

Cirugía de Labio y Paladar Hendido

Estudio Comparativo de dos Series 1957-70 y 1971-75

Dres. Leopoldo Briceño Iragorry
Gastón Calcaño L.
Rafael E. Galarraga
Juan Rodríguez Yáñez

CIRUGIA DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO

La incidencia de esta malformación en nuestro país es comparable a la de otros países del orbe, 1 por cada 1.104 nacimientos.

Después que uno de nosotros realizó estudios especializados en la materia, hemos adoptado en el Servicio la concepción moderna para el estudio y tratamiento de los niños afectados de Hendidura Labio y/o Palatina. Con el ánimo de valorar los resultados de esta nueva política, hemos realizado este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se estudia la casuística del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario de Caracas entre los años 1957 y 1975. En este lapso hemos visto 234 niños afectados de esta malformación; este grupo se ha dividido en dos, para realizar el estudio comparativo de los dos enfoques.

En el período comprendido entre 1957-1970 (grupo A), se estudiaron 158 niños, (67.5%) a los cuales indiscriminadamente se les aplicaron técnicas quirúrgicas que salieron a la luz pública a comienzo de este siglo. El otro (grupo B), de niños comprende los años 1971-1975, un total de 76 (32.5%) sobre los cuales se utilizaron técnicas modernas, individualizadas al tipo de malformación, bajo una visión funcional y estéticos. Esta puede resumirse en los siguientes postulados:

— En Hendiduras Labiales sin hipoplasia aplicamos las técnicas de Millard o Rose.

En Hendiduras Labiales simples con Hipoplasia, el procedimiento de Millard con la reciente modificación de Ortiz Monasterios (1).

Hospital Universitario de Caracas
Cátedra de Clínica Quirúrgica Pediátrica.

— En Hendiduras Labiales totales, preferimos la técnica de Tennison porque reconstruye la simuosidades normales de la línea cutáneo mucosa y el arco de cupido obtiene su forma natural.

— En Hendiduras Labiales bilaterales incompletas, recomendamos la técnica De Millard.

— En Hendiduras Labiales Bilaterales totales, la técnica de Veau III (Cronin) da los mejores resultados practicándola en 1-o-2 tiempos dependiendo de la rotación de la premaxila.

— En Hendidura Palatina, usamos básicamente la técnica de Von Langenbech, con la modificación de Warren y Dieffembach.

— Cuando el paladar es corto, realizamos retroposición del mismo, según los procedimientos de Wardill o Dorrance.

— De acuerdo con el foniatra, o por los resultados del estudio Radiográfico funcional del paladar, indicamos la construcción de Colgajos Faríngeos de base superior.

— Es difícil hacer una selección definitiva y exclusiva dada la ingeniosidad de cada incisión, ya que los mejores resultados se obtienen asociados en gran parte al arte y experiencia de cada Cirujano, en los procdimientos a los que está habituado.

RESULTADOS

Los casos del primer período fueron reagrupados según la clasificación adoptada por el subcomité de Fisuras de paladar de la Confederación Internacional de Cirugía Plástica reunida en París en 1963, para poderla comparar al segundo grupo.

GRUPO I. Hendiduras o Fisuras del labio y/o Alveolo. Uni o Bilaterales (Paladar Primario).

GRUPO II. Hendiduras o Fisuras del labio, Alveolo y paladar Uni o Bilaterales (Paladar Primario y Secundario).

GRUPO III. Hendiduras o Fisuras del paladar blando y/o duro (Paladar Secundario).

GRUPO. Hendiduras o Fisuras raras (este último grupo no está incluido en el trabajo).

Según esta clasificación en el grupo A (1957-1970) encontramos:

Grupos	No casos	%
I	27	16,9
II	87	55,0
III	44	27,8
	<hr/>	<hr/>
	158	99,7

TABLA N° 1

Mientras que el período B (1971-1975). ✓

Grupos	No casos	%
I	11	14,4
II	43	56,5
III	22	28,9
	<hr/> 76	<hr/> 99,8

TABLA N° 2

En cuanto al tipo de lesión.

Grupo	Tipo de Lesión	A		B	
		N°	%	N°	%
I	H. Labial Izquierda	10	6,3	6	7,8
I	H. Labial Derecha	12	7,6	1	1,3
I	H. Labial Bilateral	5	3,1	4	5,2
II	H. Labio Palatina Izq.	42	26,5	22	28,9
II	H. Labio Palatina Dcha.	17	10,7	15	19,7
III	H. Palatina	44	27,8	22	28,9
Total:		158	99,7	76	99,6

Con respecto al sexo y tipo de lesión, encontramos que la Hendidura Palatina izquierda (grupo II) es más frecuente en varones y la Hendidura Palatina (grupo III) en las hembras, relación que se conserva en ambas series.

En la tabla 3 se evidencia que la incidencia de los diversos tipos de lesión es visiblemente igual en los dos grupos estudiados.

CIRUGIA DEL LABIO

En el (grupo A) se practicaron un total de 105 Queiloplastias con evolución satisfactoria en 77 (73,42%) en contraste con el (grupo B) donde de 51 operaciones 50 (98%) fueron exitosas.

GRUPO A

Técnica	Casos	Evolución satisfactoria	Mala
Veau	69	50 (72,4)	19 (27,6)
Veau	19	15 (78,9)	4 (21,1)
Tennison	9	7 (77,7)	2 (22,3)
Millard	3	3 (100)	— — —
Otros	5	2 (40)	3 (60%)
Total:	105	77	28

GRUPO B

Tennison	21	20 (95,)	1 (4,6)
Millard	13	13 (100)	— — —
Veau III	10	10 (100)	— — —
Otros	7	7 (100)	— — —
Total:	21	50	1

Tabla 4 — Nota: Los números entre paréntesis representan los porcentajes al total de cada técnica.

Del (grupo A) se reoperaron 11 niños, así como el único fracaso del grupo (B).

La evolución es considerada satisfactoria desde el punto de vista estético y funcional tanto labio como ala nasal.

CIRUGIA DEL PALADAR

En el (grupo A) se realizaron un total de 110 intervenciones primarias sobre el paladar con evolución satisfactoria en 66 casos (60%); por el contrario sobre 61 operaciones (grupo B), el resultado fue satisfactorio en 49 (80,3%). Es de aclarar que 3 casos esperan aún la intervención por no tener la edad satisfactoria.

GRUPO A

Técnica	Casos	Evolución satisfactoria	Mala
Veau	54	28 (51,8)	26 (48,2)
Langembeck	39	25 (64,1)	14 (35,9)
Duhamel	12	9 (75)	3 (25)
Estafilorrafias	5	4 (80)	1 (20)
Total:	110	66	44

GRUPO B

Warren - Dieffenbach			
Langenbech	49	37 (76,6)	12 (24,4)
Wardill	6	6 (100)	— — —
Estafilonafías	5	5 (100)	— — —
Dorrance	1	1 (100)	
Total:	<u>61</u>	<u>49</u>	<u>12</u>

Colgajo faríngeo	Casos	Evolución satisfactoria	Mala
	9	9 (100)	— — —

Tabla N° 5. Nota: Los números entre paréntesis representan los porcentajes referentes al total de cada técnica.

En Cirugía del paladar consideramos evolución satisfactoria:

Ausencia de Fistulas, buena motilidad del Velo y un grado mínimo de insuficiencia Velo Palatina, así como un lenguaje o articulación de la palabra lo más adecuado posible. Esta es la razón de utilizar técnicas de alargamiento y Colgajo Faríngeo no realizados en el primer grupo.

RESUMEN

Con la utilización de las técnicas modernas y su adecuación a cada caso particular, hemos mejorado nuestros resultados en el tratamiento de las Hendiduras del labio y/o paladar.

Actualmente obtenemos 98% de resultados satisfactorios contra la cifra anterior de 73,42% en Queiloplastias.

De igual forma en Cirugía del paladar los resultados han mejorado de un 60% al porcentaje actual de 80,3%.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ORTIZ, M. y Cols. Delayed Treatment of Patients with Cleft Lip-and Palate Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. 8: 109, 1974.
- 2 BRICEÑO IRAGORRY h., L.: Cirugía del labio y paladar hendido. Tesis. U.C.V. 1972.