



MATERIA:

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

PRIMERA UNIDAD

Dr. Alfredo López López

ANESTESIOLOGO

NOMBRE DEL ALUMNO: Raul Gibran Gallegos

Merlín

Labio leporino sinónimo de labio de libre, haciendo referencia al parecido de esta deformación al labio de los lepóridos y su teoría clínica de la formación de las hendiduras, está basada en las investigaciones de His. Existen tres masas epiteliales mesodérmicas que están presentes en el labio superior y si cualquiera de las tres tiene fallas de proliferación o está ausente, se desarrollará un labio fisurado. Si las masas mesodérmicas faltan y sólo está presente la de la línea media, se desarrolla un labio fisurado bilateral y el labio hendido mediano resultará de la falta de desarrollo del mesodermo de la línea media y la falta de mesodermo de uno de los procesos laterales dará por resultado un labio hendido unilateral.

Su prevalencia repercute en la salud integral del paciente, pues las implicaciones estéticas afectan tanto al núcleo familiar como a su entorno social. Los pacientes generalmente requerirán más de una cirugía reconstructiva como tratamiento, además de frecuentes visitas al odontólogo, tratamientos de audición y terapias de lenguaje. Esta malformación congénita ocurre específicamente en dos puntos del desarrollo embrionario. Entre la semana cinco y siete de gestación por la ausencia de fusión de los procesos frontales y entre la semana siete y 12 por la ausencia de fusión de los procesos palatinos.

Ligada a la herencia monogénica autosómica dominante, autosómica recesiva, recesiva ligada a X, dominante ligada a X y dominante ligada a Y. Las herencias poligénicas que ésta es la causa más común de labio y paladar hendido, se entiende como aquellos rasgos controlados por gran cantidad de genes, pero que a su vez pueden ser afectados e influenciados por el ambiente. estudios demostraron que la mayoría de las madres de hijos con labio y paladar hendido contaban con antecedentes de ingestión de drogas como los AINES o anticonvulsivos.

Clasificación embriogénica de Stark y Kernahan en 1958, se menciona que son Unilateral, mediana y bilateral. La clasificación propuesta por el doctor Victor Veau por labio hendido completo, cuando no ha habido fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha formado, labio hendido incompleto es cuando hay fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está cerrado, pero el músculo orbicula y el labio hendido cicatricial

cuando existe fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial, pero hay una pequeña hendidura en forma de cicatriz en el rollo rojo labial.

Esta malformación congénita tiene un diagnóstico meramente clínico que se realiza al momento del nacimiento del producto de la concepción, ya que su efecto morfológico es muy evidente. El paciente presentará un cuadro caracterizado por disfagia que no se podrá sellar la cavidad oral, por lo tanto, no se podrá producir un efecto de vacío y afectará la succión y deglución, también se puede presentar otitis medias recurrentes e hipoacusias de transmisión, en esta malformación se ve alterada la formación en la trompa de Eustaquio.

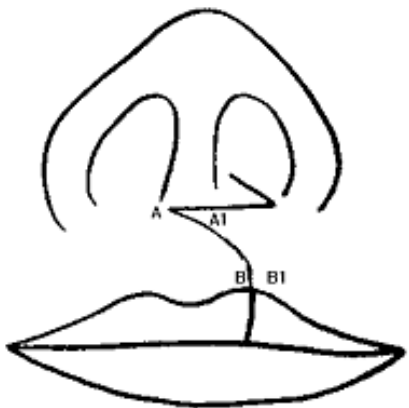
En las técnicas quirúrgicas Paré describió en el año 1500 y Mirault a mediados del siglo XIX, describió una técnica que utilizó tejidos de la zona lateral del labio hendido. En el año 1891, Rose en Londres empleó incisiones curvas, cóncavas, desde el orificio nasal hasta el bermellón labial, para determinar una línea de unión de tal longitud que la retracción de la cicatriz no produjera un tubérculo en la línea roja.

La técnica de Millard se marca del arco de cupido 1, 2 y 3, posterior se mide la altura del labio, el lado mediano desde la nariz 5 hasta el punto más elevado del arco 1, se transporta al lado interno de la fisura 3 y 6, luego se marca el punto 7 pasando ligeramente la línea media. En el lado externo del labio fisurado a nivel del piso nasal se marca el punto 10, transportándose luego la medida 3 y 6 hasta el borde mucocutáneo del punto 11, luego se marca el punto 9 en la base del ala nasal del lado hendido.



En las incisiones se debe realizar primero la incisión interna desde el punto 3 del arco de cupido hacia el piso nasal, se ejecuta otra incisión desde punto 3 en forma curva sobre el filtrum y por debajo de la columela hasta llegar al punto 7, y 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.

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. 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. El desplazamiento del colgajo externo hacia la línea media, lleva el ala nasal a una posición anatómica correcta.



Referencias

Joaquín Palmero Picazo, M. F. (2019). Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. *Medigraphic*, 1-8.

María Teresa Corbo Rodríguez, M. E. (2001). LABIO Y PALADAR FISURADOS. ASPECTOS GENERALES. *Texto de cirugía plástica*, 1-8.