

# Ventajas de la rinoplastia primaria en el tratamiento de la fisura labial\*

C. Grande, M.A. Sancho, F.J. Parri, E. Muñoz, L. Morales

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona.*

**RESUMEN:** Las fisuras labiales congénitas se acompañan invariablemente de alteraciones nasales. Clásicamente se ha defendido que los defectos graves del ala nasal no deben ser tratados en los niños por miedo a que la cirugía temprana interfiriese con el crecimiento, pero la observación a largo plazo en pacientes con rinoplastia conservadora a edad temprana demuestra que la forma de la nariz se mantiene y que el crecimiento es normal.

Durante el período comprendido entre noviembre de 1996 y noviembre de 1998 hemos realizado en nuestro centro la rinoplastia precoz según técnica de McComb a 22 niños afectados de fisura labial.

El crecimiento nasal en todos los niños intervenidos ha sido bueno tras un período de seguimiento de entre 6 meses y 2 años y medio. En todos los casos la punta nasal se encuentra en posición medial y sólo en la visión inferior de la nariz de algunos pacientes se aprecia una discreta asimetría de las ventanas nasales.

**PALABRAS CLAVE:** Rinoplastia; Fisura labial.

## ADVANTAGES OF PRIMARY RHINOPLASTY IN THE TREATMENT OF CLEFT LIP

**ABSTRACT:** Congenital cleft lip is always associated to nasal deformity. The classical approach has been not to treat the severe nose defects during childhood, in the fear that early surgery would interfere with nasal growth. However, long term follow-up in patients with early conservative rhinoplasty has shown the nose to hold its new shape and its growth to be normal.

During the period between november 1996 and november 1998, 22 infants affected with cleft lip underwent early rhinoplasty according to McComb's technique.

During the follow-up period (6 months to 30 months) the children had a good nasal growth. The nose tip is in the medial position in all cases, and only the inferior view of the nose shows a discrete nosetip asymmetry in some patients.

**KEY WORDS:** Rhinoplasty; Cleft lip.

**Correspondencia:** C. Grande, Servicio de Cirugía Pediátrica, Passeig Sant Joan de Déu 2, 08950 Esplugues, Barcelona.

\*Trabajo presentado en el XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica.

## INTRODUCCIÓN

Las fisuras labiales congénitas son deformidades que afectan al labio, alveolo, paladar y nariz. La deformidad nasal se encuentra siempre en todos estos pacientes y puede variar desde una distorsión extrema del lado afecto hasta la asimetría mínima hallada en fisuras incompletas<sup>(1)</sup>.

Clásicamente se ha creído que, contrariamente a los defectos del labio, los defectos graves del ala nasal no debían ser tratados en los niños hasta después del desarrollo de los cartílagos<sup>(2)</sup>. La observación a largo plazo en pacientes a los que se hicieron rinoplastias conservadoras a edad temprana ha demostrado que no existe interferencia con el crecimiento nasal y que la posición de los cartílagos alares y de la punta nasal se mantiene<sup>(1)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre noviembre de 1996 y noviembre de 1998 se les ha realizado en nuestro centro la rinoplastia a 22 niños afectados de fisura labial, 16 izquierdas y 6 derechas, en 13 niños y 9 niñas.

La rinoplastia primaria consiste esencialmente en corregir la rotación caudal del cartílago alar y se realiza al mismo tiempo que la queilorrafia, a los 6 meses de edad.

Bajo anestesia general e intubación orotraqueal se realizan en primer lugar las incisiones del labio para la reconstrucción labial según técnica de Malek. Una vez realizadas efectuamos la rinoplastia primaria según McComb<sup>(3)</sup>. Se comienza la disección nasal por el lado medial, desde la base de la columela, separando entre sí las dos cruras mediales, desde la mucosa retrocolumelar hasta el dorso nasal. La base del ala nasal se libera, disecando subcutáneamente a través de la incisión lateral en el labio, hasta los huesos nasales y el domo alar contralateral. Por la parte inferior el cartílago es liberado de la piel, extendiendo la disección en torno al borde alar, desde la base del ala hasta la crura medial y continuando dentro de la nariz hasta el borde caudal del cartílago alar.

De este modo el cartílago permanece adherido sólo a la mucosa nasal y puede ser movilizado fácilmente hasta con-



**Figura 1.** Fisura labiopalatina derecha completa. Preoperatorio.



**Figura 2.** Fisura labiopalatina derecha completa. Postoperatorio.



**Figura 3.** Fisura labiopalatina derecha completa. Postoperatorio a los 6 meses.



**Figura 4.** Fisura labial izquierda. Aspecto preoperatorio.

seguir la posición normal, que se mantiene mediante 2 ó 3 puntos de sutura transcutánea con monofilamento 5/0. Entre las suturas y la piel se coloca un tul para evitar los decúbitos.

La rotación medial de la base alar y el cierre del labio en tres planos completan la intervención. 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 nasales se retiran a los 4-5 días (Figs. 1, 2 y 3).

## RESULTADOS

Los resultados de la rinoplastia son inmediatos, consiguiendo desplazar el cartílago alar a una posición más alta y adquiriendo simetría entre los domos alares y las narinas. Si la simetría no se consigue hay que retirar las suturas y reemplazarlas hasta conseguirla (Figs. 4 y 5).

El crecimiento nasal en todos los niños intervenidos ha sido bueno tras un período de seguimiento de entre 6 meses y 2 años y medio (Figs. 6 y 7).

En todos los casos la punta nasal se encuentra en posición medial y sólo en la visión inferior de la nariz de algunos pa-



**Figura 5.** Fisura labial izquierda. Rinoqueiloplastia. Postoperatorio inmediato.

cientes se aprecia una discreta asimetría de las ventanas nasales (Fig. 8).

El tiempo de hospitalización de estos niños ha sido el mismo que en los que se practica la queilorrafia simple.

No ha existido ninguna complicación derivada de la técnica de rinoplastia primaria.



**Figura 6.** Fisura labial derecha. Preoperatorio.



**Figura 7.** Fisura labial derecha. Postoperatorio a los 2 años y medio.



**Figura 8.** Discreta asimetría de la ventana nasal al año de la intervención.

## DISCUSIÓN

Las fisuras labiales congénitas incluyen, además de la deformidad nasal, una alteración del alveolo, el paladar y la nariz.

La deformidad nasal se encuentra siempre presente en estos pacientes e incluye 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 narina demasiado abierto, base alar desplazada lateralmente, cartílago alar afectado con desplazamiento caudal, superposición disminuída o ausente entre los cartílagos laterales y los alares, relación anormal entre los estratos de piel, cartílago y mucosa del ala<sup>(1)</sup>.

Clásicamente, autores como Jacques Joseph, McIndoe, Aufrecht, Browne y Le Mesurier han defendido, por miedo a interferir con el crecimiento, su tratamiento tardío una vez completado el desarrollo de los cartílagos<sup>(2, 4)</sup>. Esto comporta, por un lado, que la deformidad nasal está presente durante la infancia; y, por otro, que las deformidades establecidas son más difíciles de tratar y con peores resultados estéticos, debido al crecimiento continuado de estructuras mal posicionadas.

Actualmente se sabe que el crecimiento nasal sólo es inhibido cuando los tejidos son extirpados o dañados permanentemente por necrosis o irradiación. También se sabe que las cicatrices pueden distorsionar la dirección del crecimiento o limitar su potencial<sup>(1)</sup>.

Desde hace tres décadas se empezaron a realizar rinoplastias primarias, en el momento de la queilorrafia. Las primeras series publicadas de McComb<sup>(3)</sup>, Salyer<sup>(5)</sup>, Boo-Chai, Millard y Armstrong<sup>(4)</sup> demuestran, con un período de seguimiento suficientemente largo, que no han aparecido en estos pacientes interferencias en el crecimiento de la nariz.

La corrección primaria de esta deformidad simultáneamente a la reparación del labio, le da al niño una apariencia más normal en una etapa más precoz de su vida, y devuelve los tejidos a su posición normal, favoreciendo un crecimiento normal.

En nuestra experiencia, la rinoplastia primaria no ha interferido el crecimiento nasal. Se puede asociar a cualquier técnica de queilorrafia y durante la misma la disección nasal no es dificultosa y alarga mínimamente la intervención. La técnica de McComb no deja cicatrices externas y en caso de no obtener los resultados esperados permite efectuar una rinoplastia secundaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Monasterio. *Rinoplastia*. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1996.
2. Marce Févre. *Cirugía Infantil y Ortopedia*. Barcelona: Editorial El Ateneo, 1969.
3. McComb H. Primary correction of unilateral cleft lip deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg* 1985;**75**:791-797.
4. Armstrong GT, Burk III RW, Griffin DW, Howard PS. A modification of the primary nasal correction in the rotation-advancement unilateral cleft lip repair. *Ann Plast Surg* 1997;**38**:236-245.
5. Salyer KE. Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15-year experience. *Plast Reconstr Surg* 1986;**77**:558-566.
6. Boo-Chai K. Primary repair of the unilateral cleft lip nose in the oriental person: a 20-year follow-up. *Plast Reconstr Surg* 1987;**80**:185-194.