

Cirugía de labio leporino (*)

Por el Dr. Esteban López Varela

Revisión de los casos de Labio Leporino presentados en el Hospital San Juan de Dios desde el año 1945 a 1950

Durante estos últimos cinco años se han presentado 94 casos lo que hace un promedio de 18,5 casos por año, y habiéndose practicado en ellos 132 intervenciones.

Al servicio de cirugía infantil correspondieron 62 con un total de 103 intervenciones.

Clasificación

La frecuencia en que se presentaron los diversos casos debidamente clasificados es de interés primordial, y antes de pasar a enumerarla, es mi deseo aclarar de previo, la nomenclatura que se ha adoptado, ya que como es bien sabido de todos, son muchas las clasificaciones que existen.

Precisamente uno de los objetivos de este trabajo es el de proponer una clasificación, la cual deba de adoptarse siempre, para tener una idea exacta del caso a que se refieren las historias clínicas, pues muy frecuentemente nos conformamos con suscribir la etiqueta de "Labio Leporino" sin especificar nada más sobre su modalidad o grado.

Revisando las cartulinas he encontrado como hendeduras palatinas, o solamente gingivales se han etiquetado con el nombre de "Labio Leporino" a la par de malformaciones graves y completas.

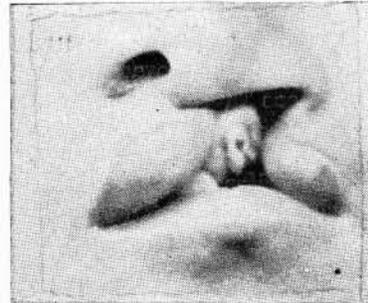
Yo propongo la clasificación más simple y a la vez más lógica: es la clasificación de Veau.

Labio Leporino	{	Unilateral	{	derecho	}	completo
				izquierdo	}	Incompleto
	}	Bilateral	{	completo		
				incompleto		

Completo: el que afecta el labio, el piso nasal, la encía, la bóveda palatina y el velo, uni o bilateral.

(*) Trabajo recibido en la Redacción el 15 de junio de 1950.

Fig. 1
Labio Leporino unilate-
ral completo izquierdo.
Véase el ensanchamiento
del ala nasal.



Incompleto: el que no afecta todos estos planos, pudiendo afectar solamente el labio, con integridad del resto, o sólo la bóveda, o dos de estas partes, con integridad de las otras.

Lógicamente, las formas incompletas deberán de acompañarse de la especificación de las partes afectadas. Encía hendida, o labio hendido únicamente o hendidura palatina, etc.

De acuerdo con la nomenclatura veamos la frecuencia en que se presentaron los casos:

FRECUENCIA DEL LABIO LEPORINO

Unilateral	Completo	Incompleto	lado	D 20% I 80%
82 casos 87%	45 casos 54%	37 casos 46%		
Bilateral	Completo	Incompleto		
12 casos 13%	10 casos 83%	2 casos 7%		

En los 37 incompletos la frecuencia en que se presentaron las distintas modalidades fué como sigue: El labio solamente 13 casos. Labio y encía 2 casos. Sólo hendiduras palatina 5 casos. El resto no está especificado en las hojas clínicas.

SEXO: Hubo un ligero predominio en el sexo masculino, sin manifestar caracteres especiales en cuanto a sexo se refiere; 51 casos fueron del sexo masculino y 43 del femenino.

En lo que se refiere al lado afectado, hubo un predominio manifiesto por el lado izquierdo, a pesar de que no me es dado anotar cifras exactas, debido a la falta de este dato en muchas de las historias.

RAZA: predominó la raza blanca, 84 casos 89% por 7 de raza negra 7,4%. Mulatos 3; 3,6%.

PROCEDENCIA

San José	25 casos
Guanacaste	10
Cartago	6
San Carlos	4
Limón	3
Puntarenas	3
S. Isidro de El General . . .	3

El resto se repartió en diferentes zonas sin predominio de ningún litoral.

Edad

Respecto a la edad en que debe operarse el labio leporino existe discrepancia. Yo no entro a discutir este punto, sólo me refiero en el presente trabajo a la edad en que nosotros intervenimos los casos. No hemos adoptado el método de la intervención precoz, preferimos aquella en que el niño se encuentre en mejores condiciones para resistir la intervención.

El de menor edad fué intervenido a los 16 días de nacido, el que le sigue a los 23 días. Entre 1 y 2 meses .5. Entre 2 y 6 meses, 12. De 6 meses a un año 9 casos. Por encima de un año, 66 casos.

Lo importante en este aspecto; más importante que la edad en que se aborde el labio, es determinar cuál tiempo debe de realizarse primero, y cuál hemos realizado nosotros. Es sin duda alguna lo que vale analizar.

Ombredanne aconseja hacer el primer tiempo gingival antes del cuarto día de la vida, dejando la restauración labial para después.

Veau aconseja no tocar un labio antes del tercer mes de la vida, pues el niño con labio leporino es un débil congénito por lo general, y por lo tanto, resistirá muy mal cualquiera intervención quirúrgica.

Finochietto de la Argentina dice que la mejor época para intervenir el labio leporino es aquella en que el niño está mejor nutrido, tomando como pauta el aumento de peso. Ese ha sido nuestro proceder, no habiendo encontrado en ningún caso motivo alguno para intervenir precozmente. Cuando por el defecto mismo, el niño no puede tomar el pecho, hemos visto cómo las madres se han ingeniado, ordeñándose y suministrándole al niño su leche con gotero, o con cucharita, etc. Nuestra modestísima experiencia nos ha enseñado, cómo en muchos casos, el defecto que al nacimiento era muy grande, a los pocos meses se hacía más asequible a la cirugía, por no decir menos grave.

La técnica es, sin lugar a duda lo que debe de modificarse en cada caso y de acuerdo con la edad, pues los tejidos del niño son muy distintos a los del adulto. El niño posee un esqueleto maleable, susceptible de cambios influenciados por las presiones en el curso del crecimiento. En cambio en el adulto, todo proceso de crecimiento ha terminado, y el esqueleto permanece rígido ante las presiones de las partes blandas; estas presiones irán en detrimento de éstas y no del esqueleto.

O sea que los procedimientos deberán ser distintos en relación a las edades.

En los lactantes, las deformidades del arco gingival deben corregirse según los consejos de Veau, Blair, Finochietto y otros, por medio de las técnicas que cierran la cintura muscular, cuya tonicidad en el futuro amoldará el esqueleto aún en período de crecimiento. En cambio en el adulto, o en el niño mayor, muy poco podemos esperar, y la osteotomía constituye una necesidad previa a la operación plástica de las partes blandas.

En los casos intervenidos por nosotros se procedió de la siguiente manera:

PRIMER TIEMPO OPERATORIO — UNILATERALES

Niños menores de un año	28		
Primer tiempo labial	20	casos	71%
Primer tiempo gingival	8	"	29%
Primer tiempo palatino	0	"	
<hr/>			
Niños mayores de un año	32		
Primer tiempo labial	17	casos	53%
Primer tiempo gingival	13	"	40%
Primer tiempo palatino	2	"	7%

Este último procedimiento de hacer en primer término la plástica de la hendedura palatina, fué muy satisfactorio, y quie-

ro hacer hincapié en la facilidad con que se trabaja en la bóveda, cuando aún no se ha hecho el tiempo labial.

En los casos de hendidura bilateral completa se practicó la siguiente técnica:

TIEMPOS OPERATORIOS EN LOS 10 CASOS BILATERALES

Primer tiempo gingival . . .	}	6 casos	60%
Segundo tiempo labial . . .			
Tercer tiempo palatino . . .			
Primer tiempo labial	}	4 casos	40%
Segundo tiempo palatino . . .			

En cuatro casos se procedió primero a la reparación labial sin plastia gingival, ya que se trataba de niños muy pequeños, uno de 4 meses y otro de 20 meses sin gran prominencia del mamelón gingival.

En éstos se deben de recordar los mismos principios relacionados con la edad y la acción ejercida por la cintura muscular, lo que nos hará más reflexivos y más parcos en las resecciones cuneiformes del vomer, con lo que evitaremos no pocos fracasos de estética (labio superior excavado).

La técnica deberá modificarse de acuerdo con el caso. Donde hay un mamelón gingival prominente, será necesaria la osteotomía del vomer, y en el caso contrario, habrá que construir una columela.

Preparación Pre-operatoria

Aparte de la preparación nutricional del niño, que es fundamental, hacemos una limpieza bucal completa, cuidando de que se mantenga perfectamente sana la mucosa bucal, sin lesiones de estomatitis, ni perlage ni de otras tantas lesiones tan frecuentes en la boca del niño.

Se hace previamente amigdalectomía y adenoidectomía en los casos en que haya hipertrofia o infección. Debiendo tratar cuidadosamente las rinitis concomitantes que son tan frecuentes.

Si hay ya piezas dentarias, hacemos previa limpieza de las mismas, y la extracción de las piezas carcadas o mal implantadas.

Anestesia

Empleamos por regla general el éter, haciendo la inducción con la mascarilla y colocando luego una sonda nasal a la faringe por donde se le pasa éter y oxígeno.

Ultimamente el Doctor Vega ha adoptado el sistema descrito por Kirschner y que consiste en inyectar los bordes de la hendidura con una solución de novocaína suprarrenina al $\frac{1}{2}\%$, con lo que se consigue mayor laxitud en los tejidos y por ende, mayor facilidad en la disección del músculo orbicular, además, por la suprarrenina, se favorece un tanto la hemostasia, y por la anestesia local apenas son necesarias unas pocas gotas de éter.

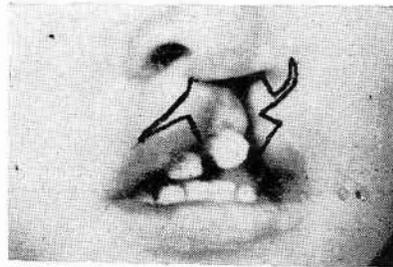
Técnica operatoria

Siempre que el caso lo ha permitido, se practicó el primer tiempo labial, cuando el niño es de corta edad, o cuando la deformidad esquelética no es muy pronunciada. (71% de los casos).

Las líneas de incisión por lo general las hemos planeado previamente en fotografías tomadas con este fin, y siguiendo los esquemas que da para cada tipo de casos Ombredanne en su obra de *Cirugía Infantil*.

Los trazos los señalamos previamente con azul de metileno en el labio del niño, colocando puntos cardinales en los extremos de las líneas de incisión.

Fig. 2
Incisiones adaptadas a
cada caso.



En la colocación de estos puntos se han seguido las indicaciones propuestas por Mirault Blair.

Además, la disección de las partes blandas es tan importante, y quizás más que las mismas incisiones, pues una sutura tensa equivale a esfacelo y pérdida completa de la misma; para ella hemos adoptado dos procedimientos: 1º Siguiendo unas veces el espesor mismo del labio (Dr. Vega) dejando las inserciones musculares, pero avanzando extensamente, tanto al lado externo como en el interno. Da por resultado un buen deslizamiento del labio por encima de los músculos, disecando además el orbicular.

2º Como aconseja Brown, mediante una incisión en el surco gingivo-labial con el desprendimiento de la brida fibrosa descrita por Veau y que fija el lado externo del labio a la encía, lue-

go insinuándose con una legra hacia afuera y arriba, respetando el nervio y los vasos infraorbitarios, lo mismo que hacia adentro y arriba hasta prolongarse en el forro del ala nasal con el fin de despegarla de su cartilago. En el lado interno el despegamiento no debe ser tan extenso, lo suficiente para llevar hasta la línea media los elementos desviados.

El ala nasal reviste importancia capital en la reconstrucción cosmética.

Nosotros hemos tenido algunos fracasos en la reconstrucción del ala, pero yo lo atribuyo a la deficiencia de la disección, que quizás la hemos llevado no tan lejos como lo aconseja Blair.

Por último, y antes de terminar este tiempo, es necesario recordar el consejo de Veau, de reconstruir un buen piso nasal, a expensas de la mucosa naso-palatina. En los casos que lo hemos hecho, la coaptación del ala nasal ha sido siempre muy buena. Y cuando el ala nasal no ha pegado bien, ha sucedido siempre en los casos donde por alguna razón u otra no se reconstruyó el citado piso nasal.

Fig. 3

El mismo caso de la fig. 1.
Plástica labial perfecta, quedando discreta asimetría del ala nasal por pérdida de un punto del piso nasal.



La corrección bilateral la hemos tratado con base en los mismos principios enumerados ya a propósito del unilateral.

Hemos seguido en líneas generales la técnica de Blair y Vaughan, recordando algunos principios fundamentales como aquellos, de que la altura del filtrum debe ser igual a la de subtabique; que el borde cutáneo-mucoso del mamelón debe de conservarse siempre; que el subtabique corto debe de prolongarse a expensas del prolabio.

Nos queda por describir el tiempo palatino, el cual, en dos casos lo practicamos como el primer tiempo lo que nos proporcionó ventajas.

Más espacio para trabajar, mejor luz, mejor visibilidad, y por lo tanto mayor facilidad en la ejecución de las maniobras.

La técnica que hemos adoptado en la mayoría de los casos, con algunas variantes de acuerdo con las modalidades, es la aconsejada por Ombredanne y que consiste en:

1°—Practicar una incisión pequeña rodeando la última pieza molar de cada lado.

2°—Desprendimiento de la fibro-mucosa a través de esta brecha con las legras de Trélat.

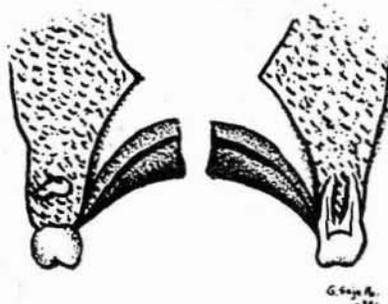
3°—Desinserción del tendón reflejo del Peri Estafilino Externo del gancho de la Pterigoides.

4°—Si hay amígdalas hipertrofiadas, y adheridas a la hemi-úvulas, vegetaciones adoneideas o piezas careadas, las removemos y terminamos así el primer tiempo propuesto por Ombredanne.

5°—Si procedemos en un sólo tiempo hacemos el avivamiento de los bordes de la hendidura y suturamos en dos planos.

Cuando se procede en dos tiempos, el segundo debe hacerse 8 días después, comenzando por desinsertar de nuevo, avivando los bordes hendidos y suturándolos en 2 planos.

Fig. 4
Bóveda ojival alta
Obérvese como con sólo el despegamiento de la fibro-mucosa, queda margen para una amplia coaptación, sin necesidad de forzar el deslizamiento.



Ahora bien, la técnica debe de tener sus variaciones según se trate de bóvedas ojivales altas, donde aparentemente la hendidura es muy pronunciada, pero que con el despegamiento de la fibromucosa se facilita la intervención, y aquellas bóvedas en que las apófisis vocales son muy cortas y planas. En éstas, para evitar



Fig. 5
Bóveda palatina plana
Sin un gran deslizamiento de la fibro mucosa, la coaptación será insuficiente y tensa.

la tensión debe incidirse más extensamente siguiendo una línea paralela a la implantación de los dientes.

En estos casos es conveniente pasar una delgada lámina de plomo a través de las incisiones laterales para evitar la tensión en la sutura, y proteger la misma sutura mediante un aparato pro-

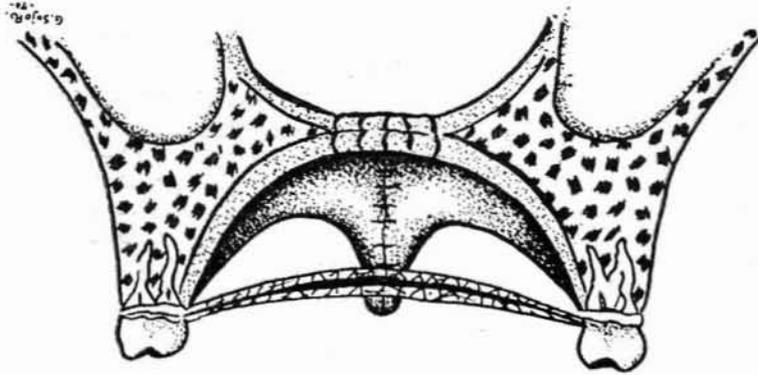
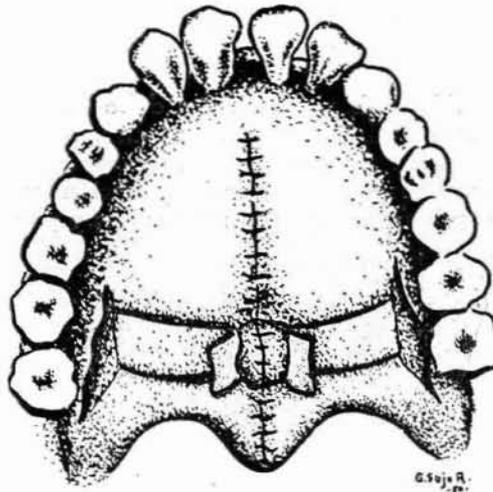


Fig. 6

Esquema del corte transversal mostrando el espacio que queda entre la sutura y el aparato protésico, y con lo cual se consigue protección de la sutura y espacio para vigilar y limpiar cuando haya necesidad la línea de sutura.

Fig. 7
Esquema mostrando la lámina de plomo pasada a través de las incisiones, para evitar la tensión de la sutura.



G. Soja R.

tésico a manera de puente, poco menos que plano, con lo cual quedará un espacio entre la lengua y la bóveda palatina.

Nosotros hemos procedido por medio de hilos de plata que funcionan en dos sentidos: uno, como puntos de tensión y otro como protector de la sutura contra la presión de la lengua, y que se dejan las puntas del hilo hacia abajo.

Resultados obtenidos

En los labios simples, cuando hay integridad del piso nasal hemos obtenido los mejores resultados, los bordes cutáneo-mucosos se han coaptado satisfactoriamente y los pequeños ensanchamientos nasales se han corregido.

En los labios completos, hemos tenido un porcentaje relativamente bajo de fracasos, quiero decir con esto, que por error o defecto de técnica o lo más frecuente, por infección de las incisiones, se han perdido algunos puntos dejándonos cicatrices muy visibles o, caso más frecuente quedando mala coaptación del ala nasal.

En los bilaterales hemos obtenido resultados muy satisfactorios, con excepción de un caso en que quedó el labio excavado por la inexistencia del subtabique nasal, los demás, han corregido su defecto con bastante buen resultado.



Fig. 8
Labio Leporino unilateral
izquierdo incompleto.
(Hendidura parcial sólo
del labio).

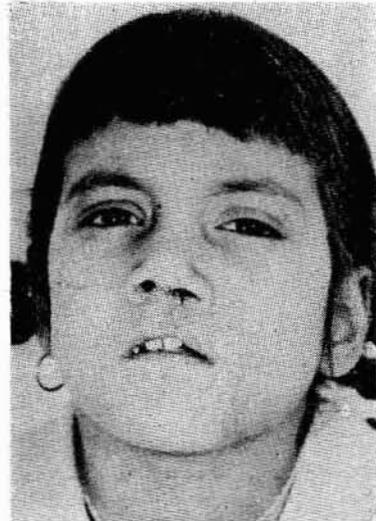


Fig. 9
Resultado obtenido con
la operación plástica.

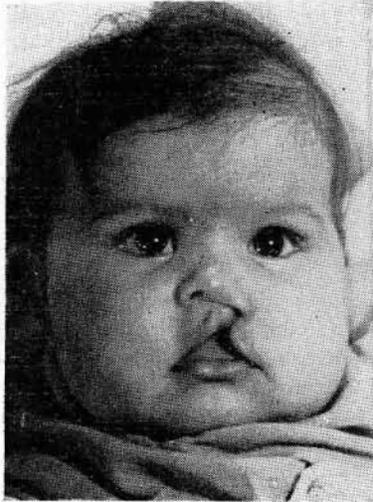


Fig. 10
Labio Leporino unilaterale izquierdo completo.



Fig. 11
Resultado obtenido con la operación plástica. Dada la edad de la paciente, no se hizo tiempo gingival.

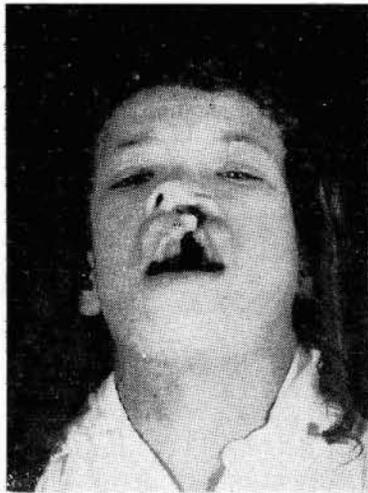


Fig. 12
Labio Lejorino unilaterale izquierdo completo con gran separación palatina y deformidad nasal.



Fig. 13
Resultado obtenido con la operación plástica. Nótese la perfecta coaptación nasal y del piso.

Fig. 14
Labio Leporino bi-lateral
con prominencia exagerada
del mamelón central y
deformidad gingivo palatina
monstruosa.



Fig. 15
Resultado obtenido después
de las operaciones
plásticas.

En este caso se procedió
de la siguiente manera:

- 1er. tiempo: osteotomía
cuneiforme del vómer.
- 2º tiempo: Osteo-plastia
gingival.
- 3er. tiempo: Plástica labial
bilateral.
- 4º tiempo: plástica palatina.

Referencias:

- Blair V. P. Medical Journal 1931.
Finochietto R. Lecciones de Cirugía 1945.
Marino H. Labio Leporino 1942.
Ombredanne Précis clinique et Operatoire de Chirurgie Infantile 1944.
Kirschner Tratado de Cirugía.
Lozoya S. J. La Queilo-gingivo-urano-estafilo-plastia 1947.
Guajardo C. V. Queilo-gingivo-urano-estafilo-quisis 1947.
Veau: Etude anatomique du bec-de-lievre unilateral total 1928.