

# LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA

**DR. LUIS TRESSERRA**

**([luis@clenicatresserra.com](mailto:luis@clenicatresserra.com))**

## **INTRODUCCION**

La fisura del labio y la fisura del paladar son dos de las más frecuentes anomalías del desarrollo.

El labio leporino es un defecto de nacimiento que se manifiesta por una apertura uni o bilateral en el labio superior entre la boca y la nariz.

Fig. 1



Labio leporino unilateral

Fig. 2



Labio leporino bilateral

Se origina por la falta de fusión o fusión incompleta de los procesos maxilares y naso medial del embrión y produce fundamentalmente un problema estético.

La fisura palatina es también un defecto de nacimiento que ocurre cuando falla la unión de las prominencias palatinas laterales con la prominencia palatina media o frontonasal y se manifiesta por la presencia de una apertura en el cielo de la boca. Hay una comunicación directa entre la boca y la nariz.

La fisura palatina puede extenderse desde la encía, junto a los dientes, hasta el paladar blando. Hay formas incompletas que pueden afectar sólo al paladar blando o al paladar blando y óseo pero respetando la encía o reborde alveolar.

Fig.3



Fisura palatina completa

Fig. 4



Fisura palatina incompleta

La fisura palatina crea fundamentalmente un trastorno funcional (trastorno del habla). También produce dificultad de alimentación, problemas de erupción dentaria y anomalías de desarrollo del maxilar.

Embriológicamente, el labio y el paladar se forman independientemente en el feto. Por tanto, podemos encontrar el labio leporino y la fisura palatina por separado o conjuntamente.

En el embrión normal, el labio se cierra entre la 5ª y la 6ª semana y el paladar a los 2 meses.

La mayoría de los bebés con fisura labio-palatina son sanos y no tienen ninguna otra anomalía congénita.

La verdadera causa por la que se produce esta anomalía, sigue siendo desconocida.

Se estima que algunos factores ambientales, fármacos, drogas, falta de vitaminas, etc., pueden reaccionar con ciertos genes específicos e interferir en el cierre normal del labio y o el paladar.

Sólo en algunos casos encontramos un cierto grado de predisposición hereditaria.

De todas formas, a pesar de las numerosas investigaciones científicas realizadas, los mecanismos biológicos que causan el labio leporino y la fisura palatina siguen siendo un misterio.

Estadísticamente la frecuencia de esta malformación es de 1,8 por cada mil nacimientos.

### **CUIDADOS Y ALIMENTACION DEL FISURADO**

Los niños con labio leporino no tienen porque tener ningún problema de alimentación. Sus cuidados deben de ser iguales a los de cualquier otro recién nacido.

La alimentación, cuando existe fisura palatina, normalmente también puede realizarse sin grandes dificultades. Únicamente se ha de tener paciencia y dedicar algo más de tiempo de lo normal, teniendo la precaución de colocar el niño incorporado unos 45º para aprovechar la ventaja de la gravedad y estimular el reflejo de deglución.

No somos partidarios de utilizar placas obturadoras del paladar. Estas placas producen roces e inflamaciones de la mucosa gingival y palatina, por lo que consideramos que no aportan ninguna ventaja respecto a la eficiencia que puede conseguir una madre motivada y bien instruida.

Aconsejamos intentar la alimentación materna, que en muchos casos se consigue e incluso se podrá mantener en el postoperatorio inmediato.

Fig.5



La lactancia materna no esta contraindicada

Si no se consigue la alimentación materna, existen biberones con tetinas especiales para fisurados tipo Nuk o Medela que se pueden encontrar en las farmacias.

De todas formas consideramos que será mucho más sencillo si logramos, como ocurre en la mayoría de los casos, que se adapten a tetinas normales.

Fig.6



TETINA DE MEDELA

Para favorecer la eficiencia de la ingesta se pueden ampliar los orificios de salida de la tetina o hacerle un corte en cruz.

Si el niño se atraganta, hay que interrumpir la alimentación e incorporarlo un poco más. Tras un breve descanso se reinicia la toma.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de un niño que ha nacido con una fisura labio palatina consta de varias fases y procedimientos. A la manera de enfocar el tratamiento se denomina PROTOCOLO.

Lo primero que sorprende a los padres es que al informarse comprueban que no hay uniformidad en el protocolo a seguir. Distintos cirujanos siguen distintos protocolos.

Mi consejo, es decirles que no se angustien, que sepan que por distintos caminos se puede llegar a un buen resultado. Lo que deben de hacer, cuando hablen con el cirujano, es comprobar bien, que con el protocolo que les propone, obtiene buenos resultados, tanto a corto como a largo plazo.

Los padres, antes de desorientarse leyendo páginas de internet (muchas veces erróneas y desfasadas), deben de contactar cuanto antes con un cirujano especializado, que responderá a sus preguntas y resolverá todas sus dudas.

Durante la primera visita, el cirujano también le informará de las fases quirúrgicas, técnicas a utilizar, tipo de anestesia etc., pero sobre todo compruebe que sea un cirujano con experiencia y que sus resultados son los deseables.

## **PROTOCOLO DE TRATAMIENTO (CLINICA TRESSERRA)**

En las formas unilaterales de labio leporino, el labio lo intervenimos entre los 4 y 6 meses de edad, dependiendo del grado de deformidad, desarrollo y peso del niño.

Actualmente, nuestra técnica de elección para la corrección quirúrgica del labio (QUEILORRAFIA), es la descrita como técnica de rotación-avance tipo Millard II, que tiene como principales ventajas el que no deja cicatrices en Z en el labio y alarga el subtabique nasal, que en el lado afecto es demasiado corto.

Fig.7



### Técnica de rotación-avance ( Millard II )

A



Diseño de incisiones

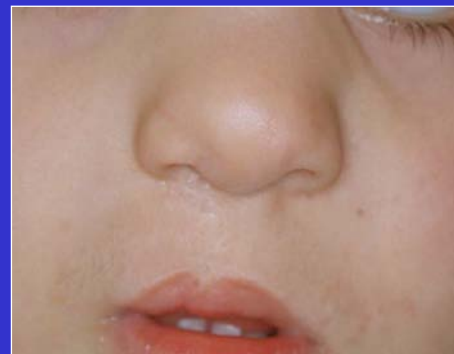
B



Sutura final

Además del labio, la nariz también está deformada. Con las técnicas modernas actuales corregimos al mismo tiempo el labio y el defecto nasal (RINOPLASTIA PRIMARIA), aislando la nariz de la boca (formación del suelo nasal).

Fig.8



Rinoplastia primaria

Aplicando esta técnica obtenemos excelentes resultados tanto a corto como a largo plazo.

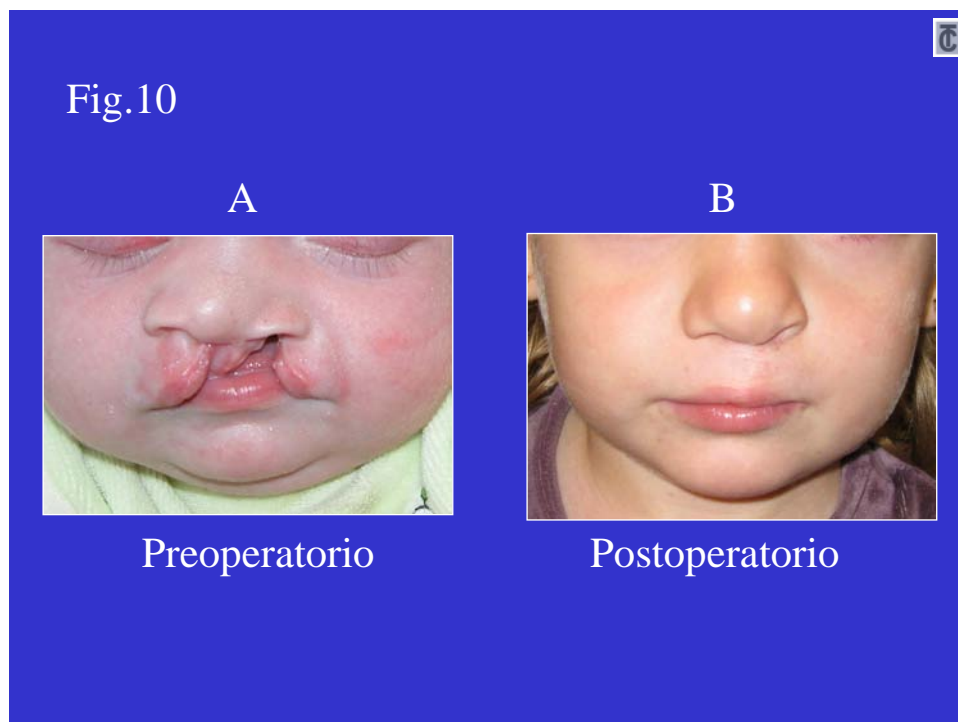
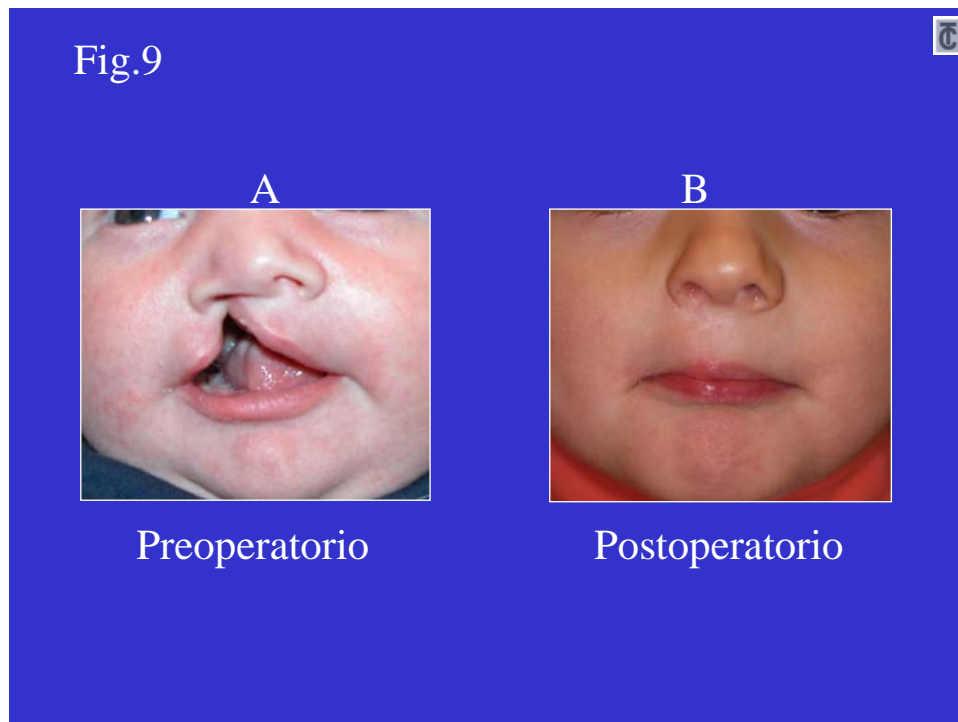






Fig.11

A



Preoperatorio

B



Postoperatorio



Fig.12

A



Preoperatorio

B

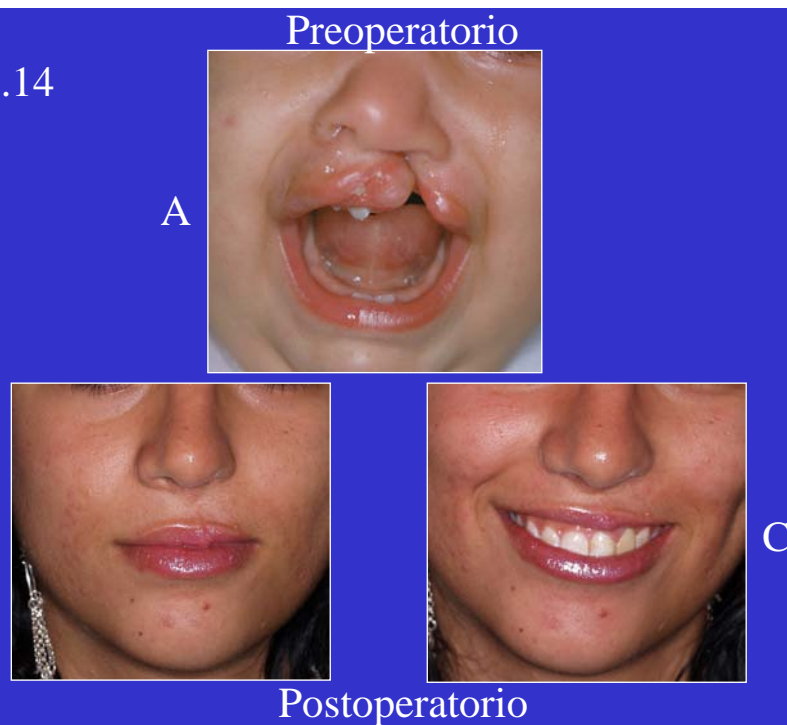


Postoperatorio

Fig.13



Fig.14



En las formas bilaterales de labio leporino, la deformidad es completamente distinta. La parte central del maxilar superior (premaxila) queda aislada de las partes (fragmentos) laterales. Esta premaxila generalmente está en mayor o menor grado en posición adelantada (protruida).

La parte central del labio superior (prelabio) es atrófica y no hay músculo en esta zona. Todo el músculo (orbicular) del labio superior se encuentra localizado en los segmentos laterales o externos del labio.

La columela (subtabique nasal) es demasiado corta y las aletas nasales están ensanchadas. El tratamiento debe de ir dirigido a corregir todos los defectos descritos y no sólo alguno de ellos.

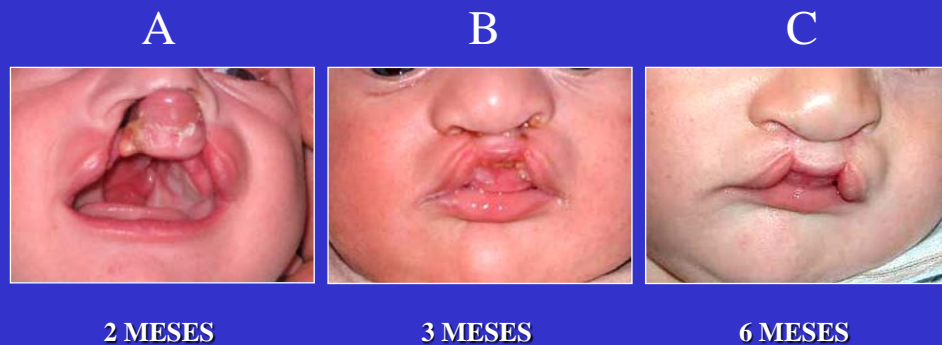
Es por ello que para las formas bilaterales, proponemos el siguiente plan de tratamiento:

1ª- INTERVENCIÓN -TECNICA ADHESIVA: Consiste en crear quirúrgicamente una cincha músculo-cutánea que une la parte alta del prelabio con las aletas nasales.



Su objetivo es hacer retroceder la premaxila y ejercer una expansión en la zona del prelabio que nos permitirá obtener más tejido.

Fig.16



\* La técnica adhesiva retrocede la premaxila y aumenta el prelabio

Con la premaxila retruida y mayor volumen del prelabio podremos realizar las intervenciones definitivas del labio con mucha más precisión y facilidad, obteniendo mejores resultados.

Para retruir la premaxila, no somos partidarios de las técnicas ortopédicas no quirúrgicas, tipo tracción elástica con placa o tornillos. Con estos métodos la premaxila más que retroceder se inclina hacia abajo.

La edad ideal para realizar la técnica adhesiva es a ser posible antes de los 3 meses de edad.

2ª INTERVENCION:- QUEILORRAFIA (Cierre labial definitivo) de un lado, con alargamiento de columela, aporte muscular a la zona central del labio y rinoplastia primaria (corrección aleta nasal) del mismo lado. A los 6 meses de edad. La técnica de elección es la de Millard II.

3ª INTERVENCION- QUEILORRAFIA, alargamiento columelar, aporte muscular a línea media y rinoplastia primaria del otro lado. A los 9 meses de edad (3 meses después del 1er. tiempo definitivo).

Fig.17

SECUENCIA DE TRATAMIENTO



Preoperatorio



1º: Técnica adhesiva



2º: Intervención lado izq.



3º: Intervención lado der.

Con el protocolo de intervención del labio bilateral en 2 tiempos, consideramos que podemos aplicar los detalles de las técnicas actuales de alargamiento de subtabique nasal, relleno muscular de la parte media labial y corrección simultánea de la nariz, con mejores resultados estético-funcionales a corto y a largo plazo, que los que se obtienen con los protocolos de cierre directo en 1 tiempo.

Fig. 18

Preoperatorio



A



B



C



Postoperatorio

Fig.19

Preoperatorio



A



B



C



Postoperatorio

Fig.20



Fig.21



El tratamiento de la fisura palatina ha evolucionado mucho en los últimos tiempos. Inicialmente nos limitábamos a cerrar el paladar y el paciente hablaba mal, porque aunque cerrado el paladar quedaba corto. El siguiente paso fue cerrar y también alargar (veloplastia); el paciente hablaba mejor pero todavía no bien. Finalmente nos dimos cuenta que el paladar aparte de tener que estar cerrado y alargado, precisa ser móvil y la movilidad depende del músculo elevador del velo del

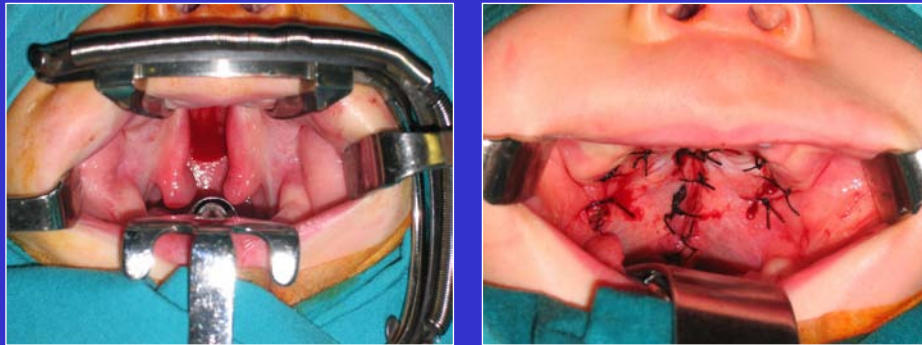


paladar. En la última fase, la actual, localizamos y reconstruimos el músculo elevador para que este haga su función.

Si con la técnica quirúrgica se cumplen estas tres premisas: cerrar, alargar y reconstruir la musculatura, la fonación del fisurado será normal.

Fig.22

### FISURA PALATINA



1° Cerrar

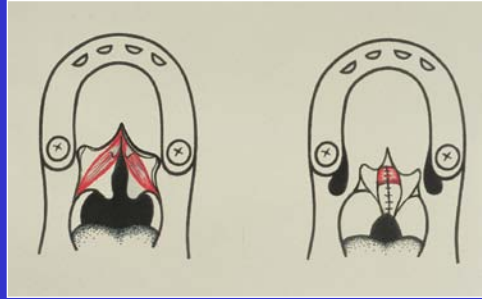
Fig.23



2° Alargar (Veloplastia)



Fig.24



3º: Desinserción y reconstrucción del músculo elevador

Fig.25



Paladar cerrado, alargado y móvil

El 85% de los pacientes no precisaran tratamiento logopédico. En aproximadamente un 15% encontramos que al músculo elevador le falta tono (potencia). En estos casos está indicada la rehabilitación logopédica para fortalecer el tono muscular.

El protocolo de tratamiento de la fisura palatina dependerá de si se trata de una forma incompleta, en la que la arcada alveolar (encía) no está fisurada, o de una forma completa a la que la arcada alveolar está fisurada uni o bilateralmente.

Si la fisura es incompleta, cerramos todo el paladar (blando y duro) en una única intervención, URANOESTAFILORRAFIA, a partir de los 12 meses de edad y antes de los 18 meses.

Antes de los 12 meses, el músculo elevador del velo no está lo suficientemente desarrollado; no tiene el volumen necesario para poderlo localizar y reconstruir.

A partir de los 18 meses el niño pasa del habla labial al habla palatina, por lo que necesita tener el paladar reconstruido.

Si la fisura es completa ya sea uni o bilateral, intervenimos el paladar blando, ESTAFILORRAFIA, a partir de los 12 meses (según el desarrollo del músculo elevador), como en las formas incompletas y posponemos el cierre del paladar óseo, URANORRAFIA, hasta los 4 años de edad (una vez finalizada la erupción de la dentición temporal).

Al intervenir el paladar en 2 tiempos, cuando hay discontinuidad de la arcada alveolar, evitamos trastornos de crecimiento del maxilar superior derivados de una intervención demasiado precoz a nivel del paladar óseo. Con ello también simplificamos y reducimos el tiempo de aplicación del tratamiento ortodóncico.

Fig.26



Oclusión correcta a los 4 años sin tratamiento ortodóncico

Dentro del tratamiento no quirúrgico, habrá que vigilar la erupción dentaria y seguir y guiar el desarrollo óseo mediante ORTODONCIA y también controlar la fonación mediante estudio foniátrico y LOGOPEDIA (si precisa).

El cirujano, deberá de estar en contacto con los distintos especialistas que intervienen en el tratamiento para coordinar de forma multi o interdisciplinaria todas las actuaciones que sean precisas.

## **POSTOPERATORIO**

En este periodo, la ayuda y cooperación de los padres va a ser muy importante.

Al finalizar la intervención pondremos al niño unos manguitos para que no puedan llevarse las manos ni objetos a la boca.

Si está operado del labio, vigilaremos que no se ponga boca abajo en la cuna para que no se rasque o roce la zona intervenida.

La alimentación que normalmente se inicia a las 4 horas después de la intervención, será a través del pezón materno (si así se hacía antes), o bien con cucharilla, directamente del vaso o con jeringa.

No debemos usar tetinas ni chupetes. Es por ello que antes de la intervención, hay que enseñar al niño a alimentarse sin tetina y deshabituarlo (en lo posible) al chupete.

La intervención o intervenciones se realizan bajo anestesia general y la estancia media en la clínica es de 2-3 días. Consideramos que el niño se recuperará mejor en el entorno familiar.

Si se ha operado del labio, deberá acudir a la consulta a los 6-8 días para control y retirar los puntos. En la intervención del paladar igualmente tendrá que ser controlado a los 6-8 días pero en este caso los puntos no se quitan, dejamos que caigan solos.

En esta visita de primer control postoperatorio, informamos detalladamente a los padres sobre los cuidados posteriores y controles necesarios.

En el caso del labio instauraremos un tratamiento para reducir y blanquear la cicatriz e informaremos que durante el primer año hay que evitar al máximo la exposición solar.

En cuanto al paladar, una vez cerrado y alargado, el niño tendrá que aprender a utilizar su "nuevo" paladar. Para ello aconsejamos realizar ejercicios de soplo (jugar a

pompas de jabón, apagar velas, etc.). Estos ejercicios obligan al niño a expeler el aire por la boca en vez de por la nariz, lo que es fundamental para una buena fonación.

A partir de los 4 años de edad se realiza un estudio de la voz, valorando si precisa o no un tratamiento rehabilitador (logopedia).

A lo largo del crecimiento prestaremos especial atención a la dentición y al desarrollo del maxilar por si, en un momento determinado, debe ser tratado con aparatos de ortodoncia.

Controlaremos también el desarrollo de la cara y la nariz.

Podemos asegurar que con un tratamiento correcto el paciente que nació con este tipo de fisura facial, podrá hacer una vida completamente normal.

Fig.27



LA BODA