



# CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

RESUEMEN LABIO Y PALADAR ENDIDO

Dr. Alfredo López López  
Christopher Manuel Liy Nazar

UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

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. La incidencia es menor en estadounidenses de raza negra y más alta en indios estadounidenses y personas de origen asiático. Al parecer 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. 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 y antecedentes familiares de labio

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 o bilaterales y más tarde como completas o incompletas. La hendidura completa del labio afecta la totalidad del mismo y se extiende hacia la nariz. La hendidura incompleta 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.

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. Una vez que se ha asegurado una nutrición adecuada y una vía respiratoria permeable, se pone atención a la anomalía facial. 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)

El procedimiento NAM 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 esta operación inicial, se repara la deformidad labial y con una nasoplastia primaria se reconstruye la

deformidad nasal de labio y paladar hendidos. Si la familia no tiene acceso a PSIO o carece de recursos para este tratamiento intensivo, puede llevarse a cabo la adhesión de la hendidura labial en la etapa inicial de la reparación. La adhesión preliminar de la hendidura labial une el labio superior y la hendidura nasal convirtiendo una hendidura completa en una hendidura incompleta. 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.

Labio hendido unilateral. El labio hendido unilateral por lo común se asocia con deformidad nasal. La deformidad nasal del del cartílago del ala de la nariz. Esto ocasiona deficiencia y creación de una hendidura en el esqueleto subyacente, así como la acción sin oposición del músculo orbicular de la

boca con inserción anormal en la base del ala de la nariz. La reparación quirúrgica se lleva a cabo bajo anestesia general y anestesia local que contenga adrenalina. Se han propuesto diferentes técnicas para la reparación de las hendiduras de labio y nariz; sin embargo, los procedimientos utilizados más a menudo son variaciones de los procedimientos de "rotación-avance".<sup>21</sup> 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. 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. 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. En el labio hendido bilateral completo con deformidad nasal, 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. A menudo, el premaxilar y prolabio se encuentran desplazados hacia afuera. Esto se conoce como premaxilar suelto. Para el niño con hendidura labial y nasal y lateral completa, 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. El paladar hendido es consecuencia de la falla en la fusión de los dos procesos palatinos. Al igual que con el labio hendido, las hendiduras aisladas del paladar son multifactoriales en cuanto a su causa; las

hendiduras aisladas del paladar probablemente se asocien con otras anomalías. Casi 8 a 10% de las hendiduras palatinas aisladas se asocian con delección del cromosoma 22q en el síndrome velocardiofacial. El objetivo principal de la cirugía de paladar hendido es ayudar al paciente a lograr un lenguaje normal, con competencia velofaríngea. Durante el habla, el paladar blando (o velo del paladar) se desplaza en sentido posterior y superior, principalmente por acción del músculo elevador del paladar que suspende el velo desde la base del cráneo.