

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXIII

NOVIEMBRE DE 1966  
Número 390  
SAN JOSE, COSTA RICA

Tomo XXIII

## Tratamiento Quirúrgico del Labio Leporino según la Técnica de Tension modificada por Borde

Por

Dr. Sergio Guevara Fallas \*

Pocas malformaciones repercuten tanto en el medio familiar como el labio leporino y los problemas que un niño con esta malformación causa involuntariamente en su hogar, harán aún más difícil su adaptación al medio. Cada uno de los cónyuges acusará al otro de traer consigo esa herencia y estarán de acuerdo en esconder al niño de las amistades y familiares, negándole el afecto a que tiene derecho. Es por todo esto que en ningún momento podemos desligarnos del grave problema estético que, tanto inmediatamente como para el futuro, comporta esta malformación. Para el tratamiento quirúrgico deberá tenerse muy en cuenta estas consideraciones y el cirujano no deberá ni precipitarse a operar ni esperar demasiado.

En nuestro Departamento se han operado 517 labios en los últimos 10 años y de estos 112, en los últimos dos años. Al principio se usaron técnicas semejantes o derivadas de la de Veau, con resultados a veces satisfactorios cuando el labio superior tenía buena altura, pero frecuentemente con un pico en esa zona por retracción de la cicatriz. Luego se han usado zetaplastias, que mejoraron notablemente los resultados, especialmente cuando se introdujo la técnica de Tension que fue la rutina para todos los cirujanos del Servicio hasta 1963.

En el año 1962 tuvimos conocimiento de las modificaciones que Borde y colaboradores introdujeron a la técnica de Tension, fundamentadas sobre verdaderas bases matemáticas y desde entonces las hemos adoptado más y más en el Servicio, tanto que ahora tenemos una serie de 150 labios operados según esta téc-

\* Departamento de Cirugía. Hospital Nacional de Niños.

nica, con resultados óptimos. Desde luego que se tendrá presente que los tejidos sobre los que se está trabajando son elásticos y modelables, susceptibles de variaciones por tracciones, cicatrices, etc., y que estas intervenciones relevan más del arte que de la geometría, pero también recordaremos que hasta el arte debe tener bases sobre las cuales reposar. Veamos cuáles son los principios de esta técnica (1).

"Partiendo de la figura terminal de una plastía en Z con colgajo triangular inferior tallado a expensas del borde externo (Fig. 1), vemos que el resultado ideal sería aquel en el cual el segmento 6-8 fuese igual a 2-4 o "h". Esto se logrará gracias al ángulo 6-9-8 y al segmento 9-8 o base del triángulo, que son las variables, puesto que el segmento 6-9 es igual al 5-3. Sabemos también que el triángulo inferior deberá ser necesariamente isósceles para insinuarse en la hendidura hecha por el borde interno. Si le damos ahora al ángulo 6-9-8 un valor arbitrario de 60°, el ángulo de base de nuestro triángulo isósceles deberá ser necesariamente de 60° y en consecuencia el triángulo será equilátero, lo que facilitará el cálculo. En otras palabras, el valor del segmento 8-9 o base del triángulo, estará determinado por los segmentos 2-4 y 5-3 o sea h y h!

Para calcular esa medida, se dibuja de antemano en una cartulina un ángulo de 120° y a partir del vértice se traza un arco de círculo "h" que corta la línea 6-9 en 6. A partir de ese punto se traza otro arco de círculo de longitud h esta vez, que corta la línea 9-8 en 8. La distancia entre ese punto y el vértice del ángulo representa el valor buscado o base del triángulo X".

Gracias a esta técnica obtuvimos resultados muy satisfactorios y, lo que es mejor, muy uniformes. Al principio nos era difícil obtener en ese mismo tiempo operatorio una buena reconstrucción de la nariz, lo que nos llevó a introducir, con excelentes resultados estéticos, algunos principios para determinar los puntos 5 y 6 de manera que la narina del lado afectado tenga una apertura y morfología semejante a la del otro.

En primer lugar hemos dejado de darle la medida de la apertura nasal del lado sano por mitades a cada uno de los lados de la narina afectada. Esto nos daba siempre una narina aplastada, ya que no se logra enrollar bien el ala de esa narina. Hay que tomar en cuenta la anatomía del otro lado y hacer la nueva narina en relación con la del lado sano.

1.—J. BORDE, J. BEDOUELLE, R. MALEK: Traitement du Bec de Lievre par un procédé plastique utilisant un lambeau triangulaire équilatéral. Ann. de Chir. Inf. T 2, N° 2, 1961, p. 111.

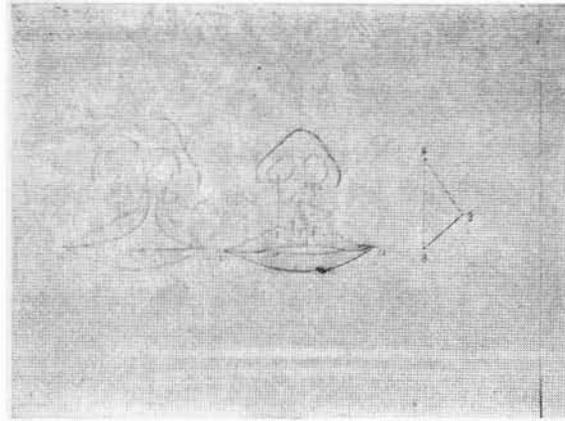


FIG. 1

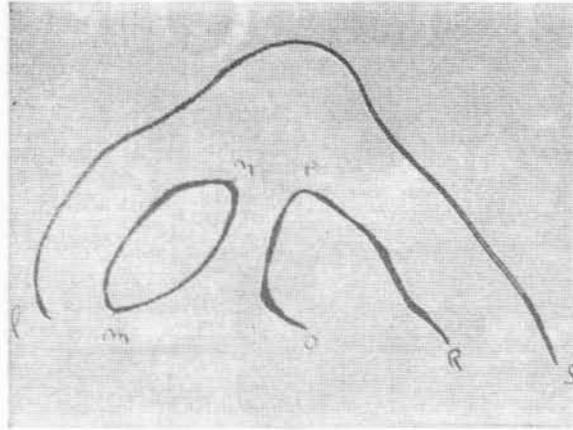


FIG. 2

FIG. 3



Labio leporino operado, mostrando la colocación de las suturas Steri - Strip 3 M.  
(Caso III de la FIG. 5)

En segundo lugar, determinamos en el lado sano, el punto de unión teórico del ala de la nariz con su parte interna. Vemos que casi todo el piso del umbral nasal está formado por un plan inclinado a expensas del lado interno. Determinamos el vértice de la narina sana y tirando hacia arriba, medimos la distancia M-N con el compás (Fig. 2), medida que transportamos al otro lado después de haber determinado el vértice P, con lo que se obtiene la línea O-P M-N. El punto así obtenido, estará a menudo situado en plena mucosa nasal.

Se mide entonces el espesor del ala nasal del lado sano L-M y se transporta esta medida del otro lado en R-S. R será el punto 6 y O el punto 5. Al aproximar estos dos puntos, el ala de la nariz envolverá sobre ella misma dando una buena simetría nasal. Procuramos dejar esa narina un poquito más cerrada que la del otro lado sano ya que la experiencia nos ha enseñado que luego se abrirá espontáneamente un poco más.

El resultado estético es bastante bueno y se obtiene una nariz aceptable si no excelente, al mismo tiempo que se corrige el labio.

Antes de suturar el labio hacemos el piso nasal tomando tejido de la mucosa labial por una parte y de la mucosa del vomer por otra. Gracias a ello es posible cerrar desde ese momento el agujero anterior del paladar, lo que facilitará más adelante la reparación del paladar.

No hemos vuelto a usar puntos para la piel en su lugar usamos papeles adhesivos (Steri-Strips de la casa Minnesota Mining M. J. G. Co.) después de haber hecho un buen plan muscular y subcutáneo con hilos de crómico 4-0. (Fig. 3). Los papeles caen solos prácticamente hacia el 5º o 6º día. Desde antes de operarlos alimentamos a estos niños con gotero, sistema que mantenemos en el post-operatorio.

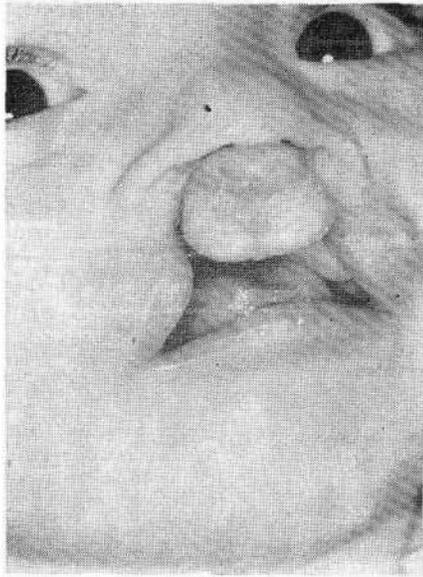
Los labios leporinos bilaterales los hacemos en dos tiempos. En el primero sólo buscamos transformarlos en unilaterales, economizando al máximo el tejido, sin mucha pretensión estética, pero eso sí, teniendo cuidado de hacer un arco de Cupido que tenga buenas dimensiones y una narina ni muy grande ni muy pequeña, pues esta primera plastia servirá de base para la del otro lado. Usamos la misma técnica ya descrita para este lado, que será siempre el más fácil, y h será la línea que va de la nariz al borde interno del arco de Cupido (parte labial situada en el tubérculo medio).

RESULTADOS

LABIOS LEPORINOS BILATERALES COMPLETOS

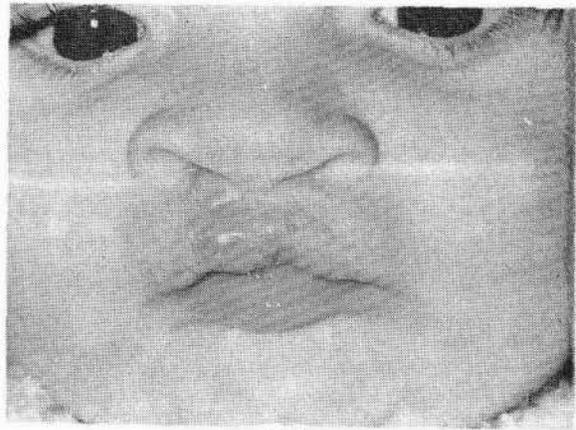
I

Antes de la intervención



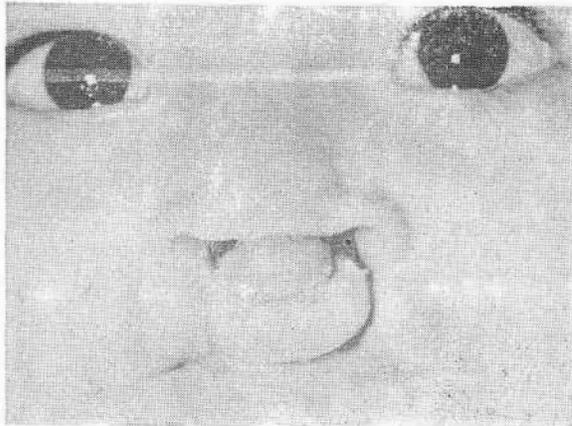
A

Después de la intervención



A 1

II



B



B 1

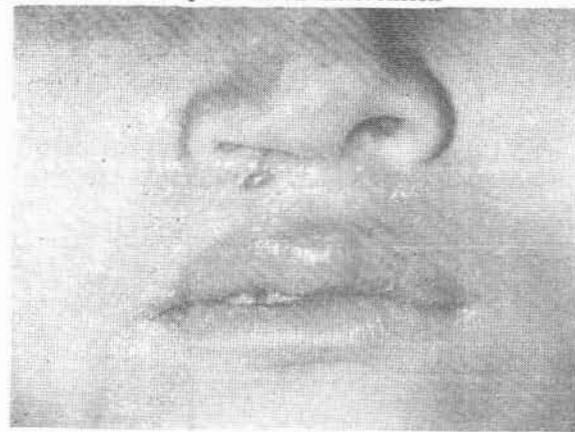
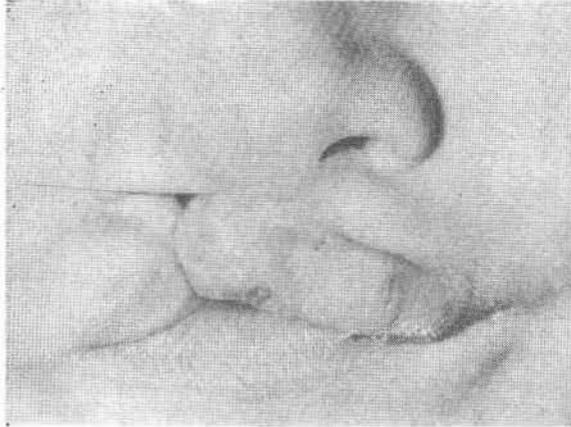
FIG. 4

RESULTADOS  
LABIOS LEPORINOS UNILATERALES COMPLETOS

Antes de la intervención

II

Después de la intervención



C 1



D 1

D

III



E 1

E

FIG. 5

## CONCLUSIONES

Consideramos que mucho se ha adelantado en lo que se refiere a labio leporino. Los problemas son múltiples, unos inmediatos, otros a distancia y para valorar una técnica será necesario dejar transcurrir algún tiempo, pues resultados inmediatos aparentemente perfectos pueden terminar en cicatrices defectuosas y antiestéticas.

También existen técnicas que se adaptan mejor no tanto a los casos como a los cirujanos y a veces es preferible usar técnicas menos buenas pero que el cirujano maneja y domina mejor.

Deberá tomarse en cuenta la cantidad de tejido que se maneja pues entre menos haya, mayores serán las posibilidades de error en los cortes. Por eso preferimos operar estos niños hasta los tres meses de edad y 9 libras de peso.

Para poder evaluar con alguna base todos estos resultados, creemos útil la formación de grupos integrados por cirujanos, odontólogos y foniatras, quienes serán los llamados a dirigir las rutinas de las operaciones, escoger las mejores técnicas, en una palabra tener la responsabilidad del manejo y evaluación de estos niños.

Creemos que aunados los esfuerzos de todos, los resultados sólo pueden ser mejores con lo que el único beneficiado será el niño y tal vez un poco la vanidad del grupo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—J. BORDE, J. BEDOUELLE, R. MALEK: Traitement du Bec de Lievre par un procédé plastique utilisant un lambeau triangulaire équilateral. Ann. de Chir. Inf. T 2, N° 2, 1961, p. 111.
- 2.—F. J. ORTIZ V.: Revisión y estudio del Tratamiento Quirúrgico del Labio Leporino y Paladar Hendido en 405. casos. Tesis. México D. F. 1965.

NOTA: Agradecemos la colaboración que nos brindó el fotógrafo Clínico Gerardo Barrantes, gracias a él se pudieron obtener las magníficas fotos de este trabajo.

---