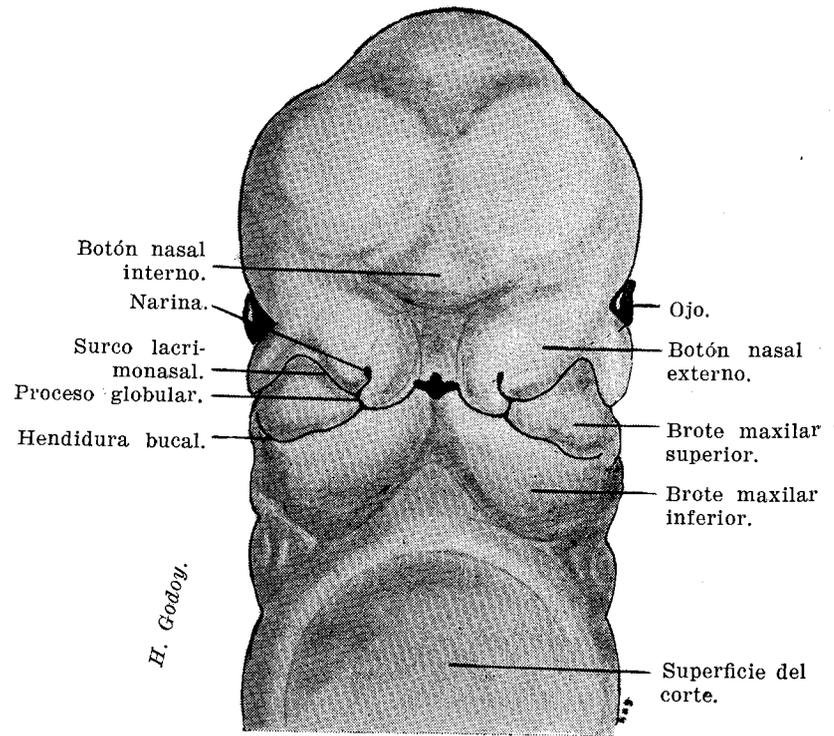
Primer Arco.—Arco maxilar, mandibular o facial, dará origen al piso de la cavidad bucal primitiva y está separado del mamelón frontal por una hendidura llamada lacrimonasal.

Segundo Arco.—Arco hioideo o estilo-estapediano es el que cierra el seno precervical adosándose a la pared del cuerpo.

Tercer Arco.—Arco tirohioideo. Colocado por fuera del seno precervical.

Cuarto Arco.—Arco aórtico colocado por dentro del seno precervical.

Nos ocuparemos solamente del estudio del primer arco y lo haremos en forma morfológica y cronológica. El primer indicio de boca—estoma—se presenta ya en los embriones de 3 a 4 mm. que corresponden a una edad de 10 a 15 días y no es más que una pequeña depresión mediana colocada en la extremidad cefálica y recubierta por una membrana llamada bocofaríngea que desaparece más o menos al 25avo día. Alrededor de este esbozo de boca, pueden apreciarse cinco prominencias o brotes, de los cuales uno es central y conocido como brote mediano o frontal; los otros cuatro se disponen a los lados, dos en la parte superior—maxilares superiores o cigomáticos—y dos en la parte inferior llamados maxilares inferiores.



Extremidad cefálica de un embrión humano de 11.3 mm.

La evolución de estos brotes es diferente; los brotes maxilares inferiores pronto se unen en la línea media y su soldadura constituye el labio inferior y el mentón. El brote frontal evoluciona de la siguiente manera: se subdivide en tres botones secundarios, el de en medio recibe el nombre de botón nasal interno y a sus lados se colocan los botones nasales externos separados por unas hendiduras que reciben el nombre de fosillas olfatorias; en el borde inferior del botón nasal interno se desarrollan dos pequeñas prominencias conocidas como procesos globulares de His, que alcanzan su completo desarrollo a los 30 días cuando el embrión mide 10 mm.

Entre los 35 ó 40 días los brotes maxilares superiores avanzan hacia arriba y hacia adentro hasta alcanzar los procesos globulares de His, cerrando, así, por debajo la fosilla olfatoria que se convierte en un conducto, esbozo de la fosa nasal correspondiente. Al mismo tiempo los dos brotes nasales internos se sueldan en la línea media, con lo cual quedan constituídos los orificios nasales. Mientras tanto los brotes maxilares superiores crecen aún más hasta ponerse en contacto, formando así el surco infranasal y sin que quede evidencia de la soldadura mediana, lo cual sucede en embriones de 22 mm. y 45 días.

Como el surco infranasal no resulta de la unión del brote maxilar superior con el proceso globular de His, cuando dicha unión no se verifica—Labio Leporino—puede observarse aún, por dentro de la hendidura, el surco infranasal.

A la séptima semana, de la cara interna de los brotes cigomáticos, se desprenden dos brotes horizontales: el palatino y el pterigopalatino, que al reunirse en la línea media tabican la boca primitiva, originando así el paladar. De la cara inferior del mamelón frontal, se desprenden un brote mediano que constituirá el tabique nasal que va a dividir el compartimiento superior de la boca primitiva en las dos fosas nasales y en cuyo interior puede distinguirse la lámina perpendicular del etmoides y el vómer, originados de un esbozo cartilaginoso y de un esbozo conjuntivo respectivamente. A nivel donde se unen las láminas palatinas con los brotes nasales internos y el tabique nasal, puede observarse en algunas ocasiones un canal permeable—el canal incisivo, nasopalatino o de Stenson—que tiene la forma de una Y, cuya rama media desemboca en la cavidad bucal y las ramas oblicuas en las fosas nasales.

Del mesoblasto del brote maxilar superior se originan los siguientes huesos: maxilar superior, malar, hueso palatino y ala interna de la apófisis pterigoides. De la hoja endoblástica del primer arco se origina la mucosa de la región, mientras que los tegumentos externos tienen su origen en su hoja ectoblástica.

En resumen, podemos establecer que el Labio Leporino resulta de la persistencia de una fisura normal del embrión en sus primeros días y debido a la falta de unión entre el brote maxilar superior y el proceso globular de His correspondiente: estos son los labios leporinos laterales simples o bilaterales, mientras que las fisuras medianas estarían determinadas por la falta de coalescencia entre ambos procesos globulares de His; la causa y el mecanismo de esta falta de fusión, la veremos más adelante.

HISTOLOGIA

El estudio histológico del Labio Leporino es importante para el cirujano, pues le permite reconocer la constitución y disposición de los elementos que serán llevados a unirse, al hacer la reparación plástica, especialmente en el recién nacido, dada la pequeñez de las partes. Es importante hacer notar que la alteración que implica la deformidad se revela sobre todo por diferencias en la disposición de los tejidos, pero no en la de sus constituyentes celulares.

En el Labio Leporino unilateral total, los cortes de las vertientes externa e interna no presentan diferencia alguna, lo cual se debe a que la invasión de los tejidos por la lámina muscular, los vasos y nervios, se hace de afuera a adentro, hacia la línea media en la que no existe ninguna barrera que impida el pasaje de los elementos que vienen del lado sano y que cruzando la línea media alcanzan la vertiente interna de la fisura en la que se detienen, como lo hacen los elementos de la vertiente externa.

Las vertientes presentan una serie de capas bien definidas, de igual aspecto y disposición y que son:

1º—Capa epidérmica de epitelio pavimentoso estratificado, de aspecto normal en la que se ven folículos pilosos y glándulas sebáceas. Esta capa se prolonga, incurvándose ligeramente hacia la fisura, en cuyo borde desaparece bruscamente, sin ninguna transición, para ser sustituida por mucosa del tipo bucal, la cual continúa el revestimiento del borde labial formando la capa posterior.

2º—Capa dérmica, de escaso espesor en la que se distingue: una dermis superior con fibras reticulares y pequeños manojos colágenos; una dermis media, enteramente colágena y con glándulas sebáceas y folículos pilo-sebáceos; una dermis inferior, con haces conjuntivos que se ponen en íntimo contacto con la capa siguiente.

3º—Capa muscular estriada, que pertenece al sistema del orbicular de los labios. Formado por fibras que se dirigen en distintas direcciones, unas son paralelas a la dirección del labio normal, mientras que las otras se encuentran seccionadas transversalmente.

Esta capa se va adelgazando a medida que se acerca a la fisura, terminando en una fina lengüeta triangular a nivel de la transición cutáneo-mucosa, en donde no existe prácticamente ninguna interposición entre la piel y la capa muscular, mientras que la capa mucosa se halla separada por una submucosa conjuntiva laxa, que forma el plano siguiente.

4º—Capa submucosa conjuntiva, especialmente importante en la vertiente de la fisura y que contiene numerosos vasos y algunas glándulas seromucosas.

5º—Capa mucosa, de epitelio liso estratificado de caracteres normales.

Es interesante señalar que solamente en las regiones más alejadas de la fisura existe tejido adiposo, mientras que la vascularización es muy rica, sobre todo, en la vecindad de la transición cutáneo-mucosa del lado mucoso.

En el Labio Leporino bilateral total los cortes de la vertiente externa e interna, normales a la fisura, tienen que ser diferentes porque, al contrario de lo que sucede en el Labio Leporino unilateral, sí hay un obstáculo que impide el pasaje de los elementos

de la lámina muscular y que está representado por la fisura del lado opuesto que se interpone, como barrera infranqueable, a la llegada de músculo, vasos y nervios al tubérculo mediano (vertiente interna).

La vertiente externa no se diferencia en absoluto de la vertiente externa del Labio Leporino unilateral que ya fue descrita.

La vertiente interna presenta las siguientes capas:

1º—Capa dermoepidérmica más gruesa que la de la vertiente opuesta.

2º—Capa celular subcutánea con acúmulos de tejido adiposo lo que la diferencia del lado externo, en donde hay absoluta ausencia de tal tejido.

3º—Capa muy espesa de tejido colágeno conjuntivo, de fibras definidas, fuertes, entremezcladas y dirigidas transversalmente al eje mayor del brote medio. Carece absolutamente de tejido muscular de cualquier clase.

La vascularización es casi más importante que la del brote lateral, existiendo vasos de buen calibre tanto paralelos como transversales al eje mayor.

FISIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA DEL LABIO

La fisiología del labio normal es en el niño la succión, la cual lleva a cabo por medio de la oclusión del orbicular como esfínter, a una saliente, (mamelón o mamón), ayudado por los músculos de la cara y que hacen el vacío, a la vez que la parte saliente es comprimida contra el paladar por la lengua.

En el labio simple hendido, sin paladar, la succión es imposible por la falta de integridad del orbicular, la cual una vez restituída permite la succión. Cuando el labio está complicado con cielo hendido, una vez recuperada la integridad del orbicular por la operación, el niño comprime el mamelón o mamón con la lengua contra un lado del paladar, siendo en esta forma posible la succión.

CAPITULO TERCERO

ETIOLOGIA

La determinación de la causa del Labio Leporino, sigue siendo en la actualidad un problema de difícil solución por imposibilidad de poder comprobar, tanto experimentalmente como in vivo, las numerosas hipótesis emitidas para la explicación de este proceso morboso. Los factores que en él influyen han sido agrupados así: un factor predisponente, la herencia y factores tóxico-infecciosos.

Herencia.—Es un hecho de observación frecuente la existencia de familias en las que la incidencia de malformaciones congénitas, tales como espinas bífidas, hipospadias, colobomas, sinóstosis, sindactilias, imperforaciones del ano, fisuras, etc., es muy alta. Numerosos casos de éstos han sido reportados desde que Jak Trew estudió durante cuatro generaciones a una familia, de cuyos 18 miembros, 11 habían presentado Labio Leporino. Hay algunos hechos que apoyan la teoría hereditaria, debiendo mencionarse entre ellos la observación de Schroeder, de que existen gemelos uniovulares que presentan la misma malformación labial.

Este factor hereditario sigue las reglas genéticas, observándose que se presenta como recesivo en un 76% de los casos y como dominante en un 20%. Se ha observado también su relación con el sexo, como en el caso de la hemofilia y se cree que deben existir por lo menos dos genes recesivos, uno autosomático y otro de carácter más grave, que es el que está ligado al sexo. Es cierto que se observan casos de Labio Leporino en niños provenientes de padres sanos, pero en ellos la herencia es regresiva, estableciéndose una proporción de 1 niño enfermo por 3 sanos, contra la proporción de casi 1 : 1 en los hijos de padres con Labio Leporino.

Factores tóxico-infecciosos.—Entre éstos, el que ha sido objeto de mayores controversias, es el de la Lúes, pues mientras hay autores que sostienen que, aunque es un factor en deformidades congénitas, no es predominante, por lo que lo eliminan de la lista de los agentes causales. Otros insisten en recomendar siempre la investigación con la reacción de cardiolipina, encontrándola positiva en proporción más o menos semejante a la de personas sin fisuras

congénitas, pero hacen ver que las operaciones reparadoras en los casos positivos, son más efectivas después del tratamiento específico.

Alcoholismo.—Fue invocado como causa en épocas anteriores, pero los estudios realizados al respecto han demostrado que el alcohol no produce ningún aumento de anomalías.

Infecciones.—Tampoco se ha llegado a conclusiones positivas con respecto a esta teoría que ha sido ampliamente estudiada, pues los resultados han dado porcentajes muy bajos, tanto en los niños con anomalías congénitas provenientes de madres enfermas, como de los provenientes de madres sanas. Solamente en el caso de la Rubeola se sabe con certeza que, sin entrar a considerar el mecanismo, provoca anomalías en el niño, pero casi siempre de naturaleza diferente a la que ahora nos ocupa. Se menciona también la toxoplasmosis como productora de hidro y microcefalia y en los animales, el virus del New Castle que produce lesiones ópticas en los pollos.

Productos Químicos.—Se han mencionado varios de ellos, como el arsénico, el bario, el selenio, las sulfamidas, etc., pero siempre como teorías, sin comprobación experimental.

Rayos X.—Recientemente se ha comunicado que las radiaciones afectan al embrión, cuando las exposiciones sobrepasan de 18 r. de una sola vez.

Carencias alimenticias.—Se han observado en estudios practicados en animales, que regímenes desequilibrados favorecían la aparición de fisuras en los hijos. En la raza humana se han encontrado porcentajes altos de niños malformados hijos de madres malnutridas o anémicas, así como en aquéllas que teniendo una adecuada alimentación, tienen defectos en la absorción. Asimismo, las deficiencias nutricionales pueden deberse a enfermedades placentarias.

Teoría Mecánica.—De acuerdo con esta hipótesis, la rodilla del embrión hace presión sobre el maxilar superior separando las dos porciones del paladar, impidiendo su unión.

También se cree que los mamelones palatinos puedan mantenerse separados, hasta que pasa el tiempo de la unión, por la presión

que la mandíbula y la lengua ejercen contra ellas. Esto sucede porque la mandíbula se forma antes que el maxilar superior y cuando la flexión de la cabeza obliga al mentón a apoyarse sobre el esternón, transmite hacia arriba una presión excesiva, que impide la unión de los cuatro mamelones que forma el maxilar.

Estas teorías acerca de la presión, no consideran el labio que, por regla general, acompaña casi siempre al paladar hendido, por lo que debe considerarse con ciertas reservas.

Otros factores.—Trastornos hormonales han sido ampliamente invocados y se ha llegado a producir paladares hendidos inyectando cortisona o Factor E de Kendall a ratas embarazadas. Edad de la madre: se ha reportado que en las madres primíparas o múltiples, entre 36 y 40 años, tienen el doble de hijos con malformaciones y las mayores de 40, el triple. La incidencia es más alta en los primogénitos. Influencias psíquicas: se afirma que las posibilidades de impresiones violentas, ideas fijas, traumas psíquicos o materiales, sufridos por la madre en los primeros meses de embarazo, pueden alterar la evolución del embrión determinando la aparición de malformaciones.

En resumen, de los estudios realizados hasta la fecha, la teoría que parece ser la más aceptada es la de la herencia, que adquiere gran importancia al considerar los progresos del tratamiento postnatal y de la cirugía plástica, pues ahora se consigue que vivan muchos pacientes de Labio Leporino que antes morían a temprana edad, reintegrándolos normalmente a las actividades sociales, sin la serie de factores psíquicos, morales y materiales que influyen desfavorablemente sobre su vida.

P A T O G E N I A

También ofrece múltiples dificultades para su estudio, siendo la principal la falta de material, puesto que es raro encontrar embriones con Labio Leporino. Existen muchas teorías que tratan de explicar el fenómeno. Se ha mencionado como factor determinante la escasez del líquido amniótico—teoría del oligoamnios—o de bridas amnióticas, pero carecen de valor porque aún cuando la cantidad de líquido amniótico sea escasa, el tamaño del embrión es tan pequeño que no requiere mayor cantidad.

Teoría vascular.—La soldadura de los brotes coincide con la aparición de los músculos, vasos y nervios. Alrededor del trigésimo día, la irrigación de la cara experimenta grandes modificaciones: la carótida externa termina en la arteria lingual mientras que la carótida interna irriga los brotes faciales, dando una rama grande que atraviesa el estribo y que se subdivide en tres ramas, la supraorbitaria, la infraorbitaria y la mandibular, que corren junto a las ramas homónimas del nervio trigémino. El desarrollo enorme del cerebro disminuye tanto la sangre de la arteria del estribo, que ésta termina por obliterarse y sus ramas pasan a la maxilar interna, pero no lo hacen simultáneamente y los territorios irrigados por la rama media, que son tomados más tardíamente por la carótida externa, serían a su vez los más expuestos a malformaciones.

La teoría vascular no es suficiente para explicar los labios leporinos parciales o subtotales, pues hay que recordar que la diferenciación de los tejidos y la llegada de la lámina muscular es algo posterior a la fusión de los brotes por lo cual se ha emitido la siguiente teoría:

Teoría del muro epitelial.—Actualmente se acepta la opinión de que las saliencias de la cara embrionaria son arrugas efímeras, que carecen de importancia morfológica definitiva; el Labio Leporino se debería a la persistencia de un "muro epitelial" normal, que cierra el punto de contacto de los tejidos. Su permanencia impide la coalescencia y cuando desaparece más tarde en forma parcial o total, deja en su lugar una fisura.

Teoría clásica.—Según esta teoría la parte de la cara que queda por encima de la cavidad oral, está subdividida en numerosas masas peninsulares de ectodermo y mesodermo rodeadas de espacios libres o hendiduras. Estas masas crecen, se juntan y se fusionan en igual forma a la curación de una herida. Cualquier inhibición de esta sucesión de elementos causaría una persistencia de la hendidura.

Teoría de la penetración mesodérmica.—Según esta teoría la cavidad oral se invagina y la membrana oral desaparece; en el tercio central de la cara no persisten procesos o hendiduras, los agujeros nasales permanecen separados de la boca por la membrana buconasal la cual se rompe formando la primera cavidad, el camino nasal por donde pasa el aire se arquea sobre el paladar primitivo

que es un alargamiento del prolabio, premaxilar 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. De la falla del mesodermo en invadir la delicada pared epitelial para formar el labio superior y el premaxilar se deriva la patogénesis de las hendiduras faciales. Esta pared epitelial se adelgaza, partiéndose completa o incompletamente.

PROFILAXIS

En los programas para niños con impedimentos, el objetivo de la prevención es el control de los varios factores causales. Aunque las causas específicas del labio y del paladar hendidos son desconocidos, existe la esperanza de que con excelentes cuidados maternos se consiga descender la incidencia de éstas y otras deformidades de temprano desarrollo; por lo tanto, los esfuerzos deben dirigirse a proveer la mejor información relacionada con la salud a todas las mujeres, especialmente a las embarazadas, con objeto de proporcionar al feto un óptimo desarrollo y salvaguardarlo. Este programa debe enfatizarse sobre la óptima nutrición y la prevención de enfermedades antes de la concepción y durante el embarazo. Particular atención debe darse a la mujer embarazada en cuya historia familiar se encuentren malformaciones, en la posibilidad de que las condiciones desfavorables de salud en la madre puedan ser remediadas antes de que el embarazo progrese mucho.

Por lo tanto, un programa para evitar la ocurrencia del Labio Leporino, no es específico, dependiendo mucho de los buenos servicios generales de salud en la comunidad. Es necesario incrementar los esfuerzos de investigación y las oportunidades para hacer más específica esta "prevención primaria."

El mayor énfasis en un programa preventivo para niños con labio y paladar hendidos, en la actualidad está dirigido hacia "la prevención y mitigación de los efectos incapacitantes de esta malformación" a través de los esfuerzos organizados de la comunidad, que incluyen reconocimiento temprano, tratamiento especializado, guía y rehabilitación.

CAPITULO CUARTO

DIAGNOSTICO

El reconocimiento del Labio Leporino es el primer paso para que se le proporcionen los cuidados necesarios. Luego es esencial una evaluación diagnóstica completa para saber qué tipos de servicios requerirá y cómo pueden ser manejados los problemas individuales del niño y de la familia. Una evaluación diagnóstica amplia tiene varios objetivos:

Establecer el diagnóstico.

Determinar la extensión del defecto físico y el probable grado de incapacidad funcional.

Determinar el efecto de la incapacidad específica en el desarrollo de la personalidad del niño y en las actitudes y sentimientos de sus padres.

Llegar a un pronóstico estimado, basado en la severidad del impedimento, las capacidades y potencialidades del niño y la calidad y eficacia de los recursos que se necesitan para ayudarlo.

Recomendar el tratamiento y los cuidados subsiguientes.

Un sólo examen del niño a una edad cualquiera no da información suficiente para un planeamiento de cuidados por largo plazo. El crecimiento y desarrollo producen cambios inevitables y provocan la aparición de nuevos problemas. El éxito o el fracaso de las medidas correctivas pueden afectar considerablemente la extensión de la invalidez del niño y del plan de cuidado. La evaluación de cada progreso del niño debe ser repetida durante los años del crecimiento a intervalos regulares.

Medios para diagnósticos completos aún no hay disponibles en todas las localidades. Se están dando facilidades en algunas áreas tendientes a la expansión y adaptación, dependiendo de las necesidades y recursos locales.

Elementos de una evaluación diagnóstica completa.

El énfasis en el estudio diagnóstico de un niño con labio y paladar hendidos puede variar según su edad y desarrollo, la severidad de su defecto y su status de tratamiento. Sin embargo, varios elementos deben ser considerados como componentes de una evaluación diagnóstica completa para cada niño, tanto en el primer reconocimiento como en los sucesivos.

a) Apreciación de la Salud General.

Un niño con labio y paladar hendidos puede tener los mismos problemas de salud que los otros niños, pero la presencia del defecto orofacial puede crearle riesgos adicionales, de manera que debe prestarse atención especial a lo siguiente:

Historia de factores prenatales y del nacimiento, de posible significación en su salud y desarrollo.

Estado nutricional (deshidratación, anemia, otras deficiencias, problemas de alimentación y evaluación de la ingestión alimenticia).

Historia o evidencia clínica de enfermedades como fiebre reumática, cardiopatía o disendocríneas; infecciones, especialmente de los oídos, adenoides, amígdalas, senos u otras partes del tracto respiratorio superior.

Historia de operaciones previas u otro tratamiento.

Presencia de otras anomalías coexistentes.

Estimación de la salud oral y dental.

Estimación clínica general del desarrollo físico mental y emocional del niño.

Historia de inmunizaciones ya recibidas.

b) Apreciación del defecto.

Las clasificaciones son útiles para describir la extensión del defecto antes de principiar los procedimientos operatorios y son así útiles para definir la necesidad del paciente en lo que respecta

a cirugía, cuidado médico y dental y terapia de la pronunciación. Una clasificación de hendiduras faciales que incluye las más generales, la incluimos aquí junto con la frecuencia aproximada de ocurrencia:

Sólo Labio Leporino.	25%
Sólo paladar hendido.	35%
Labio y paladar hendidos.	40%

c) **Apreciación del Lenguaje.**

Para apreciar los adelantos en la articulación de la palabra, es esencial conocer cómo se realiza ésta en niños normales y dónde y por qué el lenguaje se desvía de las reglas generales en niños con labio y paladar hendidos. En ellos hay varios grados de inteligibilidad, caracterizado por vocales nasalizadas y consonantes débiles. Muchos niños no pueden pronunciar correctamente los sonidos consonantes, particularmente la k, d, p, m, n, z, a causa del defecto en el labio o paladar. La voz nasal se debe a la comunicación entre la boca y la nariz.

d) **Apreciación Psicológica.**

Estos niños difieren ampliamente psicológica y emocionalmente de los niños normales. Una de las primeras manifestaciones de estos cambios se aprecian en las relaciones entre los padres y el niño. Cuando crece puede desarrollar problemas de adaptación a otras personas y nuevas situaciones. Ansiedad en sus sentimientos hacia ellos son frecuentes. Una comprensión de estas dificultades es esencial desde el punto de vista de prevención y es igualmente importante para ayudar a los padres.

e) **Apreciación Social.**

Conciérne a las relaciones entre el niño, su familia y la comunidad. Los problemas que confrontan estos niños y sus familiares

son esencialmente los mismos que presentan otros grupos de incapacitados. El niño y sus familiares se encontrarán con problemas como:

Sentimientos de inferioridad e inseguridad.

Inadecuada adaptación social por las barreras que les crea el lenguaje dificultado, la apariencia, las actitudes y las limitadas oportunidades de educación.

Separación de los padres durante la hospitalización.

Demandas especiales del tratamiento en tiempo, energía y recursos financieros.

Aspiraciones personales frustradas.

La evaluación social requiere estrecho contacto personal entre los profesionales y los miembros de la familia. Visitas domiciliarias son altamente deseables, además de las entrevistas en la clínica.

f) **Apreciación Educativa.**

Durante el curso hospitalario y cuidados subsiguientes, la asistencia a la escuela debe interrumpirse lo menos posible. Sin embargo, muchos de estos niños requieren un tratamiento extra-escolar para resolver sus problemas de vocalización. Algunos necesitarán servicios de educación especial durante los períodos de hospitalización para no retrasarse en sus estudios.

g) **Apreciación Vocacional.**

Personas con incapacidades residuales de labios y paladares hendidos, generalmente tienen grandes dificultades para obtener y conservar un trabajo. Es necesario por lo tanto que durante el crecimiento y desarrollo de uno de estos niños, se investiguen sus tendencias vocacionales por medio de su récord acumulativo, físico, emocional, social y educacional; sus aptitudes, habilidades e intereses; su entrenamiento anterior y experiencias de trabajo y la calidad de sus hábitos de trabajo.

CAPITULO QUINTO

CONSIDERACIONES OPERATORIAS GENERALES

Muchas escuelas operan el Labio Leporino simple o complicado, hasta que el niño ha cumplido 3 meses, considerando que a esta edad no sólo la operación es más fácil, sino que el niño soporta mejor el trauma operatorio.

Nosotros en cambio, pensamos que si el niño nació con un defecto físico, como lo es el Labio Leporino en cualquiera de sus variedades, debe repararse lo antes posible por varias razones:

1º—En las primeras horas de nacido—que es cuando lo operamos de elección—el niño está con toda la potencia vital que lo hace resistir cualquier intervención, aún las más serias, y con mayor razón la del Labio Leporino que, como veremos después, haciéndolo con la técnica que describiremos, el traumatismo operatorio es mínimo.

2º—El defecto físico del recién nacido, por pequeño que sea, ocasiona un trauma psíquico enorme en sus padres y familiares, que puede remediarse inmediatamente con la operación.

3º—El Labio Leporino complicado de hendidura del paladar, sobre todo del paladar duro, trae consigo graves trastornos en la nutrición del niño.

4º—La abertura bucal aumentada por la dehiscencia del labio, ocasiona hiperventilación pulmonar y también irritación de los alvéolos pulmonares, predisponiendo a la bronquitis, neumonías, atelectasias y aún a la tuberculosis.

5º—Por la razón anterior los labios leporinos dobles complicados o aún los simples complicados, están predispuestos a las enfermedades de las vías respiratorias que en ellos adquieren caracteres graves, provocando la muerte en la gran mayoría de los casos y precisamente en los 3 primeros meses de vida, en que el niño con esta deformación congénita lucha por adaptarse al medio am-

biente; de manera que si en estos casos esperamos los 3 meses clásicos para alcanzar la época de la operación, muchos niños morirán sin llegar a ella.

6º—La anestesia que usamos para operar es local, por lo que no representa ningún peligro para el recién nacido.

7º—Reconstruyendo el labio en los que también tienen hendido el paladar y en los que desde el nacimiento se nota la predominancia del desarrollo mayor del hueso intermaxilar, unido ya sea a la yema derecha o a la izquierda, esta sola "cincha" blanda hace que con el tiempo—3 a 4 años—el arco dentario se normalice y se haga perfecto, sin hacer en el momento de la operación del labio, ninguna sección o fractura sobre las partes óseas que forman las yemas.

8º—Reconstruido el labio y corregido al mismo tiempo el defecto de la nariz, el niño puede considerarse como normal desde el punto de vista estético y exterior.

9º—Reconstruido el labio, el niño puede efectuar la succión perfecta, colocando el mamón en un lado y ayudándose con la lengua, lo que permite también una perfecta nutrición.

10º—Lo simple de la técnica que describimos y el corto tiempo que se emplea en realizarla—20 ó 30 minutos—permite que pueda hacerse como operación de emergencia por cualquier cirujano general.

En niños que por una razón u otra no han sido operados precozmente, hemos tenido la siguiente experiencia:

El niño al nacer está provisto de una energía vital completa, cuyo mantenimiento está en relación directa con su nutrición, que si es defectuosa hace insuficiente la energía vital e inmediatamente, el niño principia a perder peso y a ser víctima, constante o esporádicamente, de afecciones de las vías respiratorias que ayudan a agravar su desnutrición, de manera que cada día que pasa, van disminuyendo en él las buenas condiciones que tenía al nacer y si este tiempo se prolonga demasiado, llegamos a un momento en que ya no es posible operarlo y el niño perece; esta es nuestra experiencia constante. Al respecto relatamos el caso siguiente: se trata

de un niño del Servicio de Recién Nacidos del Hospital General, nacido con Labio Leporino complicado y 7 y media libras de peso; a pesar de los cuidados de enfermeras especializadas fue víctima de varias infecciones de las vías respiratorias y déficit de nutrición, al grado que al mes pesaba 4 libras y media; discutimos el caso con el pediatra y llegamos a la conclusión de que si el estado de desnutrición seguía progresando, como era de preverse, el niño moriría y que por lo tanto valía la pena arriesgarse a operarlo, fundándonos en el poco traumatismo operatorio. Lo operamos y el niño presentó un post-operatorio satisfactorio y al mes de operado el niño había recuperado el peso normal a su edad.

En el Centro Materno Infantil, en niños que no habían sido operados precozmente, nuestra experiencia fue la siguiente: los padres con la gran "ilusión" de que sus niños fueran operados lo más pronto posible, nos aseguraban que estaban en perfectas condiciones de salud para ser intervenidos de inmediato, pero nosotros, conocedores del ambiente, principiábamos por hospitalizar y observar a los niños, habiendo encontrado que ni uno solo presentaba buen estado de salud; unos tenían catarro, otros bronquitis, o estados gripales, todos consecutivos a afecciones de las vías respiratorias. Un caso bastante curioso fue el de un niño que examinado por un grupo de pediatras no se le encontró ninguna afección patológica, a pesar de presentar tos y fiebre hasta 38.5°C, lo cual llegó a atribuirse a la irritación de las mucosas por el aire frío y a la hiperventilación. Nos decidimos a operarlo y desde ese día desaparecieron todas las molestias.

También fuimos llamados a ver a un niño de uno de los hospitales de esta ciudad, que dos meses antes había nacido con Labio Leporino doble complicado y ausencia del hueso intermaxilar (caso rarísimo) y que padecía de ataques epileptoides, en especial después de llorar. La ausencia de la yema media o hueso intermaxilar, hacía que el aire entrara en la cavidad en cantidad excesiva y la hiperventilación, en terreno probablemente epiléptico, provocaba en el niño las crisis epileptoides, lo cual se pudo demostrar perfectamente cubriendo la gran abertura de labio superior con espa-

radrapo y en esa forma, el niño ya pudo llorar sin que se le desencadenaran los ataques, los cuales habían sido motivo—en dicho centro hospitalario—para no realizar la operación. El niño fue dado de alta y lo perdimos de vista; probablemente murió, porque sus condiciones nutricionales eran precarias.

PREPARACION PRE-OPERATORIA

Por las razones anteriormente expuestas, sustentamos el criterio de que el defecto del labio y de la nariz deben ser corregidos lo más precozmente posible, y así en los 200 casos que hemos operado en estas condiciones hemos procedido de la siguiente manera:

Hacemos al niño cardiopina, tiempos de coagulación, de sangría y de protrombina. De todos los casos operados, sólo hemos encontrado dos con cardiopina positiva. Si el tiempo de coagulación y de sangría está un poco prolongado, ponemos 10 mgr. de Vitamina K intramuscular y 0.02 gr. de Gardenal. Como norma, si el niño es de pocas horas, se le da Dextromalto hasta que se llene y si ya toma leche, se le da ésta hasta que quede satisfecho; en estas condiciones se le envía a la Sala de Operaciones.

Como anestesia, usamos la local, Escurocaína al 2%, generalmente 3 ó 4 c. c. tiene para nosotros la ventaja esta clase de anestesia, de aumentar los planos de disección anatómica por la infiltración, dando una anestesia perfecta en el 100% de los casos. Utilizamos un ayudante que, colocado hacia los pies del niño, detiene la cabecita, poniendo los dedos 2º, 3º, 4º y 5º, de cada mano en las regiones parietales del niño y los pulgares bajo el maxilar inferior, lo cual nos da una inmovilidad completa de la cabeza. Para mayor seguridad envolvemos el cuerpecito del niño principiando por los pies, los miembros inferiores en extensión y los superiores pegados al cuerpo, con uno o dos rodillos de los usados para cirugía abdominal, fijados con imperdibles. El que sostiene la cabeza del niño se lava y calza guantes. Inmovilizado el niño de esta manera, lo cubrimos con campos y estamos en condiciones de efectuar la operación.

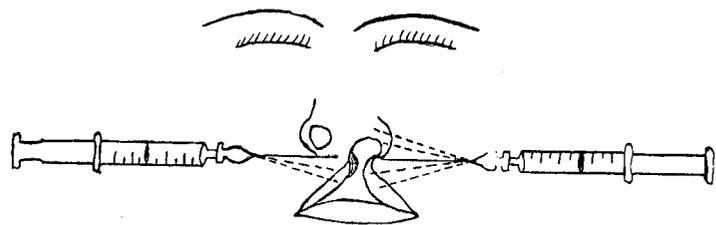
INSTRUMENTAL OPERATORIO

Solamente usamos como instrumental especializado: pinzas de conjuntiva de cuatro dientes, bisturí 15, pinzas de mosquito, tijeras finas, seda 000000, seda 00000, agujas de sutura finas con punta de trócar y porta-agujas de Atson.

TECNICA OPERATORIA

Vestido el enfermo como anteriormente describimos y con la cara enteramente descubierta para buscar el conjunto estético armonioso, ponemos sobre el labio y en el resto de la cara Zefirán o Mertiolato de colorado, y procedemos a hacer la anestesia, para lo cual usamos una aguja fina N° 26 y la introducimos a una distancia de más o menos 1.5 cm. del borde libre del labio hendidado e infiltramos todo el espesor del labio, desde la mucosa hasta la piel. Si la hendidura es derecha, la yema mayor será izquierda y en este lado izquierdo anestesiaremos también el labio, como se describió anteriormente y la espina nasal; del lado derecho anestesiaremos también el ala de la nariz desde su borde externo hasta la punta y en una altura más o menos de 0.5 cm. (véase dibujo adjunto). Toda la parte anestesiada se pone de manifiesto por la palidez que adquiere en contraste con el resto de los tejidos de la cara.

El operador se coloca a la cabeza del enfermo exactamente por detrás, lo cual tiene la ventaja de permitirle buscar siempre la simetría y la estética. Con el dedo índice de la mano derecha introdu-



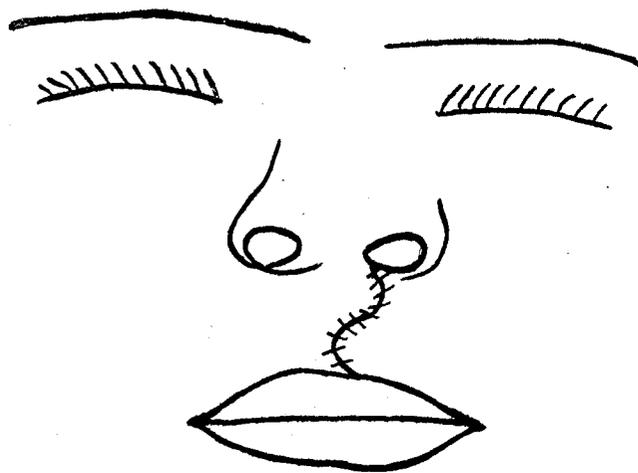
G. MORÁN

cido en la comisura labial derecha (estamos operando una hendidura labial izquierda) y el pulgar sobre el labio, se vuelve éste hacia arriba y atrás, comprimiendo la arteria orbicular. Con la mano izquierda y con bisturí 15 se hace un corte que interesa sólo la mucosa en el surco gingivolabial, que partiendo más o menos de un cm. adentro se dirige hacia el borde libre del labio hendidado; sin soltar el labio y siempre con la mano izquierda, se traza sobre todo el borde libre del labio hendidado, una raqueta cuyo pie termina en la incisión anteriormente descrita; la mucosa comprendida en la raqueta se elimina. Luego con el mismo bisturí 15, se disecciona la mucosa del corte en el surco gingivolabial al pie de la raqueta y esta disección de mucosa se sigue en todo el derredor de la raqueta, separando así mucosa y tejido celular, del músculo orbicular más o menos en una profundidad de 4 a 5 mm. Hechos estos cortes, el ayudante toma con sus dedos índice y pulgar la comisura que antes habíamos tenido nosotros con nuestra mano derecha para hacer hemostasis y hacemos exactamente lo mismo del lado izquierdo, solamente que usamos la mano izquierda para sostener y cortamos con la derecha.

Hecho esto, pasamos de una vez a operar el defecto de la nariz, para lo cual hacemos un corte a 2 mm. del borde libre del ala de la nariz del lado izquierdo (la nariz está abierta del lado izquierdo); este corte recorre desde el borde libre hendidado del ala de la nariz, hasta la punta, paralelo al borde libre y en una profundidad que interesa mucosa y cartílago del ala. Luego volvemos al lado derecho y con el bisturí 15 o cincel fino desincertamos la espina nasal, del maxilar superior, lo cual nos da una movilidad completa de la columela y de la punta de la nariz; desprendemos también el borde libre del labio hendidado, tanto del maxilar superior derecho como del izquierdo y decimos que con esto está terminada la parte destructiva de la operación y principiamos la parte constructiva.

Con seda 0000, 00000 ó 000000—según el tamaño del labio— pasamos un punto que partiendo de debajo de la columela va hacia el borde libre hendidado del ala de la nariz y los une formando

así, la ventana nasal, que por haber antes desprendido la espina nasal, tira la columnela hacia la parte media y vuelve simétrica a la nariz. Con los tejidos que están debajo de la piel de uno y otro lado se reconstruye el piso de la nariz. Como generalmente sobra del lado de la columnela, se hace en él una muesca entrante y del lado izquierdo una muesca saliente, las cuales se suturan con puntos separados de seda 000000.—(Ver figura 1).

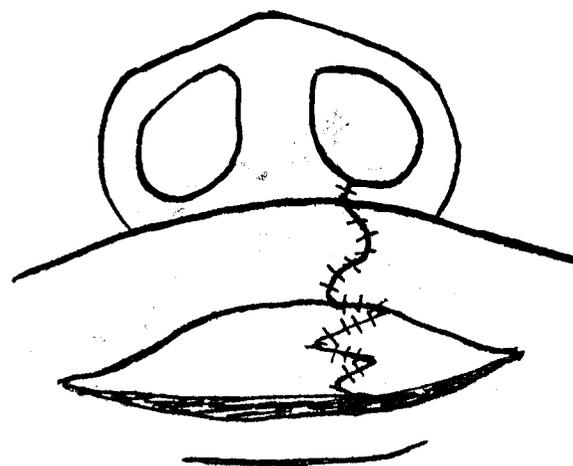


G. MORÁN

Figura Número 1.

Las partes del vermellón del labio, que en los dos bordes libres del mismo suben hasta la nariz, se recortan en su orilla hasta llegar al borde libre del labio normal y en ese lugar, los dos extremos se unen con un punto; queda así, entre el pie de la ventana de la nariz y el borde del vermellón del labio, dos superficies en las cuales sobra más de un lado que de otro; entonces trazamos de un lado un colgajo en forma de S y enfrente otro al contrario, para que entren uno en otro, quedando entonces entre el espacio nasolabial una sutura en forma de S. Las dos lengüetas de mucosa

que nos sobraron cuando cortamos ésta que iba hacia la nariz, la entrecruzamos tirando de la mucosa de la parte posterior del labio que nos quedó libre cuando hicimos el primer corte y disección del surco gingivolabial y que al mismo tiempo, nos permite reconstruir un labio de grosor normal. Toda esta mucosa, desde donde empieza el vermellón hacia atrás, se une haciendo zig-zag, de manera que una saliente entra en una superficie a la que se adapta perfectamente, suturando toda esta mucosa con puntos separados de seda 000000 (ver figura 2).

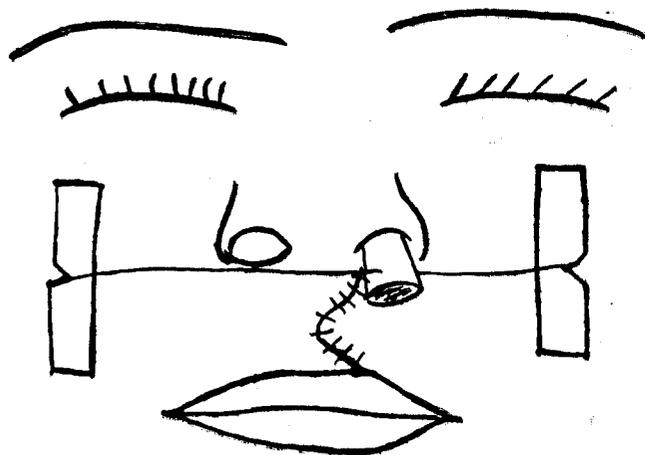


G. MORÁN

Figura Número 2.

En la ventana nasal reconstruída y al verla en su interior, notamos que sobra mucosa acompañada de cartílago, por lo cual, con una pinza de mosquito, tomamos la parte más prominente de la mucosa que sobra y resecamos un triangulito de vértice hacia arriba que lleva mucosa y cartílago. Para mantener la forma perfecta de la nariz y no tener que suturar mucosa y cartílago, intro-

ducimos el pabellón de una sonda de Nélaton (según el tamaño de la nariz, así será el de la sonda), fijando este pabellón con una seda 0000 al surco nasogeniano con dos pequeños esparadrapos.— (Ver figura 3).



G. MORÁN

Figura Número 3.

POST-OPERATORIO

No colocamos ningún apósito sobre las heridas operatorias; sólo debe tenerse cuidado que éstas estén constantemente cubiertas, tanto en el labio como en el espacio nasolabial, de unguento oftálmico de Penicilina o Terramicina, lo cual es muy importante para la cicatrización. Nunca deben formarse costras sobre la herida operatoria. Con respecto al pabellón de sonda en la ventana de la nariz que se ha modelado, debe advertirse, a quienes cuiden al niño después de operado, que no le sirve para respirar sino para que modele y por lo tanto no deben limpiarlo ni retirarlo. Personalmente retiramos el tubo a los 5 ó 6 días y quitamos los puntos a los 6 ó 7 días.

Como rutina dejamos en el post-operatorio 25,000 unidades de Penicilina intramuscular cada 4 horas; 0.25 gr. de Dihidroestrep-tomicina intramuscular cada 6 horas; 100 mgr. diarios de Vitamina C, intramuscular; 10 mgr. de Vitamina K, intramuscular al día. Alimentación, la que el niño esté tomando, pero CON CUCHARA. Los antibióticos y vitaminas se suspenden al 4º día; la alimentación con cuchara hasta el 9º día en que al niño se le da la pacha o el pecho de la madre.

En los 200 casos a que hace referencia este trabajo y en todos los cuales hemos seguido esta técnica, no hemos tenido una sola defunción, ni una sola complicación post-operatoria. Muchos de ellos los hemos seguido observando en el término de 8 años que tenemos de hacer esta sencilla técnica y todos ellos con satisfactorios resultados.

TRATAMIENTO COADYUVANTE

Desde el punto de vista de los intereses del niño y de su familia, sería preferible que todos los medios de tratamiento pudieran proporcionársele tan cerca de su hogar como fuese posible, para reducir molestias de viaje, para animar a continuar el tratamiento y perturbar lo menos posible la vida escolar y hogareña del niño. Desde el punto de vista de la organización de la comunidad, sin embargo, algunos de los medios de tratamiento especializado necesarios sería preferible que fueran centralizados. Los siguientes ejemplos indican cómo algunos de los componentes esenciales de cuidado deben ser planeados.

Tratamiento Médico y Dental Especializado.

Los aspectos altamente técnicos y especializados del tratamiento de las hendiduras del labio y paladar deben ser supervisados y llevados a cabo por especialistas apropiados, y sería preferible que trabajaran en equipo. Cuando el mismo grupo de especialistas que participan en la evaluación diagnóstica, guían también el pro-

grama de tratamiento y supervisan los progresos, la coordinación puede hacerse más fácilmente. Equipo especial y destreza son necesarios para algunos medios de tratamiento, por ejemplo: cirugía oral, cirugía plástica, prótesis, ortodoncia, otolaringología y rehabilitación del oído. De esta manera, el establecimiento de centros de rehabilitación centrales o regionales, clínicas y facilidades hospitalarias para el tratamiento médico y dental especializado de pacientes con paladar hendido, es usualmente necesario.

Supervisión General de Salud.

El médico general juega uno de los más importantes papeles en el proceso del tratamiento. Como consejero médico de la familia, puede desempeñar un magnífico papel en conseguir la cooperación de los padres, y llevar la responsabilidad principal en los consejos para mantener la salud y en la terapéutica. Otros recursos locales que proveen de supervisión general de salud incluyen conferencias, servicios escolares y clínicas pediátricas hospitalarias.

Cuidados Dentales Necesarios.

Estos servicios a menudo se obtienen en las clínicas privadas de los odontólogos, pero también pueden obtenerse en las clínicas dentales públicas. Debido a la complejidad del problema, algunos odontólogos prefieren remitir a estos pacientes a clínicas especializadas. Como parte del programa comunal sería preferible aportar estos problemas de cuidados dentales hacia las clínicas públicas especializadas, para proporcionarles consejos y asistencia profesional.

Terapia del Lenguaje.

La terapia del lenguaje puede ser directa—es decir, entre el niño y el terapeuta—o indirecta, actuando el terapeuta en consejo con otros ramos profesionales en el planeamiento del programa de tratamiento; así como de consejero de maestros, de los padres, y de otras personas que trabajen con el niño.

En comunidades donde los terapeutas del lenguaje son empleados en las escuelas, la instrucción individual o en grupo puede impartirse junto con el trabajo ordinario de la escuela. Sin embargo, la terapia del lenguaje en las escuelas debe estar íntimamente coordinada con el plan total de tratamiento de cada niño con esta afección.

Guía Higiénica Mental.

La promoción de una buena salud mental es una parte continua e integrante del tratamiento. Hacia este fin, todos aquellos que tienen oportunidades de encontrar, tratar, o influir en el niño o en sus familiares, deben estar prevenidos de su responsabilidad, evitándoles problemas emocionales y de adaptación.

Una guía especial puede proporcionárseles por profesionales competentes, en conferencias individuales con los padres o con los niños o por medio de discusiones en grupo con los padres. Estas sesiones pueden llevarse a cabo en clínicas, centros de salud, escuelas, o pueden obtenerse por medio de reuniones familiares. Grupos de padres organizados y visitas domiciliarias de padres de otros niños leporinos, pueden ser de valor. En algunos casos es necesario proporcionar una ayuda psicológica o psiquiátrica especial.

Recreación.

Escuelas de párvulos y guarderías infantiles pueden ofrecer oportunidades para que los niños leporinos de edad pre-escolar tengan contactos sociales fuera de su hogar. A niños mayores, debe proporcionárseles facilidades de recreación comunal. Esto incluye actividades sociales y deportivas en las escuelas, campamentos y agrupaciones religiosas o deportivas. Los campamentos pueden ofrecer oportunidades a los niños mayores de obtener experiencias adicionales de la vida en grupo, estimulándoles intereses espe-

ciales y la adquisición de determinadas habilidades y hace posible su asociación con otros niños y adultos fuera de su familia.

Vida Escolar.

Donde sea posible los niños leporinos deben asistir a las clases generales con otros niños. Si tiene defectos en el lenguaje o en el oído que requieran una ayuda extra, puede ser remitido a sesiones especiales de vocalización en las escuelas que las tienen, o a otros lugares en que estas sesiones puedan obtenerse.

Guía Vocacional.

Algunos sistemas escolares emplean consejeros vocacionales. O bien estas guías pueden obtenerse fuera del sistema escolar por medio de la División de Rehabilitación Vocacional del Departamento de Educación, o de agencias voluntarias.

Rehabilitación del Oído.

Tests acústicos se dan frecuentemente en algunas escuelas como programas periódicos. Este es un servicio altamente deseable y los niños leporinos deben recibirlo junto con sus compañeros de clase. Otros lugares donde pueden obtenerse estos tests auditivos para niños de edad escolar son las clínicas hospitalarias o del Departamento de Salud.

A pesar de estas facilidades, la rehabilitación de un niño de Labio Leporino complicado que tiene defectos auditivos, debe ser supervisado por un especialista.

CAPITULO SEXTO

COMPLICACIONES

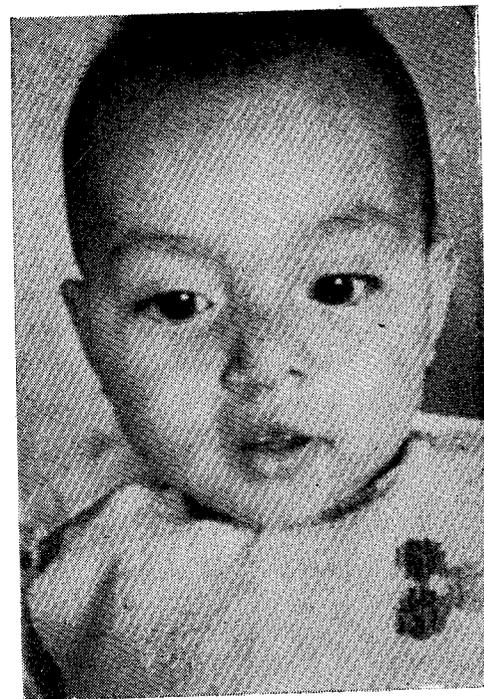
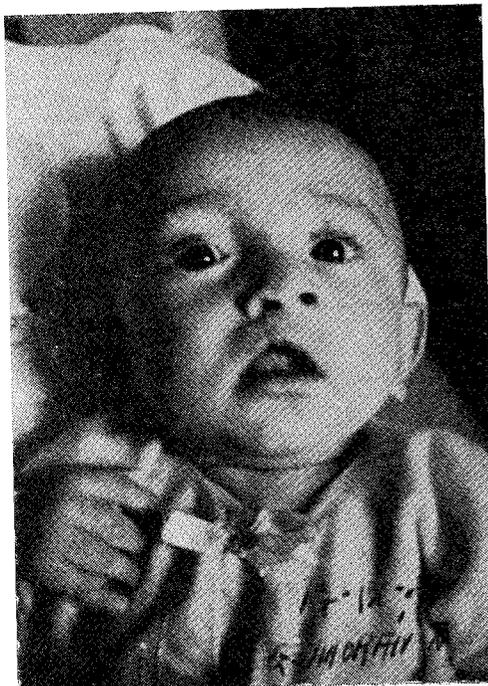
Fuera de las ya anteriormente mencionadas en lo que se refiere a la nutrición y predisposición a las enfermedades del aparato respiratorio, debemos tener presente que los niños con Labio Leporino muchísimas veces tienen también otras malformaciones congénitas, a veces exteriores y visibles y otras veces interiores o invisibles, pero que de todos modos debemos buscar de manera cuidadosa en el examen clínico a que debe ser sometido el niño antes de practicarle la intervención quirúrgica. En especial debemos tener presente las malformaciones congénitas cardíacas que pueden coexistir con el Labio Leporino; es curioso hacer notar que en todos los casos operados por nosotros nunca hemos encontrado una malformación congénita cardíaca concomitante. Las malformaciones congénitas asociadas que hemos encontrado son las siguientes: un caso de macrostomía derecha, cinco casos de condromas en las orejas, dos casos de microtia, dos casos de sindactilia, un caso de agenesia de los pectorales mayor y menor del lado izquierdo, un caso de agenesia parcial de la 4ª, 5ª y 6ª costillas izquierdas, en la parte anterior del arco.

Algunos fisiólogos, en especial sudamericanos, han llegado a la conclusión de que hay una estrecha relación entre las malformaciones congénitas de la boca y lesiones anatomofisiológicas en los centros cerebrales de la palabra hablada. Lo que hemos observado personalmente al respecto está de acuerdo con la conclusión expuesta, y más aún, hemos observado el caso contrario: pequeñas lesiones anatómicas, como pequeñas bifurcaciones de la úvula o pequeña dehiscencia labial, dan origen a trastornos graves de la palabra, muchas veces irreversibles, lo cual indicaría una lesión anatómica mínima en la boca y una lesión anatomofisiológica grande en los centros cerebrales de la palabra hablada.

Queremos mencionar como interesante el caso de una señorita Enfermera que sin tener ninguna lesión anatómica en la boca, los graves trastornos de la palabra hablada que presentaba, inducían, al oírla hablar, a pensar que se estaba en presencia de una paciente con Labio Leporino complicado.

También es curioso hacer notar algunos casos de Labio Leporino simple en los cuales, aunque el niño ha sido operado precozmente, al llegar la época en que principia a hablar lo hace con las características del niño que aún tiene el labio y el paladar hendido, lo cual viene a confirmar la teoría a que hemos hecho mención. Un apoyo más a ésta, es la gran dificultad que encuentran los especialistas en reeducar algunos de estos casos en los que sólo se logra alguna mejoría después de algunos años de rehabilitación; en cambio otros casos, desde el momento en que son operados, la recuperación es completa o casi completa.

Dos de los casos operados con la técnica descrita.



CONCLUSIONES

- En Guatemala el Labio Leporino no es una afección rara, pues se presenta en un porcentaje de cuatro a cinco por mil (en otros países solamente uno por mil).
- Todo niño, al nacer, debe ser examinado cuidadosamente para descartar una hendidura del paladar.
- La alta mortalidad de Labio Leporino complicado, debe hacernos operar lo antes posible estos casos.
- Hemos operado niños desde algunas horas de nacidos, hasta adultos de 72 años, sin una sola defunción post-operatoria.
- La anestesia local y la técnica sencilla, no nos han dado nunca complicaciones.
- Creemos que la técnica descrita es una técnica simple que permite a cualquier cirujano entrenado hacer la intervención con buenos resultados.
- Los resultados obtenidos hasta la fecha han sido completamente satisfactorios.
- Los beneficios psíquicos para los familiares y físicos y funcionales para el niño, justifican la intervención precoz sobre el labio.
- Debería instituirse una campaña nacional para operar el gran número de casos de Labio Leporino que deambulan en nuestras ciudades y que a pesar de todo han logrado sobrevivir.

HÉCTOR AUGUSTO GODOY B.

Vº Bº,

DR. ALEJANDRO PALOMO M.

Imprimase,
DR. JOSÉ FAJARDO,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Testut L. y Jacob O.*—Tratado de Anatomía Topográfica. Salvat S. A., 7ª Ed. XII-932, p. 221-8, 277-85.
- 2.—*Smead S. V.* — Cirugía Bucal. Uthea, 1948, VIII-1447, p. 1088-94.
- 3.—*Marino H.*—Labio Leporino. Mercatili, 1942, 192, p. 27-30, 34-8, 39-44, 69-70.
- 4.—*Committee on child health, American Public Health Association.* Services for children with cleft lip and cleft palate; a guide for public health personnel. New York, American Public Health Association, 1955, 84, p. 10-4, 17-8, 24-32, 44-8.
- 5.—*Ombredanne L.*—Precis clinique et opératoire de chirurgie infantile. (quatrième édition) Masson et Co. 1944, 1023, p. 186-234.
- 6.—*Pick John F.*—Cirugía Reparadora. Salvat, 1955. XIX-828, p. 710-38.
- 7.—*Fomon Samuel.*—Cirugía Plástica y Reparadora. Labor, 1943, XX-1383, p. 1093-168.
- 8.—*Pauchet V., Sourdat P., Labat G. et Butler D'Ormont.*—L'anesthésie regionale. Gaston Doin et Co. 1927. X-382, p. 57-8.
- 9.—*J. Shelton Horsley and Bigger Isaac A.*—Cirugía Operatoria. Uthea, 1940, XV-725, p. 477-81.
- 10.—*Sir Ernest Rock Carling and J. Paterson Ross.*—British Surgical Practice. Vol. 4, Butterworth and Co. 1948. XXVII-486, p. 49-56.
- 11.—*Aberastury F.*—Embriología. El Ateneo, 1933, 470, p. 292-3.