

INFORME DE CASO

# Corrección del defecto nasal postqueiloplastia. Presentación de un caso

MSc. Dr. Raúl Rivera Truyt<sup>1</sup>

## RESUMEN

El tratamiento de la deformidad nasal asociada a la fisura labioalveolopalatina unilateral es uno de los aspectos más difíciles en la terapéutica de estas malformaciones congénitas. Se presenta un paciente masculino que padece una fisura labioalveolopalatina no sindrómica clasificada como una fisura transforámen incisivo o fisura labioalveolopalatina unilateral derecha completa.

**DeCS:**

ANOMALIAS CONGENITAS  
CAVIDAD NASAL  
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS  
NASALES

## SUMMARY

The treatment of nasal deformity associated with unilateral cleft lip, alveolus and palate is one of the most difficult aspects in the therapeutics of these birth defects. The case of a male patient suffering from a non-syndromic cleft lip, alveolus and palate classified as a trans-foramen incisor cleft or right unilateral complete cleft lip, alveolus and palate is reported.

**MeSH:**

CONGENITAL ABNORMALITIES  
NASAL CAVITY  
NASAL SURGICAL PROCEDURES

El tratamiento de la deformidad nasal asociada a la fisura labioalveolopalatina unilateral es uno de los aspectos más difíciles en la terapéutica de estas malformaciones congénitas y exige del profesional encargado un conocimiento pleno de su anatomía patológica y de su fisiopatología para poder hacer frente al reto que representan; como su patogénesis es complicada, el método de corrección será sofisticado.<sup>1-3</sup>

Berkeley, quien contribuyó a un mejor entendimiento de la deformidad nasal residual, piensa que los resultados de la corrección de estos defectos nunca fueron completamente satisfactorios y que los procedimientos correctivos para la deformidad nasal son más difíciles aún que aquellas técnicas para reparar el labio y el paladar.<sup>4</sup> Como asevera el eminente Especialista en Cirugía Máximo Facial están concebidas muchas técnicas para la corrección del defecto con lápiz artístico, de forma que los mejores y superiores resultados los ha alcanzado el artista o dibujante médico-quirúrgico que recrea las técnicas a su antojo y puede, a cada momento y durante el procedimiento, corregir líneas curvas, disminuir o aumentar las angulaciones o sencillamente borrar y comenzar todo de nuevo, no así el propio profesional que la ha diseñado o desarrollado.

Cuando se estudia la corrección de las deformidades nasales asociadas a las fisuras orales se encuentran varias escuelas de pensamiento a veces diferentes: algunos especialistas dirigen su atención esencialmente a la reparación del labio y muestran poco interés, en este primer momento, a la reparación nasal, mientras que para otros la idea de un abordaje integrado labio-nariz es capital en el logro de los mejores resultados. Mientras que algunos prefieren una corrección limitada para evitar o minimizar la deformidad nasal secundaria, otros utilizan tratamientos más radicales en una corrección definitiva; pero al no considerar los cambios morfológicos y dinámicos complejos que ocurrirán durante el crecimiento y el desarrollo craneofacial del paciente figurado, resultan fallidas en su intento.<sup>5,6</sup> El diseño de las técnicas quirúrgicas deberá incluir, además, el abordaje de todos los aspectos de la deformidad nasal o resultará insuficiente y agregará una intervención quirúrgica más a la larga lista de procedimientos de estos pacientes.<sup>7</sup> Se puede decir que en los pacientes en quienes se ha reparado la fisura labial la nariz, más que el labio, refleja la mayoría de la deformidad original.<sup>5,6</sup>

*Estos enfermos a menudo están menos preocupados por el defecto labial residual que por la deformidad nasal que los atormenta y cuyas características mencionamos sucintamente:*<sup>8-10</sup>

1. Asimetría de las narinas.
2. Aumento o disminución de la amplitud de la fosa nasal enferma, con narinas muy pequeñas o muy grandes.
3. Mayor circunferencia de la fosa nasal del lado patológico con relación al lado sano.
4. Ala achatada, aplanada y deformada en forma de S.
5. Retracción interna del ala nasal en su extremo septal. Base del ala hendida, retropuesta, desplazada hacia abajo, atrás y lateralmente.
6. Deflexión de la punta nasal, punta asimétrica, globulosa, achatada y plana por la brevedad de la cruz medial del cartílago lateral inferior del lado hendido.
7. Retrocolocación de la cúpula del cartílago alar.
8. Angulación obtusa del cartílago alar.
9. Ausencia del surco nasogeniano.
10. Inclinación mayor o menor de la columela francamente acortada y dismétrica.
11. Dislocación caudal del septum.
12. Septum desviado.
13. Fístula nasolabial.

La deformidad nasal residual ofrece un reto único al especialista pues al presentarse en la población pediátrica en crecimiento sus resultados no solo se ven afectados por este proceso, sino que la propia intervención puede comprometer el crecimiento de las estructuras nasales donde los procedimientos operatorios pueden haber dejado una gran cantidad de tejido cicatrizal, además su presentación clínica varía ampliamente y requiere de gran variedad de técnicas quirúrgicas.

*La intervención quirúrgica secundaria de la nariz tiene como objetivos:*<sup>5, 6, 9, 10</sup>

1. Corregir los problemas funcionales con una mejor posición del tabique y respetar sus relaciones funcionales; esto no siempre es fácil debido a los procesos cicatrizales y sinusales y a la hipoplásia y la laterorrinia. El tercio inferior nasal está lleno de cicatrices, es átono y rígido por defecto del soporte osteocartilaginoso o estenótico por malposición de cicatrices; es el costo de operaciones repetidas e inexpertas.
2. La escases de tejidos osteocartilaginosos produce al final narices cortas, bajas y retorcidas, casi grotescas, que necesitan injertos óseos en L o implantes de silicona.
3. Llevar la punta nasal y sus estructuras a una posición más simétrica y menos deforme; muchas veces es necesario utilizar incisiones antiguas e implantar cartílago auricular o septal.
4. Mejorar la altura del piso nasal deprimido con implantes o injertos óseos que armonicen con el reborde narinario. La espina nasal anterior ausente o hipoplásica debe estudiarse, y si es necesario reconstruirse, para proyectar la nariz y darle forma a la columela y a las narinas, así puede definirse el ángulo nasolabial.
5. Estrechar la base ósea de la pirámide nasal excesivamente amplia.
6. Dar simetría a los orificios nasales.

## PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino nacido de parto eutósico, constitucional, que padece una fisura labioalveolopalatina no sindrómica clasificada como una fisura transforámen incisivo o fisura labioalveolopalatina unilateral derecha completa cuya reparación quirúrgica plástica por estadios comenzó a los tres meses de nacido con el cierre de la hendidura labial por medio de la técnica de colgajos triangulares equiláteros de Malek Petit a  $90^{\circ}$ , según consta en su ficha clínica. Se concluyó con la reparación del defecto palatino y el cierre de la brecha en un solo tiempo a los 18 meses de edad por la técnica de Wardill modificada; aunque se refiere el uso de dispositivo obturador, no se constata en la historia clínica el empleo de ortopedia prequirúrgica o el uso de aparatología ortodontopédica.

El paciente asistió al Servicio de Cirugía Máxilo Facial después de varios años de ausencia preocupado por la apariencia física de su nariz externa, la que desearía mejorar, y consultó sus posibilidades terapéuticas. Se decidió ingresarlo y se le realizaron un examen físico completo, un perfil psicológico especializado y un estudio fotográfico y de laboratorio rutinario para intervención quirúrgica.

El examen clínico descubrió la disimetría en la mayor parte de los elementos antropológicos de la nariz, la marcada asimetría de las narinas, la brevedad e inclinación de la columela, la deflexión de la punta nasal que se presentaba globulosa y desviada a la derecha, así como la retroposición de la base alar ipsolateral (figuras 1 y 2).



**Figura 1.** *Paciente fisurado que presenta una deformidad nasal secundaria a nasoqueiloplastia, asimetría nasal marcada, punta aplanada, ancha, globulosa y desviada a la derecha, distancia interalar (al-al) aumentada, base alar derecha de inserción baja y retropuesta por falta de soporte.*



**Figura 2.** *Orientación oblicua de la columela en vez de vertical, con acortamiento de la columela al lado derecho hendido, el eje mayor de la narina derecha dispuesto en sentido horizontal con narina de mayor tamaño, ala deformada y retropuesta con inserción más baja en el lado derecho.*

Al paciente se le propuso una rinoplastia secundaria con abordaje -según recomendación Bardach-<sup>5</sup> y una exposición completa de los cartílagos alares deformes con liberación del cartílago lateral, sección de la cruz medial hendida a mitad de camino y sutura en los domos a la altura apropiada tal como practican Potter y otros.

Unos días después de la intervención correctora era notable la mejoría en la simetría del apéndice nasal: se logró centralizar la columela y llevarla hasta su posición vertical, se resolvió su cortedad en el lado hendido, la punta nasal fue elevada a una posición mediana y se hizo menos globulosa o achatada (figuras 3 y 4).



**Figura 3.** *Simetría nasal lograda después de la operación según la técnica de Bardach modificada, columela centralizada y alargada de forma simétrica, ala nasal derecha corregida en su deformación y narina derecha cuyo eje mayor es orientado en dirección a la punta; se logra nivelar las inserciones del ala nasal fisurada.*



**Figura 4.** *Con la intervención secundaria mejoró el ángulo nasolabial, se hizo evidente el surco nasogeniano y el ala nasal hendida corrigió su deformidad en S al mismo tiempo que mejoró su implantación.*

## COMENTARIO FINAL

El reconocimiento de las deformidades subyacentes que caracterizan el defecto nasal posqueiloplastia o la reparación primaria del labio hendido permite seleccionar, entre muchas, aquellas técnicas quirúrgicas o procedimientos que parezcan oportunos para solucionarlos, familiarizarse con ellos e integrarlos como parte del quehacer diario. Con el empleo de la técnica recreada por Bardach y de los procedimientos de Potter se cumplieron los objetivos de esta intervención quirúrgica reparadora de los defectos nasales asociados a la brecha labioalveolopalatina, se mejoraron sustancialmente el aspecto físico del paciente y la funcionalidad y se logró su aceptación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACPA. Tratamiento para adultos con labio hendido y paladar hendido [Internet]. 2001 [actualizado 3 Nov 2005; citado 12 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.acpa-cpf.org>
2. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica. Orientación General. Guía de derivación y edad operatoria [Internet]. Chile: Sociedad Chilena de Cirugía pediátrica; Dic 2000-Abr 2001. [actualizado 9 Abr 2008; citado 12 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.sochipe.cl/subidos/catalogo1/docs/Normas.doc>.
3. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for the Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies [Internet]. U.S: Public Health Service, Department of Health and Human Services; 2009 [actualizado 7 Nov 2009; citado 12 Feb 2012]:[aprox. 34 p.]. Disponible en: [http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters\\_Rev\\_2009.pdf](http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf)
4. Berkeley HB, Mulliken JB, Burvin R, Leslie G, Farkas LG. Repair of bilateral complete cleft lip: Intraoperative Nasolabial Anthropometry. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107:307-14.
5. Bardach J, Salyer KE. Unilateral cleft lip repair. In: *Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate*. Chicago: Mosby Year Book; 1987. p. 96-137.
6. Millard RD Jr. *A Rhinoplasty Tetralogy Corrective, Secondary, Congenital, Reconstructive*. Boston: Little, Brown; 1996.

7. Tastets M. Atención del recién nacido. En: Monasterio L, editor. Tratamiento interdisciplinario de las fisuras labiopalatinas. 1ª ed. Santiago de Chile: Fundación Gantz; 2008. p. 93-102.
8. Farkas LG, Posnick JC, Hreczko TM. Pron GE. Growth patterns of the nasolabial region: A morphophetric study. Cleft Palate Craniofac J. 2002;29:318.
9. Farkas LG, Hajnis K, Posnick JC. Anthropometric and anthroposcopic findings of the nasal and facial region in cleft patients before and after primary lip and palate repair. Cleft Palate Craniofac J. 2003;30:1.

## **DE LOS AUTORES**

1. Máster en Odontología Pediátrica. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.