

Combinación de la técnica de Reichert-Millard en el tratamiento de la fisura labial unilateral

Combining Reichert's and Millard's approaches in the management of unilateral labial fissure

Percy Rossell-Perry¹

RESUMEN

Introducción: la anatomía de la fisura labial es diferente para cada paciente y varios autores han descrito modificaciones de técnicas tradicionales en la búsqueda de obtener un diseño más individual con menor número de incisiones y mejores resultados. La técnica de Reichert-Millard es probablemente la técnica quirúrgica más usada por los cirujanos alrededor del mundo en el manejo de la fisura labial, sin embargo existen algunas limitaciones en esta técnica para obtener un diseño individual de la fisura a reparar. En ese sentido, se considero algunas modificaciones de la técnica de Millard basada en la clasificación de severidad del Lima Outreach Center y la forma del filtro nasal.

Objetivo: proponer una combinación de la técnica de Millard y la técnica de Reichert basada en las líneas naturales del labio y la severidad de la fisura labial buscando obtener un diseño más individual.

Material y método: estudio retrospectivo descriptivo en 112 pacientes. La técnica se basó en tres conceptos: forma, severidad y líneas naturales del labio. Las incisiones fueron ubicadas sobre las líneas naturales del labio, entre las subunidades estéticas del labio superior. La incisión de rotación del filtro nasal fue diseñada imitando la columna del filtro del lado normal con buen resultado estético. La modificación del colgajo de avance se hizo evitando la incisión subnasal. Se evaluaron los resultados obtenidos con esta técnica considerando el número de malos resultados observados a través del seguimiento de los pacientes en un plazo mayor a un año a través del examen físico directo y el análisis de las fotos postoperatorias frontal y en vista de gusano.

Resultados: desde 2004 al 2007 esta técnica ha sido usada en 112 fisuras labiales unilaterales. Se obtuvo un buen resultado estético y funcional del labio superior y la nariz con esta técnica con sólo un 14,28 % de malos y regulares resultados. Estas son cirugías que necesitaron revisión secundaria.

Conclusión: es una modificación de la técnica de Millard con buenos resultados estéticos (menor número de incisiones con un diseño más individual en comparación con las técnicas tradicionales) en la reconstrucción del labio superior y nariz de la fisura labial unilateral.

Palabras clave: fisura labial unilateral, técnica quirúrgica de Reichert, técnica quirúrgica de Millard.

ABSTRACT:

Introduction: The anatomy of labial fissure is different for each patient, and many authors have described modifications of the traditional techniques aiming at obtaining individualized designs with less incisions and better results. Reichert-Millard's technique is perhaps the surgical approach most frequently used by surgeons all over the world for the management of labial fissures; however, there are some limitations when using this method when trying to obtain an individual design of the fissure to be repaired. Consequently, some modifications for Millard's approach on the basis of the Lima Outreach Center severity classification and the shape of the nasal filter were proposed.

Objective: To propose a combination of Millard's and Reichert's approaches based on the natural lines of the lips and the severity of the labial fissure, while trying to obtain a more individual design.

Material and Method: A retrospective and descriptive study was performed in 112 patients. The technique was based in three concepts: shape, severity, and the natural lines of the lips. Incisions were made upon the natural lines of the lips, between the aesthetic subunits of the upper lip. The incision for rotating the nasal filter was designed by imitating the column of the filter from the normal side with a good aesthetic result. The modification of the forward flap was performed avoiding a subnasal incision. The results obtained with this technique were assessed considering the number of poor results by following up patients for more than one year through direct physical examination and analyzing preoperative frontal and "worm's view" photographs.

Results: From 2004 to 2007 this technique has been used in 112 cases of unilateral labial fissure. Good aesthetic and functional results in the nose and upper lip areas were obtained using this technique, and only 14.2% of the outcomes corresponded to poor and fair results. The latter are surgical procedures that required secondary revision.

Conclusion: This is a modification of Millard's approach, with good aesthetic results (lower number of incisions and a more individual design compared to traditional techniques) for the reconstruction of the upper lip and the nose in cases of unilateral labial fissure.

Key words: Unilateral labial fissure, Reichert's surgical approach, Millard's surgical approach.

INTRODUCCIÓN

La fisura labio palatina es una patología frecuente en nuestro medio y requiere de un permanente mejoramiento del tratamiento de esta en las diversas áreas involucradas.

Las técnicas quirúrgicas usadas en el tratamiento de esta patología buscan conseguir un mejor resultado tanto en el aspecto estético como funcional del labio superior.

Una de las técnicas más usadas en el manejo de la fisura labial unilateral es la técnica de Millard o técnica de rotación y avance^{1, 2}.

Sin embargo esta presenta algunas limitaciones las cuales han motivado el desarrollo de varias modificaciones así como la técnica presentada en este artículo.

Otras modificaciones han sido publicadas en los últimos años^{3, 4, 5}.

¹ Cirujano Plástico. Fellow Cirugía Craneofacial UCLA USA
Director Médico: Programa Lima Outreach Surgical Center
Fundación Interplast USA

La mayoría de estas se basan en limitaciones de la técnica de Millard, como es la cicatriz evidente alrededor del piso del ala nasal principalmente.

La técnica de Reichert es una técnica no muy conocida que busca preservar la estética labial.^{6,7} Figura 1.



Figura 1. Descripción gráfica de la técnica de Reichert

Esta incluye el área del colgajo “c” de Millard en el reparo del filtro nasal.

Actualmente las técnicas tradicionales están sufriendo modificaciones en la búsqueda de obtener mejores resultados estéticos y funcionales del labio fisurado reparado.

Estas consideran limitar el número de incisiones cutáneas así como un adecuado manejo del músculo orbicular de los labios asegurando un buen resultado funcional.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente es un estudio retrospectivo descriptivo de un grupo de 112 pacientes operados con la técnica de Reichert-Millard en el Hospital Manuel Núñez Butron de Puno y la Clínica Santa María en Lima entre los años 2004 al 2007 por el autor.

Los resultados obtenidos con esta técnica han sido valorados a través del examen físico y la evaluación de fotografías posoperatorias basándonos en una escala diseñada en una muestra de 45 pacientes.

Se establecieron las diferencias entre la altura de la columna del filtro nasal del lado sano y el lado fisurado en el posoperatorio, en esta escala.

Las fotos se consideraron en dos tomas: frontal y en “vista de gusano”. De esta forma se clasificó a los resultados obtenidos como malo, regular, bueno y excelente. Tabla 1.

Tabla 1. Escala de valoración de resultados

Labio		
1	Malo	AFN menor al 25 % de altura del lado sano.
2	Regular	AFN entre 25 a 50 % de altura del lado sano.
3	Bueno	AFN entre 50 a 75 % de altura del lado sano.
4	Excelente	AFN entre 75 al 100 % de altura del lado sano.
Nariz		
1	Malo	ACN menor al 25 % de altura de lado sano.
2	Regular	ACN entre 25 a 50 % de altura de lado sano.
3	Bueno	ACN entre 50 a 75 % de altura de lado sano.
4	Excelente	ACN entre 75 a 100 % de altura de lado sano.

AFN: altura de filtro nasal, ACN: altura de columela nasal

Los casos de fisura labial unilateral fueron estimados inicialmente según la clasificación de severidad usada por el programa^{8,9}.

El seguimiento de los pacientes fue de al menos un año posoperatorio en todos los pacientes.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Pacientes de diferente sexo y edad no sindrómicos atendidos en la consulta de cirugía plástica de los centros mencionados con diagnóstico de fisura labiopalatina unilateral.

2. Pacientes con nivel de hemoglobina superior a los 10 gr %.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

a) Pacientes con proceso infeccioso agudo, por lo general respiratorio o digestivo.

b) Pacientes con anemia, nivel de hemoglobina debajo de los 10 gr %.

3. Pacientes sindrómicos con afección congénita de otros sistemas que requieran de su atención prioritaria, como cardiopatías, etc.

La técnica quirúrgica utilizada se describe a continuación.

El primer paso es determinar la configuración del filtro nasal el cual puede caer usualmente en dos tipos: triangular o rectangular con ligeras variantes tal como ha sido descrito por Mohler⁴.

Marcaje

Punto 1. Este es el extremo del arco de cupido en el lado sano.

Punto 2. Este es el punto medio del arco de cupido.

Punto 3. Este es el extremo del arco de cupido en el lado fisurado.

La distancia entre punto 1 y 2 así como 2 y 3 es la misma.

Punto 4. Esta en la base de la columella, puede ser en el punto medio o borde lateral según la forma del filtro nasal.

La incisión de rotación es diseñada entre los puntos 3 y 4. La longitud de esta incisión debería ser la misma que la distancia entre los puntos 1 y 4 del lado sano.

De no ser así una incisión de relajación o “back cut” es necesaria.

La forma de esta incisión depende de la forma de la columna del filtro en el lado sano sea rectangular o triangular y de la severidad de la fisura (rotación del arco de cupido).

En el caso de fisuras con gran rotación del arco de cupido (mayor deficiencia de tejidos) y filtro en el lado sano de forma triangular la incisión de rotación es una letra “J” invertida incluyendo el colgajo “c” de Millard como se aprecia en la Figura 2 aportando así mas tejidos para la reconstrucción del filtro nasal.

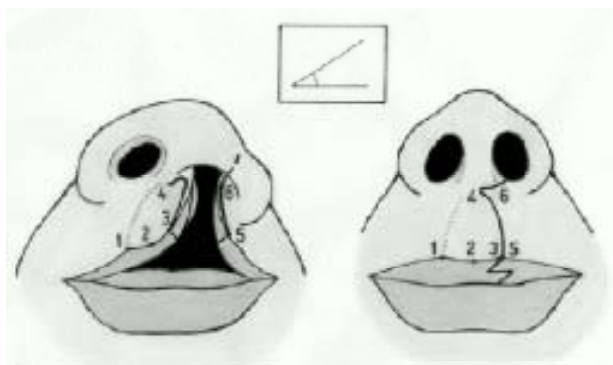


Figura 2. Diseño quirúrgico para fisura con arco de cupido con arco de rotación mayor (deficiencia mayor de tejidos) y filtro nasal de forma triangular.

Cuando la columna del filtro en el lado sano es de forma rectangular y la rotación del arco de cupido es menor, la incisión de rotación en estos casos tiene la forma de una “L” invertida (en espejo) o un línea curva simple en casos menores con forma de filtro triangular. Lo mismo con las otras variantes posibles de estos patrones.

Punto 5. Este se encuentra en el borde inferior del segmento lateral de la fisura, a nivel de la línea blanca del labio 1 mm antes de su terminación.

Punto 6. Este se encuentra en el borde superior del segmento lateral de la fisura. La distancia entre los puntos 5 y 6 es la misma distancia entre los puntos 3 y 4 mas el corte de relajación (*back cut*) si fuera necesario.

La incisión de avance tiene dos componentes: Primero la distancia entre los puntos 5 y 6 en sentido vertical y luego la incisión asciende hacia la fosa piriforme lateralmente.

La extensión de este segundo componente depende de la severidad de la fisura.

El marcaje de los colgajos mucosos medial y lateral es la misma que la técnica de Millard y tienen utilidad en los casos completos.

Segmento medial.

Se hace una incisión de espesor total entre los puntos 3 y 4 a nivel de la unión muco cutánea del margen medial de la fisura siguiendo el diseño individual hasta la base columelar. Figura 3.



Figura 3. Foto preoperatoria e incisión de rotación del segmento medial.

Luego de esto el segmento medial es rotado hacia abajo permitiendo que el arco de cupido se posicione horizontalmente como se observa en un labio normal.

Los puntos 1 y 3 deben estar al mismo nivel.

La rotación del segmento medial no es completa sin una buena reconstrucción del músculo orbicular de los labios¹⁰.

Se libera a través del uso de tijeras el músculo desde su inserción anómala en los segmentos medial y lateral y se rota hacia abajo.

Si no se obtiene una rotación completa del segmento medial luego de estas maniobras, se utiliza el corte denominado “back cut” de manera complementaria.

Esta es una corta incisión vertical (1 o 2 mm) la cual se inicia en el punto 4.

Luego de esta la rotación del segmento medial es completada.

Finalmente, se eleva el colgajo mucoso medial rotándolo hacia arriba si es necesario.

Segmento lateral.

Se hace una incisión de espesor total entre los puntos 5 y 6 a nivel de la unión mucocutánea del margen lateral de la fisura.

Luego de esto, la incisión se continúa hacia la fosa piriforme. Figura 4.

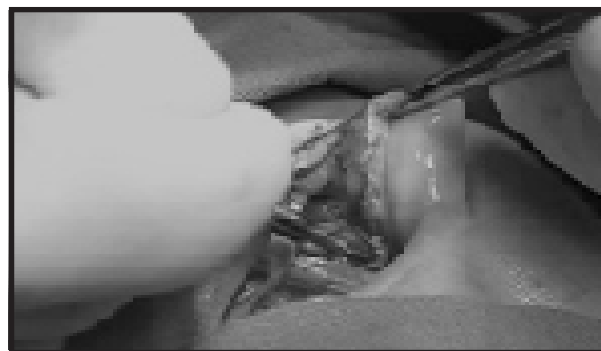


Figura 4. Incisión a nivel de la apertura piriforme en el segmento lateral.

La longitud de la incisión esta en relación con la severidad de la fisura, esta es la incisión de relajamiento del colgajo de avance.

Finalmente, a través de la incisión de relajamiento se libera el colgajo de avance con la punta del dedo índice haciendo una disección supraperiostica en el maxilar superior y liberando la unión de la base del ala nasal de la fosa piriforme. (Figura 5)

Luego se eleva el colgajo mucoso lateral el cual es usado para cubrir la superficie cruenta posterior del colgajo de avance. (Figura 6)

Esta cobertura mucosa previene la contractura cicatrizal del piso nasal.



Figura 5. Diseción supraperiostica con dedo índice del segmento lateral.

Una adecuada liberación de este colgajo de avance es necesaria para obtener un cierre final sin tensión. Esto es importante en fisuras maxilares anchas evitando la dehiscencia.

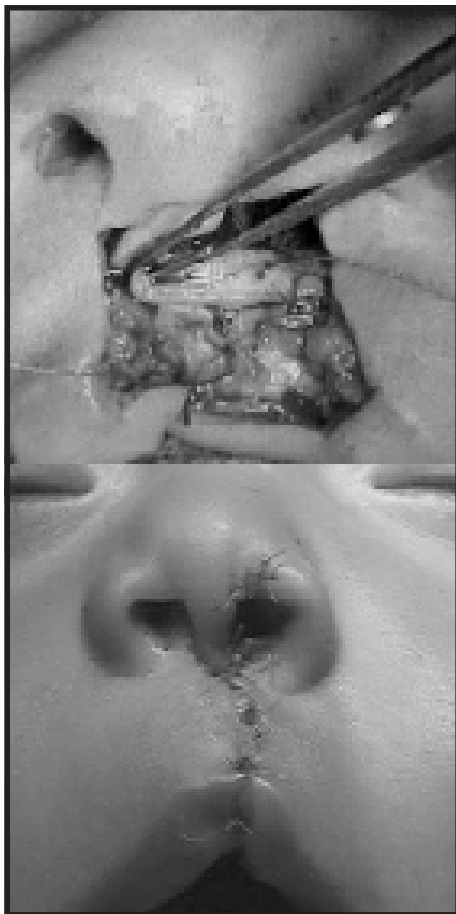


Figura 6. Reconstrucción del piso nasal con colgajo mucoso lateral y foto postoperatoria.

Reconstrucción muscular.

Luego de una completa liberación de su inserción anormal y desplazamiento hacia abajo en el segmento medial y lateral se procede a realizar la reconstrucción muscular.

Se realiza un cierre borde a borde con ligera eversión de estos en todos los reparos de la fisura labial con buenos resultados estéticos y funcionales.

Cierre.

El cierre de los tres planos constitutivos: mucosa, músculo y piel es realizado en el labio.

Con suturas reabsorbibles se realiza el cierre de los planos mencionados utilizando suturas reabsorbibles de absorción rápida para el cierre cutáneo.

Debe haber una exacta correspondencia entre los puntos 3 y 5 (a nivel de la línea blanca) y de los puntos 4 y 6 a nivel de la base columellar.

Como el vermellón es usualmente diferente en altura en los segmentos medial y lateral, una "Z" plastia asimétrica (mayor en el segmento lateral en comparación con el medial) es usualmente necesaria para el alargamiento del vermellón tal como ha sido descrito por Nordhoof⁵.

Reconstrucción nasal.

Se realiza una rinoplastia primaria para la deformidad nasal en la mayoría de casos clasificados como moderados y severos con buenos resultados. Ver Figuras 7, 8, 9, 10 y 11.

En los casos leves se obtienen buenos resultados en la nariz luego de la cirugía labial.

La técnica consiste en utilizar una incisión marginal en el lado afectado para abordar hacia la punta nasal separando los cartílagos de la punta nasal de la piel con tijeras.

Luego de esto se obtiene una exposición de los cartílagos lateral superior e inferior de la nariz.

Se atraviesa luego una sutura no absorbible (nylon 5/0) con una aguja recta a través del cartílago lateral inferior del lado afectado y luego a través del dorso cartilaginoso en un nivel superior al del cartílago lateral inferior haciendo una sobre corrección de la deformidad y previniendo algún grado de relapso.

Reparo de la fisura alveolar.

Se realiza el reparo de la fisura alveolar siguiendo este protocolo:

a) Si la fisura es leve (menor de 5 mm), de acuerdo a nuestra clasificación, se procede a realizar la queiloplastia primaria. La corrección de la fisura alveolar es secundaria.

En casos de fisuras de hasta 1 mm se puede realizar la gingivoperiostioplastia.

b) Si la fisura es moderada o severa (mayor de 5 mm), se procede a la ortopedia prequirúrgica con molde nasoalveolar para transformar la fisura en leve y luego se realiza la queiloplastia primaria. La corrección de la fisura alveolar también es secundaria.

Si no se puede realizar la ortopedia prequirúrgica se pueden utilizar otros métodos como los tapes o la adhesión quirúrgica labial.



Figura 7. Caso leve de fisura labial unilateral. (Posoperatorio inmediato).

Figura 8. Caso moderado de fisura labial unilateral. (Posoperatorio inmediato).

Figura 9. Caso severo de fisura labial unilateral (Posoperatorio inmediato).

Figura 10. Caso moderado de fisura unilateral (Posoperatorio a los 2 años).

Figura 11. Caso leve de fisura unilateral (Posoperatorio a los 3 años)

RESULTADOS

Un total de 112 casos de fisura labial unilateral han sido operados con este método.

En 65 casos fueron varones y 47 mujeres. La edad promedio fue de 114 días con un rango entre 69 y 231 días.

El seguimiento comprendió un periodo de tiempo entre 1 a 6 años.

Se lograron buenos resultados estéticos con un filtro nasal simétrico y menor número de cicatrices. Figuras 7, 8, 9, 10 y 11 y Tabla 2.

La cicatriz de la línea de sutura en la fisura labial reparada es una línea no interrumpida que imita la línea natural de la columna del filtro sin cicatrices triangulares por encima de la línea blanca del labio.

Se obtuvieron 16 casos (14,28 %) de malos y regulares resultados en la cirugía labial (según la escala utilizada) y 23 casos (20,53 %) de malos y regulares resultados en la cirugía primaria nasal asociada como se aprecia en la Tabla 2. Se observó que estos malos resultados están en relación con la severidad de la fisura.

Así mismo se encontró 10 de 16 malos resultados (62,5%) en fisuras unilaterales de tipo severo y 12 de estos 16 malos resultados (75%) fueron observados en casos con rotación mayor de los 30 grados del arco de cupido.

Un diseño quirúrgico individualizado en relación con la forma del filtro nasal en el segmento medial y la severidad de la fisura es realizada con esta técnica.

Se realizaron 58 de 112 (51,78 %) de rinoplastias primarias en las fisuras unilaterales.

DISCUSIÓN

La técnica descrita en este trabajo es el resultado de la aplicación de las virtudes de dos técnicas descritas: Reichert y Millard.

Tabla 2. Resultados obtenidos con la técnica de Reichert-Millard

Tipo	Labio	
	N	%
Malo	4	3,57
Regular	12	10,71
Bueno	35	31,25
Excelente	61	54,46

La técnica descrita para casos con deficiencia mayor de tejidos blandos en el segmento medial, es una reminiscencia de la técnica descrita por Reichert, la incisión de rotación es muy similar; sin embargo existen importantes diferencias.

Esta técnica de incisiones mínimas esta basada en la rotación y avance, a diferencia de la técnica de Reichert que realiza una transposición debajo de la columella nasal. Las incisiones están ubicadas sobre las líneas naturales del labio en la primera y la técnica de Reichert usa una incisión adicional sobre el tercio superior del filtro nasal.

Finalmente la cicatriz recta entre el segmento medial y lateral con el método de Reichert solo es aplicable para casos con filtro nasal de forma rectangular solamente.

En casos severos con forma rectangular del filtro nasal y deficiencia mayor de tejidos blandos en el segmento medial (gran rotación del filtro nasal) se incluye una mayor porción de tejidos con el objetivo de obtener un filtro nasal más simétrico.

Se utiliza el colgajo “c” de Millard para incluir mas tejidos en la reconstrucción del filtro nasal ya que este no es necesario para reconstruir el piso nasal ni para elongar la columela nasal. Así se repara el labio con tejidos del labio y no de la nariz.

La incisión rotacional en “J” invertida permite incluir parte del colgajo “c” en la reconstrucción del nuevo y más simétrico filtro nasal.

Navarro en Perú ha descrito una técnica similar con algunas diferencias¹¹.

La diferencia mas importante con esta técnica radica en la reconstrucción del músculo orbicular de los labios y en el diseño individual de la técnica.

El procedimiento del Dr. Navarro esta basado en la reconstrucción muscular para la elongación del labio mientras que en la técnica descrita aquí esta elongación esta basada mayormente en la rotación y avance cutáneos.

Cabe destacar que las técnicas descritas por autores como Noordhoff y Salyer tienen un diseño similar pero no consideran las diferencias individuales descritas en este trabajo.

Se utilizó en esta técnica de Reichert-Millard, una reconstrucción del músculo orbicular con un cierre borde a borde observándose buenos resultados estéticos y funcionales en nuestros pacientes a diferencia de la intersección de fascículos musculares.

Se necesitaron revisiones secundarias mayores en 14,28% de los casos. Este número es aceptable en comparación con otros estudios: 35 % Henkel (1998) en 182 pacientes, 31 % Hochstein (1986) en 3599 pacientes y Horch (1990) 17 a 45 %¹².

Sin embargo estos estudios no consideran diferencias entre las revisiones mayores y menores.

CONCLUSIONES

1. La técnica de Millard modificada utilizada permite obtener un porcentaje aceptable de buenos resultados estéticos y funcionales en la reconstrucción de labio y nariz de la fisura unilateral, utilizando un menor número de incisiones cutáneas en comparación con la técnica de Millard clásica.

2. Esta técnica se basa en nuestra clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas, lo cual permite individualizar el diseño preoperatorio de acuerdo a la naturaleza de la fisura.

3. Los resultados observados a través del seguimiento posoperatorio de la cirugía primaria labial y nasal han confirmado la duración de los cambios obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millard D R. A primary camouflage of the unilateral hare-lip. In transactions of the International Society of Plastic Surgeons. 1955 Baltimore: Williams and Wilkins, 1957, p 60.2.
2. Millard D R. Unilateral cleft lip deformity. In J.G. Mc Carthy (Ed.) Plastic Surgery, Vol. 4 Philadelphia: Saunders, 1990.
3. La Rossa D. Respecting curves in unilateral cleft lip repair. Operative Tech Plast Reconst Surg. 1995. 2(3):182-186
4. Mohler L. Unilateral cleft lip repair. Operative Tech Plast Reconst Surg. 1995. 2(3): 193-197.
5. Noordhoff S. Reconstruction of vermilion in unilateral and bilateral cleft lips. Plast Reconstr Surg. 1984. 73(1):52-60.
6. Salomonson J. K. Preserving aesthetic units in cleft lip repair. Scand. J. Plast Reconstr Hand Surg. 1998. 102(6): 1853-1854.
7. Honigmann, K. Experience with the Reichert procedure in closure of unilat. cleft lip. Plas Reconstr Surg. 1980. 65: 164-166.
8. Rossell P. New classification of cleft lip and palate's severity. In resume's book of the 10th International Congress on Cleft Lip and Palate and related Craneofacial anomalies. Durban South Africa - September 2005
9. Rossell P. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa Outreach Surgical Center Lima Perú. Act Med Per. 2006. 23 (2): 59-66
10. Chul Gyoo Park. The importance of accurate repair of the Orbicularis Oris muscle in the correction of unilateral cleft lip. Plast Reconstr Surg. 1995. 96(4):780-788.
11. Navarro C. Bardales L. Fisura labial unilateral: Corrección estética primaria. Cirug Plasti Per. 1997. 1 (3): 88-92.
12. Henkel K, Gundlach K, Saka B. Incidence of secondary lip surgeries as a function of cleft type and severity. Cleft Pal Cran Surg J. 1998. 35 (4): 310-312.

CORRESPONDENCIA

Percy, Rossell Perry

prossell3p@hotmail.com

Recibido: 01/01/07

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 01/05/07