

TITULO

LABIO LEPORINO

SUB-TITULO

Estudio descriptivo y análisis de resultados post-quirúrgicos de la Técnica Asencio y la Técnica Millard para el tratamiento de labio leporino de fisura bilateral completa.

INDICE DE CONTENIDOS

		No. De Pág.
I	Introducción.	1
II	Planteamiento y Delimitación del Problema.	3
III	Justificación.	5
IV	Objetivos.	6
V	Revisión Bibliográfica.	7
VI	Metodología.	44
VII	Presentación de Resultados y Procesamiento Estadístico de Resultados.	49
VIII	Análisis y Discusión de Resultados.	60
IX	Conclusiones.	62
X	Recomendaciones.	63
XI	Resumen.	64
XII	Referencias Bibliográficas.	65
XIII	Anexos.	70

INTRODUCCIÓN.

A nivel mundial, el problema de Labio Leporino, tiene una incidencia de 1.3 X 1000 nacidos vivos y se da a nivel de todos los estratos socioeconómicos. Estos niños producen un impacto emocional en la familia, tanto por su apariencia física, como por la dificultad de no poder alimentarlo normalmente.

Por el beneficio directo del paciente con labio leporino, y de los profesionales interesados con este tema; es de importancia ampliar el conocimiento de las técnicas quirúrgicas que se utilizan para corregir este problema y los resultados post-quirúrgicos, al estar consolidada la cicatrización, (3 meses o más después de la operación).

Es importante tomar en cuenta que para la rehabilitación completa de estos niños: no basta con la corrección quirúrgica del defecto anatómico, sino que es indispensable la participación de un equipo multi-disciplinario, integrado por: Fonetista, Padiatra, Trabajadora Social, Genetista, Psicólogo, Enfermera /o Temperatura del habla, Radiología, Ortodoncista, Otorrinolaringología, Cirujano Plástico, Prostodoncista, Paidodoncista, Audiólogo, Anestesiólogo; quines le darán seguimiento a los pacientes por el tiempo que fuere necesario, este equipo multi disciplinario, deberá estar coordinado por el cirujano Plástico.

Este trabajo de investigación fue bastante laborioso, ya que además de asistir a muchas instituciones a realizar mediciones de labios en niños, también se realizaron visitas domiciliarias ya que muchos pacientes no acudían al Centro Hospitalario o Asistencial, al citarlos con telegrama, por lo cual se utilizó un poco más de un año para completar la investigación.

Este estudio se realizó en:

- 1) “CENTRO INFANTIL DE ESTOMATOLOGÍA”; Centro Privado No Lucrativo, dirigido por el Doctor Rodolfo Asensio Mármol; situado en la ciudad de Antigua Guatemala.
- 2) “FUNDACIÓN PEDIATRICA GUATEMALTECA”.
- 3) “Escuela Nacional de Educación Primaria Urbana,” JACOBO VILLA URRUTIA”, de esta capital.
- 4) Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Amatitlán.
Se realizó la medición de las dimensiones del labio superior de 240 niños normales menores de 12 años de edad; para tener un marco de referencia, comparándolas con las dimensiones del labio superior de 200 niños menores de 12 años de edad operados de labio leporino con la Técnica Quirúrgica Asensio y 200 con la Técnica Quirúrgica Millard; durante los últimos 20 años.
Llegándose a determinar que se obtiene mejores resultados con la Técnica Quirúrgica Asensio, que con la Técnica Quirúrgica Millard; debido a que con la Técnica Quirúrgica Asensio se obtiene menor grado de retracción de la herida operatoria ya que se realizan en un solo tiempo operatorio, no así con la Técnica Millard la cual se realiza en dos tiempos operatorios, propiciados mayor grado de retracción de la herida operatoria.

II) PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.

El ser humano como ente Social necesita relacionarse con los demás seres humanos, por diversos motivos, tales Como Familiares, realación de trabajo, religión, diversión, recreación, deporte.

La aprariencia física personal desempeña un papel importante en las relaciones Interpersonales, ya que la mayoría de las veces, se discrimina a una persona por padecer un defecto físico, tal como el LABIO LEPORINO, negándoseles la oportunidad de superarse en todos los ámbitos de la vida, desarrollando en la persona afectada un complejo de inferioridad consciente o inconscientemente , por lo cual es de importancia capital darle tratamiento temprano a los pacientes que presentan labio leprino, para evitar esa serie de problemas posteriormente.

La boca esta compuesta por un conjunto de estructuras tanto óseas como musculares, que son de vital importancia para múltiples funciones. En el ser humano la boca es utilizada para ingresar los alimentos al interior del organismo, realizando las funciones de masticación y deglución adicionalmente el hombre utiliza la boca para hablar, articulando palabras producidas por la acción conjunta de las cuerda bucales, la lengua, dientes, paladar, labios y músculos bucales, guiados por la inteligencia y coordinados por el centro nervioso del habla, el cual está localizado a nivel de la segunda circunvolución frontal ascendente, donde se encuentra la zona motora del habla o área de broca, la cual va especializándose mediante la estimulación y aprendizaje, durante toda la vida.

El LABIO LAPORINO, es un problema que deforma la cara dándole un aspecto grotesco y además altera su estética y funcionalidad. La mayoría de los niños que nacen con este problema, presentan deterioro intelectual debido a problemas en la audición y malformaciones congénitas asociadas.

Hay 3 tipos de labio lepoino: DE FISURA UNILATERAL, la cual puede ser: Derecha o Izquierda; DE FISURA BILATERAL, y DE FISURA MEDIANA; estos 3 tipos de fisura pueden o no estar asociadas a paladar hendido.

III) JUSTIFICACIÓN

- 1) En la mayoría de instituciones y centros hospitalarios de Guatemala, se realizan procedimientos quirúrgicos para reparar labios leporino, utilizando técnicas quirúrgicas extranjeras (técnica Millard, Tennison, Randal, Etc.), que según el criterio personal de cirujano es la mejor, sin que haya habido un estudio que analice los resultados de las técnicas quirúrgicas para reparar labio leporino desarrolladas por científicos nacionales; como es el caso de la técnica Asencio.
- 2) Los productos que se obtengan de esta investigación , podrán ser analizados y utilizados para enriquecer el conocimiento acerca de resultados post-quirúrgicos, de labio leporino de fisura bilateral.
- 3) Esta investigación, vendrá a beneficiar directa o indirectamente a los pacientes con este padecimiento, y a todos los profesionales interesados en este problema; ya que nos permitirá tener un criterio más amplio en cuanto a los resultados funcionales y estéticos post-quirúrgicos del paciente con labio leporino.
- 4) La presencia de labio leporino se da en todos los estratos socio culturales del mundo, por lo que se justifica ampliar los conocimientos sobre resultados post-quirúrgicos de labio leporino de fisura bilateral completa.

IV) OBJETIVOS:

- 1) Determinar las dimensiones del labio, en niños menores de 12 años de edad de ambos sexos, operados con la Técnica Asensio y Millard, de labio leporino de fisura bilateral completa, durante los años de 1980-1999.
- 2) Comparar las dimensiones del labio en niños con labio leporino de fisura bilateral completa operados con las Técnicas Asensio o Millard, con las dimensiones del labio en niños normales.
- 3) Determinar el grado de simetría obtenido con la Técnica Asensio en comparación con los operados con la Técnica Millard.
- 4) Determinar la Técnica Quirúrgica con la cual se obtienen mejores resultados en el tratamiento de labio leporino con fisura bilateral completa.

V) REVISION BIBLIOGRAFICA:

1) DEFINICION DE LABIO LEPORINO

El labio leporino o labio de CONEJO también es conocido como queilosquisis, labio hendido o labio fisurado.

El labio leporino es una lesión congénita, que presentan los niños afectados, desde las primeras semanas de vida intrauterina, y que se hace manifiesta al momento del nacimiento; esta hendidura se presenta en la mayoría de los casos a nivel del labio superior, esta hendidura corre en sentido vertical hacia arriba, desde el borde bermellón del labio hasta el piso de la nariz, deformando muchas veces a esta y efectuando el reborde alveolar y el paladar, produciendo deformación de la boca alterando su función normal. (4, 11, 13, 34)

1.a) Clasificación:

Las fisuras se dividen en 3 clases principalmente:

De fisura Unilateral	(Completa o incompleta)
De fisura Bilateral	(Completa o incompleta)
De fisura Mediana	(Completa o incompleta)
Labio leporino de fisura unilateral completa: (fig. No. 1)	

Es la fisura que se extiende desde el borde del labio hasta el piso de la nariz, en sentido vertical y de abajo hacia arriba, y puede ser derecha o izquierda, siendo la mas frecuente la izquierda. (3,25)

Labio Leporino de Fisura Unilateral incompleta: (fig. No. 1.1)

Es la que presenta solo una ligera escotadura del labio, y puede ser derecha o izquierda.

- Labio Leporino de Fisura bilateral completa: Fig. No. 2

Es la fisura que se entiende desde el borde del labio hasta el piso de la nariz, con intermaxilar en protrucción, falta de colmuela, narinas ampliadas y prolabio pequeño.

- Labio leporino de fisura bilateral incompleta (fig. No. 2.1)

Es la fisura que presenta solo una ligera escotadura del labio bilateralmente.

Labio Leporino de fisura mediana. Este es el verdadero labio leporino, ya que divide al labio en dos mitades iguales, esta es una fisura que se extiende desde la parte media del borde del labio superior hasta el piso de la nariz, dividiendo el maxilar superior en dos mitades. (fig. No. 2.2)

2) ETIOLOGÍA E INCIDENCIA DE LABIO LEPORINO:

A nivel general, o sea en los hijos de progenitores que no presentan este problema, la presencia de labio leporino, es la consecuencia de la interacción de una predisposición genética y factores externos como: medicamentos y radiaciones; un factor predisponente genético es el matrimonio entre parientes. (3,12,34)

Entre los medicamentos podemos mencionar al ácido valpróico, que se utiliza como antiepiléptico, la dosis diaria máxima en el adulto es: De 1g – 3g. ; en las pacientes embarazadas es importante disminuir al mínimo la dosis diarias, principalmente durante el 1er. Trimestres del embarazo, periodo en el cual puede producirse mayor daño al feto.

Las radiaciones (Rayos X), se utilizan muchas veces en madres gestantes, para determinar la posición fetal dentro del útero, o para realizar pelvimetrias, puede llegar a producir daño fetal si se sobrepasa la cantidad de milirads, que puede ser tolerada por el feto; el límite máximo de exposición ocupacional de cualquier fuente recomendado una mujer embarazada es de 500 Milirads para las 40 semanas de embarazo. En 1 radiografía de abdomen simple el paciente está expuesto a 221 milirads. (23).

También podemos mencionar a:

ISD (Acido lisérgico), diazepam, marihuana, heroína, la ingesta de patatas parásitadas, aspirina, y derivados de las fenotiacinas(antipsicóticos).

En los hijos de progenitores que presentan labio leporino, la etiología genética está más acentuada; ya que obligatoriamente se transmite de padres a hijos sea que hallan o no factores externos como medicamentos, radiaciones, etc.

La incidencia de labio leporino a nivel mundial es de 1.3 por 1000 nacidos vivos; y la incidencia de labio leporino en los hijos de progenitores con este problema es de 40 x 1000 nacidos vivos.

En ambos casos el labio leporino se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres con una relación de 3:1, siendo 8 veces más frecuente en los caucásicos que en los negros, también existe una distribución por razas en cuanto a la incidencia de labio leporino, la cual es la siguiente. (Cuadro # 1)

TRATAMIENTO:

El labio leporino por lo regular suele cerrarse durante los 3 primeros meses de vida, en forma quirúrgica. Algunos cirujanos prefieren cerrar la deformidad labial en los primeros días que siguen al nacimiento, con el fin de aprovechar la inmunidad materna transferida al niño de manera pasiva y permitir a los padres llevarse a casa un niño casi normal. La mayoría de cirujanos prefieren retrasar la operación hasta que el niño tiene 2 a 3 meses de edad, porque las estructuras tisulares son más grandes y la anestesia es más segura. Algunos cirujanos aplican la regla del DIEZ; que consiste en operar al paciente cuando tiene:

10 lb. de peso

10 g. de Hemoglobina.

10 meses de edad.

Para evitar deformidades futuras el cierre del labio hendido, debe ejecutarse con precisión meticulosa, haciendo una sutura plástica de capa fina. El defecto de la deformidad del labio hendido abarca no solo escotadura transversa en los tejidos blandos sino también en la longitud vertical del labio. Deben corregirse simultáneamente estos dos aspectos de la deformidad conforme se cierra el defecto por medios quirúrgicos. En GENERAL, el tejido lateral del labio se lleva al tamaño normal mediante alguna modificación de la plastia en Z, y se usan para añadir tejido al área hendida, aumentando así la longitud vertical del labio en el lado hendido para restablecer la simetría; las diferentes técnicas que se utilizan varían solo en la posición y longitud de las ramas laterales de la plástica en Z. La altura del lado reparado del labio es proporcionado por incisiones trasversas a través de los elementos laterales y mediales del labio, y rotación del colgajo creado; estas incisiones trasversas corresponden a las ramas laterales de la plastia en Z. (1,32,33,).

LA ROTACIÓN O TRASPOSICIÓN de los colgajos alargan las ramas centrales a expensas del GROSOR del labio. Desde el punto de vista geométrico, la altura que se obtiene depende del ángulo y de la DISTANCIA en las incisiones trasversas.

También la altura del labio que pueda lograrse depende de la EXTENSIÓN con que puede MOVILIZARSE tejido hacia la LINEA MEDIA (1,20)

LAS HENDIDURAS BILATERALES del labio, constituyen una deformidad congénita aun más grotesca. Los problemas de la reparación quirúrgica están compuestos a menudo por un prolabio y un intermaxilar elevado y en protusión, que suelen parecer suspendidos del techo de la nariz por una colmuela bastante corta.

El momento de la reparación quirúrgica de las hendiduras bilaterales es el mismo que en el caso de las hendiduras unilaterales. Como ocurre en la reparación de hendiduras unilaterales, se descarta o reseca muy poco tejido o ninguno en la reparación. Todos estos niños sufren deficiencia tisular en la región del labio superior, y se debe tener mucho cuidado para preservar en lo posible los elementos normales del labio. En ocasiones, las hendiduras del labio de fisura bilateral deben repararse en etapas con el fin de permitir que la acción muscular del lado reparado moldee el intermaxilar hacia adentro, hacia el arco dental, y se facilite así el cierre del lado opuesto del labio. En ocasiones es necesaria la osteotomía, quirúrgica con reacomodación del intermaxilar. (3,23).

A continuación se describen las técnicas quirúrgicas más utilizadas para reparar labio leporino de fisura bilateral:

- TÉCNICA MILLARD:

Se realiza en dos tiempos.

PRIMER TIEMPO:

Bajo anestesia general, en posición de decúbito supino previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles; se procede a marcar con azul de metileno y una aguja, el borde que maca el inicio del bermellón alrededor del prolabio y segmentos laterales de la hendidura con el fin de avivar los bordes; y a la vez para obtener los colgajos de bermellón (que forma el arco de cupido) Luego se procede a suturar en dos planos, uno profundo y otro superficial, con el plano profundo se vuelve a su lugar normal el intermaxilar en el arco alveolar, suturándolo con un hilo absorbible (catgut) y luego se suturan los dos segmentos central con una sutura plástica superficial, insertando los colgajos de bermellón en el prolabio, para darles riego sanguíneo y producir el arco de CUPIDO; con un material no absorbible como nylon No. 5 ceros. (fig. No. 8 y 8.1) (3,23)

SEGUNDO TIEMPO:

Después de transcurridos dos meses de l primera intervención quirúrgica, se procede a operar de nuevo, ya que con el primer tiempo se logró eliminar el defecto de la fisura; pero dejando un colmuela muy corta o ausente y las ventanas nasales muy achatadas, y precisamente este 2do. Tiempo operatorio es para alargar o formar la colmuela y darle la forma normal a las ventanas nasales. (7,23) de la siguiente forma: Se marca o se dibuja una "W", coincidan con c/u de los arcos de CUPIDO; y el vértice superior central de la "W" coincidan con ambos bordes del philtrum, luego se marca

el surco NASOLABIAL, hasta unirse con los dos extremos laterales superiores de la “W” para darle la forma normal a las fosas nasales. (7)

Luego se procede a incidir con bisturí, siguiendo las líneas de la “W” y las del surco nasolabial, interesando solo piel y tejido celular subcutáneo; después de incidir podemos observar que la colmuela ha quedado dividida en dos partes o colgajos, uno derecho y otro izquierdo, de forma triangular con base superior y vértice inferior; estos dos colgajos se suturan entre sí, utilizando un hilo no absorbible como nylon 5 ceros, esto produce alargamiento de la colmuela. Luego se une mediante una sutura plástica superior de la colmuela y después se suturan las 2 ramas laterales de la “W” para formar el philtrum y por último se sutura el surco nasolabial para darle la forma normal a las ventanas nasales. Como resultado se ha obtenido alargamiento primario de la colmuela y el avance medial de los colgajos triangulares laterales; ha estrechado las alas nasales e incorporado el prolabio como philtrum. (fig. No. 9, No. 9.1, No. 9.3)

Después de terminado el procedimiento quirúrgico, se procede a cubrir el área de la sutura con una gasa estéril o micropore. Se realizan curaciones diarias del área operatoria en servicio por 5 días consecutivos, después de lo cual a los 7 días post op. se procede a retirar los puntos.

TÉCNICA ASENSIO PARA REPARAR LAVIO LEPORINO DE FISURA VILATERAL COMPLETA

Las técnicas que ha diseñado el Doctor Oscar Asensio del Valle, no son más que la reconstrucción de la anatomía normal partiendo de la patológica, ya que todos los elementos separados por la o las fisuras se encuentran presente, si los ubicamos cuidadosamente y los devolvemos a su posición por medios quirúrgicos y así restituir su anatomía y con ello su fisiología, permitiendo no solo la estética, sino la función. El tratamiento quirúrgico del labio fisurado bilateral se realiza en un solo tiempo para obtener la continuidad del músculo orbicular de los labios y aprovechar su fuerza ortopédica sobre la premaxila y con ella la reubicación en posición adecuada para cirugía futura.

En la fisura bilateral del labio se interviene bajo anestesia local, previa sedación adecuada, pero naturalmente se puede intervenir bajo anestesia general, con el cuidado de que el tubo endotraqueal no provoque tensiones que nos lleven a la asimetría facial. Hecha la asepsia y antisepsia y colocados los campos estériles, principiamos la evaluación y las medidas para poder iniciar el diseño así:

Poniendo un punto de violeta de genciana con una plumilla en el centro anatómico del prolabio aunque se encuentre desviado marcando con el número 1 que corresponde al punto central del filtrum; de allí se colocan dos puntos equidistantes identificado las dos ramas del arco de cupido marcados con los números 2 y 3 (ver fig. 13,1);

Determinados los puntos anteriores en el prolabio vamos al muñón lateral e identificaremos la intersección del ala de la nariz sobre el muñón del labio colocando un punto de violeta sobre la inserción mas anterior e inferior marcándolo con el número 4, luego sobre la línea alba con el bermellón humedecido colocamos un punto antes de que el labio pierda su identidad anatómica o sea en el limite entre la piel y la mucosa y la línea alba, y debe estar ubicada antes de que la fisura que forma el muñón del labio inicie su ascenso hacia la nariz y lo marcamos con el número 3,; luego medimos con compás desde este punto a la comisura y en igual forma se procede del lado opuesto, conservando así la medida longitudinal en ambos lados: de comisura a 3 derecha e izquierda. A continuación medimos de la base del ala nasal 4 al punto marcado en la línea alba con 3 en los dos lados comparándolas para determinar la dimensión vertical definitiva y simétrica del labio en los muñones externos; identificamos el centro del centro del filtrum con el número 1 y los dos puntos que constituyen el arco de cupido con los números 2 y 3 y que coincidirán con los puntos del bermellón en los muñones laterales para constituir dichos arcos, 3-3 y 2-3. Trasladamos la dimensión vertical del labio (muñones extremos) a la porción lateral del pro labio punto número 1; colocamos una marca puntiforme en la mucosa, marcándolo en la piel que se introduce del prolabio a la nariz y que forma un ángulo recto sobre la mucosa, marcándolo con el número 4 y haciendo lo mismo del otro lado establecemos totalmente la dimensión vertical definitiva del labio; con esto terminamos lo que podemos llamar la relación de la dimensión vertical y lateral de la cara.

Con una aguja hipodérmica y violeta de genciana al 2% tatuamos los puntos que originalmente marcamos para identificar las relaciones y que nos servirán durante

Toda la intervención quirúrgica como relaciones indelebles; dichos puntos marcados con números simple y adosados a la marca idéntica señalada con prima, tanto en porción cutánea como muscular y músculo – mucosa, nos restablecerán la anatomía normal del labio.

El segundo paso son las marcas colocadas en la parte interna de la fosa nasal que son sumamente importantes, ya que son las que van a permitir reconstruir toda la narina y piso anterior de la nariz hasta la altura intranasal del tercer cornete, procederemos así: si fijamos con el dedo índice el muñón del lado externo del labio y elevamos con una erina el ala de la nariz vamos a observar en la inserción del ala 4 que se producirá un surco o depresión, que partiendo de la marca antes apuntada va hacia el borde dermo-mucoso del muñón del labio en la fisura y que sumado a la piel interna nasal, que también se diferencia porque posee vello o cilios, marcaran el limite anatómico entre el labio y piel intranasal, a este punto le llamaremos 5' (ver fig. 13.2).

Halamos hacia delante y afuera y apreciamos una segunda línea que también es histológica y que es el limite que existe entre la piel de la cara interna del piso del ala nasal y la mucosa, y que aparece como una línea claramente determinada por su color blanquecino y que es limite exacto entre la mucosa y piel, esa ubicación también la marcamos con violeta de genciana. (ver fig. 13.3)

Frente al tercer cornete o concha se marca un ángulo recto punto número 6' al final de la línea bordeando el extremo anterior del cornete sin tocar su estructura, al efectuar la incisión liberará el ala y el piso de la nariz para reconstruirlo adecuadamente.

Terminamos así el diseño del muñón externo incluyendo su porción intranasal.

Ahora bien, debemos determinar el lecho receptor de la porción 4' – 5' del muñón externo en el área de la premaxila y sobre el vomer a partir del punto 4 que corresponde a la base piramidal de la colmuela, marcando con violeta de genciana el límite de la piel del prolabio con la mucosa vomeriana, se forma un ángulo obtuso que se proyecta sobre el cuerpo vomeriano y cuyo vértice marcaremos con el número 5 (ver fig. 13.4), y sobre el cuerpo vomeriano haremos una incisión intranasal hasta el punto número 6 con la cual obtendremos el desprendimiento de la mucosa y un lecho cruento receptor del piso y ala de la nariz 4', 5' y 6' y que formará la narina y el piso anterior.

Terminado este importante paso que constituye la geometría quirúrgica, tendremos concluido el diseño total de la intervención quirúrgica que obedecerá a medidas precisas que evitarán reajustes de última hora y reconstruirán la anatomía normal hasta donde así se le puede llamar, por lo tanto posaremos a la segunda fase que son las incisiones.

INCISIONES:

A continuación describiremos la intervención quirúrgica iniciándola con un corte limpio de bisturí después de haber fijado entre el dedo índice y pulgar el muñón externo del labio, cortando a todo espesor de piel exactamente sobre la línea alba dejándola en la parte que corresponde al bermellón con el objeto de utilizarla después en la reconstrucción del arco de cupido, luego de haber cortado a todo lo largo y proyectado hacia la fosa nasal, es decir de 3' hacia la fosa nasal a lo largo del muñón externo hacemos la profundización total de todo el músculo orbicular que corresponde al rojo o bermellón, siendo este corte perpendicular y a todo espesor incluyendo mucosa para que pueda vascular; luego incidimos uniendo los puntos 3' a 4' y 4' a 5', que constituyen un ángulo casi recto, cortando solo el espesor de la piel y eliminando esa pequeña porción triangular hasta el borde mucocutánea y así hemos dejado descubierto el músculo orbicular (ver fig. 13.5), disecándolo de la mucosa en el lado vestibular del labio en igual forma.

Con un corte de aproximadamente $\frac{1}{2}$ mm. En el límite cruento del músculo con la piel, logramos tener lo más libre posible el músculo para evitar las tensiones; la mucosa que se liberó del músculo es recortada, los muñones del músculo orbicular libres nos servirán para reconstruir la parte mediana del labio (ver fig. 13.6)

Luego siguiendo la línea que trazamos entre el límite de la piel y mucosa que se proyecta dentro de la fosa nasal hasta el frente del tercer cornete, hacemos un corte de bisturí a todo espesor de la piel hasta encontrar la masa muscular, a continuación por la incisión efectuada con tijera, hacemos disección roma bajo lo que constituye el ala de la nariz, encontrándose fácil el plano de clivaje sobre el músculo, y que con ello lograremos la liberación completa del ala afectada, y comprobamos si el ala vasculariza hacia el tabique nasal para formar la narina, sin colapso. Luego con corte de bisturí separamos en el fondo gingivolabial el labio del proceso alveolar, siendo este corte a nivel supraperióstico, ya que no es conveniente herirlo para no exponer folículos dentales por ser muy superficiales; llevando este corte, partiendo desde la inserción del buccinador hasta el borde de la coana, a continuación haciendo disección roma por el corte, separando supraperiosticamente todo el músculo hasta encontrar posterior la bola grasa de Bichar, siendo este un límite de disección. Terminada esta, haremos un corte con tijera separando los tegumentos del borde de la coana y frente al cornete tratando de rodearlo en su extremo anterior (ver fig. 13.7)

Inmediatamente se controla la hemorragia con el electro coagulador; con este corte liberamos en su totalidad el ala de la nariz con su base de inserción, quedando así ambos muñones externos listos para la reconstrucción.

El siguiente paso será el de preparar el prolabio y la premaxila y los lechos de recepción de los muñones laterales. Fijando el prolabio con un punto de tracción, pasando este de la mucosa del prolabio hacia la piel coincidiendo exactamente por el punto central del arco de cupido, y así conseguimos que todos nuestros cortes sean lo mas simétricos posibles, manteniendo el prolabio en el centro por la tracción. Con la ayuda del dedo índice sobre el prolabio y la tracción hacemos corte de bisturí con la disección de la mucosa del borde del músculo del prolabio que luego vamos a emplear para formar el vestíbulo y la parte mucosa del labio en la fisura (ver fig. 13.6); junto a la mucosa disecada también queda una pequeña porción de piel por el corte longitudinal que efectuamos y que se elimina por no tener utilidad.

Continuando con los cortes muco – periósticos en el tabique de la nariz, y para tener visión mas clara, elevamos el ala de la nariz con una erina y con corte de bisturí unimos los puntos 4 a 5 que van a formar un ángulo en el tabique que corresponde a la pirámide de la columnela y que tiene la misma dimensión que 4' a 5' (ver fig. 13.4), continuando el corte sobre el cuerpo vomeriano en una longitud igual al colgajo de la base del ala, en longitud para que coincida y forme el piso nasal 6' a 6'. Luego la mucosa es volcada hacia la fisura, con disección por medio de bisturí o un elevador de periostio fino, para dejar una zona cruenta que va a ser cubierta por la base del ala de la nariz para formar la narina. Naturalmente estos cortes se realizan en forma similar en ambos lados del prolabio para que sean simétricos. Previo a iniciar al sutura de las partes cruentas, efectuaremos un paso muy importante y que consiste en pasar un instrumento romo por debajo de la piel del prolabio y por delante de la base de la colmuela (ver fig. 13.6), área insuficiente de músculos, y con relativa facilidad se atraviesa, rechazando la pequeña cantidad de músculo del prolabio de la base de la colmuela hacia el bermellón quedando así un túnel que va a ser ocupado por los colgajos laterales del músculo orbicular; que así quedara en continuidad anatómica.

SUTURAS

Iniciamos la sutura con un punto por el que uniré las bases de las alas de la nariz con una sutura de seda 2-0, tomando la forma cuadrangular de la base del ala y lo pasamos por transficción del tabique hacia la otra ala (ver Fig. 13.8)

Y formamos de regreso un punto de colchonero que se dejará fijo con una gasa únicamente para anudarla definitivamente al final y con este comprobamos que las alas llegan sin ninguna tensión al tabique ocupando sus lechos cruentos comprobando igualdad de diámetros de ambas narinas, luego la mucosa tomada del cuerpo vomeriano y parte de la base del prolabio y rotada hacia la fisura, es suturada al borde de la mucosa desprendida del muñón lateral y que constituirá el vestíbulo y fondo de saco del labio, se usa catgut crómico 4-0, siendo la primera sutura del colchonero para volcar las dos mucosas y que tengan un buen contacto y soporte, y las siguientes suturas serán simples en un número aproximado de tres, repitiendo igual procedimiento al otro lado y así tenemos reconstruido el vestíbulo gingivolabial bilateral (ver. Fig. 13,9 y 13,10)

A continuación reconstruiremos el cinturón muscular que constituye el orbicular de los labios, para que sea totalmente funcional y anatómico, llevando así los muñones laterales del músculo a través del túnel que se formó bajo la piel del prolabio, poniendo la primera sutura del colchonero que en su primer paso tomara la base del tabique de la nariz y, teniendo la certeza de que los muñones entran en contacto, se anuda; luego se pondrán los puntos necesarios para terminar la miorrafia. Estas suturas serán del catgut simple 3-0 o 4-0, según el tamaño del niño (ver Fig. 13.10 y 13.11) y la constitución del músculo, dejando así reconstruido el cinturón muscular del labio.

A continuación afrontaremos los bordes de la piel con suturas coincidiendo primero los puntos ya establecidos que son 2,3,4,5, con sus homólogos, 2,3,4,5 estos puntos de referencia con plástico 5-0

13.12

RECONSTRUCCIÓN DEL BERMELLÓN:

La reconstrucción del área del bermellón se inicia con la eliminación de la mucosa del prolabio, haciendo un corte de bisturí sobre la piel, uniendo los puntos 3 al 1 y 2 al 1, disecando la mucosa únicamente y dejando el músculo existente, siendo el límite de disecar el espesor completo del rojo (ver fig. 13.11), la estabilidad en la piel se consigue con la sutura de tracción que pasa por el punto número 1 con algodón 2-0 y con esta tracción se centra el prolabio que muchas veces está desviado y se obtienen cortes exactos. A continuación liberamos el músculo del prolabio de la piel; con una incisión de poca profundidad y en sentido longitudinal de 1,2,3 ampliamos el lecho receptor de los muñones laterales. Preparado el lecho del prolabio llevamos cada muñón de bermellón hacia el centro del lecho del prolabio (ver figura 13.12) y recortamos el exceso de cada uno para unirlos en el centro de una línea recta que corresponde al número 1 y que va a constituir el centro del bermellón y que en anatomía normal es el rafe medio, para unir los dos colgajos suturaremos los músculos de bermellón uno con otro y fijados al músculo del prolabio por medio de una sutura de dexon 5-0 y así formamos el centro del arco de cupido (ver fig. 13.13)

A continuación suturaremos los bordes de mucosa de los colgajos con la piel del prolabio con suturas simples de plástico 6-0 y luego los bordes músculo – mucosos de los colgajos con suturas simples de seda 5-0 hacia el vestíbulo del labio y al llegar a esta área, es necesario realizar algunos recortes para acomodar perfectamente la mucosa de los colgajos con la porción de mucosa del prolabio que incluye el frenillo para así dejar bien constituido dicho vestíbulo, sutura que se hará con seda 4-0 en forma músculo – mucosa.

Así hemos terminado la intervención quirúrgica (ver fig. 13.15, 13.16 y 13.17) y lo único que nos queda es poner la curación adecuada y como al resolver el labio bilateral reducimos drásticamente el espacio por donde respiraba fácilmente el paciente y que estaba habituado a hiperventilar, es necesario poner dos tubos de goma que van a permitir al paciente respirar tranquilamente y también logramos con los tubos dar una curvatura normal a los cartílagos hales, ya que han estado fraccionados sin la forma normal desde su formación siendo planos.

Además se prevé cualquier pequeño hematoma en el piso nasal reconstruido pueden ser porciones de sonda de nelaton o similar, y no hay peligro que se desplace para la fosa nasal pues choca contra la punta anterior del cornete.

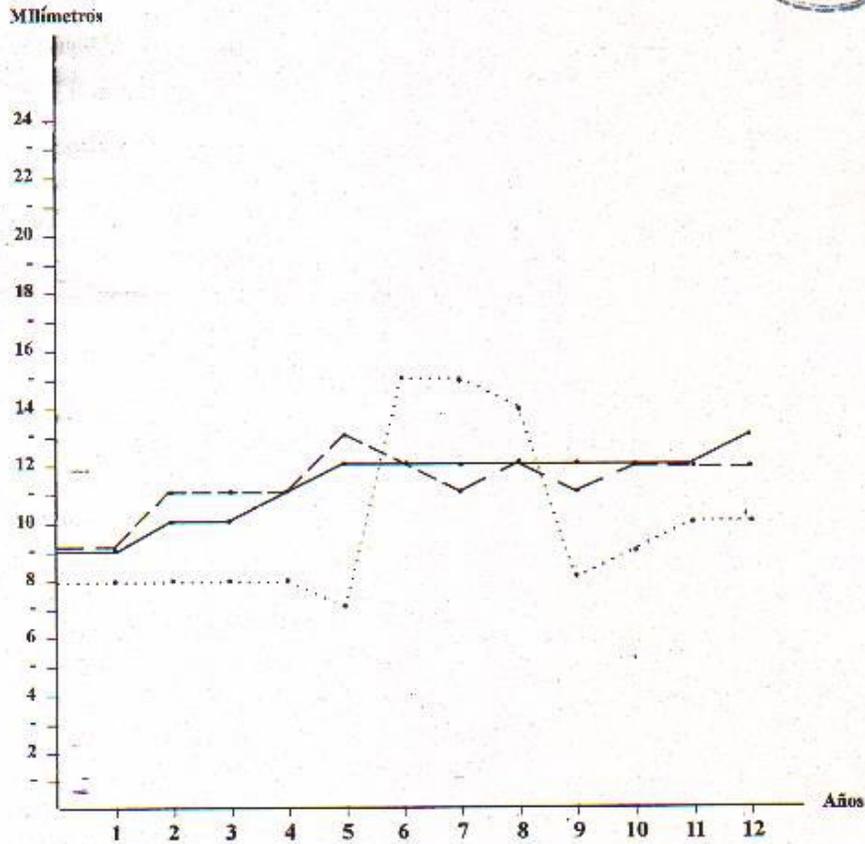
Si todas las medidas han sido tomadas correctamente según se ha indicado, no hay que preocuparse de que queden pequeñas asimetrías en los casos en que hay desviación de la premaxila y el prolabio, porque la fuerza ortopédica constituida por el orbicular de los labios reconstruidos hará que retorne a su posición mediana en poco tiempo.

MANEJO PRE Y POST OPERATORIO.

En

GRAFICA # 1

ALTURA DEL LABIO SUPERIOR DE NIÑOS NORMALES
EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON
LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

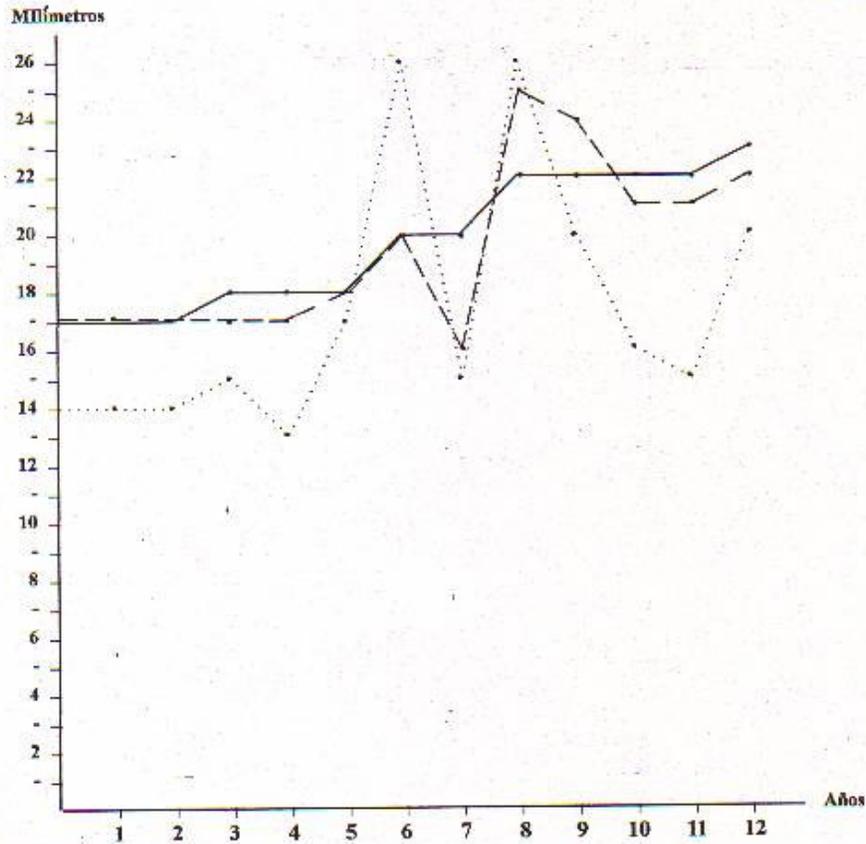


- Medida de referencia normal.
- - - - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca,
Centro Infantil de Estomatología
Hospital Nacional Amatiñán,
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 2

DISTANCIA DE LA RAMA IZQUIERDA DEL ARCO DE CUPIDO HACIA LA COMISURA LABIAL IZQUIERDA DE NIÑOS NORMALES, EN RELACION A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

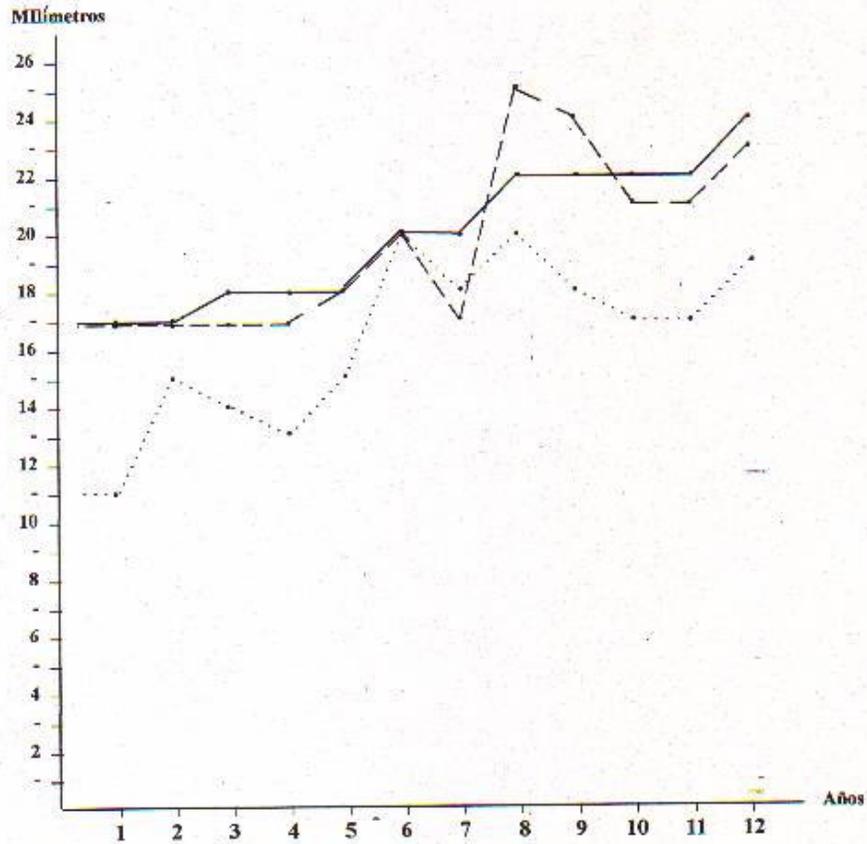


— Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
..... Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 3

SISTANCIA DE LA RAMA DEL ARCO DE CUPIDO HACIA LA COMISURA LABIAL DERECHA DE NIÑOS NORMALES EN REALCIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

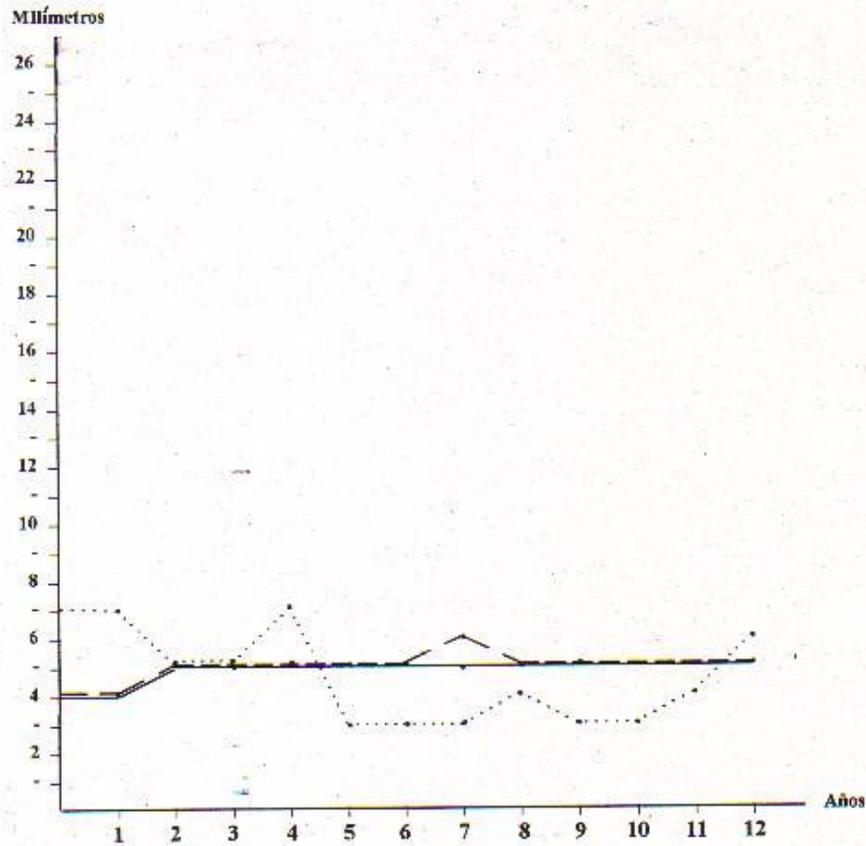


— Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
..... Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 4

DISTANCIA DE LA RAMA IZQUIERDA DEL ARCO DE CUPIDO HACIA EL CENTRO DEL PHILTRUM DE NIÑOS NORMALES EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

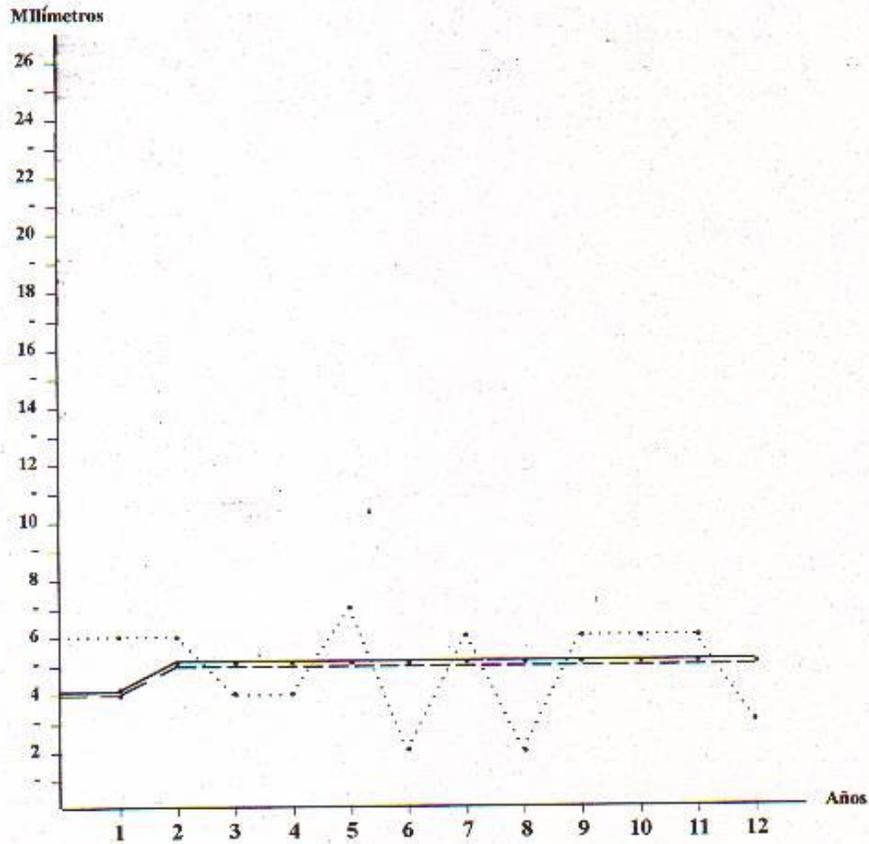


- Medida de referencia normal.
- - - - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 5

DISTANCIA DE LA RAMA DERECHA DEL ARCO DE CUPIDO, HACIA EL CENTRO DEL PHILTRUM DE NIÑOS NORMALES, EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

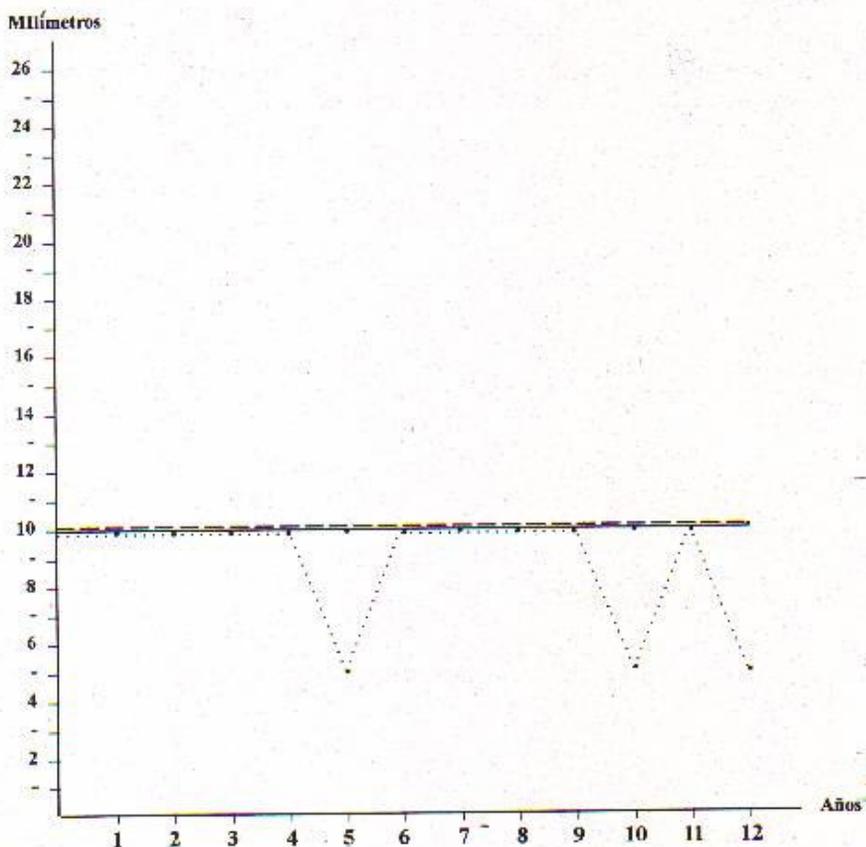


- Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 6

FORMA DE LAS FOSAS NASALES DE NIÑOS NORMALES EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS.

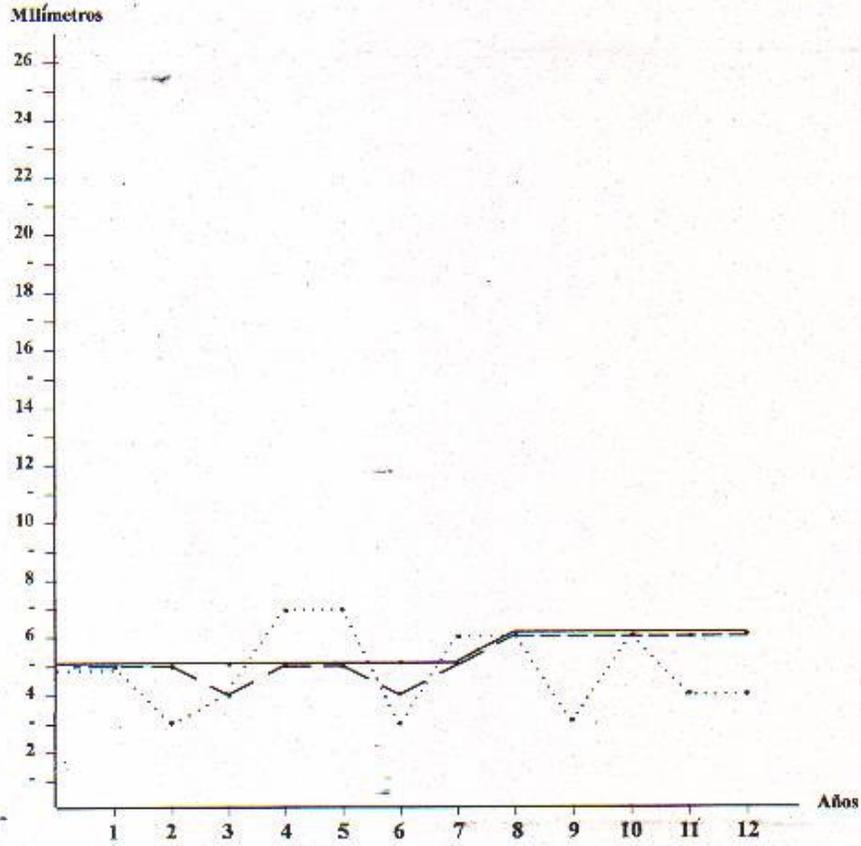


- Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 7

ALTURA DE LA FOSA NASAL IZQUIERDA DE NIÑOS NORMALES
EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON
LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

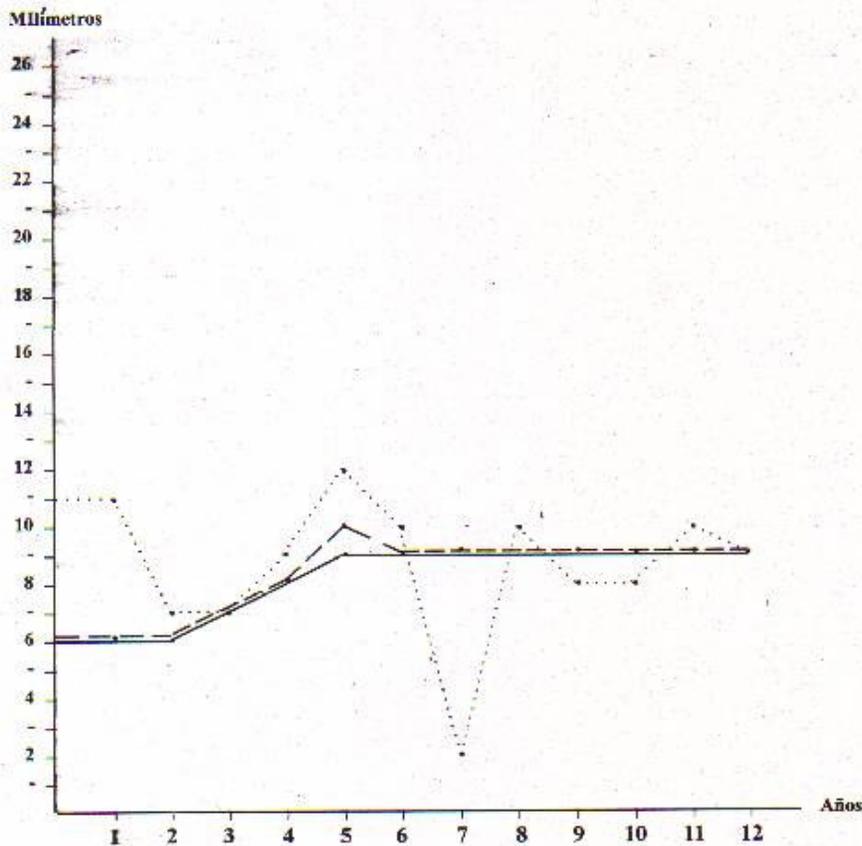


— Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
..... Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 8

ANCHURA DE LA FOSA NASAL DERECHA DE NIÑOS NORMAL
EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON
LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

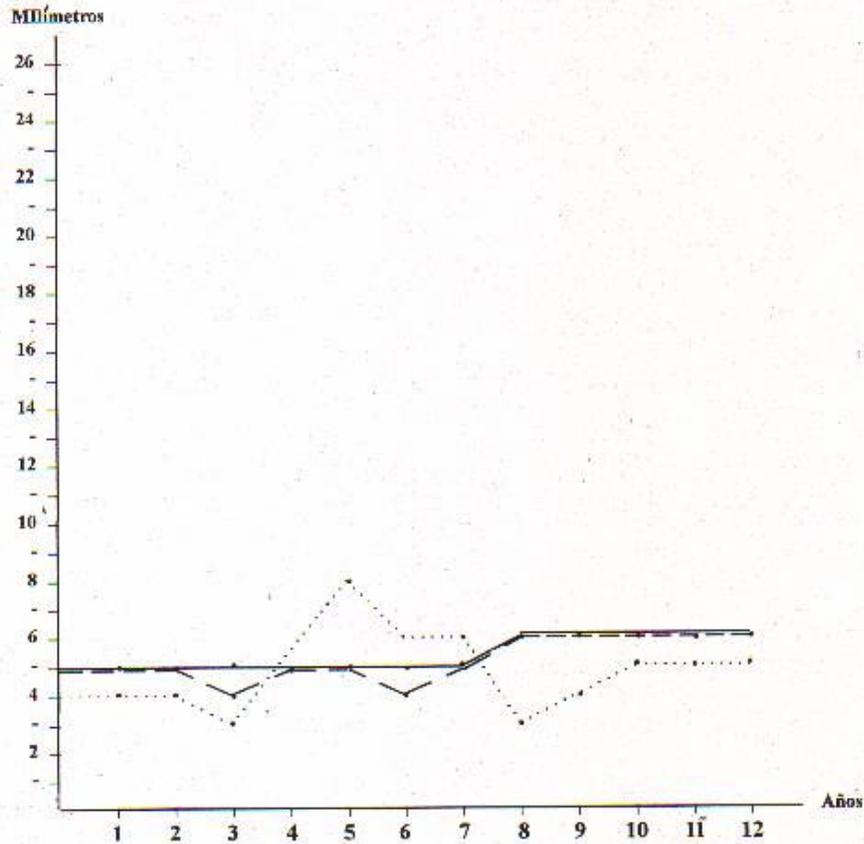


- Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 9

ANCHURA DE LA FOSA NASAL DERECHA DE NIÑOS NÓRMALES
EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON
LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS

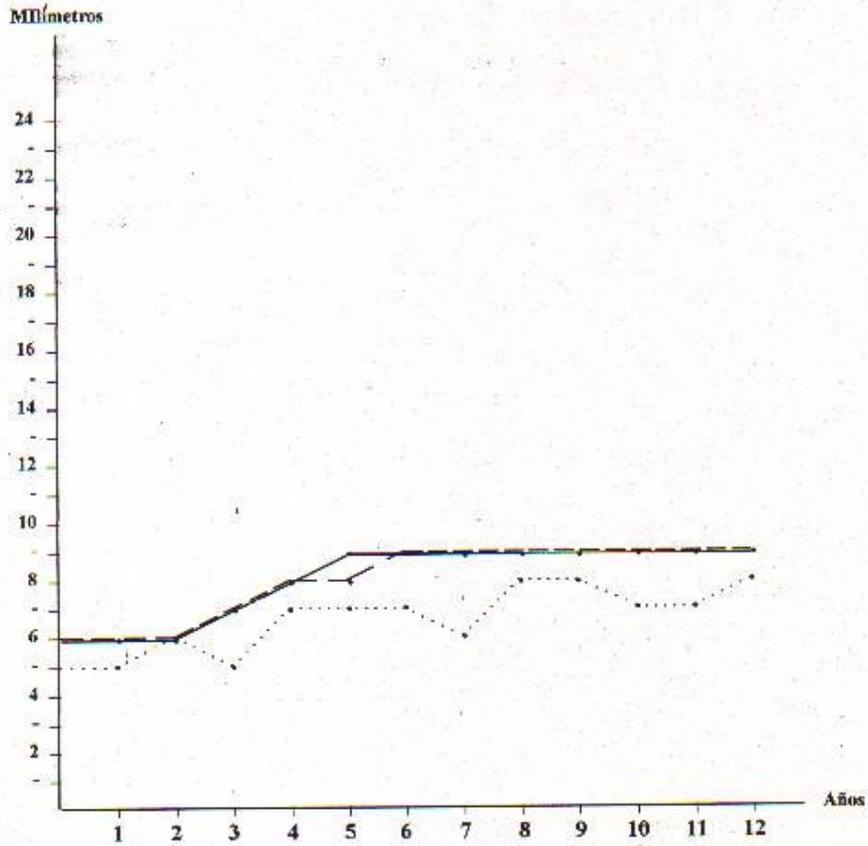


- Medida de referencia normal.
- - - - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

GRAFICA # 10

ANCHURA DE LA FOSA NASAL IZQUIERDA DE NIÑOS NORMALES
EN RELACIÓN A LOS OPERADOS DE LABIO LEPORINO, CON
LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS ASENSIO Y MILLARD, DE 1 - 12 AÑOS



- Medida de referencia normal.
- - - Técnica quirúrgica Asensio.
- Técnica quirúrgica Millard.

Fuente: fundación Pediátrica Guatemalteca.
Centro Infantil de Estomatología.
Hospital Nacional Amatitlán.
Escuela Jacobo Villa Urrutia.

LABIO LEPORINO DE FISURA UNILATERAL COMPLETA.

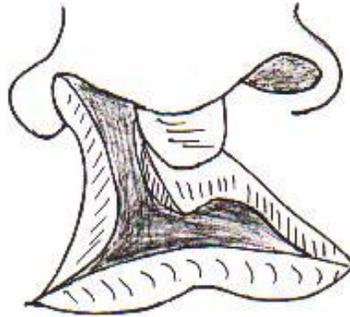


fig. # 1

LABIO LEPORINO DE FISURA UNILATERAL INCOMPLETA.

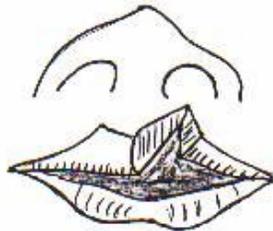


fig. 1.1

LABIO LEPORINO DE FISURA BILATERAL COMPLETA

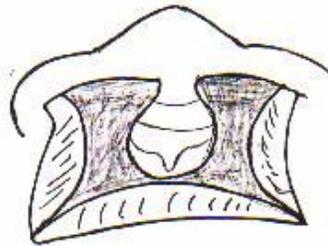


fig. No. 2

LABIO LEPORINO DE FISURA BILATERAL INCOMPLETA

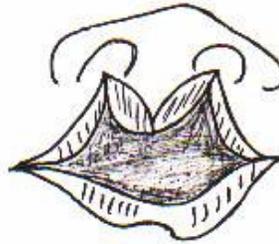


fig. # 2.1

LABIO LEPORINO DE FISURA MEDIANA.

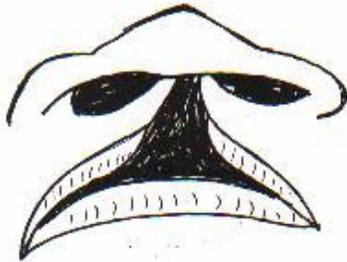


fig. # 2.2



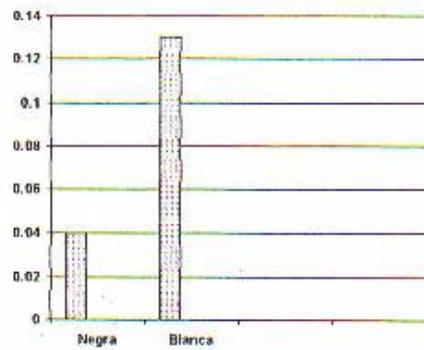
Cuadro # 1.

INCIDENCIA DE LABIO LEPORINO SEGÚN RAZA

Raza	% de labio leporino
Blanca	0.13%
Negra	0.04%

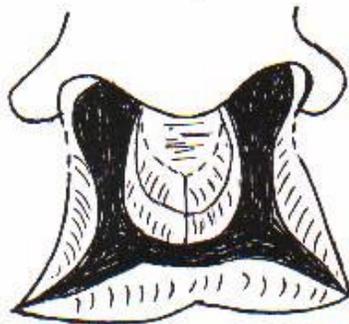
Fuente: (34, 23)

Gráfica # 1.

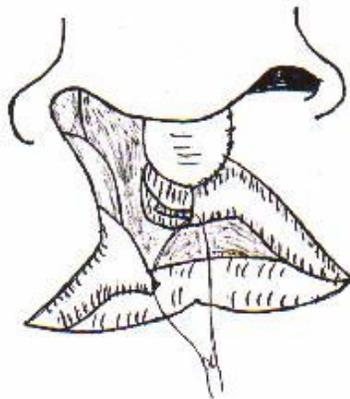


Fuente: Cuadro # 1.

8

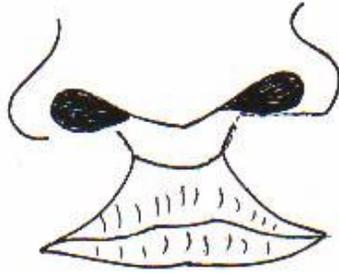


8.1

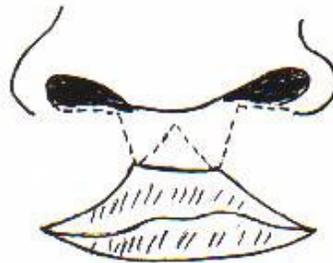




9

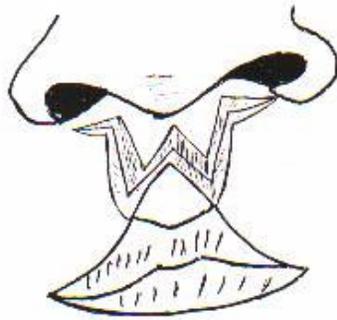


9.1





9.2





9.3





fig. No. 13.1

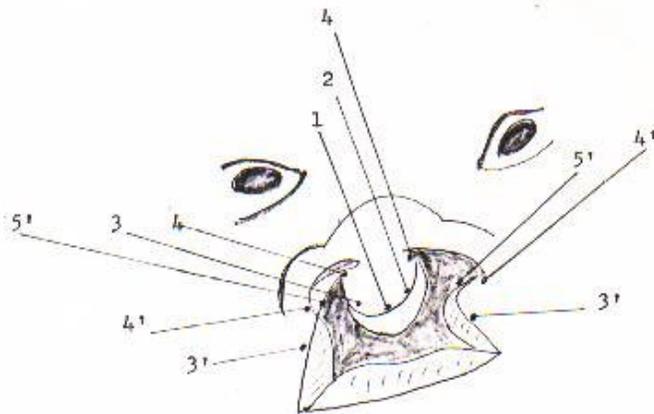


fig. No. 13.2

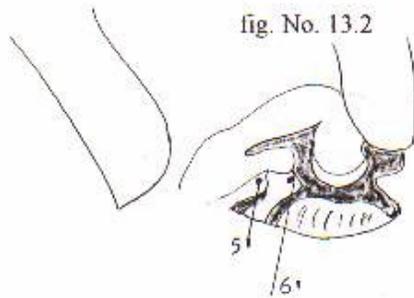
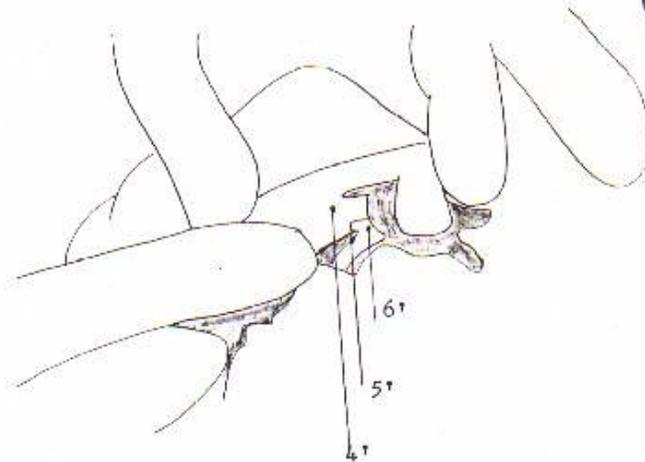


fig. No. 13.3.



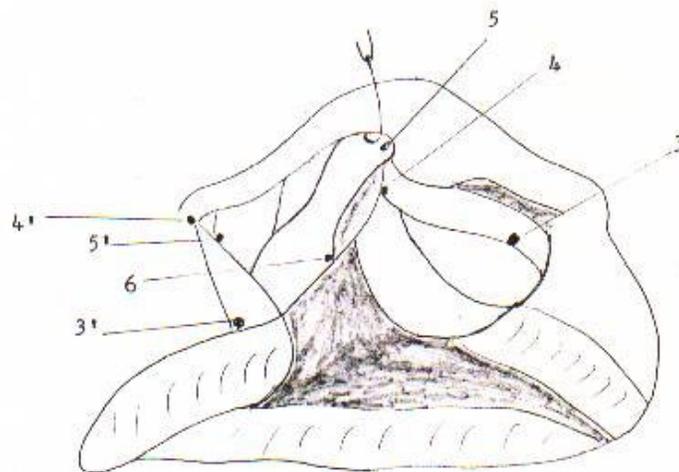
Frente al tercer concha o concha se marca un ángulo recto punto número 6' al final de la línea bordeando el extremo anterior del concha sin tocar su estructura, al efectuar la incisión liberará el ala y el piso de la nariz para reconstruirlo adecuadamente. Terminamos así el diseño del muñón externo incluyendo su porción intranasal.

Ahora bien, debemos determinar el lecho receptor de la porción 4' -5' del muñón externo en el área de la premaxila y sobre el vomer a partir del punto 4 que corresponde a la base piramidal de la columela, marcando con violeta de genciana el límite de la piel del prolabio con la mucosa vomeriana, se forma un ángulo obtuso que se proyecta sobre el cuerpo vomeriano y cuyo vértice marcaremos con el número 5 (ver fig. 13.4), y sobre el cuerpo vomeriano haremos una incisión intranasal hasta

el punto número 6 con la cual obtendremos el desprendimiento de la mucosa y un lecho cruento receptor del piso y ala de la nariz 4', 5' y 6' y que formara la nariz y el



fig. No. 13.4



piso anterior.

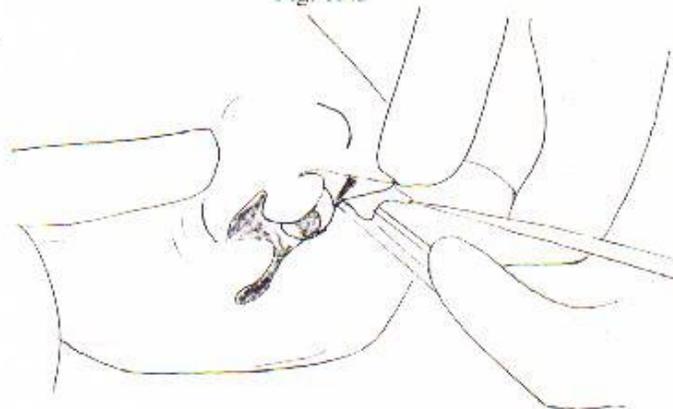
Terminado este importante paso que constituye la geometría quirúrgica, tendremos concluido el diseño total de la intervención quirúrgica que obedecerá a medidas precisas que evitarán reajustes de última hora y reconstruirán la anatomía normal hasta donde así se le puede llamar, por lo tanto pasaremos a la segunda fase que son las incisiones.



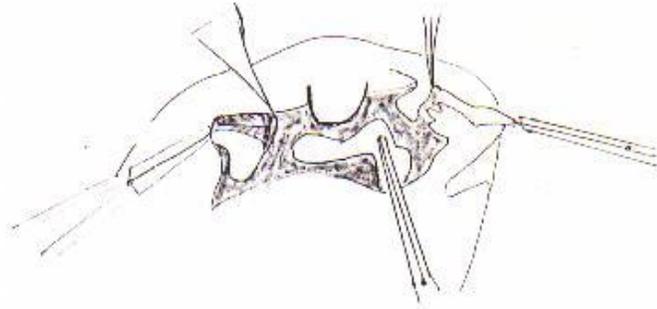
INCISIONES:

A continuación describiremos la intervención quirúrgica iniciándola con un corte limpio de bisturí después de haber fijado entre el dedo índice y pulgar el muñón externo del labio, cortando a todo espesor de piel exactamente sobre la lena alba dejándola en la parte que corresponde al bermellón con el objeto de utilizarla después en la reconstrucción del arco de cupido, luego de haber cortado a todo lo largo y proyectado hacia la fosa nasal, es decir de 3' hacia la fosa nasal a lo largo del muñón externo hacemos la profundización total de todo el músculo orbicular que corresponde al rojo o bermellón, siendo este corte perpendicular y a todo espesor incluyendo mucosa para que pueda vascular; luego incidimos uniendo los puntos 3' a 4' y 4' a 5', que constituyen un ángulo casi recto, cortando solo el espesor de la piel y eliminando esa pequeña porción triangular hasta el borde mucocutánea y así hemos dejado descubierto el músculo orbicular (ver fig. 13.5), disecándolo de la mucosa en el lado vestibular del labio en igual forma.

Fig. 13.5



Con un corte de aproximadamente $\frac{1}{2}$ mm. En el límite cruento del músculo con la piel, logramos tener lo mas libre posible el músculo para evitar las tensiones; la mucosa que se liberó del músculo es recortada, los muñones del músculo orbicular libres nos servirán para reconstruir la parte mediana del labio (ver fig. 13.6)



Luego siguiendo la línea que trazamos entre el límite de la piel y mucosa que se proyecta dentro de la fosa nasal hasta el frente del tercer cornete, hacemos un corte de bisturí a todo espesor de la piel hasta encontrar la masa muscular, a continuación por la incisión efectuada con tijera, hacemos disección roma bajo lo que constituye el ala de la nariz, encontrándose fácil el plano de clivaje sobre el músculo, y que con ello lograremos la liberación completa del ala afectada, y comprobamos si el ala vascular hacia el tabique nasal para formar la narina, sin colapso. Luego con corte de bisturí separamos en el fondo gingivolabial el labio del proceso alveolar, siendo este corte a nivel supraperióstico, ya que no es conveniente herirlo para no exponer folículos dentales por ser muy superficiales; llevando este corte, partiendo desde la inserción del businador hasta el borde de la coana, a continuación haciendo disección roma por el corte, separando supraperiosticamente todo el músculo hasta encontrar posterior la