



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“LABIO Y PALADAR HENDIDO”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 7º

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

**ASIGNATURA: CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, MARZO
2021**

El labio y paladar hendidos es la anomalía congénita más común. Pueden ser uni o bilaterales. La mayoría ocurre de forma aislada, pero hay muchos síndromes que incluyen la hendidura. La genética del labio leporino y la fisura palatina es compleja y el trastorno, multifactorial.

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.

LABIO LEPORINO

El labio leporino se caracteriza por la falta parcial o completa de continuidad perimetral del labio. La mayoría de los labios leporinos ocurren en un lugar característico del labio superior, donde normalmente se sitúa una de las columnas del surco nasolabial y se extiende hasta la nariz. La deformidad afecta a la mucosa, el músculo orbicular de la boca y la piel. La deformidad nasal se caracteriza por alas deprimidas y ensanchadas, con un asiento posterior inadecuado en la base. El suelo de la nariz no existe en las fisuras completas y el tabique nasal se desvía.

PALADAR HENDIDO

La fisura palatina también puede ser completa o incompleta. Los objetivos de la reparación palatina son el desarrollo normal del habla y la prevención de la regurgitación nasal de los alimentos.

FACTORES DE RIESGO

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 y paladar hendidos. La posibilidad de formación del labio y paladar hendidos cuando hay un padre afectado es cercana a 4%.

TIPOS

- 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** incluye 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.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Existe controversia considerable con respecto a los detalles del momento oportuno, técnica y protocolo para el tratamiento de niños con labio y paladar hendidos.

Para corregir la deformidad se requieren, como mínimo, tres y, de ordinario, cuatro operaciones. Estas se efectúan en momentos concretos en función de la etapa de desarrollo del enfermo:

- Reparación del labio leporino a los 3 meses.
- Reparación de la fisura palatina antes del año o antes de que empiece el desarrollo del habla.
- Injerto de hueso alveolar con motivo de la erupción de la dentadura permanente y después de la preparación por el ortodoncista.
- Posible septorinoplastia en las etapas finales de la adolescencia.
- Posible revisión labial y nasal.
- Avance maxilar I de LeFort, si estuviera indicado.
- Intervenciones secundarias para la mejoría del habla en el 15% de los casos.

Todos los recién nacidos con anomalías craneofaciales del tipo de labio y paladar hendidos se benefician con la atención por equipos especializados, dedicados al tratamiento de anomalías congénitas.

A menudo los pacientes se diagnostican en etapa prenatal por el uso de ecografía prenatal. Después del nacimiento del niño se lleva a cabo la valoración por el equipo especializado y se obtiene información del cirujano, especialista en tratamiento del lenguaje, trabajador social, ortodoncistas craneofaciales, genetista, otorrinolaringólogo y pediatra.

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 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 de la 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.

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 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 auricular de la boca que tiene inserción anormal en la base del ala de la nariz. El segmento menor maxilar (el segmento alveolar/maxilar más pequeño en el lado de la hendidura) se encuentra colapsado en sentido medial.

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.

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”.

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.

Si se repara la hendidura alveolar, se realiza la gingivoperiostoplastia 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.

En la deformidad con hendidura labial bilateral, el filtrum nuevo se crea con el prolabio y se une a los elementos laterales del labio en la porción superior del músculo orbicular de los labios, ya reparado.

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 velocardiocfacial.

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). Como es imposible separar las cavidades oral y nasal en los individuos con paladar hendido, también es difícil para el paciente crear la presión intrabucal negativa para una succión eficaz. Por tanto, se han creado biberones especializados para suministrar líquido a la boca del niño durante los movimientos de succión.

Los niños con paladar hendido tienen incremento en la incidencia de otitis media, lo que parece estar relacionado con anomalías de la musculatura del velo del paladar y función ineficaz de la trompa de Eustaquio. La mayor incidencia de otitis media ocasiona pérdida auditiva si no se trata de manera apropiada. Además, la VPI y el escape de aire nasal durante el habla ocasionan lenguaje hipernasal.

Al igual que con la reparación del labio y nariz hendida, el momento, la técnica y los protocolos para la reparación del paladar hendido son tema de controversia. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la reparación del paladar debe llevarse a cabo antes del desarrollo del habla.

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. 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.

Después de completar la liberación, el músculo elevador del paladar se une en la línea media con la reconstrucción del cabestrillo del músculo elevador que suspende el velo del paladar de la base del cráneo y participa en la suficiencia velofaríngea.

Las complicaciones de la palatoplastia incluyen problemas de cicatrización de la herida que ocasionan dehiscencia de línea de sutura y desarrollo de una fístula.

Bibliografía

- Brunicardi, F. et al. (2015). *Schwartz principios de cirugía*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Evers, B. et al. (2018). *Sabiston tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna*. España: Elsevier.