

## **Tratamiento quirúrgico del labio leporino y del paladar hendido**

Nuestra experiencia

Dr. Sergio Guevara\*

Dr. Julio E. Jurado\*\*

El labio leporino y el paladar hendido son malformaciones que se presentan con muchísima frecuencia (1) y cuya historia está llena de una serie continua de improvisaciones terapéuticas, buscando al principio una obliteración grosera de los defectos, lo cual ha ido mejorando hasta llegar a los resultados bastante aceptables de hoy.

Al principio cada individuo trabajaba aisladamente tratando de dar una solución al problema, olvidando a veces factores que podían influir sobre estas malformaciones. También se olvidaba que el problema estético no es el único que debe preocupar, sino también las consecuencias indirectas, tales como dificultades en la alimentación, infecciones oto-nasales repetidas y más adelante, dificultades en la elocución.

Poco a poco se fue aceptando y realizando la idea de que sea un mismo grupo el que se dedique al manejo exclusivo de estos niños, pues el acto quirúrgico no es más que un pequeño eslabón de la gran cadena de intervenciones que se van a necesitar. Es necesaria una verdadera coordinación de todos aquellos individuos que deberán intervenir: cirujano, pediatra, odontólogo, ortodoncista, foniatra, etc.

En el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital San Juan de Dios se operaron del año 1954 a 1963, 364 niños con labio leporino y 386 con paladar hendido y de 1964 a la fecha, ya en el Hospital Nacional de Niños, esta cifra se ha enriquecido con 175 y 173 casos respectivamente.

Mientras se estuvo operando aisladamente y cada cirujano usaba las técnicas que mejor le parecían o que se estuviesen utilizando en ese momento, realizándolas tal vez con mucha habilidad pero sin una valoración de grupo, los resultados fueron mediocres, con la consecuencia de numerosas fístulas en el paladar, cicatrices defectuosas en el labio y sobre todo, pésimos resultados en la función del lenguaje.

En una revisión de estos casos hecha hasta el año 1963 inclusive, se en-

\* Asistente, Departamento de Cirugía - Hospital Nacional de Niños, San José Costa Rica.

\*\* Asistente de Odontología, Hospital Nacional de Niños.

contró solamente un 33% de resultados satisfactorios en los labios leporinos y la incidencia de fístulas post-operatorias en el paladar, era del 50% de los casos operados (2).

Cuando el Hospital Nacional de Niños inició sus labores en el año 1964, avanzamos mucho al lograr la integración del grupo cirujano-pediatra que con un mismo criterio se abocaba a la resolución de esta malformación. Poco después se introdujo a ese grupo el odontólogo y éste fue quizás uno de los mayores progresos, pues al abordar estos niños con su dentición en buen estado y ayudar a conservar las piezas dentales más adelante, mejoraron sensiblemente los resultados operatorios. Ya en ese momento se comenzó a formar el grupo que tendría la exclusividad del manejo de estos niños, pero no fue sino hasta en 1966 que se logró hacer una verdadera Clínica de Labio Leporino y Paladar Hendido. Finalmente en este año de 1967, hemos tenido la participación de una foniatra en nuestro grupo.

Actualmente en nuestro Departamento se operan los labios leporinos de preferencia a los dos y medio o tres meses de edad y en dos tiempos cuando son bilaterales, con un lapso de tiempo de dos meses entre las dos operaciones. Usamos la técnica de Tennison modificada por Borde (1) y además un pequeño artificio para obtener el enrollamiento del ala de la nariz. Hemos operado según esta técnica, 175 labios, desde 1964, y después de revisar los resultados operatorios de éstos, podemos decir con orgullo que el labio leporino ya no representa gran problema en nuestro Departamento, ya que los resultados obtenidos por nosotros no sólo son buenos, sino también constantes como se ilustra con 3 casos en las Figuras 1 a 9.



FIGURA 1 CASO N° 1 PRE-OPERATORIO



FIGURA 2 CASO N° 1 POS-OPERATORIO



FIGURA 3 CASO N° 2 PRE-OPERATORIO



FIGURA 4 CASO N° 2 POS-OPERATORIO



FIGURA 5 CASO N° 3 POS-OPERATORIO

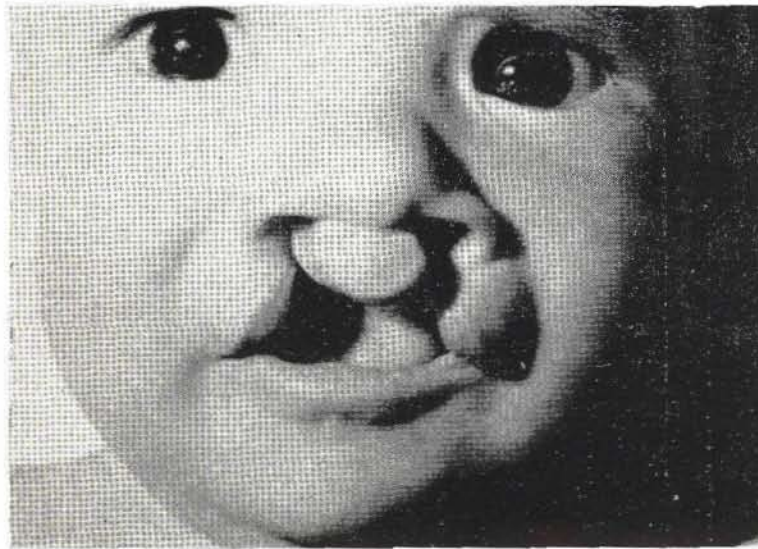


FIGURA 6 CASO N° 4 PRE-OPERATORIO



FIGURA 7 CASO N° 4 POS-OPERATORIO



FIGURA 8 CASO N° 5 PRE-OPERATORIO

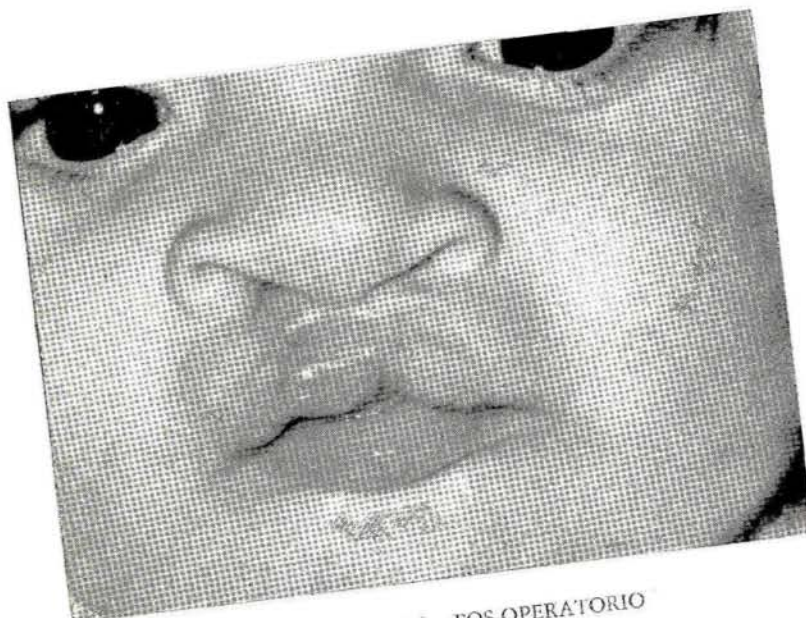


FIGURA 9 CASO N° 5 POST-OPERATORIO

En lo que se refiere a paladar hendido, los resultados hasta la formación de nuestro grupo, frecuentemente fueron malos, no sólo anatómicamente hablando, sino también desde el punto de vista funcional. Existían alrededor de 35% con fístulas residuales post-operatorias en la parte anterior del paladar y 18% en su parte media que es el punto de más tracción. Además todos estos paladares operados en un solo tiempo, casi siempre resultaban cortos; eso unido a la falta de reeducación foniatría, nos daba pésimos resultados funcionales, que sólo se podían catalogar de aceptables, en un 40% de los casos operados.

La foniatra de nuestro actual grupo nos hizo ver la importancia de obtener un cierre perfecto del paladar y evitar todos los escapes. Nuestras técnicas quirúrgicas se fueron modificando con las recomendaciones de los diferentes especialistas del grupo, basados no sólo en nuestra propia experiencia, sino en la de otros grupos.

Desde hace dos años operamos los paladares completos en dos tiempos, con el fin de alargar lo más que se pueda el paladar y evitar al máximo las fístulas, sobre todo anteriores. Hemos logrado reunir una serie de 75 casos operados de esta manera, con excelentes resultados anatómicos y funcionales.

En un primer tiempo, hacia los 18 meses de edad preferentemente, hacemos la parte anterior del paladar, en dos planos, uno profundo a expensas de la mucosa del vomer y de la mucosa palatina posterior, que constituye el piso nasal (Figuras 10 y 11) y otro más superficial, por encima de éste, uniendo en la parte media, hasta donde empieza lo que se llama el paladar blando, los dos colgajos palatinos obtenidos una vez hechas las incisiones del reborde gingival y liberados éstos del piso óseo (Figura 12). Uno de los dos colgajos por lo menos, se libera totalmente en su parte proximal con el fin de lograr su movilización y cerrar el eventual agujero anterior. Esto nos permite un buen cierre de toda la parte anterior del paladar y logramos transformar los paladares completos en formas incompletas (Figura 13). El segundo tiempo se hace dos o tres meses más tarde, cerrando el paladar blando de la manera habitual, previa colocación de un colgajo faríngeo a pedículo superior, que alarga sensiblemente el paladar, disminuye el espacio naso-faríngeo y aproxima el velo a la pared posterior de la faringe (Figuras 14 a 17). Gracias a esta técnica no volvimos a tener fístulas post-operatorias y hemos simplificado al máximo el acto operatorio. Preferimos hacer un colgajo faríngeo sistemáticamente, pues esa intervención con la práctica la hemos simplificado al máximo y los beneficios obtenidos son evidentes. No hemos vuelto a usar ningún otro tipo de intervención (island-flap, etc.), reservándolos para casos excepcionales. En ninguna de ellas usamos sangre ya que las pérdidas son mínimas.

FIGURA 10



FIGURA 11

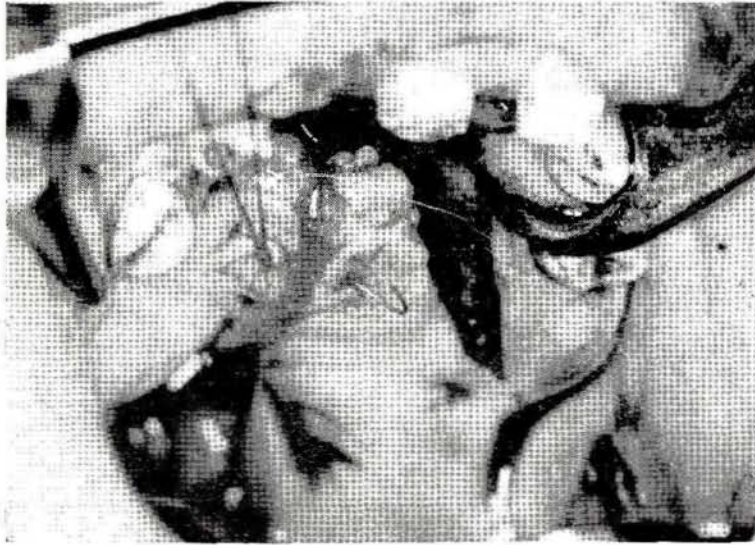


FIGURA 12



FIGURA 13

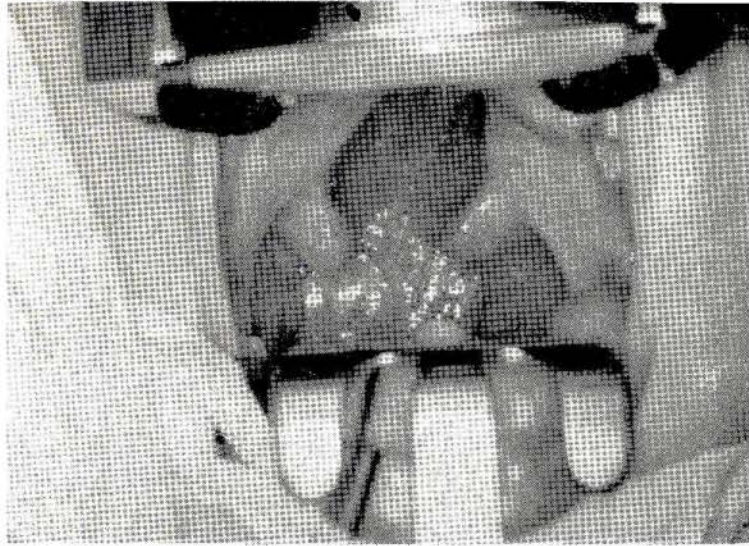


FIGURA 14

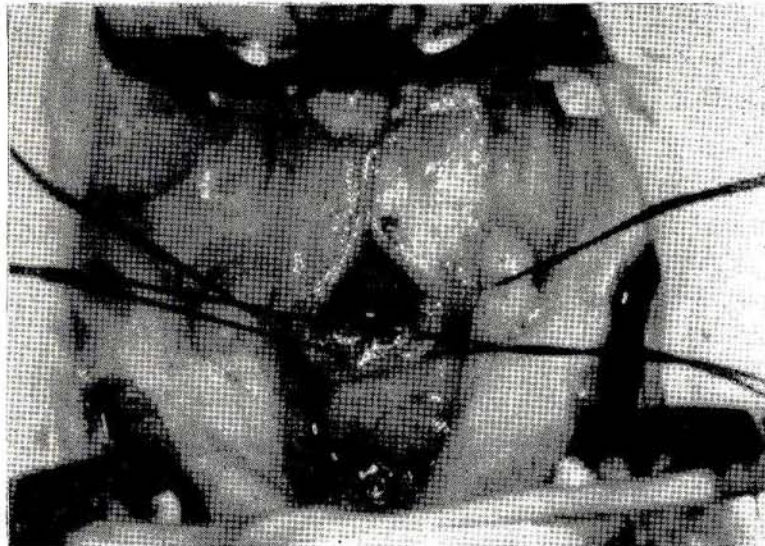


FIGURA 15

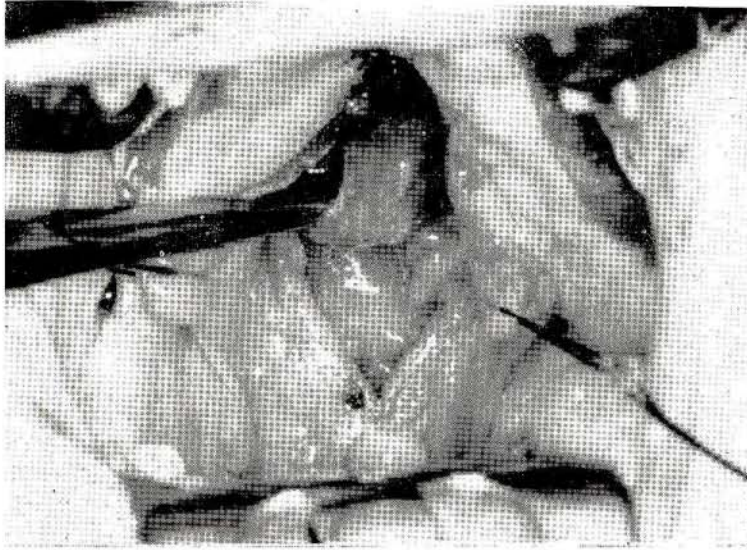


FIGURA 16

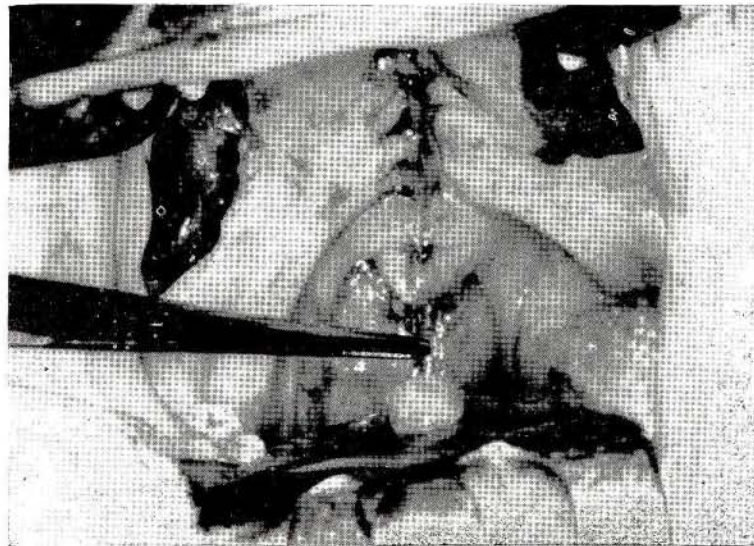


FIGURA 17

Nuestro grupo actualmente es el encargado de dirigir las rutinas de las operaciones y escoger las mejores técnicas y procedimientos para cada caso. No se opera ningún niño que no haya sido discutido en el seno del grupo y que no lleve un plan quirúrgico, odontológico y de reeducación pre-establecido.

La foniatra comienza la reeducación del lenguaje tan pronto se ha cerrado el defecto del paladar y lo remite de nuevo a cirugía. Si nota algún escape o defecto, es referido de nuevo para valorar una eventual re-intervención. Es así como hemos descubierto que los pequeños agujeros a los que antes no les dábamos importancia, sí la tienen y mucha. Incluso los niños que se operan tardíamente, mejoran sensiblemente con la reeducación foniatría.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1.—Consideramos que el tratamiento quirúrgico actual del labio leporino se ha perfeccionado gracias a la formación de grupos de individuos que se dedican a ese problema a fondo, escogiendo el momento más adecuado para intervenir y las técnicas quirúrgicas que mejor se adaptan a cada caso.

2.—Al paladar hendido, por ser menos visible, se le había dado menos importancia, lo que llevaba a resultados anatómicos y funcionales a menudo catastróficos. Gracias a la formación de "Clínicas" de labio leporino y paladar hendido hemos logrado vencer esas dificultades, simplificar las técnicas quirúrgicas y obtener resultados óptimos.

3.—El tratamiento quirúrgico del paladar hendido en dos tiempos, tal y como lo describimos, nos parece la manera más sencilla y eficaz de abordar ese problema porque reduce a cero la incidencia de fístulas post-operatorias y nos da un alargamiento del paladar muy satisfactorio, que facilita más tarde la elocución.

4.—Aun cuando las técnicas quirúrgicas se hayan perfeccionado y los resultados anatómicos sean buenos, es imprescindible la reeducación del lenguaje de estos niños, con la ayuda de un foniatra.

5.—La discusión pre-operatoria de todos los casos y la reevaluación cuando se presenta algún problema, nos parece de primordial importancia para el buen manejo de estos niños y para que los resultados sean óptimos.

### SUMMARY

1.—We believe that currently surgical treatment of harelip has been improved thanks to the establishment of work teams who study these cases thoroughly in order to choose the best moment for surgery and the best surgical techniques adapted to each case.

2.—Since the cleft palate is less visible, it has been given less importance and often resulted in anatomical and functional catastrophes. Thanks to the

establishing of the harelip and cleft palate "Clinics", we have been able to overcome these difficulties and provide more simple surgical techniques and optimum results.

3.—The surgical treatment of cleft palate in two sessions, as described, seems the easiest and most efficient approach to the problem and reduces to a minimum post-operative fistulas, giving us also a very satisfactory lengthening of the palate thus facilitating phonation.

4.—Even when surgical techniques have been perfected and good anatomical results obtained, it seems to us of prime importance to re-educate these children in speech with the help of a phonetician.

5.—The pre-operative discussion of all cases and re-evaluation whenever a problem arises is of utmost importance in order to obtain the best results in the management of these children.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BORDE, J., J. BEDOVELLE, R. MALEK.  
1961. Traitement du Bec de Lievre par un procédé plastique utilisant un lambeau triangulaire équilatéral. *Annales de Chirurgie Infantile* 2(2): 111.
2. GUEVARA, S.  
1966. Tratamiento quirúrgico del labio leporino según la técnica de Tennisson modificada por Borde. *Rev. Méd. de Costa Rica*, 390:269-276.