

TRATAMIENTO DEL LABIO LEPORINO SIMPLE

por los

Dres. V. MIRABET IPPÓLITO, R. GONZÁLEF FONTANA
y J. MALLENT

Introducción

Nuestro propósito al realizar este trabajo es hacer una recopilación de publicaciones especializadas y exponer los datos con arreglo a una crítica, según la experiencia adquirida por nosotros a través de los numerosos casos tratados en el Hospital de la Cruz Roja, Cátedra de Otorrinolaringología (Prof. Bartual), Residencia Sanitaria del S.O.E. «General Sanjurjo» y en el Departamento de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de Uppsala (Prof. Skoog).

El labio leporino siempre se mantiene como tema de actualidad, debido a la elevada incidencia y a la terrible deformidad facial que produce esta malformación congénita.

La frecuencia de estas malformaciones ha sido estudiada por diferentes autores en algunos países, y, por considerar de gran importancia los resultados, adjuntamos varios datos que reflejan la cantidad tan considerable de pacientes que nacen afectados con esta tara.

Frobelius (Rusia)	1 : 1.525
Rischbieth (Inglaterra)	1 : 1.742
Perron (Francia)	1 : 942
Gunther (Alemania)	1 : 1.000
Grothkopp (Holanda)	1 : 639
Eddberg (Suecia)	1 : 960
Soivio (Finlandia)	1 : 1.800
Davis (Estados Unidos)	1 : 1.177
Fogh-Andersen (Dinamarca)	1 : 665

Nosotros hemos estudiado el porcentaje de malformaciones en Valencia, y los resultados fueron publicados en el año 1959, apreciando un promedio de 1 : 958.

A continuación iremos exponiendo de una manera sistemática las diferentes cuestiones que plantea su tratamiento adecuado.

El tiempo ideal para la operación

La edad para iniciar el tratamiento quirúrgico es una de las cuestiones que más controversias ha producido. Nosotros hemos descartado la operación temprana (dentro de las primeras cuarenta y ocho horas), basados en la opinión del puericultor, anestesista y dificultades técnicas operatorias.

Hemos estudiado este problema y llegamos a la conclusión siguiente: el tiempo no es la medida adecuada para indicarnos el momento para la operación; el período de tres meses que marcan los anglosajones no es igualmente aprovechado por todos los pacientes.

La balanza nos proporcionará una idea más exacta del estado general del niño; observamos la curva ponderal y esperamos alcance un peso de 6 kg., momento que consideramos adecuado para someterle al tratamiento quirúrgico.

Sabemos que este compás de espera es difícil de mantener, porque existen pocas deformidades que provoquen una impresión tan desagradable a los padres como el labio leporino; pero también es cierto que la experiencia del médico permite convencer a los padres y hacer la espera más soportable.

Hemos observado una mayor atención en los cuidados de alimentación e higiene de estos niños, cuando los padres están pendientes de alcanzar los 6 kg., que si se les anuncia una fecha para la operación.

Al exponer nuestro punto de vista no queremos mantenerlo como única solución. Estamos seguros que los defensores de las distintas «edades ideales» para la intervención obtienen buenos resultados, fruto de dominar la técnica y haber conseguido una perfección de los cuidados pre y postoperatorios. Sin embargo, creemos resulta errónea la posición de operar en cualquier momento. Demuestra falta de criterio, y los resultados son mediocres.

Seguramente extremamos los cuidados ante una intervención poco traumática, como es la corrección de un labio leporino simple, pero seguimos este criterio porque no estando supeditado el tratamiento a la urgencia, procuramos elegir la fase en que el pequeño paciente

se encuentre en condiciones fisiológicas óptimas y evitamos riesgos innecesarios.

Durante el período preoperatorio, es sometido por el pediatra a una vigilancia periódica, que culmina con una exploración clínica y de laboratorio que nos valora su estado fisiológico y confirma el visto bueno final vísperas de la operación.

Anestesia

La práctica de la anestesia en pediatría tiene que ser cuidadosamente controlada en todas sus fases, empezando por la premedicación (pentobarbital y atropina), que elimina el trauma psíquico (alivia el miedo, reduce la hiperexcitabilidad de los reflejos) y disminuye las secreciones bronquiales y salivares.

De esta forma, los pequeños pacientes pasan por una inducción (ciclopropano y éter) tranquila y nada traumática, que reduce el riesgo y al mismo tiempo el volumen de agente anestésico.

Son intubados por vía bucal, salvo raras excepciones. Así, de esta manera, siempre se puede controlar o ayudar la respiración, según las necesidades, al mismo tiempo que se evita la aspiración de líquidos, favoreciendo la eliminación de dióxido de carbono.

El tubo y la conexión no deben interferir el campo operatorio ni ocasionar tracciones que desvíen los puntos normales de referencia.

La intubación debe ser cuidadosa, para evitar el edema de las cuerdas vocales, que reduce sensiblemente la luz laríngea, y al introducir el tubo se debe recordar que la tráquea de los niños es corta (recién nacidos, 4,5 cm.) y con facilidad se puede alojar en el bronquio derecho.

Durante la anestesia se debe vigilar: número de pulsaciones, número de respiraciones y tensión arterial. Con estos datos es posible juzgar el estado general del paciente durante la intervención.

Los niños no deben ser abandonados en la habitación o sala hasta después de comprobar su total recuperación.

Las técnicas quirúrgicas

Las técnicas quirúrgicas para restaurar la fisionomía alterada por un labio leporino simple sufren continuamente notables cambios. Un afán por resolver este problema llevó a numerosos autores a idear in-

geniosos planes para simplificar el trazado de las incisiones clásicas, respetando al mismo tiempo los detalles anatómicos normales del labio y conseguir una restauración perfecta.

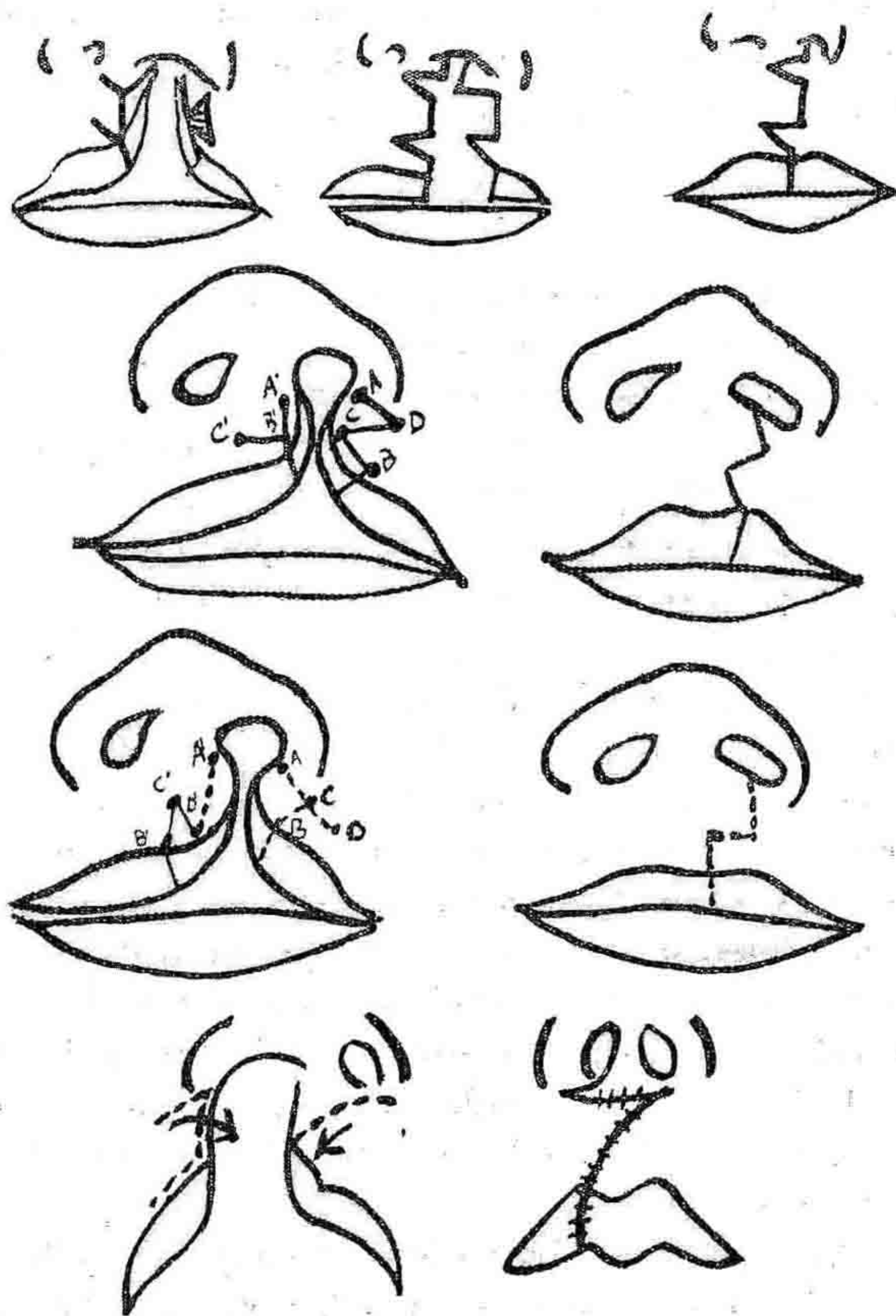


FIG. 1.—Presentamos esquemas de cuatro técnicas modernas. A, técnica de Skoog; B, técnica de Tennison; C, técnica de Le Mesurier; D, técnica de Millard.

Se demostró que los tejidos no debían suturarse a tensión; la presencia de puntos de alambre para contención ponen de manifiesto el empleo de una mala técnica o una técnica mal empleada. El arco de Logan pasó a ocupar su sitio correspondiente en el museo de instrumentos quirúrgicos.

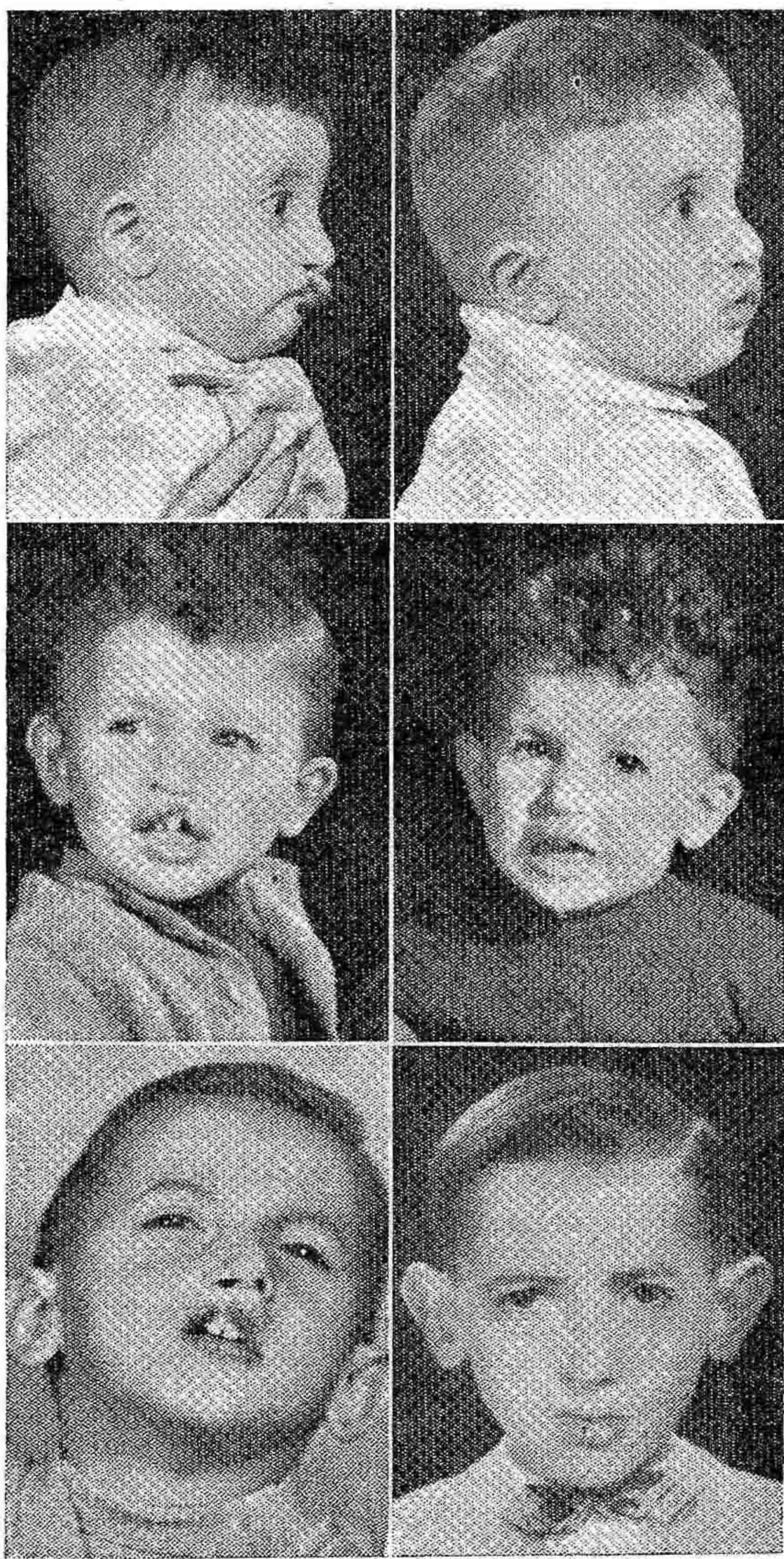


FIG. 2.—Tres casos operados.

Las cicatrices rectas dejaron paso a las quebradas de forma de Z, que evitan las cicatrices viciosas y dejan al labio libre de tracciones cicatriciales y permite un desarrollo normal del maxilar superior, impidiendo de esta forma alteraciones funcionales y estéticas.

Fueron muchas las operaciones publicadas para corregir la deformidad que provoca el labio leporino; pero estudiadas meticolosamente y comprobados sus errores o dificultades para llevarlas a la práctica, poco a poco desaparecieron del uso corriente en las clínicas especializadas.

Ejemplo de la crítica tan dura que sufren todos los métodos es la técnica de Le Mesurier; desde que fué publicada por su autor, en 1949, mucho se ha escrito sobre los maravillosos resultados que se obtenían. Pero no pudo resistir incólume el juicio de los cirujanos plásticos. Después de estudiar numerosos casos apreciaron ciertos inconvenientes que justificaron la búsqueda de otro procedimiento mejor.

La técnica de Le Mesurier requiere la formación de un colgajo rectangular (técnica basada en la de Hagedorn, 1902) sobre el lado de la hendidura y sacrifica al mismo tiempo considerable cantidad de tejido de la parte central, produciendo un adelgazamiento de esta zona y frecuentemente un alargamiento del labio con una irregular reconstrucción del arco de Cupido.

Varias técnicas nuevas (Tennison, 1952; Marcks, 1953; Millard, 1955; Trauner, 1955; Skoog, 1958) fueron publicadas. En ellas se corrige la pérdida de tejido y respetan el filtro y arco de Cupido y mejora la reconstrucción del ala de la nariz.

Nosotros hemos empleado estas técnicas y otras (Steffensen, Mirault-Blair, B. Brown y McDowell), que estuvieron en uso durante largos años, pero debemos reconocer la supremacía de las técnicas modernas por su mayor sencillez y buenos resultados; al mismo tiempo hacemos hincapié sobre la necesidad de observar cuidadosamente a los pacientes y resolver en la consulta la técnica que nos parece más indicada para cada uno de ellos y que muchas veces será una mezcla de varias.

Siguen ocho referencias bibliográficas, que proporcionamos a su demanda.

(Pblado. «Med. Espñla. y Odttria.»)