

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

“LABIO Y PALADAR ENDIDO”



Dr. Alfredo Lopez Lopez

Medicina humana

7mo semestre

Itzel Jaqueline Ramos Matambu

Labio y paladar hendidos

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. 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. 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. El labio hendido unilateral por lo común se asocia con deformidad nasal. La deformidad nasal del labio hendido incluye desplazamiento lateral, inferior y posterior. 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”.²¹ 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. Si se repara la hendidura alveolar, se realiza la gingivoperiostioplastia al elevar colgajos mucoperiosticos en el borde de la hendidura alveolar y reaproximando éstos a través del defecto alveolar. Esto crea un túnel óseo cerrado con colgajos periosticos y facilita la generación de hueso en el defecto alveolar.

Se acepta que al momento de la reparación primaria definitiva se lleve a cabo alguna forma de nasoplastia primaria.

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. 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 migran en dirección cefálica a una posición más horizontal y ocurre la fusión. 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.²³

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. 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). 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. Con la reparación con cualquiera de estos métodos, debe realizarse una reparación independiente del velo

del paladar, lo que se conoce como veloplastia intravelar. La hendidura en el músculo elevador se identifica en su trayecto sagital en dirección anteroposterior, con una inserción anormal en el borde posterior del paladar duro. En la veloplastia intravelar se libera el borde posterior del paladar duro en la línea media y se disecciona de inserciones anormales con la aponeurosis del músculo tensor del velo del paladar y con el constrictor superior en dirección externa.