

## *Tratamiento quirúrgico del labio leporino bilateral: Presentación de una técnica*

### *Informe preliminar*

Por los Dres.:

ALBERTO VERDEJA IBÁÑEZ(\*) Y GUILLERMO HERNÁNDEZ AMADOR(\*\*)

En agosto de 1964 publicamos un trabajo sobre labio leporino bilateral<sup>1</sup> en la REVISTA CUBANA DE PEDIATRÍA, y en aquella oportunidad decidimos dejar el tema del bilateral, por considerar que éste debía ser objeto de una publicación especial. Hoy traemos ante ustedes nuestra técnica, resultado de nuestro estudio y nuestra experiencia, en el tratamiento quirúrgico de esta malformación congénita.

Dos detalles principales le dan, al labio leporino bilateral, un carácter especial: la falta de desarrollo de la columela y la protrusión exagerada del hueso intermaxilar que se observa en algunos casos.

#### SUBDESARROLLO DE LA COLUMELA

La columela está prácticamente ausente en esta entidad y esto ha motivado que los distintos autores hayan tratado de resolver el problema, pero con enfoques diferentes: unos edifican el labio con los procesos laterales exclusivamen-

te, usando el prolabium para construir la columela (Ferris Smith); otros utilizan el prolabium parcialmente para construir con él la porción superior del tercio medio labial, completando la altura mediante colgajos de los procesos laterales, que colocan bajo éste (Koenig, Rose, Thompson, Maas, Denis Bröwne, Barrett Brown y otros); un tercer grupo aprovecha toda la dimensión vertical del prolabium en la confección del tercio medio labial, dejando la construcción de la columela para un segundo tiempo quirúrgico (Vaughan,<sup>2</sup> Cronin<sup>1</sup> y otros.) Nosotros somos partidarios de esta última tendencia por considerar más razonable utilizar los núcleos de tejidos presentes, para confeccionar con ellos las estructuras a las que estaban destinados embriológicamente y porque la urgencia de rehabilitación labial es marcadamente mayor que la de la columela desde los puntos de vista estético, funcional y de desarrollo ulterior.

Los fundamentos de la técnica de Cronin (Fig. 1), muy bien analizados en su publicación,<sup>1</sup> nos llevaron a adoptar este procedimiento aplicándolo a nuestros primeros casos, con resultados satisfactorios. Más adelante elaboramos nuestra propia técnica, con los mismos fun-

(\*) Cirujano Máxilofacial asociado al Servicio de Cirugía del Hospital Infantil "William Soler", Altahabana, Habana, Cuba.

(\*\*) Cirujano Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Infantil "William Soler", Altahabana, Habana, Cuba.

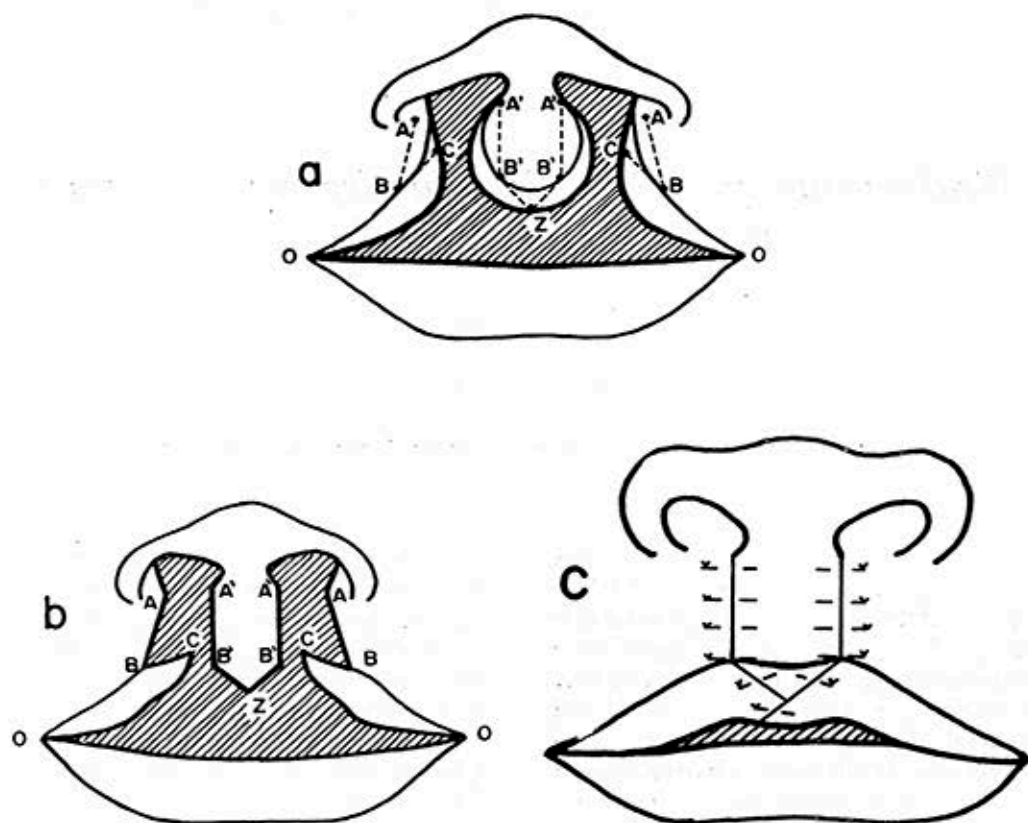


Fig. 1. Método de Cronin.

damentos básicos de la de Cronin, pero con modificaciones encaminadas a mejorar aun más los resultados.

#### TÉCNICA DE QUEILOPLASTIA

##### Detalles del diseño: Fig. 2.

Los puntos A, B y C serán situados en la línea media del prolabium y corresponden respectivamente: al centro de la base de la columela, a la línea mucocutánea y al punto de unión de la mucosa hiperparaqueratinizada con la mucosa húmeda.

**Punto 1.** Debe situarse de manera que quede lo más inferior pero al mismo

tiempo externo posible en la línea mucocutánea del labio. El punto 1' es simétrico del anterior y se plotea llevando la distancia B-1 a partir de B en sentido contrario.

**NOTA:** Vamos a describir en lo sucesivo la obtención de los números del lado izquierdo de la figura solamente ya que los del lado derecho son los simétricos correspondientes, que se deben ir ploteando simultáneamente.

**Punto 2.** A partir de 1 se traza una línea a  $45^\circ$  con respecto a 1-1' y establecemos el punto 2 de manera que la distancia 2-2' sea igual a 1-2 y a 1'-2'.

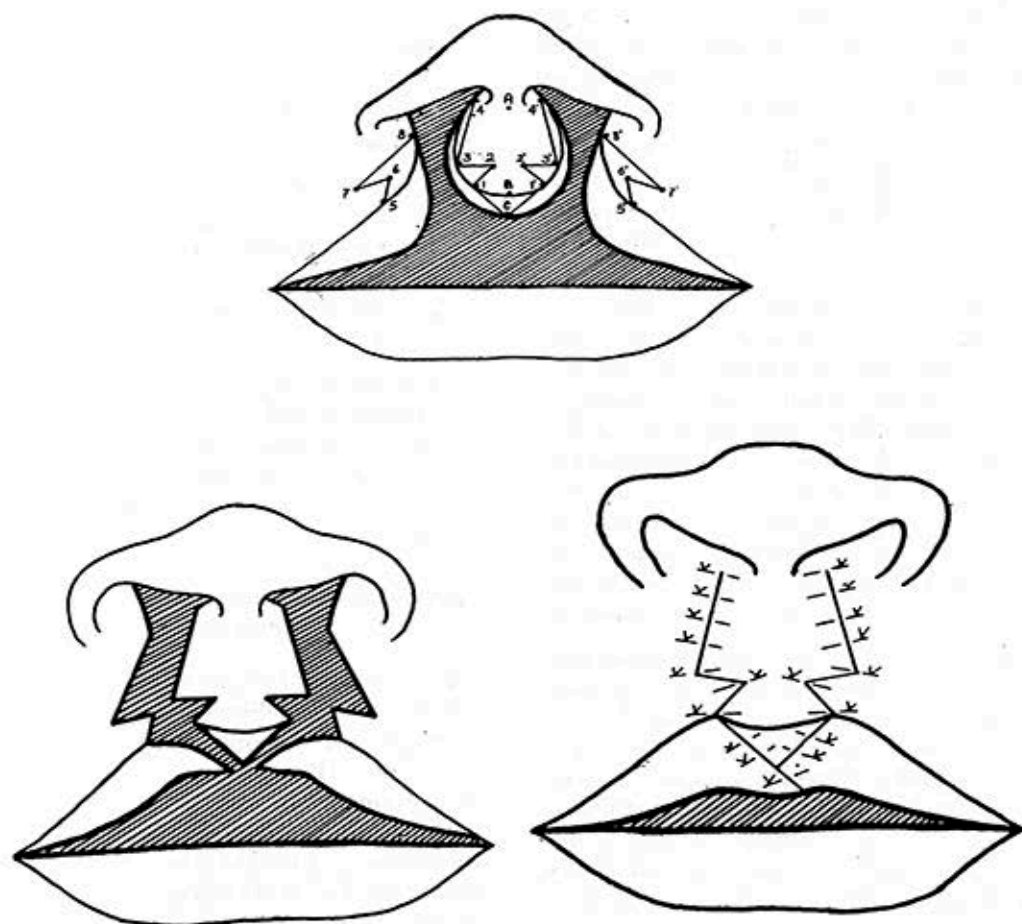


Fig. 2. Método del autor.

*Punto 3.* A partir del punto 2, y en sentido externo, trazamos una paralela a 1-1'. El punto 3 quedará determinado por la intercepción de esta línea con la línea mucocutánea.

*Punto 4.* Está situado donde se inserta la pared lateral de la columela en el prolabium.

*Punto 5.* A partir de la comisura labial, a lo largo de la línea mucocutánea,

llevamos dos veces la distancia 1-1' y determinamos el punto 5.<sup>(\*)</sup>

*Punto 6.* A partir de 5 trazamos una línea a 45° con la línea mucocutánea y sobre ella llevamos la distancia 1-2 obteniendo de este modo el punto 6.

(\*) De la observación de los labios normales, hemos llegado a establecer el siguiente principio: La distancia de cada comisura al pico labial correspondiente, debe ser el doble de la distancia entre ambos labiales.

**Punto 7.** A partir de 6, y en sentido externo, trazamos una línea a  $60^\circ$  con respecto a 5-6 y sobre ella llevamos la distancia 2-3 obteniendo el punto 7.

**Punto 8.** A partir de 7 llevamos la distancia 3-4 en dirección a la fisura labial, y donde esta distancia nos intercepte la línea mucocutánea situamos el punto 8.

Unimos los puntos 1, 2, 3 y 4, así como los puntos 5, 6, 7 y 8 obteniendo líneas quebradas que se relacionarán correctamente ya que sus lados correspondientes son iguales. Nótese que el ángulo 2 del triángulo 1-2-3 es de  $45^\circ$  y sin embargo el ángulo 6 del triángulo 5-6-7 es de  $60^\circ$ . Como el triángulo 5-6-7 va a entrar en el espacio triangular 1-2-3, aumentará necesariamente este espacio, con lo que ganamos alguna altura en el prolabium.

Hacemos los cortes por las líneas trazadas como se aprecia en el segundo esquema de la Fig. 2, dejando lo más largo posible los colgajos de bermellón en los lados externos, ya que estos se van a cruzar bajo el punto C para proporcionar la prominencia adecuada del tubérculo labial, como se ve en el dibujo que representa el labio suturado.

#### *Ventajas que señalamos:*

1. Aprovechamos más ampliamente, también la dimensión transversal del prolabium.
2. Las principales fibras del músculo orbicular de los labios, que anormalmente se dirigen hacia arriba en los procesos labiales laterales, quedan incluidas dentro de los triángulos allí obtenidos siendo insertadas en el prolabium con una dirección horizontal que es la adecuada para establecer la fisiología normal del labio.
3. Como el diseño se elabora a partir de la línea media en el prolabium,

y a partir de las comisuras en las partes laterales, se puede obtener buena simetría aunque las deformidades de ambos lados sean desiguales.

4. Como el diseño de la línea del lado externo se elabora de abajo a arriba, las variaciones de exceso de altura del labio externo, con respecto al prolabium, son asimiladas por el suelo nasal.
5. Por medio de modificaciones de la amplitud de los triángulos resecaados en la porción media, tenemos la oportunidad de aumentar la dimensión vertical del prolabium en caso necesario.

#### PROMINENCIA EXAGERADA DEL HUESO INTERMAXILAR.

Esta deformidad que se observa en algunos casos de labio leporino bilateral, ha sido y sigue siendo el problema más serio que se le presenta al cirujano que se propone realizar la queiloplastia. La amputación del hueso intermaxilar solucionaba el problema inmediato, pero este procedimiento fue rápidamente descartado por sus nefastas consecuencias ulteriores. La reducción directa de la deformidad ósea, mediante la sección del vómer, pareció ser la solución, y así vemos que a partir de Bardeleben (1868), autores como Ritchie, Reich, Barret Brown, Mc Dowell, Byars, Huffman Lierle, Oldfiel, Denis Browne, Veau Vaughan, Cronin y muchos otros, practican distintas variedades de osteotomía vomeriana. Sin embargo el formidable trabajo de Veau, en la revisión de 208 casos de labio leporino doble tratados por varios métodos, llevó a este autor a abandonar el procedimiento de sección ósea, ya que fue alarmante el número de deformidades tardías observadas en los pacientes en quienes se actuó qui-

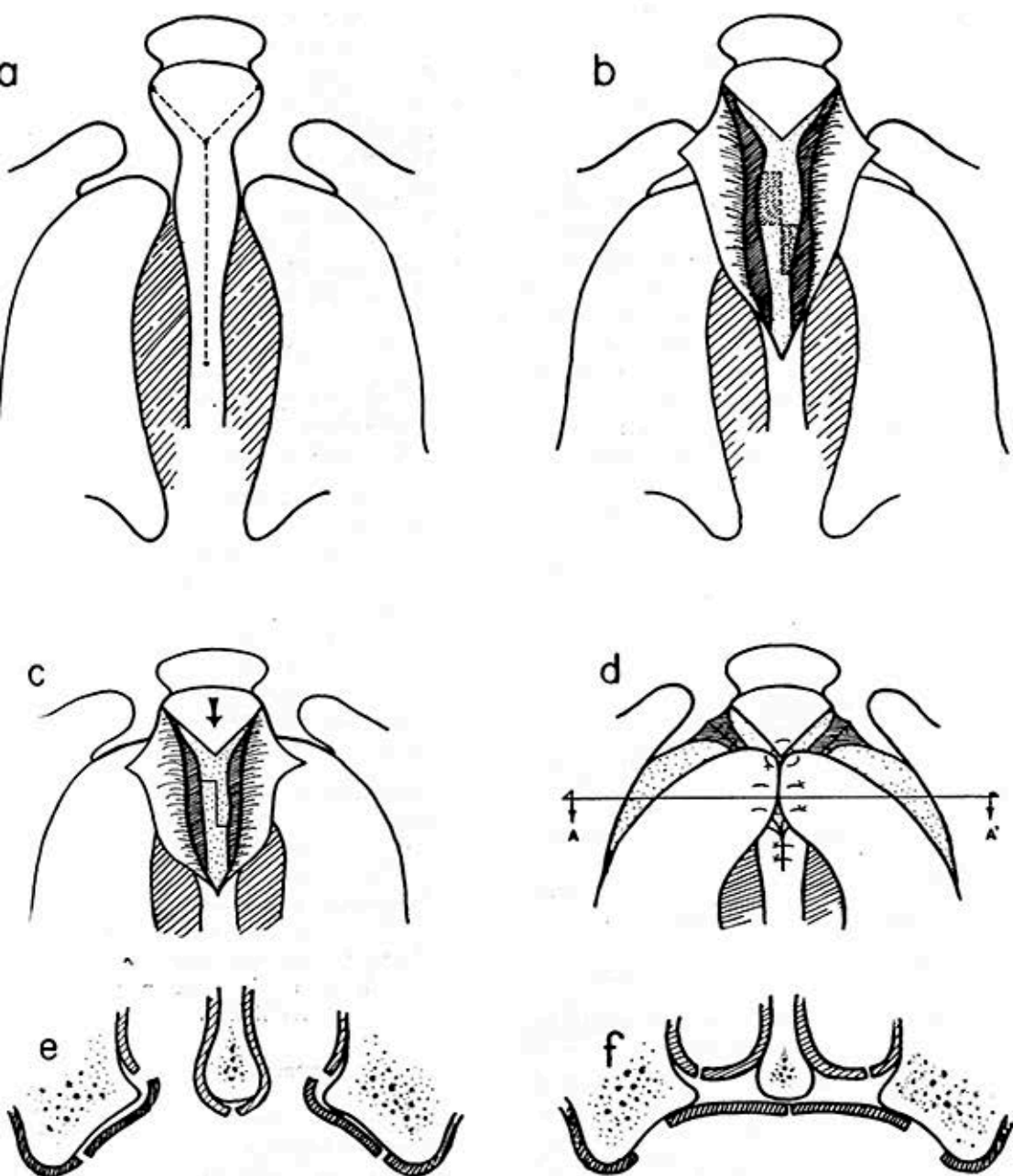


Fig. 3. Método del autor para la osteoplastia del vómer.

rúrgicamente sobre el vómer o el hueso intermaxilar; destaca este autor que lo más terrible de esta cirugía es que los efectos nocivos de la misma no se observan hasta varios años después. Es a partir de esta experiencia que toma auge la proposición de Veau de resolver estos casos mediante queiloplastias en dos tiempos o sea: cerrar primero una hendidura labial, y en una segunda operación la otra. No podemos decir que esta sea la solución ideal, pues si bien evita el lesionar los núcleos de crecimiento —lo que se traduciría en deformidades tardías— crea a su vez problemas tales como los siguientes: dificultad para realizar el segundo tiempo quirúrgico, por el natural incremento del espacio fisural del segundo lado, producido por el cierre del primero; dificultad para obtener simetría bilateral; cicatrices hipertróficas como consecuencia de la tensión a que queda sometida la reparación; debido a la tracción que el labio suturado ejerce sobre ellos, a veces los maxilares se aproximan de tal manera que impiden al intermaxilar ocupar su lugar en la arcada pues estos se cierran tras él.<sup>3</sup>

Nosotros estamos de acuerdo con Cronin cuando dice: "Si las desventajas de la osteotomía pueden ser evitadas, este es el procedimiento más lógico".<sup>1</sup>

#### TÉCNICA DE OSTEOPLASTIA VOMERIANA

Incindimos la mucosa del borde inferior del vómer como se señala en la figura 3-a. Exponemos el hueso resecaando dos segmentos cuadriláteros a ambos lados de la línea media que son los que aparecen sombreados en la Fig. 3b. De este modo obtenemos dos segmentos en ensamble, que se van a relacionar correctamente una vez llevado hacia atrás el segmento anterior (Fig. 3c.) Realizamos una osteosíntesis por ligadura alám-

brica transósea a través de transfixión practicada a nivel del ensamble. Suturamos la mucosa del tabique a la mucosa nasal a cada lado y desplazamos dos colgajos pediculados de fibromucosa palatina hasta suturarlos en la línea media bajo el hueso (Fig. 3d.) Las figuras 3e y 3f representan un corte por el plano vertical que pasa por la línea A-A' de la figura 3d, donde se ilustra como se relacionan las mucosas a este nivel.

#### Ventajas que señalamos:

1. El segmento anterior es desplazado hacia atrás, en el mismo plano sagital en que se encuentra.
2. Los segmentos quedan relacionados firmemente y las superficies en contacto son superficies cruentas óseas, lo cual nos va a garantizar más la soldadura a que aspiramos, evitando las pseudoartrosis y los callos exuberantes, secuelas que se observan a veces al relacionar dos superficies corticales —Osteotomía de Vaughan<sup>2</sup>—.
3. La ligadura alámbrica para la fijación interfragmentaria es considerada por nosotros más inocua que el enclavijamiento con alambre de Kirschner de algunos autores —Cronin<sup>1</sup>— ya que éste tiene que ser pasado por la base del intermaxilar pudiendo interferir este importante núcleo de crecimiento.

#### MATERIAL Y METODO

16 casos de labio leporino bilateral han sido tratados por nosotros en cuatro años, 7 de los cuales presentaban hueso intermaxilar extremadamente prominente. La edad de estos casos en el momento del tratamiento fluctuaba entre los 7m. y los 11 años, siendo la mayoría mayores de 2 años. Aunque la ma-



Fig. 4-A



Fig. 4-B



Fig. 4-C

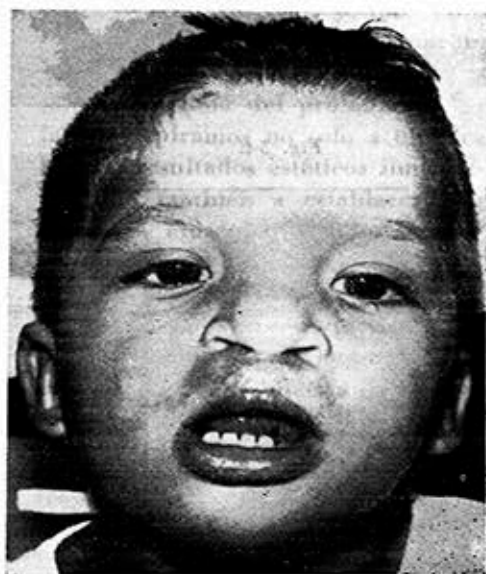
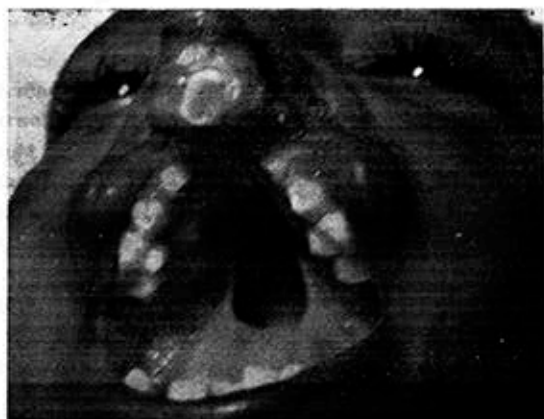


Fig. 4-D

*Fig. 4. Ejemplo de los resultados obtenidos por el método de queiloplastia presentado. Las fotos de los postoperatorios de ambos casos fueron tomadas a los 10 días de la operación. En los dos casos se practicó osteoplastia vomeriana previa. La primera foto del segundo caso muestra el postoperatorio de la osteoplastia.*



*Fig. 5-A*



*Fig. 5-B*



*Fig. 5-C*



*Fig. 5-D*



*Fig. 5-E*

*Fig. 5-E* Paciente tratado mediante osteoplastia por nuestro método y queiloplastia por el procedimiento de Cronin. Las fotos del postoperatorio fueron tomadas 2 años después de la reparación.



por parte eran simétricos y de fisura labial completa, tuvimos la oportunidad de tratar algunos asimétricos y con fisuras labiales parciales.

La conducta quirúrgica que se siguió fue la siguiente:

#### *Queiloplastias*

Técnica de Cronin .....	5 casos
Cierre en 2 tiempos (Veau) ..	2 casos
Técnica del autor .....	9 casos

#### *Osteoplastias Vomerianas*

Técnica de Vaughan .....	2 casos
Técnica del autor .....	5 casos

Dos de los casos que fueron tratados por osteoplastias vomerianas no tenían fisura palatina haciendo prominencia el vómer con el intermaxilar por una fosa nasal común. En estos casos realizamos el abordaje transmaxilar abatiendo hacia atrás un colgajo de fibromucosa palatina y realizando la osteotomía del rafe palatino medio.

En el primero de los casos en que realizamos la técnica de queiloplastia en dos tiempos, el segundo lado quedó a gran tensión y a consecuencia de un golpe, cuatro días después de suturado se produjo la dehiscencia total de la herida; decidimos entonces realizar la osteotomía antes de intentar de nuevo el cierre. En el segundo caso, al que ya le habíamos operado el primer lado, basados en la experiencia anterior, no intentamos cerrar el segundo lado sino que practicamos también la reducción quirúrgica de la deformidad ósea.

Los casos tratados por osteoplastia vomeriana se les practicó la queiloplastia después de transcurridos dos meses de la operación ósea y siempre que se hubiera comprobado una buena consolidación de los fragmentos.

## RESULTADOS

Se obtuvo consolidación interfragmentaria en todos los casos de osteoplastia vomeriana. En uno en que se practicó la técnica de Vaughan, se produjo una infección que impidió la consolidación ósea; este caso fue intervenido 5 meses después por la misma técnica lográndose esta vez la unión de los fragmentos.

En ninguno de los casos en que se operó el vómer hemos observado hasta el momento tendencia a la atrofia del hueso intermaxilar ni detención en la erupción dentaria en esta zona.

En las fotos de tres de nuestros casos, que aparecen en las págs. 273 y 274, se puede apreciar el resultado de la operación de labio.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Hemos presentado una técnica para la queiloplastia del labio leporino bilateral basada en el aprovechamiento máximo del prolabium, con la que aspiramos no solo a obtener buenos resultados estéticos inmediatos sino también a establecer una fisiología muscular lo más correcta posible, así como a evitar las deformidades cicatriciales postoperatorias, al instalar una línea quebrada de sutura. Previamente hemos hecho una clasificación sintética de las técnicas usadas para esta operación.
2. Hemos presentado una técnica de osteoplastia vomeriana para reducir la prominencia exagerada del hueso intermaxilar, señalando sus ventajas frente a otros procedimientos de este tipo y estando sus innovaciones encaminadas a evitar las pseudoartrosis, los callos exuberantes, las desviaciones del segmento anterior y la

interferencia con los núcleos de crecimiento, complicaciones estas responsables de la mayoría de las deformidades observadas en el postoperatorio tardío de las osteotomías vomerianas.

3. Al utilizar el prolabium en toda su extensión vertical se obtiene un equilibrio armónico entre el largo y el ancho de labio superior.
4. Un arco de cupido destacado e invariable es el resultado del aprovechamiento de la línea mucocutánea y

el segmento de bermellón presentes en el prolabium.

5. La osteoplastia vomeriana debe realizarse solamente en casos de extrema prominencia del hueso intermaxilar.
6. Debe ser tomado especial cuidado en no traumatizar los núcleos de crecimiento al realizar la operación ósea.
7. Cuando ha sido necesario realizar la osteoplastia, hasta que esté comprobada la consolidación ósea no debe intentarse la reparación labial.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Cronin, Thomas D.*: Surgery of the Double Cleft Lip and Protruding Premaxilla. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 19: 389, 1957.
- 2.—*Vaughan, H.*: Congenital Cleft Lip Cleft Palate and Associated Nasal Deformities. Lea & Febiger, Filadelfia, 1940.
- 3.—*Holdsworth, W. G.*: Cleft Lip and Palate. Grune & Stratton, New York, 1957.
- 4.—*Hernández Amador, G. y Verdeja Ibáñez, A.*: Labio Leporino Unilateral. *Revista Cubana de Pediatría*, 36: 460, 1964.