

Cirugía plástica del labio leporino

Técnicas modernas y sus resultados
(con especial referencia a la técnica de LeMesurier)

Anestesia local en el niño y sus ventajas.

Por el DR. OSCAR GOMEZ HERNANDEZ

Entre los defectos congénitos tributarios de una cirugía reparadora estética, ocupa el **labio leporino**, sin lugar a dudas, el primer lugar en la atención, tanto del paciente o sus familiares, como del propio cirujano que se dedica a esta rama de la Cirugía. Ello es muy fácil de comprender ya que al encontrarse el labio situado en la cara, la deformidad más o menos monstruosa del mismo, como ocurre en estos casos, hace que se piense inmediatamente en su corrección quirúrgica por una operación plástica.

Desde los tiempos más remotos se practicaba esta Cirugía y de todos es conocido el "método indio de queiloplastia" con el cual reparaban los indios los defectos labiales, rotando colgajos obtenidos de las partes vecinas al labio. Posteriormente, al incrementarse la Cirugía en los distintos países del mundo, cirujanos eminentes crearon técnicas originales para la reparación de los distintos defectos labiales, tanto congénitos como adquiridos. Entre los más famosos, deben citarse los nombres de Mirault, Hagedorn, Veau, Langenbeck, Blair, Brown, Davis, Smith, Gillies, Joseph, etc., etc., pioneros de esta Cirugía tan apasionante, que cada día vemos perfeccionarse más, con las nuevas ideas de sus colegas modernos LeMesurier, Ivy, Kazanjian, Barsky, Stephensen, Tennison, etc. basadas casi todas ellas en los principios fundamentales creados por sus precursores.

(1) Presentado en la XIV Jornada Pediátrica de Santa Clara.
Aprobado para su publicación en Octubre de 1959.

Los antiguos cirujanos, si bien trataban de ocluir el defecto del labio lo mejor posible, se despreocupaban bastante de los resultados estéticos y aun fisiológicos. La anatomía del labio se descuidaba algo al prepararlo y casi nadie se preocupaba de suturar el músculo orbicular de los labios, resultando de ello, un labio superior fisiológicamente inútil y anatómicamente imperfecto en no pocos casos. El suelo de la nariz se descuidaba al reconstruirlo y quedaban fisulas oro-nasales en muchos casos, como secuelas post-operatorias. Las llamadas muescas o "notchs" del borde rojo del labio, las retracciones cicatriciales de la herida quirúrgica, el desnivel del borde del vermillón, la desproporción de ambos suelos nasales, la cortedad o por el contrario el abultamiento exagerado del labio, etc., etc., eran defectos post-quirúrgicos muy frecuentes, muchos de los cuales eran muy difíciles de corregir, aún en las manos más expertas. No obstante y como siempre sucede en todos los órdenes de nuestra existencia "se aprende sobre los errores de los demás..." y precisamente los cirujanos más modernos, estudiando detenidamente esos errores, crearon sus nuevas técnicas o lo que es mejor, modificaron las antiguas, con detalles aquí y allí, para evitar esos defectos que quedaban con la aplicación de las técnicas más antiguas. En los últimos años han surgido infinidad de técnicas con nombres de distintos autores, que en su gran mayoría, repito, no son más que "modificaciones", más o menos habilidosas, de las técnicas clásicas.

Entre todas ellas, nos encontramos con la del Dr. A. B. LeMesurier, del "Hospital for sick Children" de Toronto, Canada, quien presentó en Noviembre de 1948 una modificación suya de la técnica original de Mirault y que ha sido, a juicio nuestro, la solución ideal a la mayoría de los defectos que quedaban con las anteriores. Muy modestamente tituló el trabajo: "a method of cutting and suturing the lip, in the treatment of complete unilateral clefts" y en el mismo insiste en que debe considerarse como una modificación de la de Mirault (1871) y muy parecida a la de Hagedorn (1892) aunque hoy en día se conoce, al menos así la consideramos nosotros, como la "técnica de LeMesurier" para la corrección del labio leporino unilateral o sencillo.

En el año de 1953, el Dr. Roberto Machado, del Staff del Hospital Municipal de Infancia de la Habana, comenzó a interesarse por el trabajo original del Dr. LeMesurier y realizó los primeros casos con esa técnica. Comentando ambos los magníficos resultados

obtenidos con la misma, continuamos practicándola sistemáticamente en todos los casos de labio leporino unilateral, habiendo sido por lo tanto en ese Servicio Hospitalario, donde se utilizó por vez primera. Hasta ese momento utilizábamos la técnica de Blair-Mirault y otras menos efectivas, que casi siempre dejaban pequeños y aún grandes defectos que nos hacían "suspirar" por "algo mejor", para lograr el verdadero resultado estético o cosmético en este tipo de operación.

Después de trabajar con todos los compañeros del Departamento de Garganta, Nariz y Oídos del Hospital, los Dres. Machado, Fuentes Cruz, Rouco Aja, Guerra, Fernández Brito y nuestro Jefe de Servicio y maestro, Dr. Abelardo Codinach, utilizando exclusivamente esta técnica durante los últimos seis años, y haber tenido personalmente la oportunidad de operar una gran cantidad de casos de labio leporino, de todos los tipos, tanto en la Habana, como en distintas Zonas del Interior de la República, he querido presentar este modesto y sencillo trabajo, sin pretensiones, pero sí con el firme propósito de que pueda servir de ayuda a esa gran cantidad de brillantes cirujanos jóvenes cubanos, que tanto en nuestra capital, como en las distintas ciudades de Cuba, desenvuelven sus actividades dentro de esta rama de la cirugía o se interesan por ella, para que puedan aprovechar los beneficios que esta excelente técnica les brinda y poder realizar así, sobre todo en el Interior de la Isla, una gran labor social y humana, a la vez que científica, muy propia de estos momentos que vivimos en Cuba. Existe una gran cantidad de casos que nacen con este defecto físico, sobre todo en el campo y en diversas ciudades del Interior. Estos infelices vienen al mundo con un "estigma de fealdad" que los aísla, por así decirlo, del medio que los rodea, pudiendo ser devueltos estéticamente normales, mediante esta Cirugía, a ese mundo del cual se encuentran tan alejados por su terrible complejo de anormalidad. Debo anotar que solamente en una ciudad de Oriente, Holguín, hace apenas 4 meses, hube de operar, en un fin de semana, 26 casos de labio leporino, niños y adultos, muy pobres todos y vecinos de esa Zona, lo que nos da un índice de la frecuencia de esta deformidad congénita en todas aquellas regiones de nuestra Patria, tan tristemente abandonadas hasta el presente.

Debo aclarar ahora que desde que comenzamos a trabajar con esta técnica, nos preocupó la forma, algo complicada, en que

se describía, y así fue que tratamos de simplificar la misma en tres sencillos gráficos, para facilitar la comprensión de los pasos de la operación. Creo sinceramente que cualquier cirujano, joven o viejo, medianamente hábil, que se interese por este tipo de Cirugía, puede, mediante esta técnica y utilizando los dibujos que después observarán, realizar la intervención sin gran dificultad y con excelentes resultados, siempre y cuando estudie detenidamente los pasos de la misma y repase los principios básicos y fundamentales que sobre el labio leporino y su cirugía, trataré de exponer a continuación. Sólo me resta decirles que además de los Cirujanos Plásticos generales y algunos Cirujanos generales, los que más practican este tipo de Cirugía, tanto en nuestro medio como fuera de aquí, son los Otorrinolaringólogos por la relación de vecindad de la lesión con la especialidad. Precisamente fue uno de ellos, el recordado maestro Dr. Arellano, quien se considera, en Cuba, como uno de los pioneros de esta Cirugía. No obstante debo decirles que el Dr. A. B. LeMesurier es Ortopédico.

LABIO LEPORINO

Definición.—Se trata de una deformidad congénita del labio, generalmente el labio superior, que resulta de la falta de unión o la unión defectuosa de las formaciones mesenquimatosas que rodean las cavidades bucal y nasal primitivas en el embrión, y que en número de cinco son conocidas con el nombre de mamelones o procesos: uno fronto-nasal, dos maxilares superiores y dos maxilares inferiores o mandibulares.

Etiología.—Mucho se ha escrito y posiblemente se seguirá escribiendo sobre la causa de estas deformidades, todo lo cual indica que está muy oscuro su origen, y que a ciencia cierta no se sabe hoy en día con exactitud, que factor o factores pueden determinar el nacimiento de un feto con labio leporino o deformidad similar. Es preciso recordar que aún predomina la idea, en el profano y en muchos médicos, de la "tara sifilítica" en la etiología de estos casos. Hay autores, pocos, que persisten en esa idea. La gran mayoría descarta la sífilis como factor determinante en estos casos y aunque se observan heredo-sifilíticos con esta deformidad, no es menos cierto que más del 90% tienen una serología normal,

así como sus progenitores y abuelos. Entre los muchos factores citados por diversos autores como causa de estos defectos congénitos, considero personalmente de gran valor dos de ellos: consanguinidad y malnutrición, además, desde luego del "factor hereditario", fácilmente encontrado en la gran mayoría de estos casos. Esto puede estar influenciado por mi observación personal en ciertas zonas de la Isla, como por ejemplo la costa norte de Oriente, en donde la proporción de estos casos es muy superior a otras, donde los factores anteriormente expuestos no se encuentran presentes con tanta frecuencia. La incidencia de estas deformidades entre la población más pobre de la nación y su relativa poca frecuencia entre las clases más acomodadas es algo que llama poderosamente la atención cuando se trata de pensar en los factores etiológicos.

Incidencia.—Siempre se ha dicho que nace aproximadamente 1 caso de labio leporino u otra deformidad similar, por cada 900 a 1,000 niños normales o sin ese defecto. Hay naciones que dan cifras de 1 por cada 800 nacimientos, y otras 1 por cada 1,200 nacimientos. En Cuba no sé si existen estadísticas en la actualidad sobre la materia, pero creo sinceramente que estas cifras deben variar con relación a las distintas zonas de población. Es innegable que existen regiones leporinas específicas.

Con respecto a la raza, se observa que es más frecuente en la raza blanca que en la raza negra, en la proporción de 3×1 .

Con relación al sexo, nos encontramos que hay más varones que hembras, con la proporción de 3×1 .

Por último, en lo que respecta al tipo de labio, se ha notado con regularidad que son más frecuentes los labios "unilaterales" o sencillos que los "bilaterales" o dobles, así como que existen más labios unilaterales izquierdos que derechos, sin conocerse, al menos por nosotros, las razones que lo justifiquen.

Nomenclatura y clasificación.—Antes de entrar en una clasificación satisfactoria, creo que debemos refrescar la nomenclatura de estas deformidades. Todas se conocen con el nombre de **fisuras**. Las "fisuras labiales" son los labios leporinos, las "fisuras alveolares" son las que interesan la encía y las "fisuras palatinas" son las que envuelven el paladar. Usaremos los términos correctos de **unilateral** o **sencillo** y **bilateral** o **doble**. Cuando se dice **incompleto**, significa solo el labio. **Completo** significa con fisura alveolar o palatina.

CLASIFICACION DE FISURAS

(Labial, alveolar y palatina)

según Fegh-Anderson

GRUPO I (Labio leporino solo o con fisura alveolar)	UNILATERAL o sencillo	1.—Unilateral, incompleto (notch o muesca). 2.—Unilateral, incompleto (ocupa $\frac{1}{2}$ labio). 3.—Unilateral, incompleto (casi todo el labio) —puente suelo nasal—. 4.—Unilateral, completo (con fisura alveolar).	derechos o izquierdos
	BILATERAL o doble	1.—Bilateral, incompleto (simétrico). 2.—Bilateral, incompleto (asimétrico). 3.—Bilateral, completo (con fisura alveolar).	
GRUPO II (Labio leporino con fisura alveolar y fisura palatina)		1.—Unilateral, completo, con fisura alveolar y fisura palatina (derecho o izquierdo).	
		2.—Bilateral, completo, simétrico, con fisura alveolar doble y fisura palatina.	
		3.—Bilateral, completo, asimétrico, con fisura alveolar unilateral y fisura palatina.	
GRUPO III (Fisura palatina sola)		1.—Fisura Palatina (paladar blando).	
		2.—Fisura Palatina (paladar blando y óseo).	

Tiempo de la operación.—Mucho se ha discutido este tema y creo que aún hay diferencias de criterio sobre "cuando se deben operar estos casos". En otros países predomina la idea de la intervención precoz, a los pocos días o semanas de nacido el niño. En nuestro medio, siempre he aprendido y lo considero muy justificado, que la operación precoz tiene algunos inconvenientes y pocas ventajas, por lo que debe ser demorada hasta que el niño tenga un desarrollo y un estado nutricional que permita la realización del acto quirúrgico, con un mínimo de riesgos y un máximo de posibilidades de éxito, en todos los sentidos.

CIRUGÍA PLÁSTICA DEL LABIO LEPORINO

No se pueden señalar fechas exactas, pero en términos generales, para el labio leporino, la edad más conveniente es alrededor de los **seis meses**, siempre y cuando el niño esté bien nutrido y el pediatra lo considere saludable en todos los sentidos y apto para cirugía. Para la fisura palatina la edad ideal es desde los 18 meses a los **dos años**, o sea antes de que el niño comience el habla organizada y cree defectos que después se hacen difíciles de corregir.

Es verdad que el factor familiar, sobre todo la madre de la criatura, juega un papel importante en la realización temprana del acto quirúrgico, y ello predispone al pediatra y aún al cirujano a una intervención precoz. No obstante creo que tanto uno como el otro deben insistir en la familia, sobre la conveniencia de esperar unos meses para asegurar el éxito de la misma, sobre todo desde el punto de vista cosmético, dejando estos razonamientos a un lado sólo cuando la salud mental de la madre recién parida, corra peligro, al contemplar diariamente la monstruosidad engendrada en su seno.

Sin embargo, en la práctica, yo diría que "cualquier edad es buena" para operar un labio leporino y así nos encontramos en nuestro medio con infinidad de casos que por determinados factores no llegan a las manos del cirujano plástico hasta la segunda infancia, adolescencia y edad adulta, no siendo por ello, los resultados inferiores, desde el punto de vista estético. Es más, considero mucho más fácil para cualquier cirujano, sobre todo novel en estas cuestiones, el operar un adulto o un niño mayor, ya que la anatomía está mucho mejor definida y los tejidos son mayores y más fácilmente manejables. Estimo que por ahí se debe empezar para adquirir una buena experiencia.

Para terminar este tema diré que el Dr. LeMesurier manifiesta que al principio operaba precozmente, pero que en los últimos años prefiere operar los labios entre los 3 y los 5 meses de edad, siempre contando con los factores de salud y nutrición anteriormente expuestos.

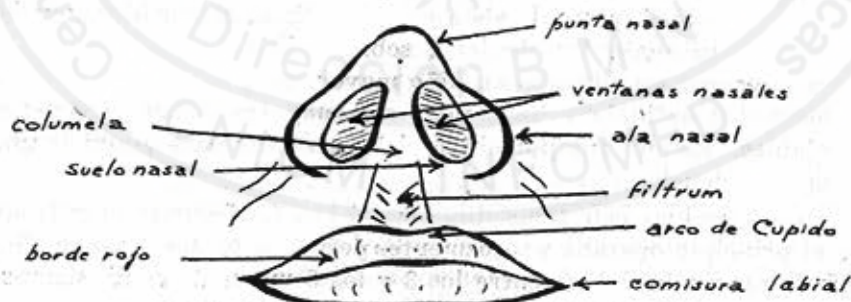
Tipo de anestesia para la operación.—Por regla general, la cirugía plástica del labio leporino se realiza bajo anestesia general, sobre todo en niños, empleándose los anestésicos actuales y las técnicas de intubación endotraqueal, tan bien manejadas por los anestesistas modernos. No obstante y desde hace varios años, he insis-

tido personalmente sobre las ventajas de operar el labio leporino con anestesia local en todos los adultos, salvo excepciones, y en la mayoría de los niños mayores de 5 años de edad. Sobre el tema se puede discutir mucho y sólo diré que la prefiero siempre que puedo por múltiples razones que trataré de exponer.

En términos generales la anestesia local (novocaína o similares) proporciona un post-operatorio feliz y una intervención casi sin riesgos y con un mínimo de pérdida sanguínea. Para aplicarla sólo es preciso conocer bien la anatomía de la región operatoria, sobre todo su inervación y seleccionar bien el paciente, explicándole con palabras sencillas todo lo que se le hará y sobre todo la ausencia absoluta de dolor durante el acto quirúrgico. Con una ligera medicación sedante pre-operatoria, los casos brindarán al cirujano su mejor cooperación, aunque sean niños.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS DE LOS LABIOS

Antes de comenzar la descripción de la técnica operatoria, es imprescindible revisar, aunque sea someramente, la anatomía de los labios, sobre todo del labio superior, incluyendo la base de la pirámide nasal, para lograr un resultado estético cuando se practique la cirugía del labio leporino. Para ello, comenzaremos con un diagrama sencillo donde se puedan apreciar los puntos de referencia más importantes para estas operaciones:



Puntos de referencia anatómicos del labio.

Como podemos apreciar, todas estas formaciones anatómicas son conocidas de todos, pero tal vez han sido olvidadas por algunos. Debemos distinguirlas con precisión si queremos hacer un labio estéticamente normal.

Con respecto a la irrigación de los labios, sólo es necesario recordar que los mismos son formaciones muy vascularizadas, mo-

tivo por el cual se facilita tanto la realización de intervenciones quirúrgicas sobre los mismos, ya que siempre tendremos asegurado un buen riego sanguíneo, evitando con ello el peligro de la necrosis de los tejidos. Es casi imposible, podemos así decirlo, que esto suceda en la Cirugía sobre los labios leporinos. Pero, por otra parte, la posibilidad del hematoma o la hemorragia post-operatoria se puede presentar, siendo por esto, absolutamente necesario, antes de suturar las dos partes del labio hendido, ligar ambos cabos proximal y distal de la única arteria importante del labio superior, la **labial superior o coronaria de los labios**, la cual nace en los ángulos de la boca, para seguir su curso por debajo de la membrana mucosa, atravesando la capa muscular y a una distancia media entre el borde libre del labio y su inserción en la encía. Los demás vasos pequeños y menos importantes se pueden ligar o no, de acuerdo con el criterio práctico del cirujano. Por regla general y experiencia propia, estimo que son muy pocos los vasos que deben ligarse y si ello fuera necesario debe usarse un material de sutura muy fino, para evitar reacciones tisulares indeseables en estos casos.

Con respecto a la capa muscular, anteriormente mencionada, sólo es necesario recordar que el labio tiene un solo músculo importante, que en esta operación adquiere un valor extraordinario, ya que de su sutura correcta depende en gran parte el resultado feliz de la misma. Este músculo es el **orbicular de los labios**, el cual debe ser sistemáticamente suturado, en posición correcta y con 2, 3 y aún 4 o más puntos de sutura, recordando siempre la ventaja de utilizar un material de sutura fino, para evitar reacciones tisulares y fibrosis tardía, que tanto perjudican los resultados cosméticos de esta intervención.

Por último, y para terminar lo que nos interesa sobre la anatomía de los labios, diremos algo de la inervación de los mismos. Es particularmente importante esta inervación y su conocimiento pues sobre ella se fundamentan los excelentes resultados obtenidos con la aplicación de la anestesia local en esta operación, tanto en niños como en adultos.

Un solo nervio nos interesa aquí: el **nervio infraorbitario**, que viene de la segunda rama del trigémino, y que tiene a su cargo toda la sensibilidad del labio superior y parte del ala nasal. Este nervio, en número par, uno a cada lado, nace en la región maxilar superior,

saliendo de la cara por el agujero infraorbitario, situado en la fosita canina, que como su nombre indica, está colocada en el hueso maxilar superior exactamente encima del canino. La inervación motora del labio superior e inferior está a cargo del nervio facial, aunque esto no interesa mucho desde el punto de vista quirúrgico. El nervio infraorbitario es fácilmente abordable para su bloqueo anestésico, el cual se realiza simplemente introduciendo una pequeña cantidad de Novocaína o similar en esa zona lo que nos produce una anestesia perfecta de toda la región operatoria.

DESCRIPCION DETALLADA DE LA TECNICA DE LeMESURIER

(para la corrección de labios unilaterales)

En esta forma es practicada por nosotros, utilizando la anestesia local.

PREPARACION DEL PACIENTE

Pre-anestésicos:

(Adultos)—La noche antes de la operación:
Un barbitúrico cualquiera.

—La mañana de la operación: Demerol o Morfina-Escopolamina una hora antes de la intervención. Se puede usar, si no hay contraindicación, una dosis de 25 a 50 mlgrs. de Clorpromazina, en lugar de la medicación anterior o además de la misma, en algunos casos muy aprensivos.
En ayunas al Salón de Operaciones.

(Niños)—La noche antes de la operación:
Fenobarbital, elíxir, de acuerdo con la edad.

—La mañana de la operación: Enema evacuante. Repetir la dosis de fenobarbital, una hora antes de la operación.
En ayunas al Salón de Operaciones.

Preparación del campo operatorio:

—Lavar bien toda la cara con agua y jabón (quirúrgico o corriente). Secar bien con torundas y aplicar una solución incolora desinfectante a la cara, Zephiran, Merthiolate o similar. Puede usarse éter o alcohol, si no existe otra cosa.

—Aplicar después los paños necesarios. Turbante para la cabeza y por último, paño hendido para aislar bien la zona operatoria.

Anestesia local.—Con jeringuilla Luer-Lock de anestesia, se toman unos 10 cc. de una solución de Novocaína al 2% que contenga algún vaso-constrictor. Nosotros hemos usado con buen resultado Novocaína-Cobefrín, Anestésico Alcaide y Linnerecaína). Puede usarse cualquier solución bien preparada en el Salón, de Novocaína al 2% con media ampula de Adrenalina (1×1000).

Se utiliza entonces una aguja pequeña y corta (# 26) haciendo una infiltración pequeña en el surco gíngivo-labial, exactamente por encima del canino de cada lado, en la llamada fosita canina, cambiando inmediatamente de aguja (larga y de calibre fino) para continuar la infiltración del anestésico más profundamente y poder bloquear completamente todas las ramas del nervio infraorbitario, vecino de esa zona. Con una torunda se hacen presiones ligeras sobre los pómulos para difundir bien el anestésico. Por último se coloca una pequeña cantidad en la base de la columela, a cada lado, sobre todo en los casos de labio doble o bilateral. En estos casos debe infiltrarse ligeramente el prolabio, en su raíz.

En total, se utilizan de 3 a 5 cc. en cada lado y de $\frac{1}{2}$ a 1 cc. en la columela y prolabio. **No es necesario infiltrar el labio superior en sí**, ya que la anestesia infra-orbitaria es perfecta y no deforma la región operatoria, pudiendo nosotros reconstruir el labio **exactamente** como deberá quedar en el futuro.

Diagrama de la operación.—Utilizando un aplicador, partido a mano oblicuamente, y humedecido en una solución de Azul de Metileno o Violeta de Genciana, se marcan los puntos claves de la técnica, uniéndolos por las líneas convencionales de la misma, que nos marcarán con exactitud el corte del bisturí. Es muy conveniente marcar nuevamente estos puntos con una aguja fina, humedecida en la solución colorante, para que queden permanentemente impresos durante el tiempo de la operación.

Este es un paso **esencial** de la operación y debe ser realizado con meticulosidad ya que del trazado inicial depende el éxito final de la intervención. Las medidas se tomarán con compás o regla metálica y deberán ser lo más exactas que podamos hacerlas.

Decolamiento.—En los casos de labios unilaterales con pequeñas muescas o hendiduras de medio labio, este paso no es necesario, ya que los fragmentos del labio no están muy separados y no existirá tensión después de suturar los mismos. Sin embargo en los casos completos, con fisura alveolar y palatina y sobre todo en los casos de labio leporino doble o unilateral, el decolamiento hacia arriba del labio superior es **imprescindible** ya que al realizarlo adecuadamente aliviaremos la tensión del mismo una vez terminada la sutura de la piel. Para ello haremos una incisión a cada lado, en el surco gíngivolabial, continuando hacia arriba el corte con tijeras, siempre pegado al hueso, hasta probar que hemos liberado la tensión de los fragmentos cuando son atraídos hacia la línea media. Aquí rara vez es necesario ligar vasos sangrantes, pero si los hay, se pueden ligar también.

Hasta hace algunos años se utilizaba el Arco de Logan para aliviar esta tensión, pero las técnicas modernas han descartado completamente su uso. Con un buen decolamiento y usando las técnicas actuales no es necesario utilizar ningún aditamento sobre el labio durante el post-operatorio.

Incisiones del labio.—Ya tenemos al paciente bien preparado, bien anestesiado y con el diagrama de la operación dibujado sobre su labio. Comienza entonces, por así decirlo, la operación, propiamente dicha sobre el labio.

Antes de iniciar los cortes, colocamos torundas en los carrillos, una a cada lado, para evitar que baje alguna sangre hacia la garganta. Personalmente uso otra torunda que coloco debajo del labio que voy a incindir, con el objeto de facilitar el corte del mismo, al mantenerlo fijo. Con bisturí # 11 se trazan los cortes, interesando la piel y parte del tejido subcutáneo. Previamente a este paso, se deben colocar los "elips" o compresores hemostáticos, uno a cada lado, para evitar el sangramiento copioso cuando cortemos los vasos del labio, sobre todo la labial superior o coronaria, que sangra mucho casi siempre. Utilizo entonces unas tijeras de Stevens para continuar el corte del labio en todo su espesor, hasta la mucosa posterior, incluyendo el borde rojo. Después de realizar este corte en ambos lados, es preciso ligar los vasos sangrantes, soltando los "elips" para poder localizarlos fácilmente. Por regla general, repito, son muy pocos los vasos sanguíneos que deben ligarse en el labio, recordando solamente que ambos cabos de la arteria coronaria

de los labios deben ser ligados para evitar hematomas y hemorragias post-operatorias. Para ligar vasos, como siempre, usaremos catgut simple muy fino # 3-0. En ocasiones hemos usado en la sutura de los vasos, músculo orbicular y aún la piel, algodón de distinto grosor, con bastante buen resultado, aunque, desde luego, no es recomendable sustituir el catgut para el interior y el nylon para la piel.

Sutura del labio.—En este momento está preparado el labio para suturarse definitivamente. Se puede comenzar dando los puntos más profundos, o sea los de la mucosa posterior del labio, procurando comenzar de abajo hacia arriba con la aguja para que el nudo quede posteriormente. Por regla general nosotros comenzamos por la sutura muscular, dejando la mucosa posterior para el final levantando para ello el labio, una vez suturado.

Los puntos musculares deben darse con precisión, uniendo anatómicamente las fibras separadas del músculo orbicular de los labios, utilizando para ello un catgut crómico o medio crómico fino (# 3-0) o similar y dando los mismos en forma de U acostada, para afrontar debidamente dichas fibras musculares. Se deben dar 3, 4 y hasta 5 puntos si fuera necesario, para lograr la solidez en la sutura del labio y no depender jamás de la piel para su unión fija, tratando de "hacer el labio a expensas de su capa muscular".

Antes de dar los puntos de piel, se puede decolar ligeramente ésta, del tejido subcutáneo, para evertir algo los bordes de la misma al suturar los dos fragmentos. No hacer un decolamiento profundo pues deja después una fibrosis debajo de la piel, que no es nada conveniente. El material de sutura ideal para la piel es el nylon, monofilamento # 4-0 y 5-0, aunque se puede usar dermalón, seda negra fina, y aún algodón en los casos en que no se tenga otra cosa a mano. Los primeros puntos de piel se darán exactamente en los puntos claves del diagrama, completando el cierre perfecto de la herida con los demás intercalados entre ellos. Por último se sutura el borde rojo del labio o mucosa labial, propiamente dicha con sumo cuidado y sin apretar mucho. El Dr. Machado usa aquí, con muy buen resultado, un punto o dos de los llamados colchoneros, para evertir algo esta mucosa. Estos puntos se cortan largos para retirarlos con facilidad. El suelo nasal debe ser suturado también al final, procurando la simetría de los dos lados y evitando siempre las

fístulas oro-nasales en esa zona. Utilizando con precisión esta técnica, jamás deben quedar muescas o "notchs" en estos casos, en el borde rojo del labio. Debe lavarse bien el labio al final con suero tibio.

Post-operatorio.—Reposo en cama durante 3 ó 4 días. No usar apósitos sobre la herida quirúrgica. Aplicar cualquier pomada simple (vaselina simple estéril, ungüento de ácido bórico o algún preparado comercial que contenga cortisona). Uso con buen resultado el Metiderm (cortisona y neomicina), Parenkitis (quimotripsina, neomicina y polimixina), Combomycin (neomicina, polimixina, tirotricina y gramicidina). Antibióticos, preferiblemente Penicilina sola, si no hay alergia, asociada a la Quimotripsina, durante 3 ó 4 días. Los puntos de piel se retiran a los 6 ó 7 días.

DESCRIPCION DETALLADA DE LA TECNICA DE VEAU

(para el labio leporino doble)

Esta técnica fue modificada por Barsky

La preparación del paciente y del campo operatorio se realizan exactamente igual que en la técnica anterior.

Anestesia local.—En principio, exactamente igual que en la técnica anterior, añadiendo solamente una pequeña cantidad del anestésico a la raíz del prolabio.

Diagrama de la operación.—Se dibuja siguiendo el modelo indicado y marcando con precisión los puntos claves, como en la técnica anterior.

Decolamiento.—Es precisamente en esta operación donde el decolamiento del labio tiene su máxima importancia. Ello es fácil de comprender si nos fijamos que debemos traer a la línea media y debajo del prolabio, los dos fragmentos laterales del labio que se encuentran bastante separados. Es necesario hacerlo bien extenso hacia arriba y hacia los lados, hasta que los dos colgajos cuadriláteros laterales se acerquen, sin tensión hacia la línea media del labio, por debajo del mamelón central o prolabio. Con esta medida evitamos también las muescas centrales, tan frecuentes en este tipo de labio, si no se toman bien estas precauciones.

Este paso constituye sin lugar a dudas, el más importante de esta operación, y debe ser realizado con esmero y precisión.

Incisiones del labio. Hemostasia.—Se procede igual que en la técnica anterior, es decir, utilizando el mismo instrumental y dando los cortes en igual forma, con bisturí primero y tijeras después, de acuerdo con el diagrama indicado. El sangramiento del prolabio, al cortarlo, puede ser copioso y será preciso hacer presión sostenida sobre el mismo hasta ligar los vasos sangrantes.

Sutura del labio.—Aquí, como en la técnica anterior, tiene mucho valor la sutura del músculo orbicular de los labios, sólo que en estos casos hay 3 fragmentos: el pequeño residuo muscular del prolabio y la porción del orbicular, correspondiente a los fragmentos laterales del labio. Se deben suturar, cada uno de ellos, por separado con el prolabio, en la mitad superior del labio y después ambos laterales entre sí, en la línea media, por debajo del prolabio. Esto se observa con claridad en los diagramas de la operación.

La piel se sutura al igual que en la operación anterior, comenzando por los puntos claves. Se utilizan las mismas suturas.

El suelo nasal es muy importante en estos casos, sobre todo si van acompañados de fisuras alveolar y palatina, ya que dicho suelo no existe y es preciso reconstruirlo cuidadosamente y con simetría.

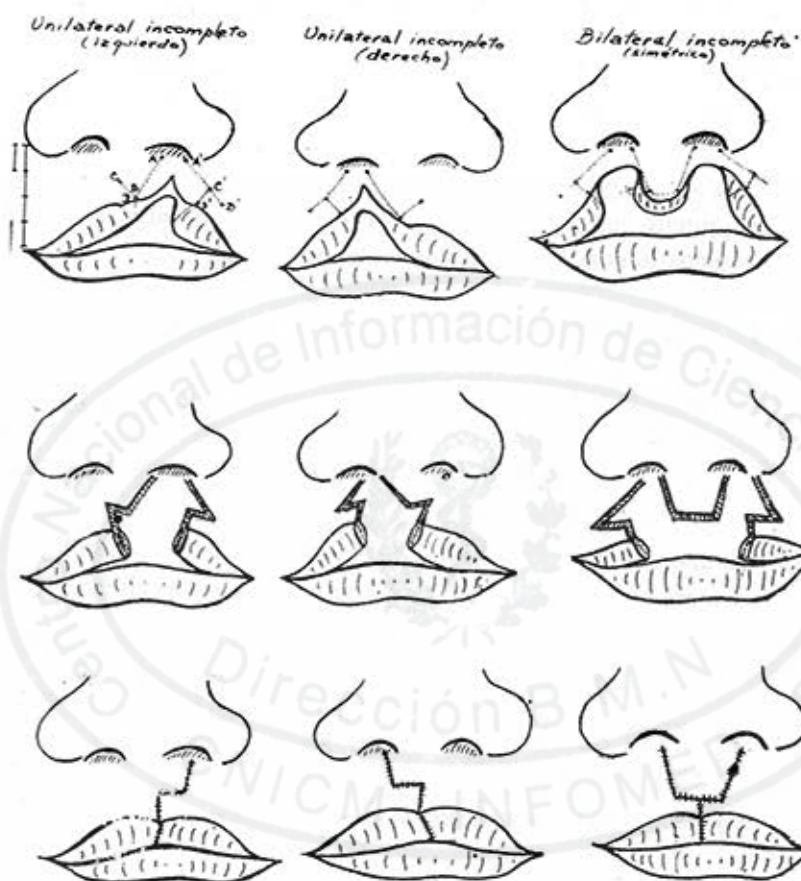
Post-operatorio.—Exactamente igual que en la técnica anterior, aunque en estos casos suele haber más edema post-operatorio y puede ser necesario usar antihistamínicos o corticoides, además de la quimotripsina, para resolverlo.

La herida se mantiene descubierta y con alguna sustancia grasa sobre la misma, preferiblemente bien simple para evitar reacciones locales.

Los puntos de piel se retiran a los 7 días aproximadamente

OSCAR GÓMEZ HERNÁNDEZ

Diagramas de las técnicas operatorias



Dibujos del Dr. Oscar Gómez Hernández -

UNILATERAL O SENCILLO. (LEMESURIER)

Explicación de los diagramas

Se marca el punto A en el lado interno del suelo nasal, en la base de la columela. En el lado opuesto se marca el punto A', en la porción de piel que está por dentro del ala nasal de ese lado. Estos puntos al unirse formarán el suelo nasal del lado hendido. Precaución: Medir bien el suelo nasal del lado sano y tratar de que el nuevo suelo reconstruido tenga la misma medida.

Se marca el punto B (lado proximal o interno) en la unión del borde mucosa-piel del labio, precisamente donde éste comienza a perder su grosor o lo que es igual, donde "deja de ser horizontal para hacerse vertical". Punto convencional que se mejorará con la experiencia personal de cada uno, pero no por ello muy difícil de precisar. Es importante marcarlo bien.

En el lado distal o externo, se marca otro punto en la misma forma, pero aquí lo llamaremos D', ya que coincidirá con D en el opuesto. Repito, que fijándose uno bien en el dibujo, se observará que B y D se superponen al marcarse, para separarse cuando se abre el labio, con el objeto de coincidir los colgajos cuadriláteros.

Entonces se toma una medida standard, que hemos encontrado ser la cuarta parte ($\frac{1}{4}$) de la altura total del labio, medida desde la comisura hasta el borde externo del ala nasal, en el lado sano. Esta medida será usada para marcar las líneas C-D, C'-D' y C'-B', (recuerden que C-D es igual que C-B). Hemos notado que en algunos casos (labios muy gruesos o muy altos y anchos, es preciso tomar la tercera parte, en vez de la cuarta parte de la altura total del labio en la forma medida.

Se marcan C y C' tomando ahora nuestra medida standard y trazando con ella una línea perpendicular al borde piel-mucosa del labio. Se podrá hacer en algunos casos, oblicua, dependiendo ello de la altura que tenemos que dar al labio en la parte media.

Se marcan C' y B' utilizando esta misma medida standard, y siempre perpendicularmente a C'-D', aunque en ocasiones puede cerrarse algo el ángulo formado por ambas.

Quedan así marcados con exactitud, los puntos A-B-C-D que coincidirán con sus oponentes A'-B'-C'-D', formando un labio estético, con cicatriz en Z, que jamás será retráctil y nunca dejará muesca o "notch" en el borde rojo del labio.

Existen varias modificaciones del LeMesurier (Stefenssen; Bauer, Truslery, Glanz, etc.) que son **esencialmente** iguales, excepto pequeños detalles fáciles de introducir. Ultimamente existe otra técnica que sí difiere bastante del LeMesurier en cuanto a los cortes del labio. Es la técnica de Tennison, sobre la cual no podemos opinar, por no tener experiencia en la misma.

BILATERAL O DOBLE. (VEAU)

En los segmentos laterales se marcan los puntos claves, según se aprecia en el diagrama, como en el lado distal o externo del LeMesurier (lado de la hendidura).

El **prolabio** se marca en forma cuadrilátera o mejor dicho, de **trapezio** invertido (con la base menor hacia abajo), procurando medir bien la altura que deberá tener el labio en su centro, y la altura del prolabio (porción de piel) para darle el resto de la altura conveniente, a expensas de los colgajos laterales, los cuales se unirán por debajo del prolabio y entre sí, en la línea media del labio.

El borde rojo del prolabio se conserva para suturarlo posteriormente. En esta técnica sólo es preciso recordar la importancia del decolamiento de los colgajos laterales, para que puedan unirse, sin gran tensión, en la línea media, sobre todo en los casos donde la pre-maxila es muy prominente.

ANESTESIA LOCAL EN LA CIRUGIA DEL LABIO

Para concluir este trabajo es preciso hablar algo sobre la anestesia local en esta Cirugía.

Desde hace más de 5 años, comencé a realizar intervenciones en niños del Hospital Municipal de Infancia de la Habana, bajo anestesia local. De todos es conocido, que la anestesia general, ha sido siempre, la única empleada en estos casos, bien por sonda nasal o por intubación. Demás está decir que sigue siendo la anestesia de elección en todos los casos de cirugía precoz, así como en los niños pequeños (menos de 5 años de edad) ya que es sumamente difícil razonar con esos pacientes así como explicarles todo lo concerniente a la operación. Por lo tanto, la anestesia local la utilizamos, en términos generales, en los niños mayores de 5 años de edad, a los cuales se les pueda "preparar psicológicamente" para dicha operación, además de administrarles la correspondiente medicación preoperatoria adecuada. Es realmente sorprendente el gran número de niños que se pueden operar así y con las ventajas que ello ofrece, ya que en muchos lugares de nuestra República no podemos encontrar un buen anestésico que nos permita realizar esta operación sin riesgos para el paciente. En cualquier medio y sin esta preocupación lógica por parte del cirujano, podemos llevar a cabo dicha intervención, con unos centímetros cúbicos de Novocaína, sin riesgos, pensando solamente en los resultados cosméticos de la misma.

El tipo de anestésico usado es la **Novocaína** al 2% (o similar) bien de tipo comercial o preparada en el mismo Salón con algún

CIRUGÍA PLÁSTICA DEL LABIO LEPORINO

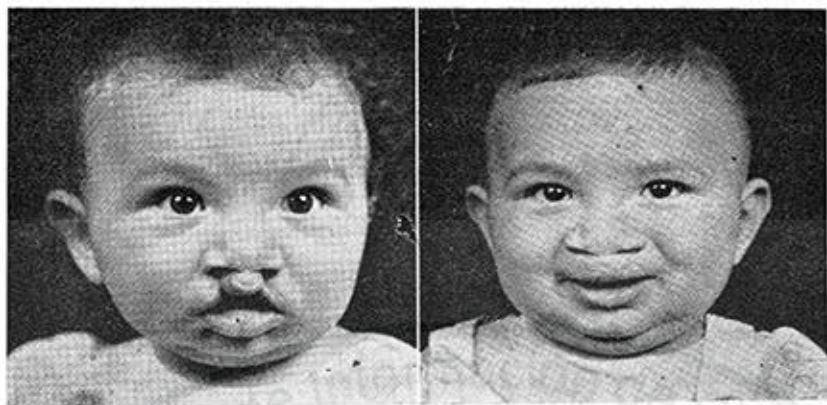


FIG. 1. A y B.—Labio leporino bilateral completo simétrico. Antes y 6 meses después de la operación. Vista de frente.

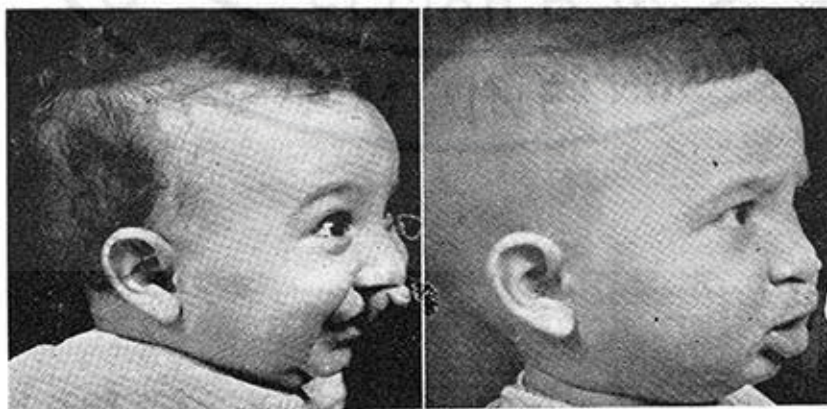


FIG. 1. C y D.—El mismo caso. Vista de perfil



FIG. 2, A y B.—Labio leporino unilateral derecho incompleto. Antes y 6 meses después de la operación. Vista de frente.

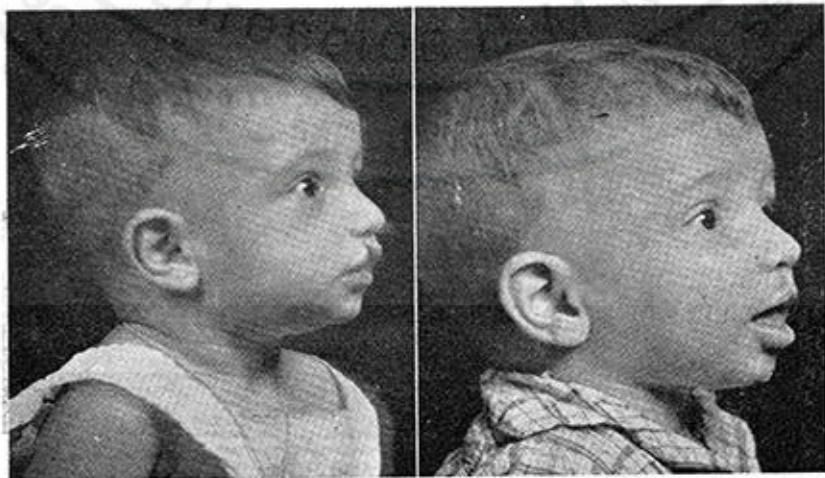


FIG. 2, C y D.—El mismo caso. Vista de perfil.

CIRUGÍA PLÁSTICA DEL LABIO LEPORINO

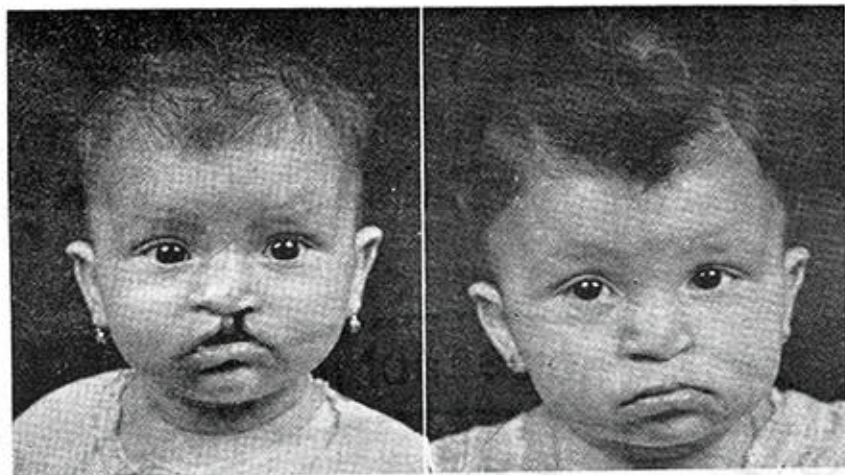


FIG. 3, A y B.—Labio leporino unilateral izquierdo, completo. Antes y 6 meses después de la operación. Vista de frente.

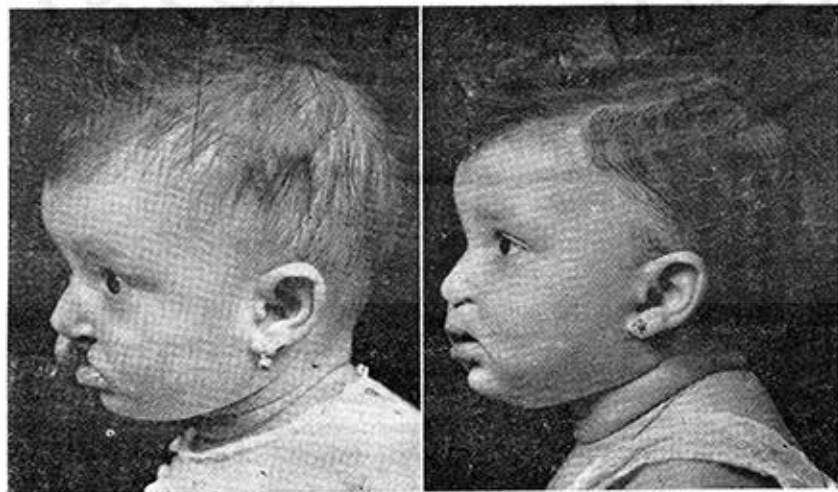


FIG. 3, C y D.—El mismo caso. Vista de perfil.

vaso-constrictor adicionado, para mantener bastante seco el campo operatorio.

En la descripción de la técnica apuntaba que sólo es preciso infiltrar la región del nervio **infraorbitario**, o sea por el surco gíngivo-labial, encima del canino, directamente en la fosita canina, por donde emerge de la cara dicho nervio. Allí se bloquean todas las ramas sensitivas del mismo, las cuales van hacia el labio superior y parte del ala nasal, con lo que tendremos una anestesia perfecta que abarca **todo** el labio superior y el ala nasal en gran parte, permitiéndonos realizar la intervención por más de 2 horas de duración, con la ausencia absoluta de dolor en el acto quirúrgico. El tiempo promedio para realizar la misma es de media a una hora, con esta técnica de LeMesurier.

En adultos esta es la anestesia de elección y la usamos siempre. La anestesia general es la excepción de la regla en los adultos. En niños mayores de 5 años (entre 5 y 10 años) la utilizamos con gran frecuencia, estudiando bien al niño y abordándole directamente el problema. Después de esa edad (10 años) es muy difícil que no se pueda operar con local un caso, ya que, salvo raras excepciones, existe el deseo de operarse y brindan su cooperación más decidida al cirujano. El post-operatorio es excelente. No hay vómitos, náuseas, estado de shock, etc., complicaciones frecuentes en los casos operados con anestesia general. La actitud mental en el post-operatorio tanto del operado como de sus familiares es muy buena. Se puede decir que salen "eufóricos" del Salón. En los últimos años hemos conocido los beneficios de la Novocaína en el cuerpo humano, según los trabajos de la Dra. Aslam.

Ultimamente, con la aplicación de la Hipnosis en Medicina y Cirugía, podemos valernos de ella con excelentes resultados. Tenemos alguna experiencia sobre ello y siempre con magníficos resultados.

B I B L I O G R A F I A

- A. B. LeMesurier.—Plastic and Reconstructive Surgery, vol. 4, 1949. "A Method of cutting and suturing the lip, in the treatment of complete unilateral clefts".
- Samuel Fomon.—Cirugía Plástica y Reparadora, 1943.
- Muriel E. Morley.—Cleft Palate and Speech, MSc., F. C. S. T., 1958.
- A. P. Seltzer.—Plastic Surgery of the nose, 1949.
- A. B. LeMesurier.—Plastic and Reconstructive Surgery, 1955. "The quadrilateral Mirault flap operation for hare-lip".