



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

Labio y paladar hendido

Unidad II

Nombre de la asignatura: Clínicas quirúrgicas

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Alfredo López López

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 07 de Octubre de 2020.

Los labios se forman entre las semanas 4 y 7 del embarazo. Durante el desarrollo del bebé en el embarazo, los tejidos de su cuerpo y unas células especiales a cada lado de la cabeza crecen hacia el centro de la cara y se unen para formar su cara. La unión de estos tejidos forma los rasgos faciales como los labios y la boca.

El labio hendido y el paladar hendido son defectos de nacimiento que se producen cuando el labio o la boca del bebé no se forman adecuadamente durante el embarazo. Estos defectos de nacimiento a menudo se conocen de manera conjunta como “hendiduras orofaciales”.

La cirugía se utiliza con frecuencia para cerrar el labio y el paladar. Por lo general, la cirugía de labio leporino se hace antes de que el niño cumpla el primer año, y la cirugía de paladar hendido se hace antes de que el niño cumpla los 18 meses.

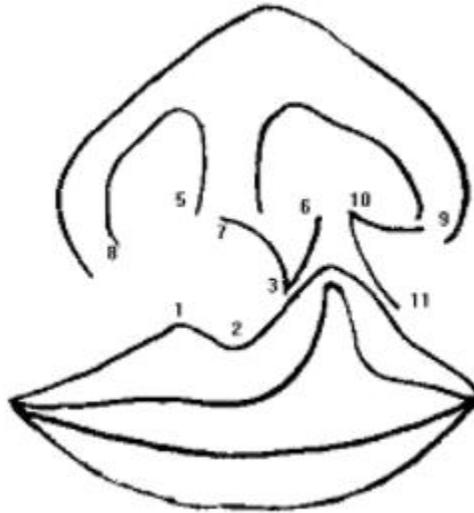


Los defectos congénitos del cráneo y de la cara que se dan con mayor frecuencia son el labio leporino y el paladar hendido, que afectan a cerca de 2 de cada 1000 bebés.

- El **labio leporino** es la separación del labio superior, habitualmente justo por debajo de la nariz.
- El **paladar hendido** es una abertura en la parte superior de la boca (paladar) que da lugar a un paso anómalo hacia la nariz.

TÉCNICA DE MILLARD

Se marca del arco de cupido 1.2.3., se mide la altura del labio, lado mediano desde la nariz 5 hasta el punto más elevado del arco 1; esta medida se transporta al lado interno de la fisura 3-6, luego se marca el punto 7 pasando ligeramente la línea media por debajo de la columela. En el lado externo del labio fisurado a nivel del piso nasal se marca el punto 10, transportándose luego la medida 3-6 hasta el borde mucocutáneo punto 11-; luego se marca el punto 9 en la base del ala nasal del lado hendido.



Incisiones.

Lado interno:

Se realiza primero la incisión interna desde el punto 3 del arco de cupido hacia el piso nasal 6; seguidamente se practica otra incisión desde el punto 3 en forma curva sobre el filtrum y por debajo de la columela hasta llegar al punto 7; la longitud de esta incisión está en función de la hipoplasia del labio y debe extenderse hasta que la porción interna pueda descender a su posición normal.

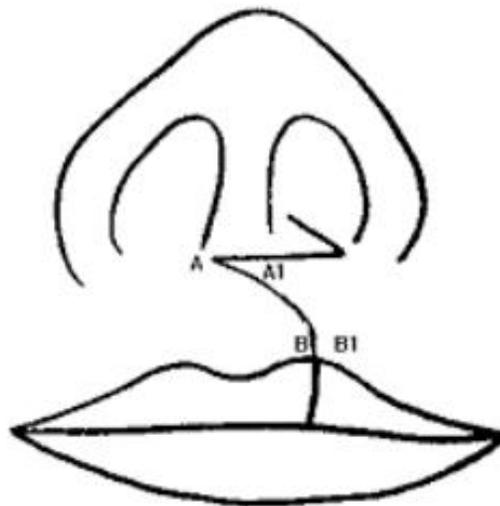
Queda delimitado un colgajo de base superior que ayudará a formar el piso nasal anterior.



Lado externo

Se realiza la incisión desde el punto 10 hasta el punto 11 y luego se hace el trazado de 10 al punto 9 del ala nasal, rodeándola inmediatamente por debajo. Estas incisiones delimitan un colgajo triangular de base lateral cuyo vértice se lleva al lecho que deja el descenso del colgajo hecho en la porción mediana del labio hendido, es decir, se entrecruzan formando una z plastia. El desplazamiento del colgajo externo hacia la línea media, lleva el ala nasal a una posición anatómica correcta.

El colgajo interno que se lleva hacia afuera corrige la posición de la columela, que se encuentra desviada hacia el lado sano.



TÉCNICA DE ASENSIO

Se marcan con azul de metileno los puntos anatómicos que se deben reubicar en su posición normal con respecto a los ejes de la cara.

Arco de cupido:

Extremo de la rama del labio sano.

Vértice del arco.

Extremo de la rama del lado afectado.

Comisuras: Puntos 15 y 14

Se demarcan con los puntos 15 y 14 respectivamente; la longitud del punto 15 al 1 se traslada con un compás desde 14 al borde mucocutáneo del lado fisurado y después de distenderlo con una ligera tracción a una posición aproximadamente normal, se identifica el punto 9.

Alas nasales:

Puntos 8 y 13

La inserción del ala sana se identifica con el número 8 y del lado hendido con el 13.

Columela:

Puntos 5 y 6

Elevando con un retractor el ala nasal afectada y llevándola a la posición que le corresponde normalmente, se identifica fácilmente la base piramidal de la columela, por un ángulo formado al unirse la piel y la mucosa. Estas ramas, una se desplaza hacia la fisura labial y otra hacia el septum nasal; en el vértice de este ángulo se marca el punto N° 5. Con la misma maniobra se hace evidente la inserción del septum al maxilar, inmediatamente por detrás de la porción dérmica de la columela marcando el punto N° 6.

Punto 12:

Se repite la maniobra anterior de elevación del ala nasal, se marca el N°12 en el borde mucodérmico donde se inicia la zona pilosa del piso nasal anterior hendido o no.

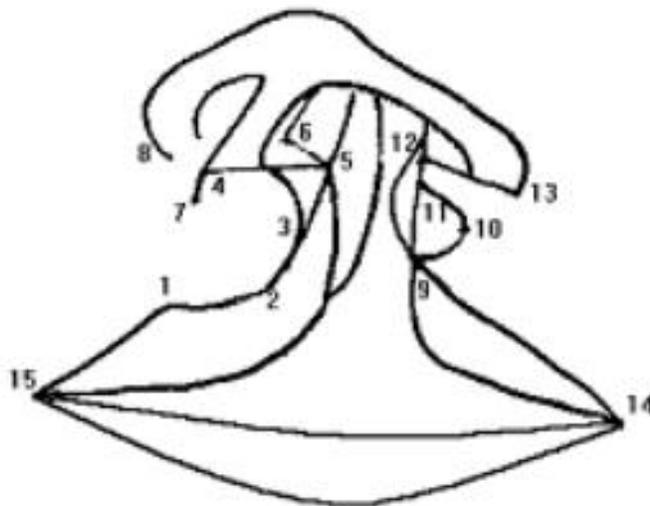
Punto 11:

Dos o tres milímetros por debajo del punto 12 según la edad, dimensión del labio y buen criterio del cirujano, se marca el punto 11 que formará el colgajo cuadrilateral del muñón.

Punto 10:

La distancia 1-8 tomada con un compás, es la dimensión longitudinal del lado sano; esta se divide en dos partes iguales y se traslada sobre la porción externa del labio hendido, formando un ángulo redondeado, cuyas ramas parten de los puntos 9 y 11, que al unirse forman el vértice de dicho ángulo marcando el punto 10.

Cada una de estas ramas es la mitad de la dimensión del lado sano, al distenderlas posteriormente a la incisión, dado la longitud normal del labio.



Punto 4:

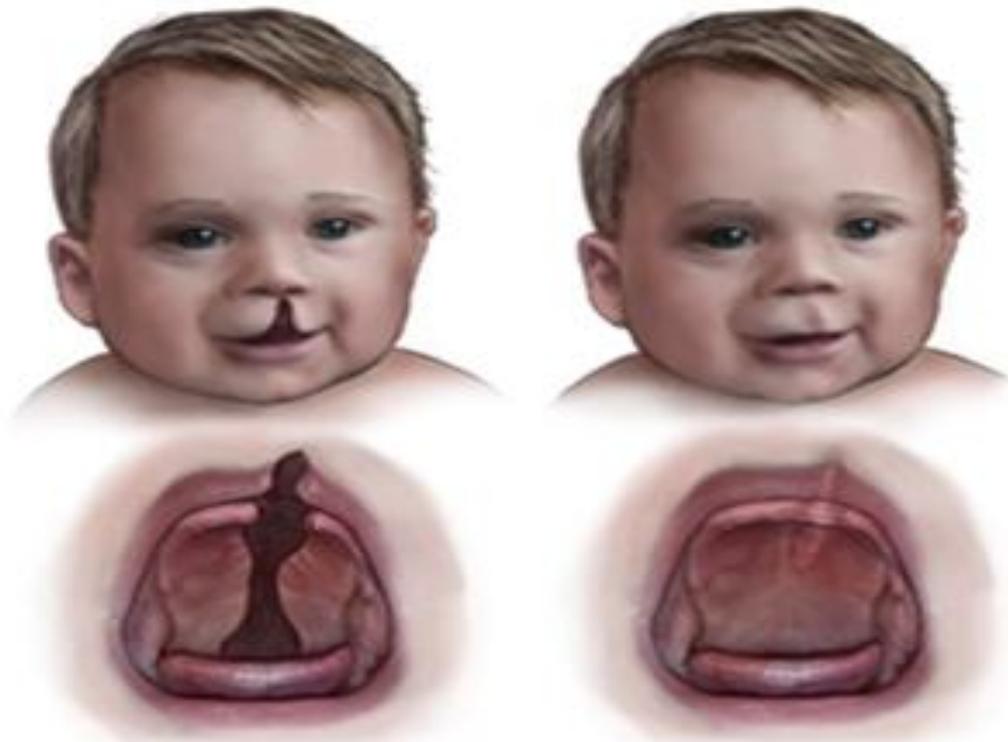
Con un alambre y una pinza se toma la longitud 1-8 proporcionándole una curvatura similar a la marca del filtrum del labio, se traslada a partir del punto 3, sobre la porción interna del labio fisurado y se proyecta sobre la base de inserción de la columela, obteniéndose el punto 4.

se proyecta sobre la base de inserción de la columela, obteniéndose el punto 4.

Punto 7:

Luego del paso anterior, se traslada con un compás la longitud 11-12 sobre la marca cutánea del filtrum y desde el punto 4 nos da el 7.

Para completar el diseño se unen los puntos con líneas trazadas con azul de metileno.



Labio leporino y paladar hendido

Bibliografía

Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2004;82:213-18.

Honein MA, Rasmussen SA, Reefhuis J, Romitti P, Lammer EJ, Sun L, Correa A. Maternal smoking, environmental tobacco smoke, and the risk of oral clefts. *Epidemiology* 2007;18:226–33.

Yazdy MM, Autry AR, Honein MA, Frias JL. Use of special education services by children with orofacial clefts. *Birth Defects Research (Part A): Clinical and Molecular Teratology* 2008;82:147-54.