

León Pérez, J.A.; Sesman Bernal, A.L.

En paladar hendido, ¿es indispensable seccionar la úvula por la mitad? Implicaciones anatómicas y fisiológicas para una uvuloplastia diferente

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 36, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 259-262

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365540071009>

En paladar hendido, ¿es indispensable seccionar la úvula por la mitad? Implicaciones anatómicas y fisiológicas para una uvuloplastia diferente

In cleft palate is indispensable to section the uvula for one half?
Anatomical and physiological implications for a different uvuloplasty



Dr. Jose Antonio León Pérez.

León Pérez, J. A.*, Sesman Bernal, A. L.**

Resumen

La función del paladar depende de la acción sincronizada del músculo constrictor superior de la faringe y de los músculos del paladar, en especial del elevador del velo del paladar y el de la úvula que se contraen contra la pared posterior de la faringe en situación normal. Proponemos una técnica de uvuloplastia en paladar hendido mediante la cual resecamos la mitad más hipotrófica de la úvula hendida y dejamos la mitad más parecida a lo normal unida al paladar blando, en lugar de resecar la mitad de cada una y unirlas finalmente en la línea media.

Presentamos un total de 936 casos, recogidos entre 1995 y 2006, en los que practicamos resección de una hemiúvula dejando la de aspecto más natural, con sutura en el paladar blando contralateral de la hemiúvula no resecada.

La media de edad de los pacientes del grupo fue de 14 meses (entre los 6 y los 20 meses). Las complicaciones (4%), fueron: hemorragia 3% y dehiscencia de la sutura 1%.

Pensamos que el aspecto natural brinda apoyo a los padres de los pacientes operados, ya que al observar la presencia de la úvula, se motivan y acuden mejor a las citas con el rehabilitador del lenguaje; la presencia de una hemiúvula no interfiere con la función del paladar para el habla.

Abstract

The role of the palate depends on the synchronous action of the superior constrictor of the pharynx and the muscles of the palate, specially the levator muscle of the soft palate and the uvula, that contract against the posterior pharyngeal wall. We propose an uvuloplasty in cleft palate where half hypotrophic part of cleft uvula is resected, leaving the most similar half to normality joined to the soft palate, rather than resecting half of each one and putting them together in the midline.

We present a total of 936 cases, collected between 1995 and 2006. The surgical procedure was resection of an hemiuvula, leaving the more natural looking sutured to the soft palate of unresected hemiuvula.

The mean age of our patients was 14 months (6 to 20 months). Complications (4%) were: bleeding 3% and wound dehiscence 1%.

We believe that natural look supports the parents who observe the presence of the uvula and so, are motivated to attend appointments for language rehabilitation; the presence of an hemiuvula not interfere with function palate for talking.

Palabras clave Paladar hendido, Uvula, Uvuloplastia.

Código numérico 231-23123

Key words Cleft Palate, Uvula, Uvuloplasty.

Numerical Code 231-23123

* Subdirector de Cirugía y Profesor Titular del Curso de Cirugía Plástica Pediátrica.

** Cirujano Plástico Pediátrico Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica.

Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Nacional de Pediatría. México D.F. México.

Introducción

Uno de los principales objetivos del tratamiento del niño con fisura palatina es conseguir un desarrollo normal del habla (1), que va a depender en gran manera de cuándo y cómo se le practique la reconstrucción quirúrgica (2). La función del paladar depende de la acción sincronizada del músculo constrictor superior de la faringe y de los músculos del paladar (3), que se contraen contra la pared posterior de la faringe en la base del cráneo, en el punto descrito por Passavant en el que es necesario impedir el paso del aire hacia las fosas nasales (4).

En el paladar hendido, las fibras musculares presentan una orientación anómala posteroanterior insertándose en las apófisis palatinas del maxilar. Además de no estar transversalmente unidas en la línea media, están también muy anteriorizadas, ya que en las fisuras de paladar no existe o está retráída la aponeurosis que continúa el plano muscular hacia delante creando un espacio entre dichas fibras y el paladar duro (5) (Fig. 1 y 2).

No parece haber una técnica quirúrgica ideal, pero se ha escrito mucho en cuanto a que, para el adecuado funcionamiento del paladar, es necesario que el músculo de la úvula esté unido a nivel de la línea media, al igual que el resto de los músculos palatinos (6), de ahí que la mayoría de autores describan que cada hemiúvula debe ser seccionada por la mitad para luego, al cerrar el paladar, formar una nueva úvula uniendo las dos mitades en el centro. Sin embargo, nosotros proponemos una técnica diferente en la que resecamos la mitad más pequeña o hipotrófica de la úvula hendida y únicamente dejamos la mitad de la misma más parecida a lo normal unida al resto del tejido en el paladar blando, en lugar de resecar la mitad de cada una y unirlas en la línea media (7).

En lugar de que de cada entero de la úvula hagamos una mitad y posteriormente unir las dos mitades para crear un entero, proponemos dejar el entero de la úvula que tenga mayor similitud a una úvula normal y resecar la mitad más pequeña o hipotrófica de la úvula (8).

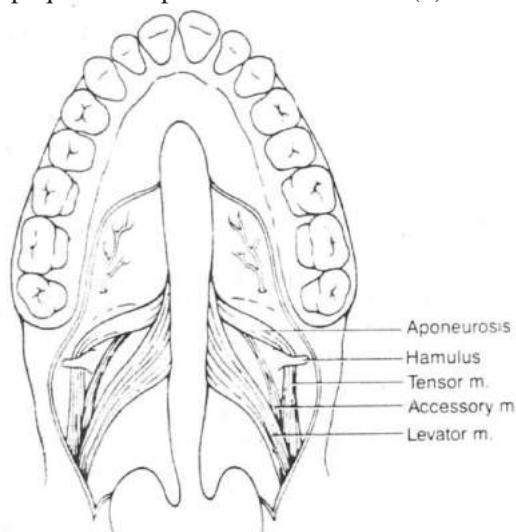


Fig. 1 y 2. Anatomía del paladar hendido.

Material y método

Realizamos nuestro estudio en un grupo de niños operados en el Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Nacional de Pediatría, en la Ciudad de México, entre 1995 y 2006; fueron tratados un total de 936 niños, de los que un 43% (n = 402) fueron de sexo masculino y un 57% de sexo femenino (n = 534). La técnica quirúrgica utilizada fue resección de la hemiúvula más pequeña con sutura en el paladar blando de la hemiúvula no resecada, eligiendo la que tuviera el aspecto más natural.

Técnica quirúrgica

Describimos el procedimiento seguido por pasos (Fig. 3, 4):

A) Infiltración submucosa del paladar con solución de lidocaína 1% y adrenalina.

B) Elevación de un colgajo mucoperióstico pediculado en la arteria palatina posterior.

C) Incisión del borde de la fisura en el paladar blando hasta la hemiúvula, con mínima disección de la mucosa, hasta conseguir la exposición del músculo.

D) Liberación de la mucosa nasal de la apófisis palatina hasta conseguir el avance hacia el cierre en la línea media (borde medial) y liberación de las inserciones musculares unidas al borde caudal de la concha palatina.

E) Disección roma de las paredes laterales de la faringe, entrando por el borde libre del pilar posterior.

F) Resección de la hemiúvula más pequeña. Incidimos la mucosa por debajo de la úvula que decidimos dejar.

G) Sutura continua de la mucosa nasal del paladar duro, blando y pilar posterior en la línea media (Poliglactin 910 4/0); sutura muscular en la línea media con 3 a 5 puntos separados (Poliglactin 910 4/0); uno debe coincidir y afrontar la hemiúvula no resecada.

H) Sutura con puntos simples de Poliglactin 910 3/0 en la mucosa de la cavidad oral, desde los pilares posteriores de la faringe hasta el borde anterior de los colgajos mucoperiósticos.

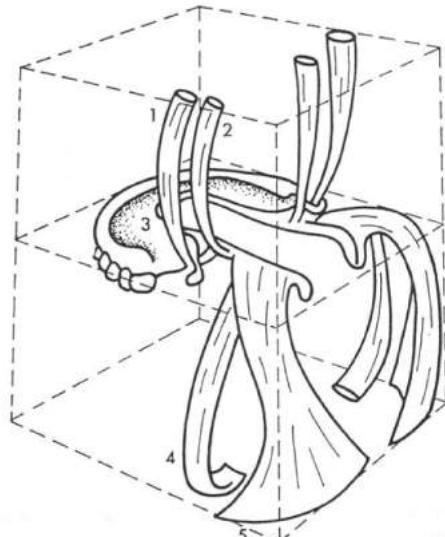




Fig. 3. Marcaje de la zona en donde se reseca la úvula (lado izquierdo de la fotografía).



Fig. 4. Resultado inmediato al dejar la úvula del lado derecho de la fotografía.

I) Fijación de los colgajos mucoperiósticos a la mucosa nasal del paladar duro en la zona donde se consiga el mayor retrodesplazamiento del paladar en bloque.

Resultados

Tras la evaluación de los pacientes operados con la técnica descrita, podemos presentar los siguientes datos. La media de edad de los pacientes en el momento de la cirugía fue de 14 meses (de 6 a 20 meses). Las complicaciones, en general en el postoperatorio inmediato, fueron del 4%, principalmente hemorragia 3% (n = 28) y dehiscencia de la sutura 1% (n = 9). La hemorragia ameritó reintervención quirúrgica en 2 casos, practicando revisión exhaustiva de la región, hemostasia meticulosa y nuevo cierre. La dehiscencia parcial generalmente se presentó en la región anterior del paladar duro; en los casos en los que fue menor de 1cm, se trató de forma conservadora con curas 2 veces al día con yodopolivinilpirrolidona solución local y seguimiento de varios días, hasta que con apoyo de ortodoncia y curas, se logró el cierre completo.

Se ha discutido mucho que, para un adecuado funcionamiento del paladar, se requiere el músculo de la úvula unido a nivel de la línea media, al igual que el resto de los músculos palatinos; sin embargo, nosotros en esta técnica resecamos la mitad más pequeña o hipotrófica de la úvula hendida y únicamente dejamos la mitad de la misma más parecida a lo normal unida al resto del tejido en el paladar blando, en lugar de resear la mitad de cada una y unirlas en la línea media (Fig. 5-7).

Discusión

El labio y paladar hendidos siguen siendo un tema de gran actualidad que, por su frecuencia, evolución, estudio y tratamiento interdisciplinario, justifica a nivel nacional e internacional la búsqueda de técnicas especializadas dedicadas exclusivamente a su tratamiento.

El tercio medio de la cara, sufre una grave alteración y la restauración de la forma y la función faciales supone, en ocasiones, un gran desafío para el cirujano reconstructivo.

La incidencia total del labio hendido con o sin paladar hendido, en México, es aproximadamente de 1 por cada 750 nacidos vivos, lo que hace de esta patología la deformidad congénita más común de cabeza y cuello en nuestro país (9).

La función del paladar depende de la acción sincrónica del músculo constrictor superior de la faringe y de los músculos del paladar, en especial del músculo elevador del velo del paladar y el de la úvula, que se contraen contra la pared posterior de la faringe.

Proponemos una técnica de uvuloplastia en paladar hendido mediante la cual resecamos la mitad hipotrófica de la úvula hendida y dejamos la mitad más parecida a lo normal unida al paladar blando, en lugar de resear la mitad de cada una y unirlas en la línea media.

Las técnicas quirúrgicas reportadas en la literatura para el cierre palatino (técnica de Veau, Wardill y Killner por ejemplo) (4,5), hacen énfasis en que cada úvula es seccionada por la mitad para finalmente cada mitad (dos mitades) ser unidas en la línea media y lograr así un entero. El principal objetivo del cierre de la fisura palatina es la movilización de los tejidos palatales hasta la aproximación tisular en la línea media sin o con mínima tensión.

En nuestra técnica de incisiones mínimas (10), proponemos que en lugar de hacer de un entero dos mitades de la úvula de cada lado, dejemos un extremo con la siguiente menor incisión y menor tiempo operatorio al ahorrarnos tanto incisiones como sus consecuentes suturas; por lo tanto también menor sangrado, inflamación y menor cicatrización, con menos tejido cicatricial y menos secuelas a medio y largo plazo (10).

El tiempo ha pasado y muchos conceptos han evolucionado, por lo que ahora, el tratamiento de los pacientes fisurados ya no se enfoca sólo hacia el cierre del defecto, sino hacia cuidar los detalles, en muchas especialidades y no sólo en la cirugía. Tanto la rehabilitación foniátrica como la ortopedia dentofacial o la ortodoncia y la propia cirugía han llegado a un gran desarrollo que nos permite llevar a los pacientes a la casi normalidad. Pero todavía nos falta camino por desarrollar o aprender y muchas cosas por mejorar.

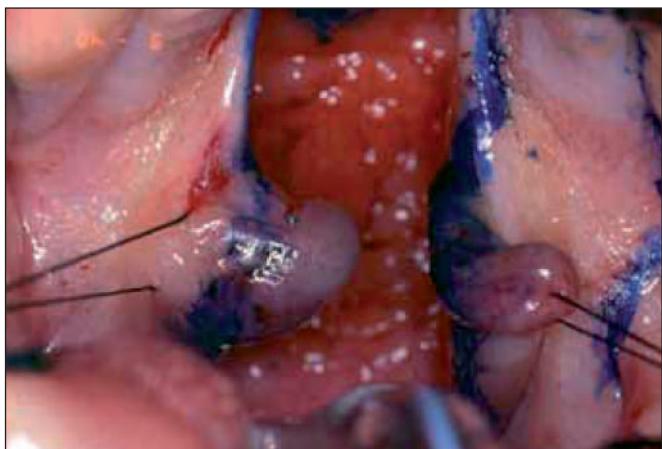


Fig. 5. Resección de úvula (lado izquierdo de la foto).



Fig. 6. Aspecto más natural de la úvula.



Fig. 7. Uvula sin sutura en la línea media con aspecto más natural.

Conclusiones

La técnica que describimos sigue un principio lógico. Frente a la idea tradicional de que tenemos dos enteros y los partimos por la mitad para posteriormente suturar las dos mitades en la línea media con el fin de dar la imagen de una úvula normal, nosotros proponemos no cortar, solamente dejar la úvula con mejor aspecto anatómico y resecar la más hipotrófica. De esta forma no utilizamos más tiempo en cortes quirúrgicos, al no hacerlo tendremos menos sangrado, menos inflamación y menos cicatrización que con las técnicas tradicionales y tampoco tendremos una incisión en la línea media que, cuando se produzca la contracción cicatricial, pueda aplinar la úvula.

Este aspecto más natural de la úvula reconstruida, pensamos que además brinda apoyo emocional a los padres, puesto que al observar la presencia de una úvula de aspecto natural, se motivan más y son más cuidadosos para acudir a las citas con el rehabilitador del lenguaje. La presencia de una hemiúvula no interfiere con la función del paladar para el habla.

Dirección del autor

Dr. José Antonio León Pérez
Av. Insurgentes Sur 3700-C, 2º piso.
Subdirección de Cirugía.
Col. Insurgentes Cuiculco, CP 04530,
México DF.
e-mail: drjalp@prodigy.net.mx

Bibliografía

1. **Nguyen PN,ulSvan PK.**: "Issues and controversies in the management of Cleft Palate". Clin Plast Surg 1993; 20:671.
2. **Dorf DS, ürtin W.**: "Early Cleft Palate repair and speech outcome". Plast Reconstr Surg 1982; 70:74.
3. **Marrinan M, ABrie R, Mulken JB.**: "Velopharyngeal function in non syndromic cleft palate: relevance of surgical technique, age at repair, and cleft type". Cleft Palate Craniofac J 1998; 35(2): 95.
4. **Killner TP.**: "Cleft Lip and Palate repair technique". St Thomas Hospital Rep. 1937; 2: 127.
5. **Wardill WE.**: "The technique of operation for Cleft Palate". Br J Surg 1937; 25: 117.
6. **Rohrich RJ, yrH HS**: "Optimal timing of Cleft Palate closure. Speech, facial growth and hearing considerations". Clin Plast Surg. 1990; 17: 27.
7. **Steffensen WH**: "Palate lengthening operations". Plast Reconstr Surg 1952; 10: 380.
8. **Calnan P**: "Cleft Palate Lengthening of the soft palate following the VY repair. A radiological and statistical study". Br J Plast Surg. 1960; 13: 243.
9. **León Péz, J.A., Sesman Bernal, A.L., Fernández Sbrino, G.**: "Técnica de cierre vertical en labio hendido. Reporte de 837 casos y revisión de la literatura". Cir.plást. iberolatinoam. 2008; 34(3): 175.
10. **León Péz, J.A., Sesman Bernal, A.L., Fernández Sbrino, G**: "Palatoplastia con incisiones mínimas. Proposición de una técnica y revisión de la literatura". Cir.plást. iberolatinoam. 2009; 35(1): 19.