

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Republica de Guatemala, América Central

"QUEILOQUISIS Y URANOQUISIS

SU

TRATAMIENTO QUIRURGICO"

Este trabajo fué realizado en el Servicio de

"Infantes Leporinos "

del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourth", Antigua G.

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la

Facultad de Ciencias Medicas

De la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

JULIO CESAR ESPINOZA AZURDIA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Agosto de 1965

INDICE

PORTADA Y DEDICATORIA	paginas
INTRODUCCION.....	1
DEFINICIONES.....	1
CLASIFICACION.....	2
ETIOLOGIA.....	2
ANATOMIA.....	6
DESCRIPTORES Y TERMINOS.....	7
MATERIA.....	9
DESCRIPCION HISTORICA DE LA ENFERMEDAD.....	11
DESCRIPCION ANATOMICA DE LA ENFERMEDAD.....	19
ANATOMIA PATOLOGICA.....	22
METODO	
TECNICA QUIRURGICA DE LA RINOLABIPLASTIA UNILATERAL.....	23
TECNICA QUIRURGICA DE LA RINOLABIPLASTIA BILATERAL.....	30
TECNICA QUIRURGICA DE LA RINOLABIPLASTIA.....	35
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	39
SUMARIO.....	42
REFERENCIAS.....	44
ESTADISTICA.....	45
BIBLIOGRAFIA.	

INTRODUCCION:

El Labio Leporino y el Paladar Hendido (queilloquisis y uranoquicia) respectivamente), son anomalías congénitas que se presentan en los seres vivos humanos y en animales; y las cuales reconocen a un grupo de factores como causantes de las mismas, ya interviniendo directa ó indirectamente.-

Estas fisuras congénitas, llamadas también fisuras labiomaxilopalatinas, según su intensidad y profundidad de lesión que provocan en los tejidos blandos y óseos, se localizan respectivamente: Las labiales de preferencia en el labio superior; mayor incidencia en el lado izquierdo, y en niñas.-

La fisura maxilopalatina puede ser uni ó bilateral, y así mismo estar complicada con fisura labial, dando la lesión compleja - queillouranoquicia, llamada "boca de lobo", la mas frecuente.-

3 En lo que se refiere a EMBRIOGENESIS de las fisuras, se acepta actualmente el concepto moderno defendido por Fleischmann, Hochstetter, Veau y Pollitzer, el que dice "que la fosilla olfatoria - primitiva, convexa hacia abajo, está unida desde un principio al al paladar primitivo, convexo hacia arriba por un muro epitelial, que cuando el desarrollo es normal, es perforado y sustituido por tejido conjuntivo (mesodermo). Cuando esto, por ignorados motivos no ocurre, ó se produce de un modo imperfecto, queda un punto débil, el epitelio de union se desintegra y se origina una hendidura. Según Veau, éste epitelio se desgarrar al iniciarse, en un determinado momento del desarrollo embrionario, la fase intensificada de crecimiento de las partes mediales de la cara que da origen a la nariz exterior, y cuya expresión es también la marcada proeminencia del hueso intermaxilar, en los casos de fisura completa bilateral. Tal vez la persistencia del muro epitelial íntegro o su resisten-

cia a la perforacion por tejido conjuntivo es lo que se hereda y el potente impulso evolutivo de la parte medial del rostro - (la fuerza perturbadora) constituye el factor exógeno adverso en el vientre materno, que provoca la aparición de la tendencia a las fisuras.

CLASIFICACION:

	Unilateral
Fisura Labiomaxilopalatina completa	
(boca de lobo)	Bilateral
	Unilateral: Total ó Parcial
Fisura labial simple	(cicatriz congenita)
	Bilateral : Total ó Parcial
(labio leporino)	(cicatrices congenitas)

Desde el punto de vista ETIOLOGICO, dijimos ya una vez, que estas fistulas congenitas reconocen varios factores determinantes pero como en todas las anomalias congenitas, aquí tambien encontramos el obstáculo infinito y el que constituye, en la dificultad de encontrar la verdadera acción directa o indirecta de todos y cada uno de esos factores, sobre los organismos para marcarlos con las mencionadas fisuras a las que hacemos alusion.

3-4 El factor HEREDITARIO, constituye uno de los mas determinantes en el numero de casos que nos ha tocado estudiar, y hemos comprobado que las fisuras labiomaxilopalatinas se heredan siguiendo la ley Atavica de Mendell, y el mismo factor se hereda como un factor recesivo las mas de las veces; pero tambien, en algunos casos hemos encontrado familias en el curso de tres generaciones, - en las cuales el factor ha sido dominante.-

Es curioso e interesante señalar que hay casos en que por vez primera se presenta una fisura en un miembro de la familia, no habiendo rotundamente ningún factor ancestral; y no obstante, la descendencia de éste miembro familiar, puede muy bien sufrir y transmitir esta anomalia, ya como factor familiar hereditario.

Queremos hacer notar así mismo, que las fisuras mas simples, como con la cistritz congenita del labio superior, y las fositas ó utriculos mucosos uni o bilaterales del labio inferior, constituyen factores fuertemente dominantes, y las cuales pueden dar origen, las mas de las veces a fisuras muy complicadas, como la - labiomaxilopalatina bilateral, u otras.

Pero es tan grande el numero de casos en que, a pesar de todo, un detenido examen genealogico no logra descubrir otros portadores de fisuras, que todavia no podemos afirmar con seguridad que todas esas fisuras se hayan transmitido por herencia, si bien tampoco tenemos pruebas de la genesis puramente exógena de ellas. Es evidente y digno de advertir que no pocas veces se ha encontrado, como dijimos antes, miembros de familia presentando estas fisuras, sin tener ningun factor ancestral hereditable, por lo que bien podria verse a estas fisuras como una mutación reciente nada rara.-

³ Steininger, desde el punto de vista HORMONAL, ha inyectado - preparados de hormona prehipofisiaria a ratones de cepas afectas de fisura y ha encontrado que éstas, tienen una descendencia abundante en fisuras tanto como el doble, que de las ratonas, siempre de cepa con tendencia a presentarlas, pero que no se les administró dicha hormona. De ello podemos deducir que las hormonas de la hipofisis anterior tienen un factor influyente sobre la aparición de las fisuras, y que bien podria ser el causante de la aparición de las mismas, en los seres donde se ha comprobado que no hay factores ancestrales de donde heredarlas.- Seria así mismo, digno de advertir y señalarlo, cuando se hicieran tratamientos con hormonas de la prehipofisis, en pacientes, prevenirles de que la fecundación no se produzca durante el tratamiento mismo.

7 Señalaremos también que en la alimentación, y principalmente las VITAMINAS, juegan un papel muy importante en la aparición de las anomalías congénitas.- La Arriboflavinosis puede producir numerosas malformaciones esqueléticas, como sindactilia, paladar hendido, acortamiento de la mandíbula y extremidades y fusión costal.- Así mismo, mencionaremos que la hipervitaminosis puede originar malformaciones congénitas entre ellas, las fisuras labiales y maxilopalatinas, espina bifida, etc.

7 Un estudio realizado en el Centro Médico de Saint Barnabas, Newark, New Jersey U.S., se comprobó que el 90% de un grupo de 306 mujeres que habían dado a luz a niños con fisura labial ó palatina, no habían ingerido vitaminas suficientemente, ó las habían tomado tardíamente durante el embarazo.

De igual manera, no podemos despreciar los factores INFECCIOSOS, que se producen durante los estadios ovulares y embrionarios del nuevo ser, y los cuales es bien sabido, son determinantes en la producción de malformaciones de diversos órdenes de tipo congénito, y que entre ellos se encuentran entre otras, las fisuras antes mencionadas.- Los virus (de la Rubéola), Espiroquetas (Lues), y otros, constituyen grupos de microorganismos infectantes capaces de provocar éstas malformaciones, y las cuales determinan cambios radicales y permanentes en las células embrionarias, causando grandes daños a las mismas, que más tarde repercuten en el mal desarrollo de las partes del organismo al que dan origen.

Estos microorganismos obrarían directamente, al vivir dentro de la célula propia aun embrionaria, ó indirectamente, por medio de sus toxinas, causando cambios en el metabolismo de las mismas, lo que redundaría después, en el patológico desarrollo del organismo al que darían origen.

Las RADIACIONES, en general, tambien se les atribuye culpa en la aparición de malformaciones congenitas, sobre todo cuando se aplican a seres en la fase ovular o embrionaria, creyendose que es causante de destrucción (quemaduras) de partes vitales - de dichas celulas embrionarias ó embriones y que mas tarde esas mismas alteraciones son las causantes de anomalias teratologicas.

La Edad de la madre es factor importante, en la presentación de las Malformaciones, ya que se sabe positivamente que mientras mas avanzada edad tenga la madre, mayor será la incidencia de Malformaciones que presente su descendencia.

ANTECEDENTES.

Afortunadamente en la actualidad contamos con un sin número de recursos, que desde distintos puntos de vista, así como también de diferentes maneras, son capaces de evitar hasta donde es posible, la aparición de éstas fisuras. Y como recurso postnatal, contamos, aparte de otros procedimientos y tratamientos, con métodos quirúrgicos para corregir lo mejor posible las deformidades que causan estas fisuras cuando se presentan.

5 El primero que practicó la queiloplastia, fué el francés Le monnier, en 1764.- Luego Graefe la practicó en Berlín en 1817.- En seguida, Roux, de París publicó la técnica de aquel, en 1819.- Juan C. WARREN, de Boston practicó esta plastia en 1820.-

Desde entonces, hasta la presente fecha, cuando la cirugía plástica y otros recursos medicoquirúrgicos están a la mano de los profesionales, la corrección de estas deformaciones ha ido mejorando favorablemente, tanto desde el punto estético, como mejorando también, los problemas nutricionales, de ventilación, fonética, ortodondia, y uno muy importante, el de mermar o suprimir los complejos de inferioridad que presentan estos pacientes.

Aquí en Guatemala, el año 1956, y en Febrero, se presentó la tesis de Graduación de Médico y Cirujano, titulada "Consideraciones generales sobre labio leporino", por el Doctor Carlos Francisco Maza Arellano, sobre casos del Hospital General.

En el año de 1963, El Doctor Anthony K. Ewin presentó un trabajo de tesis, para su Graduación de Médico y Cirujano, titulado, "Queilorooplastia", donde da un procedimiento quirúrgico para la reconstrucción de los labios, afectos de lesiones patológicas diversas, (degenerativas, traumáticas, etc.), pero no congénitas fisuras, como en el presente trabajo.-

OBJETIVOS:

La queilorinoplastia verificada segun las tecnicas clásicas de LeMesurier, Wassmund, Langenbeck, Blair, Malgaine, Veau, Mirault y otros más, nos indican el gran interes que ha suscitado la corrección plastica de la fisura labial, y por ende, la variedad de tecnicas quirurgicas y variaciones, modificaciones que se han venido haciendo en el transcurso del tiempo y promordialmente a los resultados obtenidos en todas y cada una de ellas, es posible cada vez mas ir corrigiendo errores, aprovechar bondades y mejorar métodos.

El presente trabajo de tesis está basado en las modificaciones hechas por el Dr. Oscar Asensio del Valle, Cirujano Oral del Hospital Nacional "Pedro de Bethancourth" de la Antigua G. a las tecnicas quirurgicas de Mirault-Blair, y la de Federspiel, para el tratamiento de la queiloquisis uni y bilateral, cuyas bondades se manifiestan en la configuración de las narinas, con vestibulo normal; con las alas de la nariz bien conformadas y simétricas (punto critico en ésta plastia); un labio con espesor uniforme y bien conformado; con buena estética tanto en reposo como en actividad; con retracciones eventuales, pero muy moderadas, producto de las Zetas plasticas y la inversión de ellas en el plano cutáneo y mucoso; asi mismo el aprovechamiento total de los tejidos que constituyen el Bermellon, salvo casos de queloides cuyo problema es bien conocido. En ningun caso de lactante recurre a la reconstrucción del piso nasal anterior, por considerarlo trauma innecesario e inconveniente, ya que la preservación de los folículos dentales alojados en el vertice de los muñones del proceso alveolar afectado por la fisura, asi como los res-

tantes, son factores indispensables como estímulo fisiológico en el desarrollo de los maxilares, ya sujeto a la tensión normal aportada por el músculo orbicular de los labios, cuya continuidad se estableció quirúrgicamente, así como los demás músculos de la cara que entrecruzan sus fibras con él; esta compensación sumada al desarrollo normal, restablecen la continuidad del maxilar ya separado solamente por el espacio virtual entre las dos fibromucosas que posterior a la eliminación de las superficies de contacto y obviamente esto constituye el piso nasal anterior normal.

En cuanto a la Uranoplastia, parte de la técnica de Veau, pero modificada, en cuanto al respeto de la irrigación sanguínea aportada por el mucoperiostio en la zona de la tuberosidad del maxilar en el punto de unión con la apófisis pterigopalatina, centro de desarrollo del maxilar, cuya importancia es vital; por esta razón, dicha zona no es desprendida del plano óseo, y su falta de traslado se compensa con un desdoblamiento del mucoperiostio vomeriano y su sutura adecuado al colgajo oponente.

Como ilustración mencionaré la técnica de Brophy, ejemplo clásico del fatal resultado que da la destrucción de los folículos dentales, sumada al traumatismo quirúrgico con aproximación grosera de los emimaxilares, y que invariablemente conduce a la atrofia del maxilar superior. Pero su nombre se suma a la de los precursores de esta plastia, con Langenbeck, Dieffenbach, Lane, Fichler, Cambell y otros, quienes con sus experiencias aportaron las luces para la moderna plastia.

MATERIAL:

Este trabajo de tesis se efectuó en el servicio de "infantes Leporinos" que funciona en el hospital nacional "Pedro de Bethancourth", de la Antigua G. con los pacientes ingresados a dicho servicio durante los años 1962, 1963, 1964 y parte de 1965, según estadísticas que aparecerán mas adelante.

Las condiciones optimas a que deberan ser llevados los pacientes para ser sometidos a las respectivas plastias del labio y paladar, tendrán que ser vistas desde distintos puntos de vista.

El estado saludable del niño, es decir, exento de todo foco infeccioso, principalmente de las vias respiratorias altas, - por ser frecuentes a causa de la hiperventilación sufrida por estos pacientes; así como sus complicaciones; pneumonias por aspiración brusca por trastornos en la deglución.

Ausencia total de lesiones cutaneas y mucosas, de cualquier etiologia.

El peso del niño es un factor determinante, que va intimamente ligado con el cuidado que se le ha prodigado, lo que conduce a la normalidad hematica y proteica, factores indispensables para la buena cicatrización y evolución favorable de las heridas quirurgicas plasticas.

La edad, es factor muy importante en la practica de estas plastias.- El labio fisurado, se reparará nó antes de los dos meses.- El paladar fisurado, simple o bilateral, se reparara durante las edades comprendidas entre los dos y medio, a los cinco años.- En cuanto a la edad del niño para someterlo a la plas-

tia, hay diversidad de opiniones, cada una con razones válidas y también así sus inconvenientes; en realidad, la edad está en razón a la técnica empleada.

Durante el acto quirúrgico, hemos utilizado la Normotermia, valiendonos de un colchón hidráulico, al que se le hace pasar agua fría de acuerdo con las necesidades térmicas del caso, habiendo observado que ello contribuye a evitar la excesiva transpiración del niño a consecuencia del apropiamiento por los campos estériles; así mismo, ayuda a mantener cómodo al paciente durante la operación.

1 La boca, es una cavidad irregular, impar, situada en la parte media de la cara, donde se verifican importantes funciones digestivas, así como también, funciones propiamente fonéticas, como sería la modelación del sonido laríngeo, de donde resulta la voz articulada.-

Colocada en la parte inferior de la cara, entre las fosas nasales y la región mentoniana, tiene forma de óvalo, con su diámetro anteroposterior, mayor.- El plano en que se encuentra ésta cavidad en el hombre, es aproximadamente horizontal.

Los arcos alveolodentales dividen la boca en dos partes, una anterior y lateral, situada por fuera de éstos arcos, que recibe el nombre de "Vestíbulo de la Boca", y otra parte situada por dentro de los arcos, y que constituye la boca propiamente dicha. Estas dos partes se comunican entre sí, a través de los espacios interdientales.-

A continuación, estudiaremos separadamente su constitución anatómica atendiendo a sus límites y formaciones propias.-

PARED ANTERIOR:

LABIOS: Son dos repliegues musculomembranosos, situados en la parte anterior de la boca, constituyendo su pared anterior. Se distinguen en Superior e Inferior, y los cuales, embriológicamente resultan del desdoblamiento de la lámina epitelial (muro penetrante) que ocupa el contorno de la boca primitiva. La parte anterior del desdoblamiento, constituye los labios, es decir, esos repliegues musculocutáneos que pasan de un maxilar a otro, mientras que la parte posterior del muro, forma las encías.-

Los labios, son dos formaciones blandas, que constituyen la pared anterior de la boca y que al mismo tiempo, forman los límites de la abertura oral.

Orientados en sentido de ovalo, de diametro horizontal mayor, y convexo en sentido anterior gracias al arco alveolodentario, que es el que le sirve de base y apoyo, y cuya configuraci3n sigue. - Aunque constituidos bajo un mismo tipo, ambos labios tienen diferencias importantes, las que a continuaci3n sealaremos.

Para el estudio de los labios, propiamente dichos, enfocaremos el mismo, desde el punto de vista morfologico, como sigue:

Cara Anterior: O cutanea propiamente, mira hacia adelante en el labio superior y hacia abajo, en el inferior.

El labio superior, en esta cara, presenta un surco medio, llamado surco subnasal o filtrum, el que desciende desde el subtabi - que nasal, hacia el borde libre del labio, en el que termina, formando un tuberculo mas o menos pronunciado (Tuberculo del labio superior).-

Mas ancho por abajo que por arriba, el filtrum, de forma mas o menos triangular, est3 limitado lateralmente por dos rebordes que se dirigen oblicuamente hacia abajo y afuera. Estos rebordes o finas crestas filtrales, son dos delicados espesamientos dermicos, - muy difciles 3 imposibles de imitar quirurgicamente.

A cada lado de las crestas filtrales y por fuera, se encuentran dos superficies mas o menos triangulares y planas, cubiertas de fino vello en ni1os y mujeres, y por el bigote en adultos. El surco nasolabial limita lateralmente la cara anterior del labio superior.-

El labio inferior, igualmente, presenta en su parte media, una depresion 3 fosita media; en las partes derecha e izquierda de esta fosita, se disponen dos superficies planas o ligeramente concavas.- Por abajo, el labio inferior est3 limitado por el surco mentolabial orientado transversalmente y concavo hacia abajo.

Cara Posterior: O mucosa, tanto la del labio superior como la del labio inferior, está constituida por éste tejido, la cual está en contacto íntimo con las encías y los arcos dentales, humedecida constantemente por la saliva.-

Borde Adherente: En ambos labios consideraremos éstas relaciones tanto con la cara, como con la cavidad bucal.

El labio Superior, por el lado de la cara, su borde adherente corresponde sucesivamente al extremo posterior del tabique nasal, al borde posterior de las ventanas nasales; al extremo posterior del ala de la nariz, y por fin a un surco oblicuo hacia abajo y afuera, el surco labiogeniano.

El borde adherente facial del labio inferior, se ve marcado por un surco horizontal, mas o menos y concavo hacia abajo (surco mentolabial). A cada lado del surco, el labio se confunde sin demarcación alguna, con las partes blandas de la region mentoniana.

Por el lado bucal, el borde adherente tanto del labio superior como del inferior, se limita por el surco gingivolabial. En su parte media éste surco se interrumpe por un repliegue mucoso vertical, el frenillo del labio.

Borde Libre: En ambos labios es redondeado de delante atras, ligera e irregularmente plegado en sentido transversal; de color rosado especial. Este rojo del borde libre se confunde insensiblemente hacia atras con la mucosa. Por delante, el rojo del labio se limita muy bien de la piel de la cara anterior, por una línea que es distinta para cada uno de los labios.

El labio superior tiene una eminencia en su parte media (tuberculo del labio superior), seguida lateralmente por dos depresiones, formando en conjunto lo que se conoce como arco de cupido.

El labio inferior, por lo contrario, presenta una depresión mediana, y lateralmente, dos suaves eminencias.

El borde libre de los labios es donde presentan ambos sumayor grosor.-

Extremos ó Comisuras Labiales: Es una region par y simétrica en relación al conjunto de la cara, y que está formada por la unión lateral ó externa de los labios uno con otro. Allo dá lugar a la formación del orificio o hendidura bucal.-

HISTOLOGIA

Los labios están constituidos por tres capas principales:

Piel: es notable por su espesor, resistencia y por su íntima adherencia a los planos musculares subyacentes a su cara profunda no obstante conservan una lescitud y fineza excepcionales. Es abundante en folículos pilosos y por ello posee numerosas glándulas sebáceas.-

Muscular: En su mayor parte constituida por el musculo orbicular de los labios. Este, se dispone alrededor del orificio bucal, aplanado en sentido anteroposterior, y forma oval de diámetro transversal mayor. En realidad, está formado por dos musculos muy estrechamente ligados, uno semiorbicular del labio superior y el otro del labio inferior. Ambos están constituidos por fascículos musculares que tienen su principal punto de partida ó inserción, en la línea media de ambos labios, y luego se dirigen hacia las comisuras donde se entrecruzan entre sí. De igual manera guardan íntima relación con el conjunto de musculos faciales que tambien tienen un punto de inserción en el orificio bucal (elevator comun de ala de la nariz y del labio superior, elevador propio del labio superior; caninos y cigomaticos menores. Cuadrados del menton. Buccinadores, cigomaticos menores, triangulares de los labios y risorios de Santorini). Debemos hacer notar que de todos los musculos que contribuyen a formar el orificio bu

cal, todos son dilatadores del mismo, y solo uno, el orbicular, hace función de constrictor.-

Submucosa: Es también llamada capa glandular, toma este nombre gracias a la abundancia de las mismas en su espesor formado por tejido laxo conjuntivo y escasas fibras elásticas.-

Mucosa: En el borde libre de los labios, constituye el "rojo" de los mismos, y en cara posterior, forma la mucosa propiamente dicha. Luego sufre un reflejo sobre sí misma y tapiza las encías, dando lugar al surco gingivolabial. Está formada por un corion basal y epitelio. Su coloración roja violacea se debe a su riqueza en vasos sanguíneos.

Irrigación: Los labios toman su irrigación sanguínea a expensas de las arterias Coronarias, derecha e izquierda, las cuales son ramas de la facial.- Cada una se divide en coronaria superior, y coronaria inferior y se anastomosan con su semejante en la línea media. Accesorias: Suborbitaria, transversal de la cara, mentoniana). El retorno venoso se hace con las venas satélites de las arterias enumeradas.-

Inervación: Los nervios motores provienen del facial, y se distribuyen por los músculos enumerados anteriormente.- Los nervios sensitivos provenientes del Trigemino, son el suborbitario, rama del Maxilar Superior; y el Mentoniano, rama del Maxilar Inferior. El Nasopalatino,-

Pared Superior

Ó Boveda Palatina, ó mejor dicha boveda Maxilopalatina. En sus dos tercios anteriores es ósea, y fibrosa en su tercio posterior. Presenta la forma de una horradura abierta hacia atrás, circunscrita por delante ~~por~~ y a los lados, por el reborde alveolar de los maxilares superiores; atrás por el borde posterior de las lami-

nas horizontales de los palatinos, y por arriba propiamente dicho primero por las apofisis palatinas de los maxilares superiores y luego atras, por las laminas horizontales de los palatinos.-

En la linea media, de delante atras, se encuentra un rafe fibroso que la divide en dos mitades derecha e izquierda, simétricas. Termina por delante en un tuberculo, palatino, donde se encuentra el orificio inferior del conducto palatino anterior. (nasopalatino)

La boveda, en su tercio anterior, es de una superficie irregular, presentando crestas, transversales u oblicuas, las cuales desaparecen totalmente en sus dos tercios posteriores donde la superficie es lisa, y se confunde con el velo del paladar.

Histologia

La boveda palatina se compone de tres capas.-

Osea: Constituye la armazon dura de la boveda y está formada por delante por las apofisis palatinas de los maxilares superiores que se fusionan intimamente en su linea media, y atras por las laminas horizontales de los palatinos, que tambien se soldan mutuamente en la linea media, y así mismo con los bordes posteriores de las apofisis palatinas, -de los maxilares.- Presentan en el extremo anterior de la linea media, el orificio inferior del conducto palatino anterior. Y en los angulos posterolaterales, se abren los orificios de los conductos palatinos posteriores.-

Mucosa: Es notable por su espesor y resistencia. Intimamente adherida al pericostio del que cuesta separarla.

Glandular: Se encuentra en el espesor de la mucosa y con glándulas de orden seroso y mucoso.

Irrigación: La boveda palatina se encuentra irrigada principalmente por la arteria palatina superior o descendente, rama de la maxilar interna, y que emerge por los orificios palatinos posteriores. La rama Palatina Anterior, que se desprende de la palati-

na superior, al emerger por el orificio palatino posterior debe tenerse muy en cuenta y presente al verificar el desprendimiento mucoperiostio del palatino, al practicar la Uranoplastia. El desague venoso de retorno se efectua por las venas satélites.

Inervación: Es exclusivamente sensitiva y vascular, proviene del nervio Palatino anterior, que emerge por el orificio palatino posterior; y por el esfenopalatino interno, que recorre el conducto palatino anterior. Ambos son ramas del ganglio esfenopalatino.

PALEO POSTERIOR 6 Velo del Paladar.

Este es un tabique musculomembranoso que prolonga por atras la bóveda palatina, y constituye propiamente, la bóveda membranosa.-

Su borde anterior no visible, se inserta en el borde posterior de la lamina horizontal de los palatinos. El borde Posterior, festoneado y flotante, cae a la base de la lengua cuando está en reposo.

Lateralmente se inserta por delante en el vacio esfenomaxilar, y por atras se une a las paredes de la faringe.

El velo del paladar y la base de la lengua, forman el istmo de las fauces.-

El borde inferior, es el mas importante, y es donde se encuentran sucesivamente: la uvula, los pilares del velo y la fosa amigdalina.- Cinco musculos a cada lado del velo, integran la caja muscular del velo del paladar. Peristafilinos Interno y Externo; Palatostafilino; Glocostafilino (pilar anterior) y Farin-gostafilino (pilar posterior).- Los dos primeros son tensores y elevadores, y el tercero, es elevador del velo. Los musculos de los pilares obturan los espacios, faringonasal y faringobucal.

Irrigación: Se verifica por la Palatina superior o descendente, rama de la Maxilar interna; La palatina inferior o ascendente, rama de la facial; y faríngea inferior, rama de carótida externa.- El retorno venoso se efectúa por las venas satélites.-

Inervación: Son nervios Sensitivos y motores.-

La sensibilidad del velo del paladar es a expensas de los tres nervios palatinos, que son Palatinos Anterior y Posterior y esfenopalatino, ramas del maxilar superior, rama del trigemino.

La motilidad está supeditada a la rama motora del Palatino posterior, que va a los pilares,-inervando los Glossoestafilinos y Faringoestafilinos, Palatostafilino y Peristafilino interno; El Peristafilino externo está innervado por un ramo propio que le da el Maxilar inferior, rama del trigemino.

Deliberadamente se omite, la descripción anatómica de las CARAS LATERALES (carriillos) y la CARA INFERIOR, (piso o suelo de la boca), ya que consideramos que su importancia anatómica no es muy indispensable en lo que se refiere a la presente tesis y-

NARIZ.- Su Anatomia.-

2 En la descripcion de la nariz propriamente dicha, nos conser-
taremos a enumerar su contorno exterior en primer lugar, y ense-
guida, a describir sus fosas nasales y el tabique nasal, las que
consideramos son las partes anatomicas mas importantes, para la -
contribucion en la observancia de los resultados quirurgicos y mor-
fologicos principalmente, en lo que se refiere a la queilorinoplas-
tia.-

La Nariz, es una prominencia voluminosa impar y media, colo-
cada mas o menos en el centro de la cara, debajo de la frente, en
cima del labio superior y en el medio de las mejillas. Presenta la
forma de piramide triangular de base inferior, y cuyo eje mayor se
dirige oblicuo hacia arriba y atras.

CARAS LATERALES: Son en numero de dos, derecha e izquierda, -
planas, triangulares e inclinadas hacia la region de las mejillas.
Fijas en su extremo superior (esqueleto oseo), son muy movibles -
en su mitad inferior (esqueleto fibrocartilaginoso), donde recibe
el nombre de Alas de la nariz.

CARA POSTERIOR: Formada por dos profundos canales paralelos,
que se confunden en toda su longitud con las fosas nasales corres-
pondientes. Están separados uno del otro por el tabique nasal.

BORDES LATERALES: En numero de dos, derecho e izquierdo, for-
man con el plano de la cara, un surco longitudinal y quetoma su -
cesivamente de arriba abajo los nombres de surco nasopalpebral ,
nasogeniano y nasolabial.

BORDE ANTERIOR: Formado por la union de las caras laterales,
se llama dorso de la nariz, el que sigue una linea oblicua hacia
abajo y adelante, terminando abajo en una eminencia o punta re-
dondeada, el lobulo de la nariz.

Este borde o dorso de la nariz, puede presentar variaciones en su morfología, atendiendo a todos y cada uno de los tipos raciales, así como grupos familiares.-

VERTICE: Corresponde al espacio intereililar, convexo en sentido transversal, y concavo en sentido vertical.

BASE: Orientada mas o menos en sentido horizontal, variando segun los tipos de nariz, presenta en la línea media el subtabique, en sentido anteroposterior. De forma en reloj de arena, mas o menos alto, segun la raza o tipo de nariz. A cada lado del subtabique se encuentran dos orificios simétricos, los cuales tambien varian segun las razas y tipos familiares, y que son los orificios anteriores de las fosas nasales o ventanas de la nariz.

Histología:

La estructura de la nariz, está representada en primer lugar, por un ESQUELETO OSEO, constituido por los huesos propios de la nariz, unidos en la parte media, (borde anterior), a manera de un caballete. Así mismo por la rama ascendente del maxilar superior y el borde anterior de su apofisis palatina. El ESQUELETO CARTILAGINOSO, formado por el cartilago del tabique, y cartilagos laterales que continúan hacia abajo el caballete osoo, y finalmente los cartilagos del ala de la nariz, los que juntamente con el esqueleto MEMBRANOSO, dan una forma muy especial en concha, el cual forma un arco, con su base interna en el subtabique, y afuera se limita con el surco nasogeniano.

La capa MUSCULAR, de la nariz está constituida por un grupo de musculos, cuya función es cerrar o abrir el orificio anterior de las fosas nasales. Son Constrictores, el triangular de la nariz y el mirtiforme. Dilatadores, el dilatador propio de las ventanas nasales y el elevador común del ala y del labio superior.

ANATOMIA PATOLOGICA.-

3

Para apreciar la patología, desde el punto de vista anatómico que se observa en las hendiduras labiomaxilopalatinas, pasaremos a describir la fisura labiomaxilopalatina completa unilateral, en primer lugar porque es la más frecuente, y luego porque hemos encontrado, que de una manera didáctica, es la más fácil de describir desde el punto de vista anatómico y morfológico.

En ésta fisura, (boca de lobo unilateral), la fisura del labio está entre la parte media, designada por surco subnasal o filtrum, y los segmentos laterales del labio. Atraviesa las tres capas de tejido (piel, músculo, mucosa), las que han de suturarse separadamente; y llega por arriba al centro del vestibulo nasal donde se reúne el ala nasal y la expansión lateral del tabique membranoso. Pasa luego por el suelo de la nariz, dividiendo entre el labio y la apófisis alveolar del maxilar en el vestibulo de la boca, las mucosas bucal y nasal, que han de repararse aproximándolas.

Hiende el maxilar superior, a nivel del suelo óseo de la nariz y de la apófisis alveolar, junto al hueso internaxilar y generalmente los incisivos primero y segundo, quedan aun por dentro de la fisura, y el colmillo, por fuera.

A continuación, sigue una trayectoria paramedial a través de la bóveda palatina, dejando el tabique nasal con el vomer por dentro, de modo que en la fisura completa unilateral, permanece unido al lado sano, y en la bilateral, entra libremente en la boca. En el paladar óseo, están hendidos, la mucosa bucal, el hueso y la mucosa nasal; y en el paladar membranoso, la fisura termina justamente en la línea media hasta la uvula, y hiende las mucosas nasal, oral, y capa muscular. planos muy importantes a usarse en la cirugía plástica.-

METODO . QUEILORINOPLASTIA UNILATERAL.

Diseño del muñon labial interno:

- 1.- B es un punto que se coloca en la base de la columela, que se hace evidente al levantar la punta de la nariz, por tracción digital.
- 2.- D es un punto colocado en el vertice del filtrum sobre el borde mucocutaneo del bermellon.
- 3.- C es un punto que marca el espacio equidistante entre B y D sobre la piel normal, en el borde de la fisura y que da' un angulo obtuso al unirlo con dos lineas imaginarias BCD.

Diseño del muñon labial externo:

- 1.- B' es un punto que se coloca en la base del ala de la nariz.
- 2.- D' es un punto que se coloca en la parte mas prominente de la union mucocutanea del bermellon.
- 3.- C' es la consecuencia del traslado del angulo BCD , al muñon externo y que dá un angulo agudo cuyos lados son exactamente iguales a los del muñon interno.-
- 4.- De B' se traza una linea imaginaria horizontal y paralela a la linea pupilar, hasta el borde de piel normal A'.--
- 5.- Esa misma distancia, B'A' es trasladada de B a un punto sobre el tabique nasal A , y conservando la misma orientacion.

ANESTESIA:

Bloqueo de los nervios infraorbitarios, por via intraoral.

Infiltración del tabique nasal.

Infiltraciones en los vestibulos labiales, alcanzando el borde de la fosa nasal del lado afecto hasta la altura del meato inferior.

La finalidad de estas infiltraciones es: reforzar la anestesia por bloqueo de la region y provocar vasoconstricción.

La anestesia usada consiste en dos centímetros cúbicos aproximadamente de Carbocaina, lo que dá un tiempo de anestesia de una hora mas o menos.

CORTES. Muñon labial externo:

- 1.- Incision de la piel, de B' a C'y hasta D'; luego profundizando la misma e incidiendo en su totalidad musculo y mucosa de B' a C' en sentido perpendicular; y de C' a D' en sentido oblicuo,

fig. 2

con el objeto de dejar un borde ligeramente prominente de musculo y mucosa que tiene como finalidad compensar la diferencia de espesor del muñon interno del labio, que corrientemente es mas delgado.

- 2.- Se hace un corte de piel, musculo y mucosa de B' hacia A'; luego con una incision se separa la mucosa de la piel, partiendo de A', hacia dentro de la fosa nasal, y se reseca la porcion de mucosa que corresponde al borde alar, con el objeto de dejar ésta zona cruenta.

Muñon labial interno:

- 1.- Incision de piel de D a C; luego se profundiza la misma, incidiendo en todo su espesor musculo y mucosa: se despegan

ésta parte y se conserva como colgajo pediculado, que va a ser útil en la reconstrucción del bermellón.

2.- Incisión de piel de B a C, la que se completa con la sección de músculo y mucosa (porción que se elimina).

3.- De A a B se incide piel y mucosa; en el extremo A de ésta incisión formando ángulo recto con la misma y en sentido anteroposterior se incide la mucosa del tabique, luego se resecta ésta porción triangular de mucosa delimitada por las incisiones, con lo cual se forma un lecho adecuado para la porción también triangular de la base del ala A' y cuyas superficies cruentas deben coincidir en forma y extensión.

DESPRENDIMIENTO:

En el vestibulo labial del muñón externo, partiendo desde la inserción del músculo buccinador, se hace una incisión, separando los tegumentos del periostio, sin desprender éste del plano óseo en el lactante; y después de cinco años, se hará subperiostico, (razón: no traumatizar el hueso y los folículos dentales en desarrollo, ya que la contextura ósea es poco adecuada y el periostio muy adherido al plano); y extendiendo el desprendimiento hasta el tercio inferior de la región geniana, cuya altura de desprendimiento debe alcanzar exactamente el meato inferior; completando el desprendimiento con un corte de tijera en el borde de la fosa nasal anterior y que concluye hasta el mismo meato. Luego en ángulo recto, en el extremo del desprendimiento se hace un corte de los tegumentos propios de la nariz, aproximadamente de medio centímetro, y que tiene por objeto liberar el ala nasal, de la tracción que en sentido vertical hacen los tejidos aun insertados en el plano óseo.

dentro de la fosa nasal con puntos separados de material no absorbible.

La porcion muscular del labio que soporta el ala de la nariz B' hacia B, se sutura con un punto de catgut "00".-

Luego con un punto de seda a la misma altura del anterior, y que incluye mucosa y musculo, se aproxima el plano mucoso (punto vestibular).

En seguida se continua el cierre por planos separados (musculo, mucosa y piel), haciendo coincidir los puntos de referencia B con B'; C con C'; y D con D'. -

El bermellon se reconstruye en "Z", haciendo las debidas compensaciones y con su angulo saliente marcado con la letra E, hacia el mufion externo, marcado con E', y la diferencia de espesores se compensa con la porcion bicelada del mufion externo, la cual se proyecta sobre el interno en el lado vestibular o mucoso del mismo.

fig. 6

fig. 7

Esquema del diseño usado para la queilorinoplastia bilateral.-

figura 12

Esquema de los cortes practicados en la queilorinoplastia bilateral.

figura 13

METODO: QUEILORINOPLASTIA BILATERAL.- DISEÑO

- 1.- B es un punto que se marca en la base de la columela, en el punto en que se forma la pirámide de la misma, al retraer, la punta de la nariz, por tracción digital.
B' Es un punto que se coloca en la base del ala de la nariz, donde ésta se inserta al labio propiamente dicho.
- 2.- C' es un punto colocado en la parte más prominente del vermillion del muñon labial, y sobre la línea mucocutánea del mismo.-
C punto marcado sobre el borde mucocutáneo del prolabio, el cual resulta de trasladar con compas, la distancia que hay entre B' y C', partiendo del punto B del mismo prolabio.
- 3.- A' se marca sobre la piel normal, y en posición nasal de B', y a la misma altura, en relación a la línea pupilar.
A punto que resulta del traslado a compas, de la distancia : A'B' sobre el tabique nasal y partiendo del punto B.
- 4.- D se marca en el vertice del filtrum, en el prolabio.

Las mismas marcas de referencia, en cuanto a localización, se hacen sobre el otro lado fisurado.-

CORTES.-

Uniendo los puntos de referencia por líneas imaginarias, así: A'B'C' se incide el labio en todo su espesor.

Lo mismo se hace con A B C D .- Y obviamente, en el otro lado fisurado, se sigue el mismo procedimiento.

Como consecuencia de estos cortes, nos quedan dos colgajos pediculados, uno en cada muñon labial y constituidos por una porción del vermillion. A dichos colgajos del vermillion, se les elimina la piel con un corte a bicel, que da origen a una arista longitudinal sobre el musculo que contiene el colgajo del vermillion, mismo.

Partiendo de A' se hace un corte que separa la mucosa de la piel y que va hacia dentro de la fosa nasal y se disecciona la porcion de mucosa que corresponde al borde alar, con el objeto de dejar una area triangular cruenta.

Partiendo de A se hace una incision sobre la mucosa del tabique nasal en sentido anteroposterior, y se reseca la mucosa del mismo, hasta dejar una area triangular cruenta, que servirá de lecho a la de igual forma, que corresponde a la base del ala de la nariz.-

DESPRENDIMIENTO:

Estos desprendimientos del plano oseó se practican con la misma tecnica y cubriendo las mismas areas, como en la queillorionoplastia unilateral, descrita anteriormente.

SUTURAS:

Con un punto de colchonero horizontal, se trasladan y fijan los dos colgajos alares, a sus lechos cruentos sobre el tabique nasal. Este punto atravieza dicho tabique.

El resto se sutura por planos, y haciendo coincidir A con A' ; B con B' y C con C' .-

Siguiendo el mismo procedimiento, se sutura el otro lado.-

Tomando un colgajo pediculado del bermellon, y con una ligera torsion, se ajusta a la superficie cruenta CD del prolabio,

fig. 14

suturandolo siempre por planos. Con esto, hemos llevado a su posicion, el 50% de dicho colgajo, y el resto, completando la torsion, lo suturamos de mucosa a mucosa sobre el plano vestibular del prolabio. C

Como consecuencia de este ultimo paso, nos queda un lecho cruento de angulacion negativa, que recibirá el colgajo piramidal del bermellon del lado opuesto, el cual se sutura por planos, y haciendo los ajustes y compensaciones adecuados.

Cuando la tension es grande, por razones de la protrucion del hueso incisivo (intermaxilar), se ponen uno o dos puntos en colchonero con catgut, y que aproximen las dos porciones externas del musculo orbicular, a travez de la masa muscular del prolabio.

fig. 15

La protrucion del hueso incisivo, cuando se interviene en los primeros meses de vida, se corrige solo con la tension del labio reconstruido, y en pocas semanas.

fig. 16

Pero, si la osificacion es franca; si la desviacion lateral es muy marcada ó si se trata de un adulto, es necesario resecar una porcion cuneiforme del vomer por via submucosa, y en la union del tercio anterior con el medio, y fracturar el tabique, por presion digital para poder llevar el hueso incisivo, a posicion adecuada; teniendo siempre presente que hay que dejarlo li-

geramente en posición protrusiva, para que la tensión mantenida por el músculo orbicular favorezca la soldadura del tabique y el cual, en su proceso de cicatrización siempre retrocede ligeramente.-

Si los dientes han hecho erupción se avivan las superficies de contacto de dicho

fig. 17

hueso, así como los muñones del proceso alveolar y se suturan los mucoperiostios, manteniendo el contacto de hueso a hueso, pero sin herirlo, ya que cualquier trauma sobre éste en el niño, lesionaría los folículos dentarios, que se encuentran sumamente próximos a su superficie.-

Cuando se interviene en intervención en los primeros meses de vida, no se avivan, ni suturan los mucoperiostios, sino hasta la erupción completa de los dientes caducos y en oportunidad de la uranoplastia.-

figura 18

METODO: URANOPLASTIA UNILATERAL.

Anestesia General.-

Cortes.-

con una incision que parte del borde anterior de la fisura, y continuada hasta la uvula, se elimina el borde mucoso que une los planos oral y nasal, en la porcion de la a--

Fig, 21

porfisis que no está soldada al vomer; en el borde de la apofisis palatina que sí está soldada al vomer, se separa con una incisión simple longitudinal la union de la mucosa vomeriana al mucoperiostio palatino, hasta el extremo posterior del tabique, y luego se elimina con un corte anteroposterior la mucosa que une el plano nasal y oral del paladar membranoso hasta el vertice de la uvula.-

Se hace una incision longitudinal posteroanterior, que contornee la arcada dentaria y por fuera del trayecto de la arteria palatina anterior y que se lleva hasta la proximidad de la fisura en su porción anterior y que incide la totalidad del espesor del mucoperiostio, el extremo posterior de la incision siempre alcanza la parte mas posterior de la tuberosidad maxilar.

Con un elevador de periostio, se desprende del plano óseo, todo el mucoperiostio palatino, incluyendo la espina nasal posterior.-

En la porcion de la apofisis palatina soldada al vomer, se procede en igual forma y se desprende el mucoperiostio vomeriano en toda su longitud, y en una altura aproximada de un centimetro de acuerdo con la edad, teniendo especial cuidado que el extremo

posterior del colgajo vomeriano nos proporcione suficiente cantidad de tejido para cubrir en el lado nasal, el area en que habitualmente se forma la fistula nasopalatina y así suplir la pobreza de tejido en esa area de la aponeurosis palatina, ya que al granular posteriormente el area cruenta de la mucosa vomeriana, cierra seguramente esa zona, en que habitualmente se forma una fistula dejando solamente una cicatriz umbilicada.

En los bordes ya

cruentos del velo

lo membranoso se

hace una disección

a tijera para

encontrar los

músculos palatog-

tafilinos; luego

se desprende el

mucoperiostio nasal

hasta el borde

de mismo del pa-

ladar óseo y en

el caso de extrema tensión, se separa

éste por un corte de tijeras, del borde

de posterior del paladar óseo.

Cabe hacer la observación al referirse

al desprendimiento del mucoperiostio -

palatino, que no hay que llevarlo has-

ta la unión de la apofisis pterigomaxi-

Figuras 22-23 y

24

Nota: Este paladar corresponde al paciente de las fig. 6-7-8-y 9.-

En esta plastia, todos los puntos se ponen de seda, y los que corresponden al plano oral, todos son en colchonero horizontales, ya que son los unicos que resisten la fricción constante de la lengua durante la deglucion en el periodo postoperatorio.

Estos puntos se mantienen por 10 a 12 dias.-

Cuando se trata de paladar hendido bilateral9 (uranoquisis bilateral), se procede al desdoblamiento del mucoperiostio vomeriano en toda su longitud, proyectándolo hacia el mucoperiostio palatino de ambos lados y se procede en igual forma que en la f1sura unilateral.-

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Con la tecnica o metodo quirurgicos descritos anteriormente para la queilorinoplastia y la uranoplastia, hemos obtenido satisfacciones al observar sus bondades, desde distintos puntos de vista:

a.- Mientras mas temprana sea practicada la plastia del labio, obtendremos mejores cicatrices y compensaciones; pero nunca debe ser antes de los dos meses de edad.-

b.- En los casos de hueso incisivo (intermaxilar) muy protruido, hemos visto que solo con la tension natural ejercida por el labio ya reparado, vuelve a su situacion mediana normal y sin necesidad de otros traumatismos.

En pocos casos por fuerte desviacion lateral, y en pacientes ya mayores con buena osificacion del tabique, es necesario recurrir a la reseccion citisiforme de un fragmento del vomer y fracturar en madera verde el tabique en la union del tercio anterior con los dos posteriores, con lo que se logra llevar suavemente el hueso incisivo hacia abajo y atras, y dejando lo siempre con ligera protrusion y asegurar que la tension del labio reparada, haga el resto progresivamente.

De igual manera se logra que la irrigacion del mismo no sufra, y por lo tanto no repercute en trastornos de su desarrollo normal y se restablezca la continuidad ossea del tabique.

c.- Los foliculos dentales no son tocados en absoluto, por lo que siguen su desarrollo normal, constituyendo el centro de estimulo fisiologico principal para el crecimiento y desarrollo normal del hueso maxilar, preservandolo asi, de la atrofia parcial o total.

d.- En casos de folículos dentales supernumerarios, estos no se toman en cuenta sino que se esperará que el hueso maxilar y el macizo óseo de la cara alcance su desarrollo normal, para extraerlos ó hacer tratamiento ortodóncico cuando así lo requieran los casos y condiciones.

e.- Permite hacer una buena base piramidal de la columela, con lo que se logra levantar aceptablemente la punta de la nariz.

f.- Permite hacer un buen vestibulo nasal, gracias al traslado del ala de la nariz hacia la base de la columela, lo que redonda en el arqueado de la concha nasal, conservando su simetría con la del lado puesto (fase muy difícil de lograr en esta clase de plastia).

g.- Aprovecha la casi totalidad de tejidos labiales sin distorsionar la orientación normal de las fibras del musculo orbicular lo que permite conservar un labio de una altura y grosor uniforme y simétrico, tanto en reposo como en función.

h.- El principio quirúrgico de los cortes y sutura por planos en "Z", evita al máximo los problemas de las retracciones cicatriciales.-

En cuanto a la Uranoplastia, agregaremos:

a.- Se respeta la irrigación del hueso maxilar en dos de sus centros de crecimiento mas importantes, al no desprender el mucoperiostio en su parte anterior y posterior; cosa que se compensa con el doblamiento del mucoperiostio verticalmente lateralmente, hacia el borde correspondiente del mucoperiostio palatino. Cosa que tambien evita traumatismos en la zona del centro de crecimiento del mismo y contribuye a su normal desarrollo.-

- b.- El paso anterior permite completar el piso del vestibulo nasal, y prolongar dicho piso, en la fosa nasal propriamente, hacia atras.
- c.- En algunos casos de hendidura muy amplia, y donde los colgajos mucoperiosticos de la boveda no es posible ponerlos en contacto, quedará un ojal entre los mucoperiostios palatinos, el cual llena secundariamente por granulacion del mucoperiostio vomeriano.
- d.- Se corrige el problema de la hiperventilacion sufrida por estos pacientes, evitandolos el peligro de la acidosis; las infecciones respiratorias altas y sus complicaciones; corrige el problema de la deglucion, en vista de que la succión se hace perfecta al no haber brechas de escape, evitando la aspiracion brusca de alimentos y sus complicaciones.
- e.- Conserva un velo del paladar movil y funcional, lo que redundada en la mejoría de la fonacion.
- f.- La queilorinoplastia practicada con anestesia local reduce al minimo la mortalidad, ya que en las estadisticas del servicio de leporinos, consta que no se ha presentado ningun desenlace fatal de esa indole, ni operatorio ni postoperatorio.

SUMARIO:

Durante el desarrollo de este trabajo de tesis, describimos someramente distintos aspectos y topicos referente a la queiloquisis y uranoquisis, y su tratamiento quirurgico.

Primeramente enfocamos esta anomalia en lo que se refiere a su embriogenesis, donde damos a conocer el concepto patologico, supuesto, del por qué se originan dichas anomalias.

En seguida hicimos un cuadro de su clasificacion, atendiendo a su topografia y morfologia.

Luego pasamos a describir el factor etiologico, donde atendimos varios aspectos, desde el hereditario, hormonal, alimenticio, infeccioso, toxico, traumatico, hasta el factor edad de la madre gestante.

En los antecedentes, hacemos una breve reseña historica, y de igual manera señalamos unos trabajos elaborados por profesionales guatemaltecos, actualmente.

En los objetivos describimos resumidamente los resultados y bondades que hemos obtenido con las modificaciones hechas por el Dr. Oscar Asensio del Valle, a las tecnicas de Mirault-Blair y Federspiel, y Veau, respectivamente en las queilorinoplastia y la uranoplastia.

El material lo obtuvimos con el numero de pacientes ingresados al servicio de infantes leporinos del hospital nacional "Pedro de Bethancourth" de la Antigua Guatemala; y en seguida enumeramos ciertas condiciones optimas indispensables, a que deben llevarse los pacientes, antes de someterlos a la operacion.

Ademas, pasamos a describir el Metodo quirurgico de la tecnica ya modificada, comenzando con el diseño, trazos, cortes, suturas y compensaciones hechos en todos y cada uno de los tejidos

que es necesario utilizar en la dicha plastia.

La zona o region anatomica donde se localizan estas lesiones congenitas; asi como la diversidad de tejidos que se encuentran en ella, son reconocidos y descritos detalladamente en la seccion correspondiente a la Anatomia descriptiva de la cavidad oral, y de la nariz propriamente dichas.-

De igual manera, describimos brevemente, la anatomia patologica de la fisura labiomaxilopalatina unilateral, por creer que es la mas didáctica y fácil para su explicación y entendimiento, haciendo relaciones con las regiones normales.

En la Discusion y conclusiones éste trabajo de tesis, enumeramos detalladamente las bondades con las que hemos sido favorecidos, tanto en la queilorinoplastia, como en la uranoplastia.

La estadística adjunta, nos revela el numero y calidad de los pacientes ingresados al servicio, durante los años comprendidos del 1962, 1963, 1964 y parte del 1965.-

Como podrá ver el lector, intercalado con el trabajo, se adjuntan fotografias, de algunos casos operados con la dicha tecnica donde se observan los resultados de la misma.-

A esta tecnica quirurgica se le podría objetar, como a la de Mirault-Blair, la perdida de una porcion angulada del muñon externo del labio, pero ello tiene una razon justa, ya que al eliminar la se evita el excedente que deja otro tipo de plastia y que tiene como consecuencia, una superficie convexa bajo el ala afecta; y permite con su eliminación, formar un surco naso-labial normal o casi normal.

APENDICE

En este trabajo de tesis, tratamos de describir de una manera lo mas simple posible, un metodo quirurgico para el tratamiento de la queilloquisis, y la uranoquisis, respectivamente.

Este método, como lo anotamos anteriormente, se basa en unas modificaciones a la tecnica quirurgica de Mirault-Blair y la de Fiederspiel, y la de Veau respecto a la queilirinoplastia y la uranoplastia respectivamente.

Queremos hacer constar que solamente nos induce a ello, el hecho de dar a conocer las experiencias que hemos tenido en el numero de casos operados; asi como tambien, señalar las bondades de ésta tecnica en todos y cada uno de los mismos y someterlo a la critica constructiva de parte de los profesionales y entendidos en ésta clases de plastia, para asi, que nos sirva de orientacion y estimulo para seguir adelante en provecho de las juventudes que sufren estas anomalias congenitas.-

ESTADÍSTICA:

Casos clínicos operados en el servicio de Infantes Leporinos del Hospital Nacional "Pedro de Betancourth" de la Antigua C., durante los años:

QUERATOINFECCIONES:

1962	Hombres.....	9	
	Mujeres.....	10	 19
1963	Hombres.....	16	
	Mujeres.....	15	 31
1964	Hombres.....	20	
	Mujeres.....	14	 34
1965	Hombres.....	10	
	Mujeres.....	8	 18

URANOPLASTIAS

Años comprendidos del 1962/ 1963/ 1964 y parte de 1965.

Hombres.....	24	
Mujeres.....	18	 42

BIBLIOGRAFIA

- 1.- L. Testut y Latarjet " Tratado de Anatomia Humana" tomo III, Salvat Editores S.A. 1954, pag. 545 y sig.
- 2.- L. Testut y A. Latarjet "Tratado de Anatomia Humana" tomo IV, Salvat Editores S.A. 1954, pag. 3 y sig.
- 3.- Hans Pichler y Richard Trauner "Cirugia Bucal y de los Maxilares", tomo II, Editorial Labor S. A. 1953. pag 625 y sig.
- 4.- D. McCullagh Mayer y Wilson A. Swanker "ANomalies of Infants and children". McGraw-Hill Book company Inc. 1958. pag. 32, 136, 225 y sig.
- 5.- Sterling V. Mead "Cirugia Bucal" tomo II, Union Tipografica Editorial Hispano Americana UTEHA. 1948, pag. 1087 y sig.
- 6.- Piek "Cirugia Reparadora" (principios, problemas y metodos) Editorial Salvat Editores, Barcelona 1955.-
- 7.- Revista "El Medico" MD en español, Volumen III Numero 4, Abril 1965, pag 73 y sig.
- 8.- "Plastic and Reconstructive Surgery" (Journal of the American of Plastic an reconstructive surgery, Inc. Official Organ of the Amerriican Association of Plastic Surgeons.- The Williams & Wilkins Company.
 - a- Volumen 32 Numero 6 Diciembre de 1963.-
 - b- Volumen 33 Numero 2 Febrero de 1964.-
 - c- Volumen 33 Numero 4 Abril de 1964.-
 - d- Volumen 34 Numero 5 Noviembre de 1964.-
 - e- Volumen 34 Numero 6 Diciembre de 1964.-
 - f- Volumen 35 Numero 1 Enero de 1965.-
 - g- Volumen 35 Numero 4 Abril de 1965.-