

214
21.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SECUELAS NASALES DESPUES DEL
CIERRE PRIMARIO DE LABIO Y PALADAR
HENDIDO UNILATERAL

lolo
[Signature]

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
DORA ELISA QUEZADA PINA

ASESORA DEL SEMINARIO DE TITULACION
C.D.M. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS

MEXICO

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

LETA TENIS NO SERE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A:

Doña Natividad Tamayo Marín Vda. de Hernández. Mi Nana Nati:

Dios me regaló a un ser humano hermoso para que me acompañara desde mi nacimiento hasta su muerte; brindándome amor, confianza y apoyo: fue a ella.

Pocas personas pueden jactarse de haber tenido en sus vidas a una persona de la cual solamente recibieron cosas buenas. Yo soy una de las agraciadas. Nunca olvidaré sus consejos y su ejemplo a seguir: "con constancia se puede lograr todo en la vida, no importa cuan grande y difícil sea la empresa, siempre se puede."

Al ser humano más importante y más amado de mi vida. A su recuerdo imborrable. Gracias.

A:

Mis tías Ma. Elizabet y Ma. Teresa Palacios Martínez,

Pilares de amor y comprensión incondicionales, sin los cuales nunca hubiera logrado terminar esta obra. A ellas con todo mi amor y gratitud.

AGRADECIMIENTOS.

A :

América Pina Palacios y Fernando Quezada Tavares: mis padres.

Porque trataron de creer en mí y gracias a eso es que estoy cerrando este ciclo en mi vida. GRACIAS.

Mis hermanastros Lilián y Ariel (La Rata), mis alcahuetes que nunca rajan, las orejas que siempre están ahí cuando se les requiere y nunca se espantan de nada, ni critican. No importa cual locura quiera emprender, ellos siempre estarán de acuerdo.

Fernando José Gerardo Parra Novo (Fer), amigo entre los amigos, mi paño de lágrimas, sin tu ayuda nunca le hubiera entendido a la computadora. Gracias por la paciencia y todo el tiempo dedicado a mi auxilio, así como por las bromas oportunas para levantarme el ánimo cuando ya no podía más. Me cae que nunca lo olvidaré.

A los H.A.A., a todos mis amigos y aquellos que siempre me apoyaron y de una u otra forma me ayudaron.

¡ A TODOS MUCHAS GRACIAS !

Colaboradores:

C.M.F. Guillermo Baños Aparicio.

**Catedrático de Cirugía Bucal y Maxilofacial
de la Universidad Nacional Autónoma de México.**

Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial

del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza del IMSS.

**Fundador y Vicepresidente de la Campaña Permanente de Labio y Paladar
Hendido.**

Dra. Alicia Alvarez Chávez.

**Médico de base del Servicio de Otorrinopediatria
del Hospital Infantil de México Federico Gómez.**

C.M.F. Fernando Soriano Padilla.

**Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Pediatría
del Centro Médico Siglo XXI del IMSS.**

Presidente de la Campaña Permanente de Labio y Paladar Hendido.

INDICE.

I. Labio y paladar hendido.	5
1. Introducción	5
2. Antecedentes Históricos.	7
3. Definición.	13
4. Epidemiología	13
5. Etiología.	13
6. Tratamiento	15
7. Deformidad de la hendidura nasolabial unilateral	15
II. Técnicas quirúrgicas	18
1. Técnicas de uso frecuente	18
2. Objetivo de la reparación primaria de la hendidura nasolabial unilateral.	19
III. Secuelas nasales después del cierre primario de la hendidura unilateral.	20
1. Secuelas nasales	20
2. Alteraciones psicológicas y ajuste psicosocial del paciente	23
IV. Conclusiones	25
V. Bibliografía	29
VI. Glosario.	33

LABIO Y PALADAR HENDIDO



INTRODUCCION

Se está totalmente consciente de cómo el problema nasal ha sido relacionado con la hendidura unilateral y bilateral del labio. Esta parte del problema de la hendidura del labio, fue casi totalmente ignorado hasta recientemente. Sin embargo, uno de los problemas fue dirigido a innumerables ideas ingeniosas que fueron propuestas, así que muchas de las técnicas que están descritas hoy, han sido exploradas previamente por otros.

Pacientes con hendidura unilateral o bilateral, hoy están a menudo preocupados con la apariencia de su punta nasal, así como lo están con su cicatriz del labio. El énfasis sobre la apariencia, es porque es común ver

esto en niños de 6 ó 7 años . En medicina, cuando se encuentra una condición con la cual se puede hacer poco o nada, se tiende a ignorar su existencia . Esta fue la aparente situación concerniente al arco de cupido en los días del colgajo Blair Brown Mirault, y aún más recientemente con la presencia de una hinchazón lateral del músculo orbicularis (Mirault 1845, Blair Brown 1930, Brown 1950) . Del mismo modo, la deformación de la punta nasal es parte del complejo de la hendidura labial que fue largamente ignorada a través del siglo XIX.

ANTECEDENTES HISTORICOS



Esta terracota, la cabeza de un payaso, siglo IV antes de J.C., fue encontrada en el barrio de los alfareros del viejo Corinto



A pesar de sus pequeñas dimensiones, la escultura reproduce fielmente el estigma característico de un labio hendido unilateral con la deficiencia nasal asociada.²⁰

Grabados de "Reparación del labio leporino" del siglo XVIII frecuentemente muestran amplias hendiduras de labio y quizá puntas nasales simétricas (de Garengot, 1748 y Rogers 1977). En este tiempo nadie estuvo haciendo nada por la punta nasal ni tuvieron ninguna técnica con la cual podrían llegar a este problema (McDowell 1977). El día de la rinoplastia aún no había llegado.

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX; alrededor de la época de Jacques Joseph, un nuevo y agresivo acercamiento fue introducido primeramente por la giba del dorso y secundariamente por el cartilago alar (Joseph 1898). Después de 15 ó 20 años, las técnicas para rehacer la punta nasal en los niños con la hendidura empezaron a ser descritas en muchos lugares. Subsecuente a esto, muchas recomendaciones diferentes han sido hechas para el manejo de la hendidura de labio y nariz. De hecho, es difícil de encontrar cualquier otro procedimiento nuevo para el mejoramiento de la hendidura de labio y nariz el cual no haya sido publicado en los años 1920, 193, 1940 (Millard 1976) Por ejemplo, William Berkeley popularizó la abertura de la punta, mejorando la hendidura unilateral nasolabial (Berkeley 1957). El hizo notar que su entusiasmo fue iniciado por Henry P. Royster, pero estas incisiones fueron descritas por Sir Harold Gillies y T. Pomfret Kilner en 1932 y también por Jacques Joseph en 1931. Muchas de las primeras técnicas necesitaron un refinamiento. Por ejemplo, la incisión de la punta publicada por Erich (1953) muestra una columnela con una incisión en forma de V, similar a muchas de las incisiones usadas hoy para el abordaje de punta abierta de rinoplastias electivas (Fig. 4). Sin embargo Erich marcó su incisión alta en la columnela y no en la parte baja donde la columnela es estrecha.

Cirugías para cambiar el cartilago alar por colgajo de el lado no hendido sobre el lado de la hendidura, para aumentar la punta con injertos cartilagosos, y para la reposición del desplazamiento del cartilago alar, fueron todos descritos con varios grados de entusiasmo y éxito (Barsky 1938, Humby 1938, Byars 1947, Millard 1976) Un incómodo instrumento externo fue también descrito por Brophy (1923). Sorpresivamente sus fotografías postoperatorias muestran resultados muy agradables aunque, no se puede entender exactamente lo que él hizo. Uno de los resultados que vienen de esta plétora de la punta nasal manejados por cirugía con varios grados de destreza, fue el aparente incremento de pacientes adolescentes y adultos, quienes fueron a ver a alguno de los maestros cirujanos de rinoplastia estética conservadora con la nariz con cicatrices horribles y feamente desfigurados.

En aquellos tiempos, era muy poco formal el entrenamiento en cirugía plástica. Las hendiduras fueron a menudo operadas por cirujanos generales, cirujanos pediatras, otorrinolaringólogos y ortopedistas. El Dr. Le Mesurier, quien contribuyó grandemente en el desarrollo de la técnica para la reconstrucción del arco de cupido, hizo mucho de su trabajo en el Hospital para Niños Enfermos de Toronto (Le Mesurier 1949). Le Mesurier fue un cirujano pediatra quien cuando llego a ser jefe de cirugía en el Hospital para niños Enfermos, tuvo que desarrollar un gran interés en los niños con

hendiduras. Fue un cirujano cuidadoso y meticulado, pero tuvo un breve entrenamiento formal de cirujano plástico (Lindsay, 1991). Además muchos de los jefes de cirugía, tales como I.S. Ravdin y Edward D. Churchill convencieron a aquellos cirujanos generales a seguir un entrenamiento y "a hacer todo eso". Sin embargo, muchos de ellos no disfrutaron hacer las cirugías de hendiduras y estos casos fueron a menudo puestos al final de los calendarios y turnados a los asistentes. Se ha visto más de un caso hecho de esta manera con la enfermera circulante; perteneciendo a un texto con diagramas de las incisiones del labio.

En los años 1940 y 1950 no era raro ver pacientes que tenían 14, 18 y hasta 22 procedimientos quirúrgicos en su hendidura palatina, y quienes fueron dejados con unas horribles cicatrices, fistulas e incompetencia. Esto es poco admirable, ya que bajo estas condiciones, la cirugía que fue llevada a cabo en la punta nasal fue frecuentemente desastrosa. La existencia recurrente de estos problemas clínicos difíciles, fue la principal razón para que se formara la Asociación Americana de Paladar Hendido. Su primer nombre como hizo notar R. Webster (1964) fue el de Academia Americana de Prótesis de Paladar. Dr. Webster, presidente; fue el que preparó el primer artículo publicado en la revista de divulgación de la mencionada asociación.

El Dr. Gustav Aufricht desde Nueva York (1955), y muchos de sus colegas de igual habilidad, estuvieron defendiendo la postura de que los noveles cirujanos no intervinieran la punta nasal: "por favor no toquen la punta nasal hasta que el niño sea por lo menos adolescente." Ellos no estuvieron haciendo la reparación primaria de la hendidura, pero ellos estuvieron viendo el resultado trágico de su cirugía deficiente, y cómo la pesada cicatriz de tejido distorsionaba el crecimiento.

Desde entonces, realizando intervenciones quirúrgicas cuidadosas, aplicando técnicas depuradas, realizando cada vez más observaciones con el propósito de evitar las cicatrices, y a causa de la vulnerabilidad de los tejidos en crecimiento, hay nuevo entusiasmo por la cirugía temprana de la punta nasal. "¿Cómo puede el cartilago crecer normalmente si está muy desplazado?" es la pregunta que se escucha hoy. En suma, pacientes de 6 ó 7 años de edad son sensibles acerca de la manera en que ellos se ven en fotos de su clase escolar o en una foto familiar. Como se anotó anteriormente, ellos están frecuentemente mucho más relacionados con sus narices torcidas que con sus cicatrices de los labios. Hoy, hay mas interés en operar esas narices al tiempo de la reparación primaria del labio, y llevar a cabo la reparación secundaria cuando la deformidad llega a ser molesta para el paciente. Aún es necesario realizar más trabajo de investigación en adolescentes.

Hasta las excelentes publicaciones de Harold McComb (1990) la literatura ha estado casi completamente exenta de estudios significativos de el grueso de la anatomía normal. Victor Veau (1931) en su excelente libro División Palatina, incluye muchas fotografías de niños abortados y esqueletos limpios de especímenes con hendiduras, pero no detalles de la punta nasal. Granted anotaba: "estos pacientes no son frecuentemente vistos en el cuarto de la autopsia, y el permiso para diseccionar la cara de un niño o un recién nacido es difícil de obtener". Todavía hay un desconcertante número de problemas para los cuales no se tienen buenas respuestas. Por ejemplo: ¿Cómo se puede manejar el borde lateral de la ventana nasal que está jalado hacia arriba, la punta nasal que está engrosada y regordeta, el vestíbulo que tiene una cortina como obstrucción, o la columbela que necesita afinarse? ¿Quién sabe cuanto tiempo tenga que pasar para que esto pase a ser parte de la historia?²

DEFINICIÓN

Figura congénita especialmente del labio superior. Puede ser simple o doble, según afecte uno o dos lados; complejo si la hendidura comprende porciones óseas; unilateral, bilateral, mediano o comisural, según se presente en un lado, en los dos, en la línea media o en la comisura, respectivamente.¹⁵

EPIDEMIOLOGÍA

Uno de cada setecientos cincuenta u ochocientos niños, que nacen vivos en México, presentan labio y paladar hendido.¹⁹

Las hendiduras unilaterales constituyen alrededor del 70 al 80% de estos pacientes.¹³

ETIOLOGÍA

En la mayoría de los casos, estas malformaciones se explican con la Hipótesis de Umbral Multifactorial; la teoría de la herencia multifactorial postula, que muchos de los genes que contribuyen al riesgo interactúan entre sí y el ambiente colectivo determina si se alcanza el umbral de

anormalidad que causa un defecto del feto en desarrollo; la herencia multifactorial o poligénica explica la transmisión de estos defectos y es útil para predecir el riesgo de ocurrencia de esta anomalía, entre los miembros de la familia de un individuo afectado.

La ruptura de los patrones normales de crecimiento, e incluso las deficiencias de cualquiera de los procesos faciales, puede dar un desarrollo anormal de labios y paladar. El labio hendido ocurre por lo general alrededor de la sexta o séptima semana de vida intrauterina y se produce por deficiencia de la unión epitelial entre los procesos nasales medial y lateral, en la cual no penetran células mesodérmicas.

El paladar hendido se produce alrededor de la octava semana de desarrollo embrionario por ruptura epitelial, que origina una falla de crecimiento del tejido mesodérmico y falta de fusión de los segmentos laterales del paladar. La mayoría de los embriólogos piensan que en todos los defectos de hendidura hay una deficiencia verdadera de tejido y que la estructura anatómica real está ausente.¹⁷

TRATAMIENTO

El cierre de la hendidura es quirúrgico. Aunque el paciente se debe tratar integralmente por ortodoncistas, fisiatras, foniatras, psicólogos, ortopedistas, entre otros.¹⁷

DEFORMIDAD DE LA HENDIDURA NASOLABIAL UNILATERAL

Una deformidad típica de la hendidura nasal puede ser asociada con la hendidura completa de labio, alvéolo y paladar o la hendidura de labio y alvéolo con el paladar intacto. Aun en la hendidura incompleta del labio puede llegar a una deformidad severa de la hendidura nasal. Las características de la deformidad de la hendidura unilateral nasolabial como las definió Bardach y Salyer en 1991 pueden incluir algo o todo lo siguiente:



1. Una columnela corta en el lado hendido
2. Una posición oblicua de la columnela con la base desviada hacia el lado no hendido.
3. Una forma de S doblada del lado de la crus lateral fuera del cartilago lateral inferior y de la piel adherida.
4. Una crus más larga de el cartilago lateral inferior en el lado hendido.
5. Desplazamiento (frontal u horizontal) de el cartilago lateral inferior.
6. Desplazamiento (frontal y horizontal) de la punta nasal siguiendo el desplazamiento de el cartilago lateral inferior.
7. Una punta nasal asimétrica.
8. Un domo vestibular excesivamente obtuso.
9. Un ala aplastada, resultando en un desplazamiento horizontal de la ventana nasal.
10. Diferencias en el tamaño de las ventanas nasales.
11. Retroposición del total de la ventana nasal.

13. Pérdida del piso nasal.
14. Piso nasal bajo en el lado hendido.
15. Presencia de una fístula nasolabial.
16. Deflexión del borde del septum nasal y de la espina nasal anterior dentro del vestibulo no hendido.
17. Septum nasal desviado.
18. Hipertrofia de los cornetes inferiores en el lado hendido.
19. Asimetría de la pirámide nasal.
20. Hipoplasia de la maxila en el lado hendido, y
21. Desplazamiento de los segmentos del maxilar y premaxila en el lado no hendido.



En la deformidad unilateral de la hendidura nasolabial, la asimetría debe ser considerada como el primero y el más difícil de los problemas.^{12,13,14}

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

TÉCNICAS DE USO FRECUENTE.

En la actualidad algunas técnicas utilizadas para el cierre de labio y paladar hendido unilateral son: avance de rotación de Millard, Millard modificada, Ascencio, Tennison , Randall. Davies, Malek, Le Mesurier y otros.¹¹



OBJETIVO DE LA REPARACIÓN PRIMARIA DE LA HENDIDURA NASOALABIAL.

El objetivo de la reparación primaria de la hendidura nasolabial es crear un balance simétrico en el labio y una vista más normal de la nariz (Bardach y Salyer 1991). La corrección de la deformidad nasal puede requerir de varios procedimientos quirúrgicos para poder obtener un resultado satisfactorio. Entre estos procedimientos los siguientes son los más importantes:

1. Cierre del piso nasal.
2. Lograr simetría de el piso nasal, ala y domo de ambos lados.
3. Lograr proyección simétrica de la punta nasal.
4. Remodelar el cartilago lateral inferior.
5. Reposición del cartilago lateral inferior.
6. Reposición de la base del ala.
7. Remodelado de el ala nasal.
8. Alargar la columnela en el lado hendido.
9. Enderezar la columnela.
10. Lograr una apertura nasal equivalente a la del lado no hendido; y
11. Eliminar el tejido de la ventana nasal del lado hendido.¹²

SECUELAS NASALES DESPUÉS DEL CIERRE PRIMARIO DE LA HENDIDURA UNILATERAL.

SECUELAS NASALES.



1. Acortamiento de la hemicolumnela en el lado hendido.^{1,11,12}
2. Asimetría de la cúpula de las narinas.^{6,11}
3. Desplazamiento inferior del cartilago alar.^{11,12}
4. Inserción anormal del extremo lateral del cartilago alar en la fosa piriforme.¹¹
5. Desviación de la pirámide nasal.^{10,11}
6. Mala alineación de los cartilagos alares.¹¹
7. Severa asimetría de las narinas¹¹

8. La base del ala en el lado hendido puede estar ligeramente desplazada lateralmente o aún lateral e inferiormente ^{9,12}



9. El tamaño y la forma de la ventana nasal en el lado hendido puede ser ligeramente diferente que en el lado opuesto. ^{6,12}
10. Punta nasal asimétrica. ¹²
11. Ventanas nasales asimétricas. ¹²
12. Alas nasales asimétricas. ¹²
13. Ala nasal deprimida. ¹²
14. Cruras laterales desalineadas. ¹²
15. Desviación del septum. ¹²
16. Asimetría de los cartílagos laterales inferiores. ¹²
17. Luxación del borde caudal del cartilago septal. ¹²
18. Piso de la nariz distorcionado. ⁹

19. Base de la columna distorsionada.⁹
20. Luxación dorsal de la cruz lateral del cartilago lateral.⁷
21. Una fea cicatriz en el lugar de la cirugía.^{1,3}
22. Deformidad debido a la deficiente reparación primaria, durante el periodo de crecimiento activo.³



ALTERACIONES PSICÓLOGICAS DEL PACIENTE

Psicológicamente, beneficia desde el periodo del crecimiento y desarrollo de los niños el atenderlos adecuadamente hasta la adolescencia, quienes adquirirán un mejoramiento en su autoestima y en su imagen personal, en contraste con los niños y adolescentes quienes crecen con una deformidad nasal marcada.

El hacer la corrección antes que el niño ingrese a la escuela le evitará el ser ridiculizado.¹²

Hay fuertes razones sociales y psicológicas para intentar producir una cara normal tan pronto como sea posible. MacGregor (1951), y después Jones (1979), mostraron que los pacientes con deformidades faciales fueron sujetos frecuentemente a burlas, sobrenombres y discriminación social. La relegación social de estos niños con frecuencia les dificulta el obtener trabajos y el ser atractivos a miembros del sexo opuesto, (Clifford y Clifford, 1986), porque pacientes con hendiduras, frecuentemente desarrollan un marcado grado de asimetría nasal.⁶

Junto a las dificultades usuales de la infancia y adolescencia, los pacientes fisurados llevan una carga sobreañadida, y deben enfrentarse a una deformidad visible, o un trastorno de la fonación, o ambos. Este trauma psicológico es bastante significativo en algunos casos. Por tanto, un tratamiento completo debe considerar este aspecto de la anomalía. Debe valorarse el ajuste psicosocial del niño e intentar comprender las complejas relaciones e interconexiones familiares. Estas familias con niños afectados son particularmente propensas a padecer el "síndrome del pájaro herido". Los padres tienen un deseo instintivo de proteger a estos niños de las asperezas y decepciones de esta vida. Esto se convierte a menudo en sobreprotección, que es perjudicial tanto para el niño como para los padres. A menos que ambos sean reeducados, el desarrollo normal del niño puede verse truncado y nunca aprenderá a "volar" solo. Ocasionalmente los padres descuidan a sus hijos; esta situación debe ser corregida para que el niño progrese normalmente.

Debe recordarse que, aparte del defecto congénito, estos pacientes son normales en todos los aspectos. Muchos de ellos son extremadamente inteligentes y contribuirán sobremedida a la sociedad. Es por tanto, de crucial importancia que su salud mental sea tratada tan atentamente como sus más obvios y visibles problemas.²⁰

CONCLUSIONES



Después de llevar a cabo la revisión bibliográfica, de hablar con muchos especialistas del tema como lo fueron Cirujanos Maxilofaciales, Otorrinolaringólogos, Pediatras, Foniatras, Fisiatras, Psicólogos, Cirujanos Plásticos y OtorrinoPediatras; así como de tener la oportunidad de asistir a las brigadas de "La campaña permanente de Labio y Paladar Hendido " que se llevan a cabo una vez al mes en la población de Metepec, Pue., en repetidas ocasiones por invitación del C.M.F. Guillermo Baños Aparicio quien

fuera mi maestro de la asignatura durante la carrera, así como en el Servicio de Cirugía Maxilofacial en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Siglo XXI del IMSS, por invitación del C.M.F Fernando Soriano Padilla; es que pude convivir muy de cerca con los pacientes, y ver el antes y el después de su tratamiento.

Es increíble ver como un niño que es aceptado y bien tratado desde el principio por la familia, es un niño adaptado a la vida y feliz, como lo puede ser cualquier otro, así como su calidad de vida puede ser tan buena como la de cualquier niño nacido sin este defecto.

Vi como los padres con un niño que no ha sido operado tienden a ocultar a su hijo, y el cambio inmediato al salir el niño del quirófano. Es como si se convirtiera en un niño normal por arte de magia en unas cuantas horas.

Y la mayoría de los pacientes mayores a los que se ha dado seguimiento integral desde pequeños, son pacientes a los que difícilmente se les nota que nacieron con este problema. La cicatriz del cierre de la hendidura a algunos ni siquiera se les ve, y el defecto de la nariz es mínimo a la edad de 3 años, así como a los 12 años de edad. El habla es muy buena, así como la manera de desenvolverse.

Volviendo al problema de las secuelas nasales después del cierre primario de la hendidura unilateral, en lo personal creo que mucho está en el conocimiento de las técnicas y en la habilidad del cirujano. En lo personal puedo decir que después de ver a los Doctores. Baños y Soriano operando y lo que logran, ya no deberían existir pacientes con grados severos de deformidad nasal después de este procedimiento.

Sé que existen casos, sin importar la técnica y destreza que posea el cirujano, en los que los resultados no llegarán a ser excelentes, pero estos tienen que ser muy pocos.

Mi punto de vista es que hay que seguir capacitando adecuadamente a los especialistas, y trabajando en conjunto con todas las personas que deben estar implicadas como ya lo mencioné anteriormente: foniatras, fisiatras, etc., para lograr que estos pacientes pasen desapercibidos a pesar de su defecto congénito y puedan tener las mismas oportunidades en la vida que cualquier persona.



Fotografía de un niño de 3 años de edad, sometido a intervención quirúrgica a los tres meses de edad, de cierre primario de hendidura nasolabial unilateral del lado izquierdo. (fotografía de control)²⁰

BIBLIOGRAFIA.

1. Krupp S., "Management of cleft lip and nose defects: one or more operations?". Scandinavian journal plastic reconstructive surgery hand surgery.,24 (3) .p p 233-239,1990.
2. Randall P., "History of cleft lip nasal repair". Cleft palate craniofacial journal.,Nov.29 (6) .p p 527-530,1992.
3. Markus A.,Delaire J.,Smith W., "Facial balance in cleft lip and palate.II.Cleft lip and palate and secondary deformities".British journal of oral en maxillofacial surgery.,Oct. 30(5)..p.p.296-304,1992.
4. Assuncao A., "The V.L.S. classification for secondary deformities in the unilateral cleft lip: clinical application".,British journal of plastic surgery., 45(4)..p.p.293-296,1992.
5. Nakajima T.,Yoshimura Y., "Secondary correction of bilateral cleft lip nose deformity".,Journal of craniomaxillofacial surgery.,18(2)..p.p.63-67,1990.

6. Roberts-Harry D.P., Evans R., Hathorn I., "Effects of different surgical regimes on nasal asymmetry and facial attractiveness in patients with clefts of the lip and palate". Cleft palate craniofacial journal. jul. 28(3). p.p. 274-278, 1991.
7. Matsuo K., Hirose K., "Secondary correction of the unilateral cleft lip nose using a conchal composite graft". Plastic reconstructive surgery. Nov. 86(5). p.p. 991-995, 1990.
8. McComb H., "Primary repair of the bilateral cleft lip nose: A 15-year review and a new treatment plan". Plastic reconstructive surgery. Nov. 86(5). p.p. 882-889, 1990.
9. Assuncao A., "The V.L.S. classification for secondary deformities in the unilateral cleft lip". British journal of plastic surgery. 45(4). p.p. 288-292, 1992.
10. Arashina T., "Open reverse-U incision technique for secondary correction of unilateral cleft lip nose deformity". British journal of plastic surgery. sept. 43(5). p.p. 557-564, 1990.

11. Vinageras E., "Manejo y tratamiento integral de los pacientes con fisura labiopalatina", México., Ediciones medicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez, capitulo XIII, pág. 144, 147, 149, 151, 1987.
12. Salyer K., "Early and late treatment of unilateral cleft nasal deformity", Cleft palate craniofacial journal, 556-569, Nov., 29 (6), 1992.
13. Chowdri N., Darzi, Ashraf., "A comparative study of surgical results with rotation advancement and triangular flap techniques in unilateral cleft lip", British journal of Plastic Surgery, 551-556, (43), 1990.
14. Enemark Hans, Bolund S., Jorgensen I., "Evaluation of unilateral cleft lip and palate treatment: Long Term Results", Cleft Palate journal, 49-58, Oct., 27 (4), 1990.
15. Navarro-Beltrán Estanislao y col., "Diccionario terminológico de ciencias médicas", duodécima edición, Salvat Editores, S.A., pp., 3, 45, 135, 154, 193, 194, 238, 252, 253, 268, 314, 348, 384, 388, 428, 463, 497, 554, 559, 585, 594, 628, 680, 692, 741, 889, 907, 915, 918, 942, 988, 992, 997, 999, 1018, 1039, 1127, 1155., 1991.

16. García-Pelayo Ramón, Pequeño Larousse Ilustrado, Ediciones Larousse, pp.,993, México,D.F. 1977.
17. Regezi. Joseph, Sciubba J..Patología bucal, Editorial Interamericana Mc Graw Hill,pp. 475-478, México, 1991.
18. Quiroz Gutiérrez Fernando Dr., Tratado de Anatomía Humana, Editorial Porrúa S.A., pp. 118, Tomo I, México, 1990.
19. C.M.F. Soriano Padilla Fernando, Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
20. Tord Skoog, Atlas de Cirugía Plástica, Salvat Editores, S.A., pp,14,16,17,18,19,29,36,37,45,83,116,120, Barcelona, 1976.
21. Alatorre Sánchez de la Barquera G., Cirugía Nasal, Editado por Centro Médico La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, pp.,17-20, México, 1985.

GLOSARIO:

Abordaje: En cirugía, vía del acceso al órgano que va a ser operado, o vía de entrada quirúrgica en una cavidad somática. ¹⁵

Alvéolo: Nombre de las cavidades en los maxilares para la implantación de las raíces dentales. ¹⁵

Avance: (Avanzamiento). Desprendimiento o desinserción de un músculo o tendón, seguido de inserción en un punto más avanzado // de rotación: movimiento del músculo o tendón alrededor de su eje antes de la inserción. ¹⁵

Bilateral: Que tiene dos lados o relativo a ambos lados. ¹⁵

Cartilago: Sustancia elástica, flexible, blanca o grisácea, adherida a las superficies articulares óseas y que forma ciertas partes del esqueleto. ¹⁵

Cartilago alar: Nombre del cartilago del ala de la nariz. ¹⁵

Cartilago septal: El del tabique nasal. ¹⁵

Colgajo: Masa de tejidos separada incompletamente del cuerpo.¹⁵

Columnela: La parte inferior del septum, separando las fosas nasales y los vestibulos, contiene ambas cruras mediales.²¹

Comisural: Punto de reunión de los bordes de una abertura en hendidura.¹⁵

Complejo: Asociación de síntomas o manifestaciones morbosas; síndrome.
¹⁵

Cornetes: Nombre de unas pequeñas láminas óseas arrolladas sobre sí mismas en la pared lateral de las fosas nasales.¹⁵

Cornetes inferiores: (Subetmoidal) Hueso enteramente distinto, mayor que los otros cornetes; tiene un borde libre y otro articulado con el maxilar superior, unguis y palatino. Concorre a formar el conducto nasal y a estrechar la entrada del seno maxilar.¹⁵

Crus lateral: La porción lateral del cartílago lobular (alar).²¹

Crura: Plural de crus lateral.²¹

Desplazamiento: Ectopía, cambio de lugar natural o provocado.¹⁵

Desviación: Dirección viciosa o anormal de una parte u órgano.¹⁵

Dorso nasal: Desde la raíz hasta la punta de la nariz.²¹

Electivo: Sujeto a elección o que puede elegirse, no necesario.¹⁵

Epidemiología: Tratado sobre las epidemias.¹⁵

Etiología: Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de enfermedades.¹⁵

Epitelio: Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada de células de forma y disposición variables, sin sustancia intercelular ni vasos.¹⁵

Espina nasal anterior: (Espina nasal), Proyección ósea central anterior que es la continuación del piso de cada apertura piriforme.²¹

Fístula: Trayecto patológico, congénito o adquirido que pone en comunicación anormal dos órganos entre sí (fístula interna) o con el exterior (fístula externa).¹⁵

Giba: Corcova; gibosidad // Eminencia ósea anormal.¹⁵

Hipertrofia: Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de su estructura, que da por resultado el aumento de peso y volumen del órgano. ¹⁵

Hipoplasia: Disminución de la actividad formadora o productora; desarrollo incompleto o defectuoso.¹⁵

Incisión: División metódica de las partes blandas con un instrumento cortante. La herida quirúrgica resultante de la incisión. ¹⁵

Injerto: Acción y efecto de implantar en la piel o en otro tejido del cuerpo un trozo de tejido para reparar una pérdida de sustancia, mejorar las condiciones de un área lesionada con menoscabo anatomofuncional, o con fines estéticos.¹⁵

Labio leporino: Labio hendido o fisurado.¹⁷

Lateral: Relativo o situado a un lado.¹⁵

Maxila: Maxilar; cada uno de los huesos maxilares superior e inferior.¹⁵

Mesodermo: Mesoblasto; capa media del blastodermo, entre el ecto y el endodermo, de que derivan el tejido conjuntivo óseo cartilaginoso, muscular, sangre, vasos sanguíneos y órganos linfáticos, notocorda, epitelio celómico (pleura, pericardio, endotelio articular, peritoneo) y riñones y órganos sexuales.¹⁵

Músculo orbicularis: Músculo (orbicular de los labios), alrededor del orificio bucal; en forma de elipse y constituido por dos porciones: semiorbicular superior y semiorbicular inferior. Piel y mucosa de los labios.¹⁵

Pirámide nasal: Nariz.¹⁵

Piso nasal: Pared inferior de las fosas nasales, o propias de la nariz.¹⁸

ESTO
SALIR
NO DEBE
BIBLIOTECA

Plétora: Exceso de sangre o de otros humores en el cuerpo o en una parte de él.¹⁵

Porción ósea: Parte, cantidad segregada de un todo formado en este caso por hueso.¹⁵

Premaxila: (Premaxilar); Situado delante del maxilar.// Hueso intermaxilar.¹⁵

Proceso: Prolongación, apófisis.¹⁵

Proceso nasal medial: Prolongación, apófisis de la parte media o mitad de la nariz.¹⁵

Punta nasal: Vértice o ápice de la nariz.¹⁵

Retroposición: Desplazamiento hacia atrás.// Reposición.¹⁵

Rinoplastia: Cirugía plástica de la pirámide nasal.¹⁵

Ruptura: Rotura, desgarro.¹⁵

Segmento: Pedazo o parte cortada de una cosa.¹⁶

Septum nasal: (Hueso) Tabique de la nariz. La división entre las dos cámaras nasales, donde se unen en la línea media.^{15,21}

Simétrico: (Simetría) Disposición regular de partes alrededor de un eje, centro o plano común.// Regularidad de un órgano impar en el que ambas partes laterales son iguales.¹⁵

Transgresión: Proceso por el cual una sustancia pasa de un medio a otro por los cuales tiene afinidad, a través de otro medio por el que no tiene afinidad alguna.¹⁵

Unilateral: Situado en un solo lado o que afecta a un solo lado.¹⁵