

Re-tratamiento quirúrgico de múltiples complicaciones de labio leporino.

Gutiérrez-Ventura F ^{1,a}, Jordán J ^{2,b}, Orlovac-Gutierrez A ^{3,c}. Re-tratamiento quirúrgico de múltiples complicaciones de labio leporino. Reporte de Caso. Rev Estomatol Herediana. 2013 Ene-Mar;23(1):24-8.

RESUMEN.

Se reporta el caso de una niña de 5 años de edad que acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la clínica dental de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú. Por presentar secuela de tratamiento de labio leporino por múltiples intervenciones quirúrgicas anteriores (6 veces) sin éxito. El tratamiento se realizó en dos fases: **I fase ortopédica**, consistió en ampliar y alinear el arco superior mediante el uso de expansor maxilar, conseguido el espacio se posiciona la pre-maxila colocando un dispositivo extraoral para retracción de la pre-maxila. **II fase quirúrgica** se plantean tres sesiones quirúrgicas, en la **primera sesión**: la queiloplastia secundaria con decolamiento amplio hasta los malares casi y las zonas maxilares, y la liberación prolija de los bordes cicatrizales de los hemilabios producto de las anteriores operaciones fallidas. En la **segunda sesión** un año después, se plantea realizar un colgajo de labio inferior a superior conocida como la técnica de ABBE en dos tiempos con intervalo de 2 semanas; y en la **tercera sesión** se realiza la liberación de ambos labios y plastia de los mismos recobrando con éxito las funciones del sistema masticatorio de la paciente. Las dos primeras cirugías se realizan bajo anestesia general y la tercera bajo anestesia local.

Palabras clave: LABIO LEPORINO, CIRUGÍA, APARATOS ORTOPÉDICOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, MALA PRAXIS.

Re-surgical treatment of multiple complications of cleft lip. Case report.

ABSTRACT

A case of a girl of five years old is reported, who came to Oral and Maxillofacial Surgery service from Stomatology Faculty Dental Clinic of Cayetano Heredia Peruvian University. Lima Peru, because of a "Cleft lip treatment sequel" by multiple previous surgeries (6 times) without success. Treatment was performed in two phases: Phase I orthopedic consisted to extend and aligning the upper arch using jaw expander, after obtaining the space pre-maxilla is positioned by placing an extraoral device for premaxilla retraction. In phase II surgical are three surgical steps, in the first: is the secondary cheiloplasty with broad flap elevating next to malar and maxillary areas, and the scar edges neat release of hemi-lips because of the previous failed operations. In the second session, after one year, a lower lip to upper lip flap, technique known as the ABBE is planning to carry out, and has two times with two weeks interval and in the third session the both lips release and plasty is performed recovering successful masticatory system functions of the patient, the first two surgeries are performed under general anesthesia and the third one under local anesthesia.

Key Words: CLEFT LIP, SURGERY, ORTHOTIC DEVICES, CONGENITAL ABNORMALITIES, MALPRACTICE.

Introducción

En los pacientes con labio leporino parece que faltaran algunos elementos anatómicos; sin embargo están presentes todos, solo que no están bien ubicados. En la morfología facial de niños faltan estudios controlados para evaluar resultados después de la reparación quirúrgica; esto es debido a que los niños no cooperan fácilmente. (1)

Desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, para la reparación de este tipo de defectos y para

reducir al mínimo los riesgos anestésicos, algunos autores todavía emplean la regla de los 10 de Musgrave y realizan la reparación quirúrgica del labio leporino cuando el niño tiene una hemoglobina de 10 mg/dl, un peso de 10 libras, menos de 10,000 leucocitos y 10 semanas de vida. Sin embargo, la mayoría de los centros quirúrgicos prefieren realizar la reparación unilateral del labio cuando el niño tiene 3 meses de edad en promedio; así los riesgos de la anestesia son mínimos, el niño

puede soportar mejor la tensión de los tejidos del labio permitiendo una reconstrucción adecuada, la ortopedia pre quirúrgica después de los 15 días de nacido y los 4 meses posteriores y en las fisuras bilaterales a los 6 meses de nacido en un solo tiempo quirúrgico (2).

El éxito de las organizaciones que proporcionan servicios quirúrgicos para el tratamiento de deformidades faciales congénitas, como labio leporino, paladar hendido,

Fredy Gutiérrez Ventura ^{1,a}
Jorge Jordán Flores ^{2,b}
Ana Orlovac Gutiérrez ^{2,c}

¹ Facultad de Estomatología.
Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Magister en Estomatología.
Cirujano Oral y Maxilofacial -
Ortodoncista.

^b Médico Cirujano. Especialista en
Cirugía Plástica.

^c Médico Especialista en Anestesiología.

Correspondencia:

Fredy Gutierrez Ventura.
Dirección: Calle Da Vinci N° 528 Urb. La
Calera de la Merced Surquillo. Lima Perú
Teléfono: (511) 2715506 - 998274209
E-mail: fredy.gutierrez@upch.pe

depende de la ubicación e infraestructura adecuada y apropiada (3).

El tratamiento del paciente con labio leporino y paladar hendido, representa un problema real. Hoy un resultado funcional no es suficiente, el resultado estético es necesario porque mejora la calidad de vida, esto se consigue con un enfoque racional multidisciplinario (4).

Reporte de Caso:

Se reporta el caso de una paciente niña de 5 años de edad que acude a la consulta de la clínica dental de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, acompañada por un familiar quien solicita se le realice la cirugía del labio leporino. La niña fue intervenida quirúrgicamente en 6 oportunidades en diversas campañas médicas desde los 2 años de edad. Además todas las intervenciones quirúrgicas fracasaron a los pocos días de realizados, sin causa aparente.

Al examen clínico extraoral se observa severa pérdida del labio superior correspondiente a la pre-maxila y parte anterior del maxilar derecho, se evidencia protrusión y descenso del segmento de la pre-maxila superior con signos evidentes de intervención quirúrgica reciente y leve infección sobre agrugada local. (Fig. 1)

Paciente dolicofacial, presenta exposición completa de la pre-maxila por pérdida severa del labio superior que corresponde a la longitud de la base de la nariz, paladar fisurado bilateral, dentición temporal con protrusión y vestibuloversión de los 3 incisivos superiores, arcada superior con atresia moderada, fosas nasales de base amplia, pre-

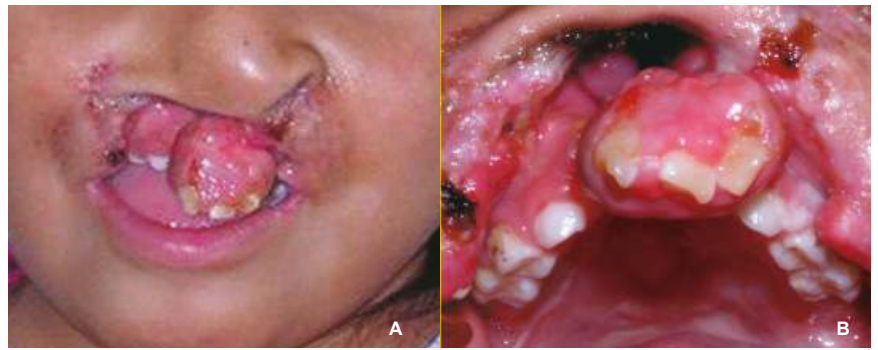


Fig. 1 A. Fotografía frontal, ausencia de pro labio perdida en las múltiples operaciones fallidas. B. Pre-maxila fuera de arco dentario, lo cual hace más difícil la cirugía.

senta moderada deformidad por aplanamiento del ala nasal derecha.

Diagnóstico

Se revisan las probables causas de los fracasos en las 6 intervenciones anteriores analizando la tonicidad del tejido muscular, la forma de arco del maxilar superior, etc., con la ayuda de fotografías y modelos de estudio.

Se concluye que la forma del arco superior moderadamente atrésico, presenta una protrusión severa de la pre-maxila y la erupción de



Fig. 2 Vista Oclusal del modelo de estudio superior con pre-maxila fuera del arco.

los incisivos superiores protruidos y en posición vestibuloversión probablemente hayan ejercido presión sobre los tejidos recién suturados. Además estos, en cada intervención estaban muy tensos por la pérdida de masa muscular como resultado de intervenciones anteriores.

Plan de Tratamiento

Las secuelas de labio leporino son los casos más difíciles de tratar y este caso es especial por la cantidad de intervenciones anteriores sin éxito, las complicaciones como la fisura oronasal (ONF) después de la reparación del labio y paladar. Esto es frecuente y varía mucho entre los diversos centros quirúrgicos; se ha reportado que entre el 5% y 29%, está asociado con la gravedad, tipo, técnica de reparación de la fisura, tiempo de reparación y el nivel de experiencia del cirujano. El éxito de la reparación es alrededor de 85%; de estos procedimientos la tasa de recurrencia es del 33% a 37%, sigue siendo un problema difícil. (5)

Se formó un equipo multidisciplinario para el tratamiento integral conformado por:

- Un ortodoncista para el tratamiento ortopédico inicial y ortodóncico posterior.
- Un cirujano oral y maxilofacial para la reconstrucción del paladar fisurado.
- Un cirujano plástico para la reconstrucción de labio leporino y la reconstrucción de las fosas nasales.
- Un anesthesiólogo.

El plan de tratamiento consistió en las siguientes fases:

Fase I ortopédica:

Tratamiento ortopédico realizado por el ortodoncista que corrige la atresia del maxilar superior y crea espacio en el segmento anterior para colocar la pre-maxila protruida en el arco superior, conformando la forma catenaria, para ello utilizó un tornillo de expansión dentomucosoportado para ensanchar la maxila y mediante aparatos extraorales se consiguió retraer la pre-maxila (Fig. 3 y 4), como se observa en el modelo de estudio. El tornillo de expansión se activó

de manera constante a razón de 0.5mm por día, durante 14 días, a fin de no crear presión sobre la mucosa y que la comunicación buconasal se acentúe, el proceso ortopédico duró 8 meses.

Luego de la conformación del arco superior se planifica el acto quirúrgico que consistió en tres sesiones.

Fase II quirúrgica:

1° Sesión se procede a realizar la queiloplastía secundaria mediante el tallado de los bordes cicatrizales de los hemilabios y el decolamiento

amplio sobre los maxilares superiores, y luego se realiza la hemostasia prolija. Se sutura en tres planos con hilo vycryl y dexton tres cerros y cuatro cerros, las mucosas y piel con nylon cinco cerros, para luego terminar poniendo un arco de Logan (fabricado por el cirujano plástico). La función de este dispositivo permite relajar la zona de sutura y que cicatrice sin inconvenientes de tensión en dicha zona y se mantiene por dos semanas en forma permanente. Fig. 5

2° Sesión El objetivo de cerrar la fisura labial se cumplió, observándose que hay una ligera retracción del labio superior y la pre-maxila. La cavidad bucal muy estrecha, apertura bucal limitada y severa tensión del labio superior; justificaron la decisión de realizar el segundo acto quirúrgico un año después; además por presentar el labio superior pequeño y antiestético. Esta primera fase se realiza mediante el colgajo de rotación de Abbe Estlander y después de 15 días se realiza la liberación de punte vascularizado; se reubican los bordes liberados de cada labio; esta última parte se realizó con sedación consciente y anestesia local, se realizó un colgajo pediculado vascularizado del labio inferior hacia el labio superior, para mejorar la altura labial superior, disminuir la tensión muscular

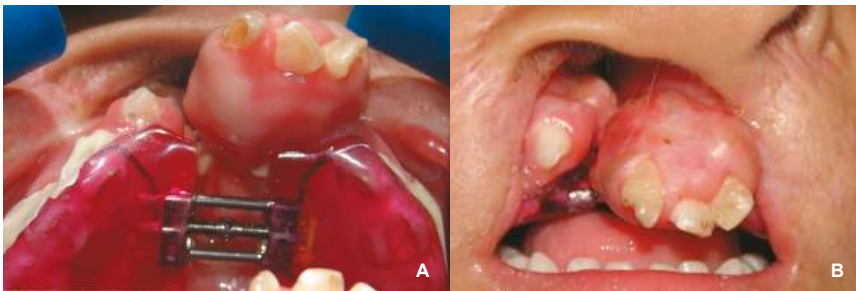


Fig. 3 A. Vista Oclusal, tornillo de expansión ampliando el arco superior. B. Vista frontal con espacio suficiente para retraer pre-maxila.



Fig. 4 A Vista frontal B Vista lateral del aparato extraoral.



Fig. 5 A Vista frontal del 1° acto quirúrgico. B Arco de Logan adaptado.

C Colocado en zona de herida.



Fig. 6 A Colgajo de rotación de Abbe Estlander. B 15 días después.

y evitar que la retracción labial continúe; la niña quedó con la boca cerrada durante 15 días que es el tiempo estimado para que el colgajo vascularizado tenga éxito. Fig. 6

Durante este tiempo la alimentación fue a base de dieta líquida mediante sondas y al mismo tiempo la limpieza de la cavidad bucal fue realizada con irrigación constante.

En este periodo hubo un episodio en donde la paciente sintió dificultad respiratoria y aparente presión alta, actos que fueron controlados por los cirujanos, después de 15 días se observa que el estado de los tejidos es óptimo y se decide realizar la siguiente sesión. **3º Sesión.** Luego de observar el colgajo del labio inferior ha sido exitosa debido a que los tejidos peribucles superiores se encuentran con características normales en cuanto a su morfología y textura, se decide seccionar el injerto retirando el pedículo a nivel del labio inferior y se realiza una plastia de ambos labios y así conseguir la apertura de la cavidad bucal.

Luego de la tercera intervención se logró conservar la anatomía y la longitud del labio superior, mejoró la apertura bucal, la tensión de los tejidos faciales disminuyó y los objetivos trazados se cumplieron exitosamente. Fig. 7

Hay que mencionar que las dos primeras sesiones quirúrgicas se realizaron bajo anestesia general y la tercera sesión se realizó bajo anestesia local con sedación consciente.



Fig. 7 Vista frontal Final

Discusión

Jones JLP, reportó complicaciones de herida en 8 (47%) niños con Van der Woude Syndrome (VWS), mientras que 13 (19%) control tuvieron complicaciones de la herida. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P = 0,02$). De todos los casos VWS, 6 (75%) fueron considerados importantes mientras que el restante 2 (25%) eran menores. En el grupo de control, 9 (69%) tuvieron complicaciones mayores y 4 (31%) complicaciones menores (6).

El aparato pre-direccional (PD), fabricado en resina de curado por calor, es una modificación de molde nasoalveolar prequirúrgica del aparato de Grayson. Para hacer que los segmentos anteriores sean

flexibles, el aparato se modificó mediante el marcado de dos líneas verticales paralelas y un corte transversal que da en el segmento anterior del aparato para separarlo del segmento posterior. 1 mm de acrílico se redujo de los bordes de ambos segmentos (7).

Barlow SM et al. compararon la rigidez perioral entre tres grupos de pacientes pediátricos: un grupo con labio leporino y paladar hendido que tuvieron una cirugía secundaria revisión de labio (revisión), otro grupo con labio leporino reparado que no tenían cirugía secundaria (nonrevision), y un tercer grupo de pacientes “normales” (noncleft). Los resultados de la rigidez fueron significativamente elevados en los pacientes nonrevision en comparación con los controles noncleft y es probable que se deba a la presencia de la cicatriz en el labio superior, fue significativamente menor en los pacientes con labio leporino que fueron sometidos a la cirugía de revisión de labios (8).

Buyu Y et al. reportaron complicaciones postquirúrgicas en hendiduras orofaciales de pacientes que se sometieron a cirugía primaria más allá de la edad recomendada. Estas complicaciones pueden ser el resultado de una cirugía tardía y falta de procedimientos pre quirúrgicos (9).

Mencionan lo siguiente:

- Caracterización de fenotipos con el fin de definir las categorías etiológicamente homogéneos de CLP.
- Detección precoz para el desarrollo cognitivo retrasado en los niños con CLP.
- Mejora de la calidad de vida de los niños con CLP y sus familias mediante el apoyo de un equipo multidisciplinario, el equilibrio mental,

tipo y momento de los actos quirúrgicos, el cumplimiento de los protocolos de tratamiento, y la experiencia de las personas que participan en la validación provisión.

- Los efectos del momento en que se hace el diagnóstico. Se requiere una mejor comprensión de los factores que pueden influir en la percepción del diagnóstico (estrés de los padres, el apoyo familiar, la importancia de la elección de los procedimientos de cuidados neonatales).
- En los protocolos de atención y tratamiento para CLP, es importante analizar las estrategias de atención implementadas para niños con CLP, así como la cronología y las frecuencias con el fin de obtener una mejor comprensión de las posibles consecuencias a largo plazo. Los resultados del estudio apuntan a la necesidad de apoyo psicológico para los padres de niños con CLP.

Un paciente con antecedentes de múltiples cirugías de labio leporino, paladar y deformidad nasal se presenta con hallazgos radiológicos de un cuerpo extraño lineal de 4.3 cm que atraviesa la cavidad nasal y el seno esfenoidal (10).

Kwari DY et al. reportaron 106 pacientes fisurados faciales, 91 (86%) tuvieron una reparación quirúrgica bajo anestesia local o general. Quince (14%) pacientes, niños, no eran aptos para la cirugía y la anestesia debido a varias condiciones médicas como infección del tracto respiratorio (3,8%), anemia (5,7%), la desnutrición (2,8%) y la malaria (1,9%). Ninguno de los pacientes requerían transfusión intraoperatoria de sangre. Sólo 5 (5,5%) pacientes presentaron para la reparación temprana, antes de 1

año de edad. Todos los pacientes fueron para el tratamiento, ya que querían mejorar su apariencia facial, tratamiento quirúrgico sin embargo fue la principal motivación para la búsqueda de tratamiento. La pobreza y la ignorancia son las razones ofrecidas que dificultan la presentación temprana para la reparación quirúrgica en 70 (66%) y 18 (20%) pacientes, respectivamente (11).

Referencias Bibliográficas

1. Ayoub A, Bell A, Simmons D, Bowman A, Brown D, Lo T-W, et al. 3D Assessment of Lip Scarring and Residual Dysmorphology Following Surgical Repair of Cleft Lip and Palate: A Preliminary Study. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* 2011 Jul;48(4):379-87.
2. León Pérez JA, Sesman Bernal AL, Fernández Sobrino G. Técnica de cierre vertical en labio hendido: Reporte de 837 casos y revisión de la literatura. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoam.* 2008 Sep;34(3):175-83.
3. Eberlin KR, Zaleski KL, Snyder HD, Hamdan US, Medical Missions for Children. Quality assurance guidelines for surgical outreach programs: a 20-year experience. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* 2008 May;45(3):246-55.
4. Abarca M, Budzynski Y, Kovacs B, Malevez C. Multidisciplinary approach in the treatment of a patient with cleft lip and palate: a case report. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al.* 2004;16(2):102-6.
5. Diah E, Lo L-J, Yun C, Wang R, Wahyuni LK, Chen Y-R. Cleft oronasal fistula: a review of treatment results and a surgical

management algorithm proposal. *Chang Gung Med J.* 2007 Dec;30(6):529-37.

6. Jones JLP, Canady JW, Brookes JT, Wehby GL, L'Heureux J, Schutte BC, et al. Wound complications after cleft repair in children with Van der Woude syndrome. *J Craniofac Surg.* 2010 Sep;21(5):1350-3.
7. Daigavane PS, Hazarey P, Vasant R, Thombare R. Pre-directional appliance: a new approach to correct shifted premaxilla in bilateral cleft cases. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011 Dec;29(6 Suppl 2):S39-43.
8. Barlow SM, Trotman C-A, Chu S-Y, Lee J. Modification of perioral stiffness in patients with repaired cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* 2012 Sep;49(5):524-9.
9. Buyu Y, Manyama M, Chandika A, Gilyoma J. Orofacial clefts at bugando medical centre: associated factors and postsurgical complications. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* 2012 Nov;49(6):736-40.
10. Kamat A, Tabae A. Chronic foreign body of the nasal cavity and sphenoid sinus: surgical implications. *Cleft Palate-Craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc.* 2012 Jan;49(1):114-7.
11. Kwari DY, Chinda JY, Olosoji HO, Adeosun OO. Cleft lip and palate surgery in children: anaesthetic considerations. *Afr J Paediatr Surg AJPS.* 2010 Dec;7(3):174-7.

Recibido : 21-12-2011
Aceptado: 09-04-2012