



Medicina humana

Clínicas quirúrgicas
complementarias
“Labio y paladar hendido”
2do Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Labio y paladar hendido

El labio y paladar hendidos es la anomalía congénita más común y se sabe que en caucásicos ocurre en 1 de cada 500 nacidos vivos. El labio y paladar hendidos ocurren alrededor de la octava semana de embriogénesis, ya sea por falta de fusión del proceso nasal medio y la prominencia maxilar o por falla en la migración mesodérmica y penetración entre la bicapa epitelial de la cara.

Etiología

La causa del labio y paladar hendidos parece ser multifactorial.

Los factores que al parecer incrementan la incidencia de este trastorno incluyen

- Edad avanzada de los padres
- Uso de fármacos e infecciones durante el embarazo
- Tabaquismo durante el embarazo
- Antecedentes familiares de labio y paladar hendidos

Clasificación

- El **paladar primario** se define como todo el tejido por delante del agujero incisivo, lo que incluye el paladar duro anterior (premaxilar), alvéolo, labios y nariz.
- El **paladar secundario** lo forman todas las estructuras por detrás del agujero incisivo, lo que incluye la mayor parte del paladar duro y paladar blando (velo del paladar).

La hendidura puede afectar el labio y nariz, con o sin hendidura palatina. Las hendiduras en el labio, paladar o ambos se clasifican como:

- **Unilaterales**
- **Bilaterales**



Más tarde como:

- **Completas**→ afecta la totalidad del mismo y se extiende hacia la nariz.
- **Incompletas**→ afecta sólo una porción del labio y contiene un puente de tejido que conecta los elementos centrales y laterales del labio, lo que se conoce como banda de Simonart.



Protocolo de tratamiento

A menudo los pacientes se diagnostican en etapa prenatal por el uso de ecografía prenatal.

Para los niños que nacen con hendiduras orofaciales, las preocupaciones iniciales se relacionan con el éxito en la alimentación y en la respiración. Los recién nacidos con hendiduras palatinas no pueden generar presión negativa cuando succionan y por lo tanto debe suministrarse la leche en la boca con un biberón especializado cuando realizan movimientos de succión.

Los intentos para reducir la deformidad y establecer las etapas para la reparación quirúrgica de labio y nariz empiezan con un proceso conocido como **ortopedia infantil prequirúrgica (PSIO)** que incluye procedimientos como:

- **Moldeamiento nasoalveolar (NAM, nasoalveolar molding)**→ reubica los segmentos alveolares neonatales, aproxima los elementos del labio, aplica tensión sobre los componentes nasales deficientes y cambia la morfología de hendiduras completas a hendiduras “incompletas” más estrechas.



Después de los procedimientos PSIO y NAM la reparación definitiva del labio hendido y de la nariz en una sola reparación se realiza a los tres a seis meses de edad. Con una nasoplastia primaria se reconstruye la deformidad nasal de labio y paladar hendidos.

La adhesión de hendidura labial se realiza en el primer o segundo mes de vida y la reparación definitiva del labio hendido se realiza cuatro a seis meses más tarde. Después de la reparación definitiva de la nariz y de labio hendido, la hendidura palatina se repara en una sola etapa entre los nueve y 12 meses de edad.

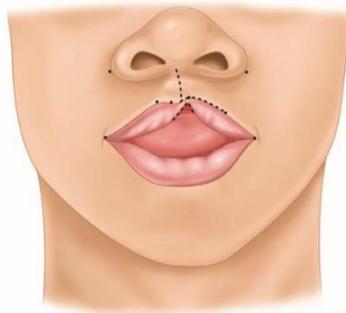
Labio hendido unilateral

Por lo común se asocia con deformidad nasal. La deformidad nasal del labio hendido incluye desplazamiento lateral, inferior y posterior del cartílago del ala de la nariz.

El proceso de reparación del labio hendido unilateral puede considerarse como una “**reconstrucción del filtrum**”. El objetivo de la operación es nivelar el arco de Cupido y reconstruir el filtrum central del labio, en forma ideal al colocar la incisión y cicatriz subsiguiente en la columna normal del filtrum, en la medida de lo posible.

La reparación quirúrgica se lleva a cabo bajo anestesia general y anestesia local que contenga adrenalina.

Los procedimientos utilizados más a menudo son variaciones de los procedimientos de “**rotación-avance**”. El procedimiento de rotación-avance, difundido por Millard rota la subunidad del filtrum del labio central hasta el nivel del arco de Cupido conforme el elemento lateral del labio se hace avanzar hacia el defecto creado por la rotación caudal del filtrum.



B

Algunos cirujanos eligen realizar cierre primario de la hendidura alveolar al momento de la reparación primaria de la nariz y labio, lo que se conoce como **gingivoperiostioplastia**. Si se repara la hendidura alveolar, se realiza la gingivoperiostioplastia al elevar colgajos mucoperiostícos en el borde de la hendidura alveolar y reaproximando éstos a través del defecto alveolar. Esto crea un túnel óseo cerrado con colgajos periostícos y facilita la generación de hueso en el defecto alveolar.

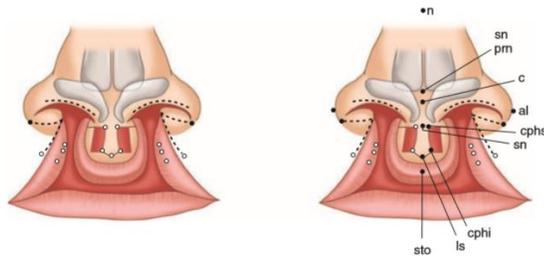
Las técnicas para liberar y reubicar los cartílagos de la punta nasal y del ala de la nariz se realizan con variaciones de rinoplastias de la punta de la nariz utilizando material de sutura.

Labio hendido bilateral

el elemento central del labio, conocido como prolabio está separado por completo del resto del labio superior. El prolabio se desplaza a la porción superior del segmento alveolar central, denominado premaxilar que contiene los cuatro incisivos centrales que aún no han presentado erupción.

El procedimiento PSIO es una etapa muy importante en su preparación para la cirugía definitiva de labio y nariz al separar el premaxilar en el arco maxilar, reubicar los elementos del labio y estirar la columela rudimentaria.

Las reparaciones bilaterales de hendiduras labiales y nasales a menudo son versiones de las reparaciones en la línea media, siendo la técnica realizada más a menudo la de Mulliken.



Paladar hendido

Durante la octava a decimosegunda semanas de gestación, la mandíbula tiende al prognatismo, la lengua cae por debajo del proceso palatino lateral y las prominencias palatinas.

El objetivo principal de la cirugía de paladar hendido es ayudar al paciente a lograr un lenguaje normal, con competencia velofaríngea.

La competencia velofaríngea permite la creación de la presión intrabucal necesaria para la producción de los sonidos del habla. El paladar hendido evita que esto ocurra y ocasiona insuficiencia velofaríngea (VPI, velopharyngeal incompetence).

El paladar hendido por lo común se repara cuando el niño tiene entre seis y 18 meses de edad; también se lleva a cabo bajo anestesia general, con la cabeza ligeramente en hiperextensión y con la colocación de un abrebocas de Dingman para separar la lengua y la sonda endotraqueal.

Se inyecta una solución de adrenalina en el paladar. Las técnicas de cierre del paladar duro incluyen el uso de colgajos mucoperiósticos unipediculados del paladar duro, como en la reparación de Wardill-Veau-Kilner o los colgajos mucoperiósticos bipediculados de von Langenbeck. Las técnicas de palatoplastia del paladar duro, unipediculado o bipediculado, dependen de un pedículo neurovascular palatino grande. Las técnicas de cierre del paladar blando se dividen en procedimientos en línea recta y zeta-plastias. Los autores prefieren una técnica de zeta-plastia de oposición doble del paladar blando o la reconstrucción del velo del paladar conocida como palatoplastia de Furlow.

Bibliografía

F. Charles Brunnicardi. (2015). Schwartz Principios de cirugía. España: McGrawHill.