



Hospital de Niños V. J. Vilela. Rosario-Argentina

EXPERIENCIA EN RINOQUEILOPLASTIA TEMPRANA EN NIÑOS FISURADOS EXPERIENCE IN EARLY RHINOCHLONOPLASTY IN CHISTERED CHILDREN

AUTORES:

Faroni, Natalia*; Medina, Rubén¹, Giurastante, Andrea¹;
Vera Barros, Lucía¹; Tuninetti, Alberto²

* nataliafaroni@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Las fisuras labio palatinas constituyen deficiencias estructurales congénitas debidas a la falta de coalescencia entre algunos de los procesos faciales embrionarios que se forman entre la 4^a y 8^a semana de desarrollo intrauterino 1-2-3. La fisura facial tipo 2 de Tessier, con o sin fisura palatina, es la forma de presentación en más del 95% de los casos. La fisura labial aislada supone un 10-30% de los casos de fisura labiopalatina (FLP) y la etiología es multifactorial (genéticas, alcohol, tabaco, drogas como anticonvulsivantes), es más frecuente en varones y la fisura unilateral izquierda prevalece 4-5. Se trata de restaurar las funciones del niño, tales como la alimentación, la respiración y la fonación; además de tratar de solucionar problemas estéticos, psicológicos y de adaptación social 6-7.

OBJETIVOS:

Presentar nuestra experiencia en niños con diagnóstico de fisura labiopalatina tratados en nuestro hospital

MÉTODOS :

Se operaron 21 niños fisurados, entre 3 meses y 2 años (promedio 8 meses), desde enero del 2016 a diciembre de 2017. En nuestra institución existe un Comité de FLAP, integrado por cirujanos plásticos, pediatras, odontólogos, nutricionistas, genetistas, fonoaudiólogos y asistentes sociales, en donde se elaboran las decisiones de forma integral en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del niño fisurado. El protocolo que utilizamos es comenzar con ortopedia prequirúrgica (Placa de McNeil con tutor nasal) posterior al nacimiento y luego realizar la rinoqueiloplastia (según técnica de Millard II y Veau) a partir de los 3 meses, dado que las deformidades nasales también requieren corrección temprana. Los objetivos de la reparación son restaurar la longitud del labio, reconstruir el orbicular de los labios, restaurar el arco de cupido y corregir la deformidad nasal, la cual incluye la hemicolumela corta, base columelar desviada hacia el lado no afectado, domo alar con menor proyección y desplazamiento lateral, falta de piso nasal, arco de la nariz demasiado abierto, base alar desplazada lateralmente, cartilago alar afectado con desplazamiento caudal, superposición disminuida o ausente entre los cartílagos laterales y los alares, relación anormal entre los estratos de piel, cartilago y mucosa del ala.

Queiloplastia: 1-se realizan las incisiones de acuerdo a la marcación según técnica de Millard en lo unilaterales y según Millard-Veau en los bilaterales, 2-se tallan los colgajos de rotación y avance, se libera el orbicular de la mucosa y la piel, 3-cierre por planos: primero la mucosa, luego se sutura a la línea media el orbicular y luego piel. Rinoplastia primaria: 1-se realiza una liberación de piel y mucosa del cartilago alar; 2-se reposicionan los cartílagos entre sí, la base alar y el músculo nasal y 3-se cierra el piso nasal. Generalmente no se usa taponamiento nasal para no interferir en la respiración de los lactantes que es predominantemente nasal, ni tampoco férulas, ya que provocan decúbitos. Las suturas se retiran a las 2 semanas.



RESULTADOS:

La fisura más frecuente fue del lado izquierdo (11 pacientes), derecho (5 pacientes) y bilateral (5 pacientes). Tuvimos 5 pacientes con antecedentes familiares y un caso de mellizos fisurados. Las complicaciones que se presentaron fueron 2 dehiscencias y 4 infecciones locales tratadas con crema antibiótica.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del niño fisurado es coordinado por un equipo multidisciplinario para su rehabilitación integral con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida, favoreciendo su alimentación, fonación y estética.

REFERENCIAS:

- 1-Hurwitz, D. J. Unilateral cleft lip and nose. In J. Bardach and H. L. Morris (Eds.) Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate. Philadelphia: Saunders, 1990. Pp. 204-216.
2. Stal, S., Chebret, L., and McElroy, C. The team approach in the management of congenital and acquired deformities. Clin. Plast. Surg. 25: 485, 1998.
3. Carrasco L, Faraggi M, Merino A. Rinoseptoplastia en pacientes fisurados. RevOtorrinolaringolCir Cabeza Cuello. 2011; 71(2):171-178.
- 4-Bardach, J, Morris, H. L., Olin, W., et al. The Iowa-Hamburg study: Late results of multidisciplinary management. In J. Bardach and H. L. Morris (Eds.), Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate. Philadelphia: Saunders, 1990. Pp. 98-112.
5. Tindlund, R. S., and Holmefjord, A. Functional results with the team care of cleft lip and palate patients in Bergen, Norway: The Bergen Cleft PalateCraniofacial Team, Norway. Folia Phoniatr. Logop. 49: 168, 1997.
6. Bardach, J., Morris, H., Olin, W., et al. Late results of multidisciplinary management of unilateral cleft lip and palate. Ann. Plast. Surg. 12: 235, 1984.
7. Millard, R. D. The unilateral deformity. In D. R. Millard (Ed.), Cleft Craft. Boston, Little, Brown, 1976. Pp. 256-266, 425-429, 449-485.

