

## ¿A QUE EDAD DEBEN SER OPERADAS LAS FISURAS PALATINAS? (\*)

Por el

DR. E. ROVIRALTA

*Cirujano de los Institutos Policlínico y Neurológico  
de Barcelona*

Bajo este mismo encabezamiento publicamos en "Ars Médica" el año 1931 nuestro primer trabajo de divulgación y orientación, con el fin de de informar al médico práctico sobre los principales problemas inherentes a las correcciones de las fisuras palatinas en sus múltiples forma y disposiciones.

Posteriormente, en distintos lugares y ocasiones, hemos insistido sobre ellos, y de modo muy especial sobre el más trascendente, sin duda alguna, desde los puntos de vista social y humanitario. Esto es, sobre la edad óptima en que deben ser ocluídas las fisuras palatinas, factor a todas luces fundamental para el niño venido al mundo con tan importante malformación.

No nos atreveremos a declarar que nuestro fracaso en este particular haya sido rotundo, pero sí lo suficientemente importante para haber creído necesario intentar, una vez más, en ocasión de este Congreso, difundir ciertos conceptos cuya poca meditada desatención inflige serios perjuicios a los niños afectados por esta deformidad.

La responsabilidad de la transgresión de los principios fundamentales a que debe atenerse toda corrección de una fisura del paladar, bien sea parcial, completa o complicada con labio leporino, incumbe unas veces a los familiares y otras, las más, al médico práctico, a quien con mucha frecuencia no le faltan ciertos atenuantes al haarse mal orientado por los que sin ex-

perencia personal ni erudición suficiente sobre la materia se permiten dictar normas y consejos en total oposición con el estado actual del problema, y lo que es peor, muchas veces con el más elemental sentido práctico.

Es cierto y lamentablemente exacto que no existe todavía un acuerdo unánime sobre el momento más oportuno de efectuar la oclusión de la fisura palatina. ¿Pero es que existe unidad de criterio, nos preguntamos, en el tratamiento de muchos procesos más banales, una tifoidea o una neumonía, pongamos como ejemplo?

Nuestra ciencia en su connatural o innata inexactitud es siempre opinable, y no faltarán nunca los científicamente despreocupados que, convenidos de una "genialidad", sólo por ellos sentida, despreciarán las normas seguidas y preconizadas por los más autorizados para instituir tratamientos y defender conceptos personales aunque carezcan de todo respaldo científico.

Y esto es precisamente lo que ocurre en el punto concreto que estamos tratando. No es suficiente que, desde hace más de veinte años Veau, en Francia; Kilner y Denis, en Inglaterra; Owre, en Norteamérica; Fogh Anderson, en Dinamarca; Sanvenero Rosselli, en Italia; Lelio Zeno, en Argentina, y nosotros, en España, entre otros muchos, y reuniendo en conjunto la experiencia de varios millares de uranoestafilorrafias nos hayamos puesto tácitamente de acuerdo en fijar el momento operatorio "ideal" con ligeras variantes de unos meses, para que aquellos que por razón de hallarse dedicados a otras actividades, y que por tal motivo no han tenido ocasión de observar en toda su vida profesional más de una docena de casos o habrán operado (?) unos pocos más, se permitan dictar normas que, como ya hemos dicho, la razón no sea capaz de aceptar.

Lo realmente curioso es que el problema de la oportunidad operatoria de la fisura palatina se presenta en términos de una claridad meridiana, para el que sin perjuicios lo examine con sencilla objetividad.

Es un hecho incontrovertible que si el niño empieza hablar con una malformación tan importante como una fisura más

o menos extendida de su órgano velopalatino, es absolutamente inevitable que procure adaptar su elocución a los defectos existentes. Por lo tanto, su complejo, su sistema músculo-nerioso, que es el que a fin de cuentas, por sí sólo y de modo automático gradúa el paso del aire hacia las cavidades nasal y bucal, es forzoso que adquiera vicios de adaptación a su deficiencia, que más tarde serán *totalmente imposible de corregir* con una simple oclusión palatina.

Sentada esta premisa, que nadie se ha atrevido todavía a negar, queda bien claro que la oclusión palatina debe efectuarse antes de los dos años como máximo, con lo que tenemos ya fijado el tope máximo de operabilidad.

En cuanto al que podríamos llamar tope mínimo, disponemos, sin duda, de menos concisión. Existen, sin embargo, dos factores, que por su importancia merecen ser tomados en consideración, y que en principio nos han de servir de punto de apoyo en la finalidad que nos proponemos.

Es el primero el de la mortalidad operatoria, que es innegable que disminuye en proporción directa con el crecimiento del niño y que, por lo tanto, induce a evitar todo apresuramiento injustificado. Ahora bien, con los adelantos, tanto de técnica quirúrgica como de la anestesia y de los cuidados pre y postoperatorios, los peligros han sido reducidos a cifras que en ningún modo justifican el transponer el límite máximo antes señalado.

Como prueba fehaciente de la veracidad de este aserto, transcribimos a continuación nuestra estadística personal, desde mayo de 1939 hasta la fecha. Más que otro argumento entendemos que ella se basta para justificar el criterio que defendemos.

---

Operaciones por fisura palatina .....	208
Estafilorrafias y uranoestafiloplastias.....	146
Faringoplastias ... ..	62

Edades:

	1 a 2	2 a 3	3 a 5	5 a 10	Más de 10	TOTAL
Estafilorrafias y uranoestafiloplas.	91	26	18	10	1	146
Faringoplastias .....	—	—	5	28	29	62
Total + de 2 años .....						117
Total — de 2 años .....						91

Mortalidad según tipo de operación:

Estaf. y uranoestaf. ....	— 3,2 %
Faringoplastias .....	— 1-1,6 %

Mortalidad según la edad:

	1 a 2	2 a 3	3 a 5	5 a 10	Más de 10
Estafilorrafias y uranoestafiloplastia .....	2	1	—	—	—
Faringoplastias .....	—	—	—	1	—
	2,1 %	3,8 %	—	2,7 %	—

De las cifras acabadas de exponer, y a los efectos del punto concreto a que hoy nos referimos, nos interesa hacer resaltar únicamente que la mortalidad de 2,1 por 100 correspondiente a los operados entre uno y dos años la conceptuamos muy elevada y susceptible de ser disminuída en lo sucesivo, a pesar de que no excede de las cifras consignadas por los cirujanos de mayor solvencia en estos procesos.

Ambas defunciones corresponden a una época en que excesivamente confiados y entusiasmados por las enormes ventajas que para este tipo de operaciones ofrece en el niño la anestesia mediante Avertina, aumentamos la dosis, a fin de casi anular la administración de éter como anestesia complementaria. Estos dos niños murieron presentando un cuadro tóxico de muy difícil identificación, pero con certeza relacionado con la anestesia.

Fundadamente esperamos no verlo repetirse al emplear la Avertina con más cautela. (En los 58 últimos de esta serie no se ha observado ninguna anormalidad.) Nos interesa también dejar consignado que los 89 restantes de este grupo no presentaron complicación alguna en su curso postoperatorio.

Pero aun dejando aparte estas consideraciones, que al fin y al cabo pueden ser consideradas como de no poseer otro valor que el propio de los buenos deseos, una mortalidad de 2,1 por 100 no creemos pueda asustar a nadie, máxime si tomamos en consideración que entre los 62 operados de faringoplastia, única operación honestamente aconsejable pasados los tres o cuatro años, sufrimos un caso de muerte de un niño de nueve años (1,6 por 100).

Además de estas consideraciones estadísticas personales, existe un hecho estudiado por diferentes autores, quienes basándose en estudios llevados a término con el más estricto espíritu crítico, han demostrado la mucha mayor mortalidad de los niños afectos de fisura palatina *antes de su oclusión* ya operados. El intrascendente posible aumento de la mortalidad al intervenir entre el año y medio y los dos años queda, por este hecho, sobradamente comprobado.

Sin temor a exagerar, se puede, por lo tanto, afirmar que la mortalidad en conjunto de los fisurados del paladar y cuando naturalmente sean intervenidos en Centros adecuados y por cirujanos especializados, es sensiblemente menor entre los operados precozmente que entre los que lo son en época tardía.

La otra razón que induce a no adelantar excesivamente la uranoestafiloplastia o la simple estafilorrafia, es la indiscutible de una mayor comodidad de trabajo en relación con el tamaño de la boca, así como la que deriva de una aumentada consistencia de los tejidos que se traduce en la práctica, tanto en la posibilidad de emplear una técnica más delicada y precisa como en un menor peligro del fallo de las suturas.

Expuestos en forma sucinta y esquemática, los principales factores que el problema plantea, éste se resuelve casi automáticamente, ofreciéndonos por sí mismo la fórmula aceptada sin discusión por la inmensa mayoría de internistas y cirujanos de todos los países.

En España, a pesar de todos los esfuerzos por nosotros realizados en los últimos veinte años, estas razones son con harta frecuencia desatendidas.

Dejando de lado, por su escasez, aquellos casos en que la oclusión se ha intentado corregir por algún "aficionado" en el

momento den acer, persisten dos tendencias a todas luces inadmisibles, sobrel as que venimos a combatir.

Por algunos, la oclusión velo-palatina es practicada y aconsejada hacia los seis meses. Nada tenemos que decir referente a esta conducta en lo que atañe a la elocución, que no dudamos debe ser correcta en estos operados en una edad a nuestro juicio excesiva e innecesaria precoz.

Pero en cuanto a los peligros, así como al éxito anatómico de la oclusión, nos vemos obligados a hacer las más fundamentadas reservas, aun sin poder llegar a conclusión alguna debido a no haber sido publicada, que sepamos, estadística detallada, por los preconizadores de este criterio.

Nos cuesta mucho trabajo, sin embargo, aceptar que, tanto los resultados anatómicos como la mortalidad, sean equiparables a los de las operaciones practicadas después de los quince meses, máxime teniendo en cuenta la arbitrariedad que significa el elegir como momento óptimo el principio del segundo semestre, período bien conocido como de inflamación de la mucosa y de disminución de las defensas generales del niño al iniciarse la irrupción de los primeros dientes.

De mucha mayor gravedad y trascendencia nos parece el criterio, mantenido de preferencia, y especialmente por aquellos que por hallarse alejados de estas actividades no han vivido de cerca estos problemas, de aplazar la operación para después de los tres o cuatro años; esto es, condenado deliberadamente y a sabiendas al deformado a una fonética ininteligencia para toda la vida.

Hasta tal punto resulta inútil la oclusión del paladar por encima de estas edades, que con reiteración hemos expuesto haber dejado de operar antes del año 1941 una cantidad apreciable de fisurados del paladar al exponerles con toda sinceridad la inutilidad de una simple oclusión en cuanto a sus resultados funcionales más nobles; esto es, los de la expresión hablada.

Fué tan sólo a partir de aquella fecha cuando iniciamos los primeros intentos en la recuperación de estos desgraciados, a los que se había dejado transcurrir el momento oportuno sin hacerles objeto de la operación oportuna.

A tal fin llevamos practicadas 62 faringoplastias, con resultados fonéticos altamente satisfactorios, si nos atenemos a la triste situación en que se hallaban, pero desde un punto de vista incomparable a los que disfrutaban los operados antes de los dos años.

Es, además, absolutamente necesario, al tomar en consideración el valor correctivo funcional de la faringoplastia, tener en cuenta que se trata de una intervención mucho más delicada, compleja e incluso peligrosa que la simple urano-estafilorrafia y que se halla, sin duda, sujeta a un apreciable porcentaje de fracasos, tanto por el estado deplorable de todos los elementos en que se deben practicar las suturas (mucosas atróficas, músculos débiles, velos retraídos, etc) como por las dificultades con que tropiezan los operados durante una reeducación, siempre larga y laboriosa, pero no todos aceptan y siguen con la disciplina indispensable, en el supuesto muy inseguro de que dispongan de un Centro especializado en tales propósitos.

Quede bien entendido que, si bien la faringoplastia puede representar una solución para aquellos deformados no operados a su debido tiempo, *en ningún modo debe ni puede ser considerada* como un argumento en favor de la operación en épocas tardías. Y no se olvide que en el momento actual esta operación, preconizada por nosotros, está muy lejos de haber logrado una difusión universal, la que probablemente no alcanzará nunca, por la sencilla razón de que son ya muchos los países en que las fisuras palatinas son operadas en su casi totalidad a su debido tiempo.

En España, muy a pesar nuestro, no es así, y la faringoplastia, por lo tanto, está llamada a procurar grandes beneficios; pero con todo, no tenemos noticia de que dicha operación se haya practicado por otras manos que las nuestras, factor muy digno de ser tenido en cuenta por aquellos que persisten en aconsejar la abstracción hasta épocas avanzadas de la edad del niño; esto es, una edad en la que en realidad debe de ser proscrita la simple oclusión de la fisura por las razones incontestables que dejamos consignadas.

Expuestas muy sucintamente las principales razones que de forma lógica y categórica fijan el momento operatorio de

elección en los niños afectos de fisura velopalatina, queremos, al terminar, transcribir el final de nuestro trabajo antes citado, y que a pesar de los dieciocho años transcurridos no ha perdido en un ápice su oportunidad.

“Delante de un niño con fisura palatina hacemos una exposición detallada de las ventajas que se desprenden de la intervención en cada momento de la vida, así como el precio a que pueden ser pagadas, a fin de que los familiares conscientes decidan de por sí con pleno conocimiento de causa.

”Este ha sido de hace tiempo nuestro criterio, hijo de la síntesis de cuanto hemos visto y leído de los grandes maestros y de lo que nuestra práctica nos ha enseñado en los casos vividos. Recientemente hemos tenido el placer de verle concluir con el de V. Veau, quien textualmente, en un extenso y documentado tratado acabado de publicar expone al abordar este punto:

”De hecho yo me imagino el papel del cirujano desde otro punto de vista. No le corresponde a él tomar la decisión de la operación del paladar, sino a los padres. Ellos son los únicos con poderes para atribuirse esta grave responsabilidad. Pero los padres, que lo ven todo del labio leporino, no saben a menudo nada de las consecuencias de la división del paladar. El papel del cirujano es instruirles. Su deber es exponerles cuál será el porvenir de su niño y cuál la gravedad de la operación. Que ellos tomen la responsabilidad.

”Esta es la última palabra del sabio profesor francés, que estimamos definitiva, y que hace que resulte realmente inverosímil que, planteado el problema en tal sentido, pueda existir quien prefiera todavía aplazar sistemáticamente la intervención con el único y muy humanitario fin de disminuir el riesgo operatorio. Pero, ¿a costa de qué? Pues a la de alcanzar, aun en el más feliz de los casos, una pésima fonética para toda la vida del paciente. Y esto, que es admisible que un padre lo decida de su hijo, estimamos deplorable pueda ser obra del cirujano. Y como hay quien parece no haberse dado cuenta de la responsabilidad que asume al sentar y difundir la conveniencia de aplazar la intervención hasta los cinco o seis años, hemos creído conveniente orientar al médico general, al tocólogo y al pedia-



tra, que son los que con mayor frecuencia serán los llamados a decidir una orientación sobre el particular, exponiéndoles los distintos factores con que se plantea hoy día el problema operatorio de las fisuras palatinas, así como la solución lógica que de ellos creemos se desprende.”

Nos complace hacer constar que, a pesar del tiempo transcurrido, los criterios expuestos en aquel entonces continúan manteniendo todo su valor y son los que predominan entre los autores más destacados en estas disciplinas.

No podemos por menos de lamentar, por lo tanto, que entre las 208 intervenciones practicadas en los últimos diez años, más arriba consignadas, tan sólo el 43,6 por 100 de ellas lo hayan sido por debajo del límite máximo que nunca debería transponerse.

No creemos que estas cifras, realmente aterradoras y decepcionantes, traduzcan la realidad en el momento actual, en nuestra región cuando menos, debido a que entre los operados tardíamente se cuentan pacientes de quince y veinte años de edad. Pero es evidente que persisten en proporción muy grande las víctimas de los malos consejos lanzados al albur, sin pensar en el daño que ocasionan a estos infelices, tan necesitados de una meticulosa e inteligente asistencia, ni en la responsabilidad en que incurren los que así los prodigan, y de la que, tarde o temprano, tendrán que tocar las consecuencias al enfrentarse su paciente con un operado a su debido tiempo y que por ello disfrute de una fonética normal o cuando menos satisfactoria (per *Rev. Clíc. Española*. 116, 1950).

---

El doctor Ricardo Horno Liria fué recibido en la Real Academia de Medicina, de Zaragoza, en cuya recepción leyó el discurso de ingreso sobre “La crisis de la natalidad en nuestra época”, contestándole en nombre de la Academia el doctor Galán Bergua.

Felicitamos sinceramente al doctor Horno Liria por tan distinguido nombramiento.

---

El Comité organizador del XXV Congreso Italiano de Estomatología, que tendrá lugar en Stresa del 26 al 30 del próximo septiembre, nos comunica ha establecido la secretaría de dicho Congreso en Vía Lammora, 9, doctor Enrico Goia, Torino (Italia).