

Técnica quirúrgica para el tratamiento de fisuras labiales unilaterales con segmento lateral corto

Surgical technique for short lateral segment unilateral cleft lip repair

Percy Rossell Perry¹, Omar Cotrina Rabanal²

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 mejores resultados.

La técnica de Millard es probablemente la técnica quirúrgica más usada por los cirujanos alrededor del mundo en el manejo de la fisura labial unilateral, sin embargo existen algunas limitaciones en esta técnica en casos con afección moderada o severa del segmento lateral.

En ese sentido, se ha diseñado la presente técnica que busca corregir de manera paralela la deficiencia en el segmento lateral de la fisura unilateral. Esta técnica se basa en una doble rotación y avance localizando las cicatrices sobre las líneas naturales del labio entre las unidades estéticas del mismo.

Material y método: Este es un estudio retrospectivo del tipo de serie de casos. Este artículo presenta una nueva técnica para el tratamiento quirúrgico de la fisura labial unilateral usada por el autor en 250 pacientes a manera de estudio retrospectivo descriptivo. Para evaluar la eficacia de esta técnica se estudió una muestra al azar de 72 pacientes. Esta técnica está basada en el concepto de doble rotación y avance, permitiendo el alargamiento de ambos segmentos de la fisura labial unilateral. Estas incisiones son ubicadas sobre las líneas naturales del labio, entre las subunidades estéticas del labio superior en su mayoría.

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 estandarizadas.

Resultados: Desde el 2008 al 2010 esta técnica ha sido usada en 250 fisuras labiales unilaterales. Se obtuvo un buen resultado estético y funcional del labio superior y la nariz con esta técnica. Se observaron 7 / 72 (9,72 %) de malos resultados. Estas son cirugías que necesitaron revisión secundaria.

Conclusiones: Una nueva técnica para el tratamiento de formas severas de fisura labial unilateral se describe aquí. Esta es una técnica que permite tratar simultáneamente ambos segmentos de la fisura con buenos resultados estéticos en la reconstrucción del labio superior y nariz de la fisura labial unilateral con mayor deficiencia de los tejidos.

Palabras clave: Labio leporino, procedimiento quirúrgico.

ABSTRACT

Background: The anatomy of the cleft lip is different for each patient and many authors have been described modifications of traditional techniques in order to obtain a more individual design and better results. Millard's technique is probably the most common surgical technique used by surgeons around the world, however there are some short-comings to repair more severe forms of unilateral cleft.

In that way, we have developed a new technique which corrects the medial and lateral lip segment's deficiency in unilateral cleft lip.

This technique is based on a double rotation advancement concept placing the scars over the natural lines between the aesthetic subunits of the upper lip.

Material and method: This is a retrospective study. This article presents a new technique for unilateral cleft lip repair used by us in 250 patients. In order to evaluate the efficacy of this technique we use a randomized sample of 72 patients.

This technique is based in the double rotation advancement concept which let us the lengthening of both (medial and lateral) lip segments of the unilateral cleft lip. All the incisions are placed on natural landmarks, between the aesthetic subunits of the upper lip.

The evaluation of this technique was made in relation with the number of bad results in a period of time longer than one year through the physical exam and postoperative pictures.

Results: Since 2008 to 2010, this technique has been used in 250 unilateral cleft lip repairs. We obtain a good functional and aesthetic result of the nose and upper lip with this technique. We obtained 7 / 72 (9.72 %) of bad results (surgeries with secondary lip revision).

Conclusions: A new technique for severe forms of unilateral cleft lip repair is described here. This is a technique which let us obtain good aesthetic and functional results on upper lip and nose reconstruction of unilateral cleft lip cases, making an elongation of both (medial and lateral) lip segments.

Key words: Cleft Lip, surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

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 ésta 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: (La Rossa 1995, Mohler 1986, Nordhoof 1984, Salyer 1995)³⁻⁵.

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

Sin embargo, éstas tienen las mismas limitaciones que la técnica de Millard para tratar casos de fisura labial unilateral con segmento labial lateral corto.

Así una modificación publicada por el autor y denominada como Reichert Millard^{6,7} es útil sólo para casos con segmento lateral con deficiencias leves o normal.

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

2 Odontólogo. Director Médico Fundación ARMONIZAR Lima PERÚ.

El resultado de tratar estos casos con las técnicas convencionales (Millard o modificaciones de ésta) se traduce en 2 errores comunes de observar:

- a) Posición más baja del ala nasal en el lado fisurado.

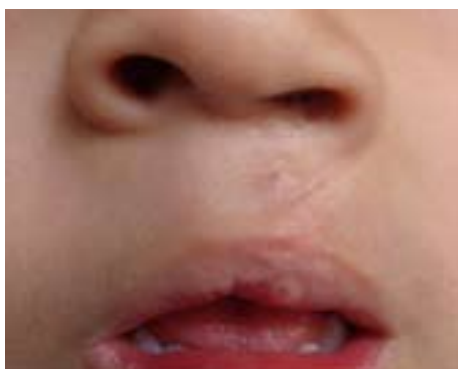


Figura 1. Deficiencias de las técnicas de rotación y avance: ala nasal de posición baja.

- b) Acortamiento del diámetro transversal del segmento lateral.



Figura 2. Deficiencias de las técnicas de rotación y avance: asimetría labial.

Durante los primeros años de nuestra experiencia en el manejo de la fisura labial unilateral, tratamos todas las formas de fisura unilateral con una sola técnica, sea Millard o modificaciones de ésta.

El resultado fue un mayor porcentaje de malos resultados (labios asimétricos)⁷.

Este concepto se basa en la hipótesis de que no es posible corregir todas las formas de fisuras labiales con una sola técnica quirúrgica.

Se requiere de diferentes técnicas que se ajusten más a la naturaleza de la fisura.

El presente trabajo muestra mi experiencia en el manejo de la fisura labial unilateral de formas más severas a través de la utilización de la técnica de doble rotación y avance.

La técnica denominada por nosotros como de doble rotación y avance se basa en el concepto de alargar ambos segmentos como sea necesario dependiendo de la deficiencia presente a través de maniobras de rotación y avances bilaterales.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente es un estudio retrospectivo descriptivo de un grupo de 250 pacientes con fisura labial unilateral completa no sindrómica operados entre los años 2008 al 2010 por el autor con la técnica de Reichert-Millard en 4 Hospitales del Ministerio de Salud del país, en Puno, Chimbote, Huaraz, Trujillo y en la Clínica Los Andes de Lima.

Los resultados obtenidos con esta técnica han sido clasificados utilizando la clasificación de severidad y el diagrama de reloj del Outreach Surgical Center Program Lima.

Los pacientes fueron tratados según nuestro protocolo general (Tabla 1)⁸⁻¹⁰.

Tabla 2. Protocolo general de manejo de la fisura labiopalatina del Programa Outreach Surgical Center Lima. Perú

Protocolo de fisura labial del Programa Outreach Surgical Center Lima			
Tipo	Morfología	Técnica	Edad
Leve	Microforma	Mulliken	3 meses
	Unilateral completo o incompleto	Reichert-Millard	3 meses
	Bilateral completo o incompleto	Mulliken modificada	3 meses
	Fisura unilateral completa	Reichert-Millard	3 meses
Moderado	Fisura bilateral completa	Mulliken modificada	3 meses
	Deformidad nasal moderada	Rinoplastia primaria	3 meses
	Molde nasoalveolar o adhesión labial		1-2 meses
Severo	Fisura unilateral completa	Reichert-Millard	3 meses
	Fisura bilateral completa	Mulliken modificada	3 meses
	Deformidad nasal severa	Rinoplastia primaria	3 meses
Fisura alveolar unilateral o bilateral		Injerto óseo alveolar	6-8 años
Protocolo de fisura palatina del Programa Outreach Surgical Center Lima			
Leve	Forma incompleta	Reparo paladar blando	1,5 años
	Índice: menos de 0,2	Incisiones mínimas	
		Técnica 2 colgajos	
Moderado	Índice: entre 0,2 A 0,4	Técnica 2 colgajos	1,5 años
Severo	Índice: más de 0,4	Molde alveolar	1-2 meses
		Reparo paladar blando	3-6 meses
		Cierre diferido paladar duro	1,5 años

Los resultados han sido valorados a través del examen físico y la evaluación de fotografías posoperatorias basándonos en una escala diseñada en una muestra de 72 pacientes. (Tabla 3)

Tabla 3. Escala de valoración de resultados de la cirugía de fisura labial en pacientes tratados con la técnica de doble rotación y avance. Programa Outreach Surgical Center Lima, Perú 2008-2010 (n=72)

RESULTADO	n	%
BUENO		
Distancia 2-2' es igual a distancia 5-6'	48	66,66
MODERADO		
Diferencia entre distancias 2-2' y 5-6' es de 0 a 3 mm	17	23,62
MALO		
Diferencia entre distancias 2-2' y 5-6' es = o mas 3 mm	7	9,72
Total	72	100

La estimación de los resultados se realizó a través de la siguiente escala:

- Bueno, no existe diferencia entre las alturas de las columnas del filtro en ambos lados.
- Moderado, la diferencia entre ambas columnas del filtro está entre 0 a 3 mm.
- Malo, cuando la diferencia entre ambas columnas del filtro es igual o mayor de 3 mm.

De esta forma se clasificó a los resultados obtenidos como malo, regular, bueno.

Las fotos se consideraron en 2 tomas: frontal y en "vista de gusano".

Se establecieron las diferencias entre la altura de la columna del filtro nasal del lado sano y el lado fisurado en el posoperatorio luego de un año de evolución.

Los casos de fisura labial unilateral fueron estimados inicialmente según la clasificación de severidad usada por el programa.

El control posoperatorio fue de al menos un año posoperatorio en todos los pacientes y se realizó bajo anestesia general durante la cirugía del paladar.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- 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.
- Pacientes clasificados como fisuras unilaterales con segmento lateral severamente deficientes según la clasificación Outreach Surgical Center Program Lima.
- Pacientes con nivel de hemoglobina superior a los 10 gr%.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Pacientes con proceso infeccioso agudo, por lo general respiratorio o digestivo.
- Pacientes con anemia, nivel de hemoglobina debajo de los 10gr %.
- Pacientes sindrómicos con afección congénita de otros sistemas que requieran de su atención prioritaria, como cardiopatías, etc.

Se puede definir como segmento lateral corto a aquel que tiene como longitud vertical (distancia entre los puntos 5 y 6) a una distancia igual o mayor a 6 mm más corta en comparación con la columna del filtro del lado sano (distancia entre 2 y 2')⁷. (Figura 3).

La técnica quirúrgica utilizada se describe a continuación.

Marcaje. (Figura 3 y 4)

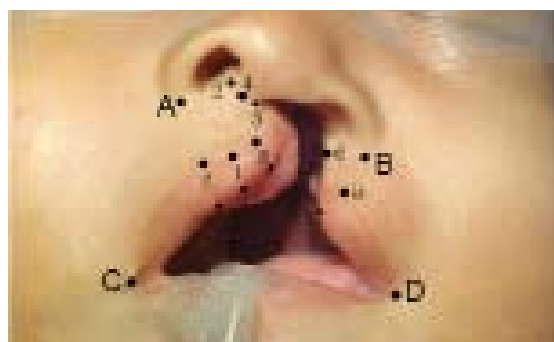


Figura 3. Puntos de reparo en la técnica de doble rotación y avance.



Figura 4. Diseño de marcación e incisiones de la técnica de doble rotación y avance.

Punto 1. Este es el punto medio del arco de cupido.

Punto 2. Este es el extremo del arco de cupido en el lado sano.

Punto 2'. Este se ubica en la intersección entre la columna del filtro y el surco labio columelar en el lado sano.

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

Punto 3'. En la intersección entre la columna del filtro y el surco labio columelar en el lado fisurado.

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

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

Punto 4'. Se localiza en una línea paralela a la línea que cruza los puntos 2 y 3.

Esta se inicia en el punto 4 y su longitud es igual a la existente entre los puntos 6 y B.

La incisión de rotación medial es diseñada entre los puntos 3, 3'', 4', 3' y 4.

Punto 3''. Este se localiza sobre la línea que une el punto 3 con el punto 3' y a una distancia igual a la rotación necesaria en el segmento lateral.

Esta distancia está en relación con la deficiencia de tejidos presente en el segmento lateral.

La incisión de rotación medial es diseñada entre los puntos 3, 3'', 4', 3' y 4.

En ocasiones la rotación del arco de cupido es mayor y se requiere de una rotación adicional, la cual se consigue a través de una rotación menor localizada por encima de la línea blanca a manera de Y-V utilizando un colgajo proveniente del segmento lateral.

Raramente la incisión de relajación tradicional o de "back cut" es necesaria. (Figura 5).

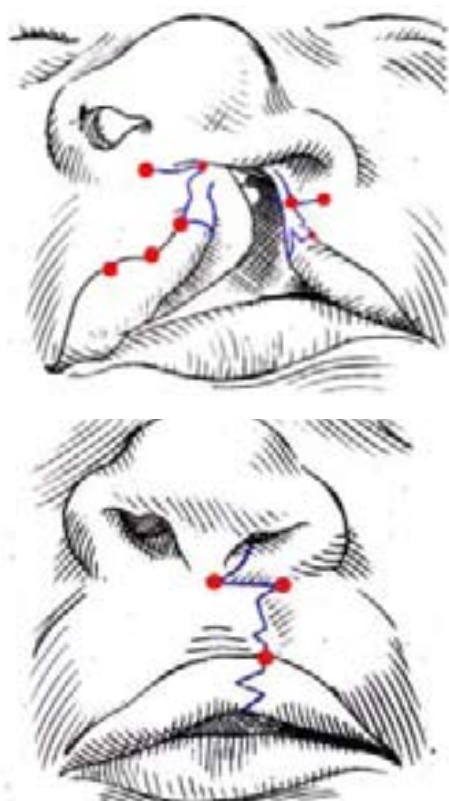


Figura 5. Diseño pre y post operatorio con la técnica de doble rotación y avance.

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.

Exactamente en la intersección entre la base alar y la unión mucocutánea del segmento.

La fórmula de correspondencia entre el segmento lateral y medial es:

$$\text{Distancia } 5-6 + \text{distancia } 3'-3'' = \text{Distancia } 2-2'$$

Los puntos 6' y 6'' se forman al realizar la incisión entre los puntos 6 y B.

El punto 6' corresponde al extremo medial del colgajo de avance lateral (ala nasal).

El punto 6'' corresponde al borde medial del colgajo de rotación lateral.

Punto B. Se localiza sobre la base alar del lado fisurado.

La distancia entre 4 y 4' es igual a la distancia entre 6' y B.

La incisión lateral tiene 2 componentes: Primero la distancia entre los puntos 5, 6 y B que forma el colgajo de rotación lateral y luego la incisión que asciende hacia la fosa piriforme lateralmente, formando el colgajo de avance lateral constituido por el ala nasal principalmente.

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 desde el punto 3 a nivel de la unión muco cutánea del margen medial de la fisura, pasando por los puntos 3'', 4' y 3' para finalizar en el punto 4.

Luego de esto el segmento medial fue rotado hacia abajo permitiendo que el arco de cupido se posicione horizontalmente como se observa en un labio normal. (Figura 6)



Figura 6. Rotación y alargamiento de los segmentos medial y lateral.

A la vez este colgajo se convierte en un colgajo de avance medial en su porción superior y lateral (triángulo de avance medial).

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 labios.¹¹

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 luego de esta maniobra, se utiliza una rotación inferior menor a unos 2 mm por encima de la línea blanca.

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 muco cutánea del margen lateral de la fisura y se extiende luego hasta el punto B.

De esta forma se crea el colgajo de rotación lateral. (Figura 6)

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

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

Este colgajo está constituido principalmente por el ala nasal del lado fisurado.

Finalmente, a través de la incisión de relajamiento se libera el colgajo de avance con la punta del dedo índice haciendo una disección supraperióstica en el maxilar superior y liberando la unión de la base del ala nasal de la fosa piriforme. (Figura 7)



Figura 7. Disección digital para liberar la inserción del segmento lateral de la fisura

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

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.

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 éstos 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. (Figura 8)



Figura 8. Posoperatorio inmediato con la técnica de doble rotación y avance

Como el bermellón 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 bermellón 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. (Figura 8)

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) o moderada (de 5 a 15 mm), de acuerdo a nuestra clasificación, se procede a realizar la queiloplastia primaria.

La corrección de la fisura alveolar es secundaria.

b) Si la fisura es moderada o severa (mayor de 15 mm), se procede a la ortopedia prequirúrgica con molde nasoalveolar para transformar la fisura en leve y luego se realiza la queiloplastia primaria.

En casos donde no es posible realizar la ortopedia prequirúrgica con molde nasoalveolar la adhesión labial quirúrgica es una alternativa a considerar.

La corrección de la fisura alveolar también es secundaria.

RESULTADOS

Un total de 250 casos de fisura labial unilateral han sido operados con este método desde el año 2008 al 2010 en 4 Hospitales del Ministerio de Salud y la Clínica Los Andes de Lima, Perú.

En 143 casos fueron varones y 107 fueron mujeres.

La edad promedio de operación fue de 114 días con un rango entre 85 y 212 días.

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

Se obtuvo buenos resultados estéticos. (Figuras 9, 10 y 11)



Figura 9. Caso de fisura labial unilateral (Posoperatorio a los 3 años)



Figura 10. Caso de fisura labial unilateral (Posoperatorio al año)



Figura 11. Caso de fisura labial unilateral (Posoperatorio al año)

Se obtuvo 7 casos (9,72 %) de malos resultados en la muestra de 72 casos estudiados con afección severa del segmento labial lateral. (Ver tabla 2)

Además se observaron 17 casos con resultados moderados (23,62 %) y 48 casos con buenos resultados (66,6 %) en la muestra estudiada.

La presencia de complicaciones postoperatorias fue poco frecuente, siendo la cicatriz hipertrófica (56,6 % de las complicaciones) la más común de observar. (Tabla 3)

Tabla 3. Complicaciones posoperatorias de la cirugía de fisura labial en pacientes tratados con la técnica de doble rotación y avance. Programa Outreach Surgical Center Lima, Perú 2008-2010 (n=72)

Complicaciones	n	%	N	%
Cicatriz hipertrófica	17	56,66	72	23,61
Sangrado	4	13,33	72	5,55
Dehiscencia parcial	3	10	72	4,16
Infección	1	3,33	72	1,38
Dehiscencia total	0	0	72	0
Cicatriz queiloidea	0	0	72	0
Otras	5	16,66	72	6,94
Total	30	100	72	41,6

Un diseño quirúrgico individualizado para corregir las deficiencias del segmento lateral de la fisura, es realizado con esta técnica.

DISCUSIÓN

La técnica descrita en este trabajo es el resultado del aprendizaje de nuestros propios errores, observados durante los primeros años de nuestra experiencia, donde el resultado de tratar todas las formas de fisura labial unilateral con una sola técnica no fue el mejor.

En estudios publicados previamente^{6,7}, pudimos observar un 14 % de malos resultados utilizando solo la técnica de Reichert Millard^{6,7}.

La mayoría de estos malos resultados corresponden a casos con deficiencias en el segmento lateral de la fisura.

Desde el año 2008 se ha utilizado un protocolo más individualizado basado en la clasificación de severidad del Programa Outreach Surgical Center Lima.

En este protocolo se realiza el reparo de la fisura unilateral utilizando diferentes técnicas de acuerdo a la morfología de la fisura.

Los resultados obtenidos en el presente estudio bajo este protocolo muestran un 9,72 % de casos que han requerido cirugía de corrección secundaria.

Estos están definidos como diferencias mayores de la altura del labio entre el lado sano y el lado fisurado.

La técnica descrita para casos con deficiencia mayor de tejidos blandos en el segmento lateral, es un ejemplo de la

utilización de técnicas más individualizadas acordes con la naturaleza de la deformidad labial.

Las incisiones en su mayoría están ubicadas sobre las líneas naturales con buenos resultados cosméticos.

El concepto de Millard, una de las técnicas más utilizadas a nivel mundial, es de rotación a nivel del segmento medial y avance del segmento medial, lo cual implica una conducta pasiva de este último, condición que solo es posible si tiene la longitud adecuada.

En la práctica, no siempre se observa esta característica en las fisuras labiales unilaterales.

Casi un 30 % del total de las fisuras en nuestro grupo de pacientes mostraron deficiencia moderada o severa en el segmento lateral.

De esta forma se puede establecer una real necesidad de emplear técnicas que reparen las deficiencias en los segmentos medial y lateral de manera simultánea.

Por otro lado, la principal deficiencia de la técnica de Millard es el diseño del colgajo "c", esta es una porción del labio en el segmento medial que es utilizado para reparar la columela o el piso nasal.

Ambas consideraciones son erróneas pues en primer lugar, la columela nasal no requiere de ser alargada, la deformidad nasal no se debe a una deficiencia de tejidos sino más bien a una mala posición de éstos.

Además este concepto viola uno de los principios básicos de la cirugía reconstructiva que es reconstruir los tejidos con tejidos de similar naturaleza.

Así se deben utilizar tejidos del labio para reparar el labio.

Un ejemplo evidente de esta condición es la técnica de Mohler⁴, donde se realiza el reparo de la fisura labial utilizando una porción de tejido procedente de la columela nasal la cual genera un déficit muy difícil de corregir en esta parte de la nariz.

En segundo lugar, este colgajo "c" de Millard tampoco es útil para reparar el piso nasal pues, éste se corrige de una manera más anatómica con el ala nasal proveniente del segmento lateral.

Las técnicas basadas en Z plastía como la de Skoog, Davies o Spina, usan Z plastías para corregir la fisura, sin embargo movilizan porciones similares de tejidos de un lado a otro, condición que sólo puede ser útil en fisuras con deformidades simétricas.

Además, una sola rotación mayor es siempre más visible que 2 rotaciones menores ubicadas en la porción superior e inferior del labio.

Fisher en el 2005¹² ha descrito una técnica, que en realidad es una actualización de la técnica de Bardach, en la cual plantea la corrección de las deficiencias en el segmento lateral de la fisura a través de una rotación bilateral localizada en el tercio inferior del labio.

La deficiencia de ésta radica en la utilización de un triángulo mayor y más visible para corregir las deficiencias en casos más severos.

Se necesitaron revisiones secundarias mayores en 9,72 % 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%¹³.

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

Por otro lado se observaron 23,62 % de resultados moderados (la altura del filtro labial en ambos lados tuvo una diferencia de entre 0 a 3 mm).

La causa de estos malos y moderados resultados puede deberse a fallas en la estimación y marcación preparatoria de la técnica, debido a la curva de aprendizaje por parte del cirujano. Además, se deben considerar factores como la cicatrización de los tejidos donde la cicatriz hipertrófica (común de observar) tiende a retraer la cicatriz y alterar la altura labial.

Los resultados obtenidos en el reparo de la deformidad nasal no son evaluados en este estudio ya que la corrección primaria de la nariz es incompleta.

La desviación septal y la deficiencia esquelética de la fisura deben ser corregidos posteriormente.

En resumen se utiliza un diseño individual basado en 3 conceptos: forma del filtro nasal, severidad de la fisura medida en términos de la deficiencia de tejidos del segmento lateral y la utilización de las líneas naturales del labio para ubicar las incisiones.

La corrección de las diferentes formas de la fisura labial se puede hacer de acuerdo a una de las siguientes ideologías:

a) Reparar las diversas formas de la fisura labial unilateral con una sola técnica.

Reddy y colaboradores, publicaron en el 2008 y 2010^{14,15}, un estudio comparativo donde analizó los resultados obtenidos con 3 técnicas diferentes, concluyendo que la técnica de incisión de tipo Afrose (una combinación de las técnicas de Pfeifer y Millard) tiene mejores resultados y se puede utilizar para cualquier forma de fisura labial unilateral.

Esta conducta es la más frecuente de observar donde se tratan las fisuras con una sola técnica quirúrgica.

Esta técnica, denominada como Afrose¹⁶, es muy similar a la presentada por el autor en el Congreso Internacional de Fisuras Labiopalatinas y Anomalías Craneofaciales de Durban en el año 2005, y posteriormente publicada en Europa en el año 2008⁷ y denominada propiamente como técnica de Reichert Millard, ya que utiliza las incisiones de la técnica de Reichert con el concepto de Millard de rotación y avance.

b) Reparar las diferentes formas de fisura labial unilateral con una sola técnica con diferentes modificaciones.

Esta es la posición de autores como Fisher¹², el cual propone corregir las diferentes formas de fisura labial unilateral con modificaciones de su técnica en el segmento lateral.

El principal problema de esta conducta es que no considera variantes para los diferentes grados de deformidad del segmento medial y además corrige la fisura con una sola rotación de posición inferior, lo cual en casos severos requiere de un triángulo grande del segmento lateral el cual es más visible y menos cosmético.

c) Reparar las diferentes formas de fisura labial unilateral utilizando diferentes técnicas de acuerdo a las deficiencias de tejidos presentes en cada segmento labial.

Esta es la propuesta planteada por nosotros y utilizada en el programa desde el año 2008.

La técnica de doble rotación y avance es una de estas técnicas y es utilizada para corregir los casos con severa deficiencia de tejidos en el segmento lateral de la fisura unilateral.

CONCLUSIONES

1. La técnica denominada como doble rotación y avance, permite obtener un porcentaje aceptable de buenos resultados estéticos y funcionales en la reconstrucción de labio y nariz de la fisura unilateral con segmento lateral corto.
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. Baltimore: Williams and Wilkins. 1955. p 60.
2. Millard D. R., Jr. Unilateral Cleft lip deformity. In J.G. Mc Carthy (Ed.) Plastic Surgery, 1990; Vol. 4 Philadelphia: Saunders, 1990.
3. La Rossa D. Respecting curves in unilateral cleft lip repair. Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery. 1995; 2(3):182-186.
4. Mohler L. Unilateral cleft lip repair. Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery 1995; 2(3): 193-197.
5. Noordhoff S. Reconstruction of vermilion in Unilateral and Bilateral cleft lips. Plast. Reconstr. Surg 1984; 73(1): 52-61.
6. Rossell P. Combinación de las técnicas de Reichert y Millard en el tratamiento de la fisura labial unilateral. Act Med Per 2008; 25(1): 16-21.

7. Rossell P. Modification of Reichert's technique based on natural landmarks and individual designs for unilateral repair of cleft lip. *Scand J Plastic Reconstr Surg Hand Surg*, 2008; 42:113-121.
8. Rossell P. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa Outreach Surgical Center Lima Perú. *Acta Médica Peruana* 2006; 23 (2): 59-66.
9. Rossell P. New diagram for cleft lip and palate description: The clock diagram. *Cleft Palate Craniofac. Surg. J.* May 2009; 46 (3): 305-313.
10. Rossell P. Tratamiento de la fisura labiopalatina. Ed San Marcos Lima 2009. p.30-40.
11. 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.
12. Fisher D. Unilateral cleft lip repair: An anatomical subunit approximation technique *Plast. Reconstr. Surg* 2005; 116(1).
13. Henkel K. Incidence of secondary lip surgeries as a function of cleft type and severity. *Cleft Pal. Cran. Surg. Journal* 1998; 35(4).
14. Reddy G Webb R. Reddy R Choice of incision for primary repair of unilateral complete cleft lip: A comparative study of outcomes in 796 patients. *Plast Recons Surg* 2008; 121: 932
15. Reddy G Reddy R y col Comparison of three incisions to repair Complete unilateral cleft lip. *Plast Recons Surg* 2008; 125(4): 1208-1216.
16. Reddy G Reddy R y col Afroze incision for functional cheiloseptoplasty. *J Craniofac Surg* 2009; 20 (2): 1733-1736.

CORRESPONDENCIA

Percy Rossel Perry

prossell3p@hotmail.com

Recibido: 04/01/10

Arbitrado: Sistema por pares

Aprobado: 01/07/10

Consulte las ediciones anteriores de la
Revista ACTA MÉDICA PERUANA en


www.scielo.org.pe


www.redalyc.vaemex.mx


www.sisbib.unmsm.edu.pe


www.latindex.unam.mx