
Fisura naso labio alveolo palatina Fisura unilateral y bilateral primaria. Actualización

MIRTA MORENO*

RESUMEN

La fisura naso labio alveolo palatina es la malformación congénita más frecuente dentro de las fisuras de la cara. Se clasifica en fisura primaria y secundaria de acuerdo a su posición con respecto al foramen incisivo. En esta comunicación nos referiremos exclusivamente a la clasificación diagnóstica y tratamiento de la fisura primaria unilateral y bilateral.

Palabras clave: *fisura labio naso alveolar, queiloplastia, rinoplastia.*

INTRODUCCIÓN

La fisura naso labio alveolo palatina (FN-LAP) es una patología frecuente dentro de las malformaciones de la cara y se clasifica en fisura primaria y secundaria.

Fisura primaria es la que está situada por delante del foramen incisivo, comprendiendo nariz, labio y alveolo y fisura secundaria, la que se sitúa por detrás del mismo, comprendiendo paladar duro y blando.

La fisura primaria puede presentarse en forma unilateral o bilateral, ambas en forma completa o incompleta. Es una patología que por su complejidad requiere tratamiento multidisciplinario pre y post operatorio.

La incidencia varía según los distintos países en un rango 0,6 a 1,7/1000 nacimientos vivos. En nuestro país la incidencia es de aproximadamente 1/820 nacimientos vivos; sobre éstos, el 57% se presenta como fisura primaria y secundaria asociada, el 22% como fisura primaria y el 21% como fisura secundaria.

EMBRIOLOGÍA

El desarrollo de la cara es un proceso tridimensional de crecimiento, fusión y remodelación de los tejidos.

Al finalizar la 4ª semana, la estructura de la cara se origina a partir de los primordios que rodean al estomodeo. En este período se observa una prominencia nasal única, dos procesos naso mediales, dos naso laterales, dos procesos maxilares y dos mandibulares.

La morfogénesis facial está dada por los diferentes mecanismos que son desencadenados por señales muy sensibles que van conformando el desarrollo de la estructura de la cara.

La ausencia de estas señales produce muerte celular o disminución de la proliferación celular, dando lugar a diferentes malformaciones faciales.

Se considera que el origen de las fisuras es multifactorial, reconociéndose en su mecanismo de producción causas genéticas, hereditarias y ambientales en forma aislada o asociadas entre sí.

ANATOMÍA

En el labio distinguimos dos grupos de músculos, los dilatadores y los constrictores. Los dilatadores, rodean el orificio bucal de afuera hacia adentro y de arriba hacia abajo y los constrictores rodean el orificio bucal en su totalidad.

En la fisura de labio, el músculo orbicular es el más afectado. En las formas bilaterales, el músculo orbicular se encuentra interrumpido en su porción central, quedando dividido en dos porciones que van desde cada una de las comisuras hasta la base nasal homolateral, quedando el prolabio desprovisto de músculo. *Figura 1.*

* Servicio de Cirugía Plástica.
Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez".

Correspondencia:
ioio??????

En la fisura unilateral el músculo orbicular es asimétrico, extendiéndose desde cada una de las comisuras hacia la base de la nariz del lado afectado por la fisura. *Figura 2*

En las formas clínicas más leves e incompletas el músculo orbicular también se encuentra afectado, siguiendo sus fibras la disposición de la manifestación dérmica del defecto.

CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

La fisura primaria puede ser unilateral o bilateral, cada una de ellas puede presentarse en forma completa o incompleta.

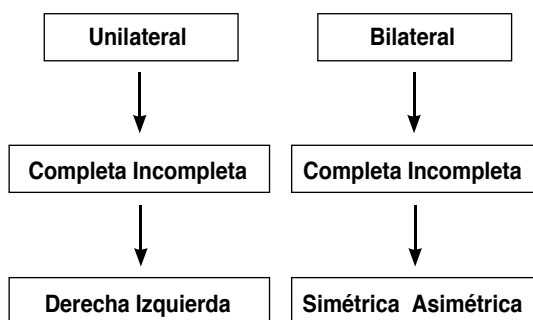


Figura 1.



Figura 2.



En la fisura nasolabioalveolar bilateral el aplanamiento alar es bilateral (1-2), la columela central es corta o ausente (3). La premaxila (4) está centralizada y por encima de ella se ubica el prolabio (5), distinguiéndose en éste, una porción superior (labio blanco) y una porción inferior (bermellón). Ambos hemilabios con su porción blanca y bermellón se extienden desde la comisura hasta la base alar (6-7), el músculo orbicular por debajo mantiene la misma dirección dejando el prolabio totalmente desprovisto de fibras musculares. La fisura bilateral primaria completa es muy poco frecuente, es más habitual su presentación como fisura bilateral primaria y secundaria. *Figura 3*

En las formas completas, la fisura nasolabioalveolar unilateral se caracteriza por presentar aplanamiento del cartílago alar (1), desviación de la columela hacia el lado sano (2), implante bajo de la base alar del lado de la fisura (3), falta de continuidad del músculo orbicular que se inserta a cada lado del piso nasal fisurado siguiendo la orientación de ambos hemilabios (4-5). *Figura 4.*

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza en el momento del nacimiento. En la actualidad puede hacerse en el período prenatal por ecografía simple o 3D, permitiendo a los padres informarse sobre la patología y además realizar una consulta precoz con el cirujano para comenzar con el tratamiento multidisciplinario al momento del nacimiento.

Figura 3.



TRATAMIENTO

El tratamiento del paciente fisurado requiere un trabajo interrelacionado entre todas las especialidades para obtener los mejores resultados estéticos y funcionales. La evaluación global y seguimiento del paciente es realizado por el pediatra, quien hace el seguimiento clínico y coordina las interconsultas con el Servicio de genética, otorrinolaringología y otras disciplinas que puedan ser requeridas, si se presentan patologías agregadas. El cirujano plástico, el odontólogo y el foniatra conforman el trípode del tratamiento quirúrgico funcional.

Para la alimentación no se requiere sonda nasogástrica, ni tetina especial ya que el bebé puede succionar el pecho materno o biberón sin dificultad, beneficiando la estimulación muscular.

Es aconsejable que la consulta se realice dentro de la primer semana de vida para comenzar precozmente con la colocación de la placa odontológica, que tiene la función de estimular el crecimiento óseo, expandir lateralmente el paladar evitando el colapso, alinear el reborde alveolar y ubicar la premaxila. Esta placa tiene un conformador nasal que ayuda a modelar el borde libre de la nariz logrando una delicada curvatura y facilitando la remodelación quirúrgica posterior. *Figura 5*

La consulta tardía al equipo interdisciplinario, especialmente al equipo quirúrgico funcional (cirujano odontólogo foniatra) no permite un tratamiento precoz adecuado y retrasa la evolución y oportunidad quirúrgica ideal.

La ejercitación fonaudiológica está orientada a estimular la movilidad y desarrollo de la musculatura orofacial especialmente en el área naso labial. El mayor desarrollo del músculo orbicular permite una mejor disección quirúrgica, facilitando el avance a la línea media y la conformación de la cincha muscular.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Consideramos adecuado realizar la queiloplastia conjuntamente con rinoplastia primaria a los tres meses de edad en las fisuras bilaterales y unilaterales.

En la fisura bilateral realizamos marcación de Veau Millard para la queiloplastia con amplia disección del músculo orbicular reconstruyéndolo en la línea media, conformando así la cincha muscular que favorece la contención de la premaxila. Liberación del surco gingival para dar una adecuada profundidad que permita la movilidad del labio. El reposicionamiento de los cartílagos alares permite la elevación alar y elongación columelar.

Figura 6 a, b y c.

Figura 4.

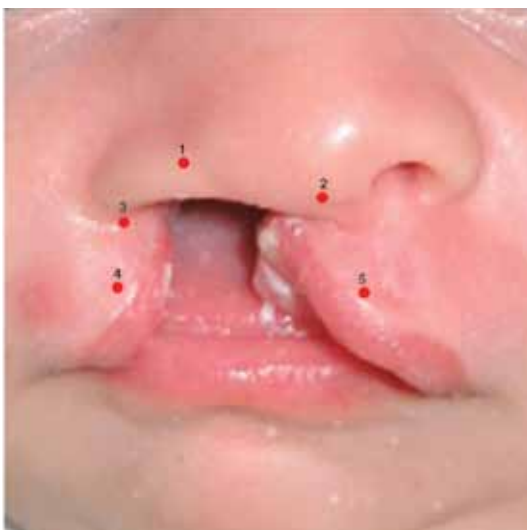


Figura 5.

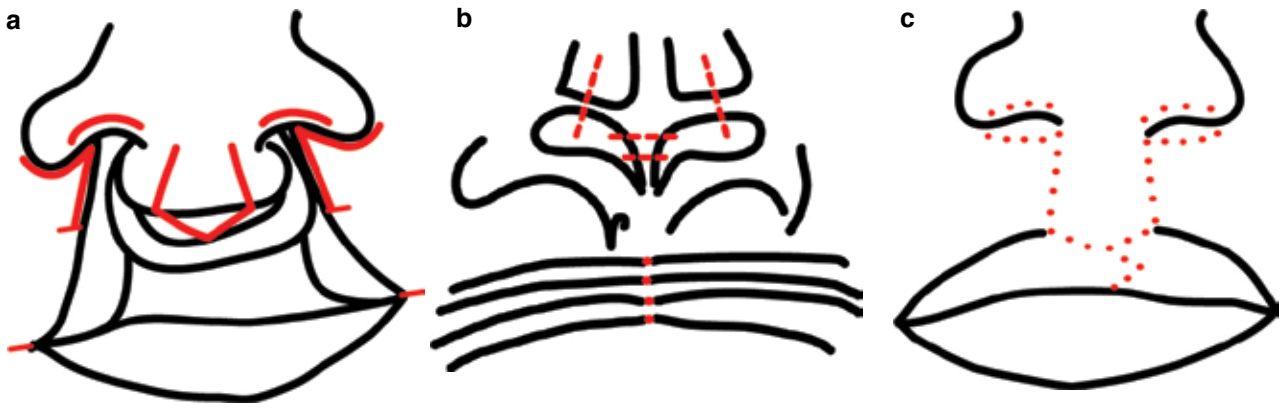


Figura 6. Fisura bilateral

6a: Esquema marcación técnica Veau Millard.

6b: Esquema cincha muscular reposición de cartílagos alados orbicular fisura unilateral.

6c: Esquema de cicatrices finales post corrección.



CASOS CLÍNICOS

Figuras 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.



Figuras 10, 11 y 12. Post cirugía de frente, perfil y desde abajo



En la fisura unilateral utilizamos la marcación de Millard para la queiloplastia, con reconstrucción de la cincha muscular, y la técnica de Tajima para la rinoplastia primaria con suspensión del cartílago alar. En el cierre de la mucosa se utilizan colgajos triangulares

que permiten el alargamiento de la misma para conformar un surco gingival amplio que favorezca el movimiento del labio y además permita la colocación de la placa palatina.

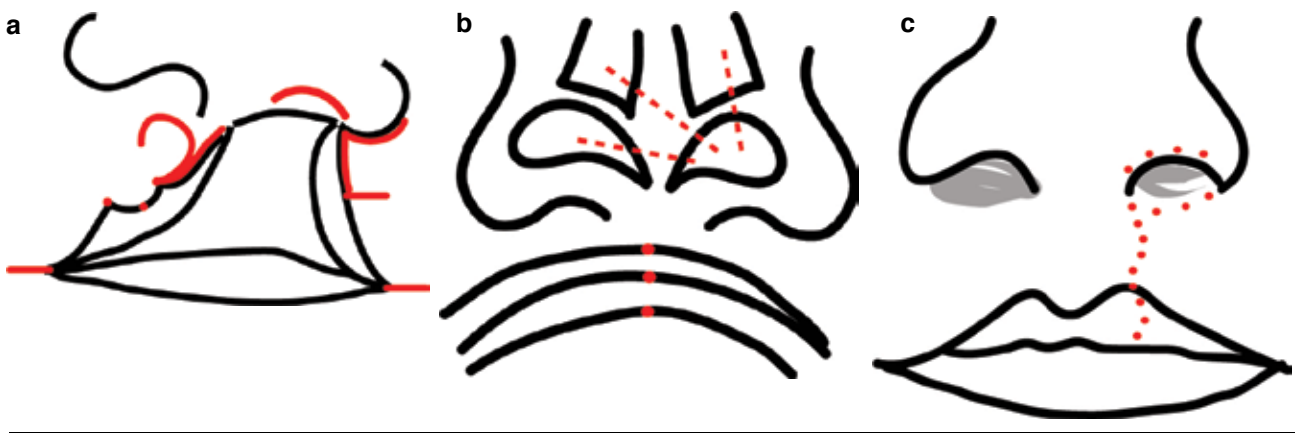
Figura 13 a, b y c

Figura 13. Fisura unilateral.

13a: Esquema marcación de puntos técnica Millard.

13b: Esquema cincha muscular suspensión alar con técnica Tajima.

13c: Esquema cicatriz post quirúrgica.



CASOS CLÍNICOS

Figuras 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25.

Figura 14. Fisura unilateral derecha frente



Figura 15. Fisura unilateral derecha perfil



Figura 16 Fisura unilateral derecha desde abajo



Figura 17. Post operatorio frente



Figura 18. Post operatorio perfil



Figura 19. Post operatorio desde abajo



Figura 20. Pre operatorio fisura unilateral derecha frente



Figura 21. Pre operatorio fisura unilateral derecha perfil



Figura 22. Pre operatorio fisura unilateral derecha desde abajo



Figura 23. Post operatorio frente



Figura 24. Post operatorio perfil



Figura 25. Post operatorio desde abajo



CONCLUSIÓN

El tratamiento del paciente fisurado es interdisciplinario y debe comenzar precozmente en la primer semana de vida para permitir un desarrollo y funcionamiento facial armónico evitando así los estigmas característicos de esta patología, minimizando el número de cirugías, y permitiendo una mejor y temprana inserción social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Locklant R. Músculos y aponeurosis de la cabeza y el cuello. Anatomía Humana. Ed Interamericana. Edición 1965.
2. Moore Pesand Shiota. El aparato bronquial y faríngeo. Atlas de Embriología Clínica. España Ed. Panamericana.1996.
3. Carlson B. Cabeza y cuello. Embriología Humana y Biología del Desarrollo. Barcelona. 4ª Edición. Ed Elseiver Mosby. 2009.
4. Kernahan-Thomson. Symposium on Pediatric Plastic. *Surgery* Vol 21.1982.
5. Sheen J. Aesthetic Rhinoplasty. Mosby Company. Ed 1978.
6. Millard R. Cleft Craft. The evolution of its surgery. Vol I. Unilateral deformity. Boston. Ed Little Brown 1980.
7. Millard. Cleft Craft. The evolution of its surgery. Vol II. Bilateral deformity. Boston. Ed Little Brown 1980.
8. Tajima S. Reverse U Incision for secondary repair of cleft lip nose. *Plastic and Reconstructive Surgery* 60: 256-261.1977
9. Morovic G. Combining the cutting and mulliken methods for primary repair of the bilateral cleft lip nose plastic and reconstructive. *Surgery* 2005. 116:1613-19.
10. Mulliken J. Double unilimb Z plastic repair of microform cleft lip. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2005;116:1623-31.
11. Stal S, Brown R, Higuera S, Hollier L, Byrd H. Cutting C, Mulliken J. Fifty years of the Millard rotation. Advancement: locking back and moving forward. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2009; 123:1364-77.
12. Cutting C, Kamdar M. Primary bilateral cleft nasal repair. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2008; 122:918-9.
13. Nasoalveolar molding improves long term nasal symmetry in complete unilateral cleft lip.cleft palate patients. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2009; 123:1002-6.
14. Jaju R, Tate A. The rol of pediatric dentistry in multidisciplinary cleft palate team at advanced pediatric dental residency programs. *Pediatric Dent* 2009; 31:188-92.