

Fisura labiopalatina bilateral: Experiencia de un centro con abordaje multidisciplinar*

F.J. Parri¹, M. Soares-Oliveira², L. García Aparicio¹, M.A. Sancho¹, R. Sarget¹, L. Morales¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica, Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona. ²Serviço de Pediatria Cirúrgica, Hospital de Sao Joao, Porto, Portugal

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia de un centro donde se hace un abordaje multidisciplinar del niño con fisura labiopalatina.

Desde enero de 1980 hasta enero del 2000 se han intervenido 36 niños (8 F, 28 M) con fisura labiopalatina bilateral. Sólo 5 niños han nacido en el hospital y los restantes (n = 31) fueron remitidos tras el nacimiento (n = 24/31) o para tratar secuelas (n = 7/31). Todos los casos fueron desde su ingreso valorados por un equipo pluridisciplinar.

Los parámetros analizados han sido: protocolo quirúrgico utilizado, resultado estético, resultados de la voz y del habla, audición, complicaciones y número de cirugía efectuadas.

El tratamiento consistió en una estafilorrafia precoz hacia los 3 meses, seguida de una queiloplastia bilateral (6 meses) y después una uranorrafia hacia los 4 años en la mayoría de los casos (24/36). El resultado estético fue evaluado en 25 niños y fue satisfactorio en la mayoría (22/25). Dieciséis niños fueron sometidos a drenaje timpánico para tratamiento de su otitis serosa. El resultado logopédico fue analizado en 27 casos y fue bueno en 23. Con un tiempo de seguimiento medio de 8,4 años, 15 niños (8 propios y los 7 que vinieron para tratamiento de secuelas) han sido tratados de complicaciones. La media de intervenciones por paciente fue de 4,5.

PALABRAS CLAVE: Fisura labiopalatina bilateral; Abordaje multidisciplinar.

BILATERAL CLEFT LIP AND PALATE: EXPERIENCE OF A CENTER WITH MULTIDISCIPLINARY APPROACH

ABSTRACT: The aim of this work is to analyse the global experience of a center where a pluridisciplinary approach of the child affected with a cleft lip and palate is regularly done.

Since January 1980 until January 2000, a total of 36 children (8 F, 28 M) with bilateral cleft lip and palate were treated. Only 5 children were born at this hospital. The others (n = 31) were referred soon after birth (24/31) or later for treat sequels. A multidisciplinary team evaluated every case.

The parameters analysed were: surgical protocol, aesthetic and speech outcome, hearing disturbance, complications and the number of secondary lip surgeries.

Correspondencia: Dr. F.J. Parri, Servicio de Cirugía Pediátrica, Unidad Integrada, Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic, Passeig Sant Joan de Déu 2, 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona).

*Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Santander, 24-27 de mayo de 2000.

Surgical approach consisted on a soft palate closure before 3 months follow by a bilateral cheiloplasty (6 months) and a hard palate closure before 4 years of age, in the majority of cases (24/36). The esthetical result was evaluated in 25 children and was acceptable in the great majority (22/25). 16 children were submitted to tympanic draining in order to treat their secretory otitis. Speech outcome was analysed in 27 children and was good in 23. With a follow-up of 8.4 years, 15 children (8 treated soon on this center and 7 that came for their sequels) were treated for complications. There was a media of 4.5 surgeries per children.

KEY WORDS: Bilateral cleft lip and palate; Multidisciplinary approach.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios clínicos y experimentales han analizado los problemas del tratamiento de las fisuras labiopalatinas con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Todavía, la mayoría de estos trabajos evalúa solamente un componente muy limitado de una patología tan compleja, como pueden ser el resultado estético, el resultado logopédico o la audición^(1, 2). Además, hay pocos estudios que evalúan por separado las fisuras labiopalatinas bilaterales, la forma más grave de estas malformaciones. El objetivo de este trabajo es analizar los últimos veinte años de experiencia en el tratamiento del niño con fisura labiopalatina en un centro donde se hace un abordaje multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron las historias clínicas de 36 niños (8 F, 28 M) con fisura labiopalatina bilateral que, desde enero de 1980 hasta enero del 2000, se han intervenido en este centro. Sólo 5 niños han nacido en el hospital y los restantes (n = 31) fueron remitidos tras el nacimiento (n = 24/31) o para tratar secuelas (n = 7/31). Todos los casos fueron desde su ingreso valorados por un equipo pluridisciplinar que incluyó cirugía, logopedia, ortodoncia, otorrinolaringología y psicología. Los parámetros analizados han sido: protocolo quirúrgico utilizado, resultado estético, resultados de la voz y del

habla, audición, complicaciones y número de cirugías efectuadas. El resultado estético fue valorado por cinco personas (una afecta o enfermo, las otras no) que puntuaron de 1 a 5 las fotos más recientes de cada niño, siendo los resultados clasificados como buenos (4-5 puntos), razonables (3 puntos) y malos (1-2 puntos). La valoración logopédica fue realizada por un técnico especializado en la materia y se clasificó, por separado, la voz y el habla en: buena, razonable y mala.

RESULTADOS

Protocolo quirúrgico

El tratamiento consistió en una estafilorrafia precoz hacia los 3 meses de edad, seguida de una queiloplastia bilateral según la técnica de Millard a los 6 meses, y después una uranorrafia hacia los 4 años en 24 casos. Tres casos fueron primariamente tratados de su labio y después fue efectuada una uranoestafilorrafia.

Siete casos vinieron para tratamiento de secuelas y sólo 2 casos, más recientes, fueron primero tratados con adhesiva labial.

En 22 niños fue colocada placa de ortodoncia pre y post-estafilorrafia.

Resultado estético

El resultado estético fue evaluado en 25 niños y fue: bueno, $n = 11$; razonable, $n = 11$; y malo, $n = 3$. La media fue 3,4 y la mediana 3.

Resultado del habla y la voz

El resultado logopédico fue analizado por separado para el habla (n_1) y la voz (n_2) en 27 casos (9 dejaron el tratamiento) y fue, respectivamente: bueno ($n_1 = 23$; $n_2 = 24$), razonable ($n_1 = 2$; $n_2 = 3$) y malo ($n_1 = 2$; $n_2 = 0$). Estos dos casos con resultados malos del habla son niños con retraso mental asociado. Un caso de resultado puntuado para la habla y la voz como razonable empezó el tratamiento logopédico después de los 15 años.

Audición

Dieciseis niños (44%) fueron sometidos a drenaje timpánico para tratamiento de su otitis serosa y su hipoacusia de transmisión secundaria. Doce casos fueron tratados durante los dos primeros años de vida. Un caso fue drenado dos veces.

Complicaciones

Con un tiempo de seguimiento medio de 8,4 años (mediana = 6 años), 15 niños (8 propios y los 7 que vinieron para tratamiento de secuelas) han sido tratados de complicaciones (fístula, $n = 14$; protusión de la premaxila, $n = 3$; e insuficiencia velopalatina, $n = 1$).

Número de cirugías efectuadas

La media de intervenciones por paciente fue de 4,5 (mínimo = 2, máximo = 10). Las cirugías más comunes (excluidas las del protocolo) fueron: alargamiento de columela ($n = 29$), cierre de fístulas ($n = 14$), vestibuloplastia ($n = 9$), y mejoría estética del bermellón ($n = 9$).

DISCUSIÓN

Aunque la cirugía plástica tenga progresos importantes constantes en el área del tratamiento de las fisuras labiopalatinas, la corrección quirúrgica no es suficiente para resolver los múltiples problemas encontrados en la evaluación y manejo de niños con esta patología tan compleja.

Varios protocolos han sido propuestos para el tratamiento de las fisuras labiopalatinas bilaterales y aún persiste la controversia⁽³⁻⁶⁾. En nuestra serie, la mayoría de los niños fueron primariamente tratados con placa de ortodoncia desde el nacimiento, que se mantuvo después de la estafilorrafia, que fue realizada precozmente. Según algunos autores, el cierre precoz del paladar blando disminuye la insuficiencia velofaríngea y optimiza los resultados de la voz y habla^(7,8). La queiloplastia es defendida por algunos como la primera cirugía en ser efectuada, constituyendo el mejor mecanismo de evitar la prominencia de la premaxila. A pesar de que en nuestra serie la queiloplastia fue realizada precozmente, no fue la primera cirugía en la mayoría de los casos y la prominencia de la premaxila fue rara (3/36, 8%). La uranorrafia realizada más tarde tiene menos efectos adversos en el crecimiento de la cara. Los resultados estéticos obtenidos, aunque no han sido evaluados en movimiento, son bastante satisfactorios.

Hay pocos estudios que evalúan los resultados de la voz y del habla. Estos resultados son sustancialmente diferentes si los niños son tratados o no por equipos multidisciplinarios. Son razonables o buenos en el 55% de los casos en que no hay tratamiento multidisciplinar, y buenos en el 88% de los casos tratados en los centros donde hay ese tipo de abordaje^(1,9,10). Los buenos resultados de nuestra serie corroboran esa observación y refuerzan que un buen equilibrio entre el control del crecimiento óseo y de los resultados logopédicos debe ser buscado.

Un gran porcentaje de niños afectados de fisura labiopalatina bilateral tiene moderada a severa pérdida de audición a los 6 años de edad. El seguimiento continuado, el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico son necesarios para evitar o reducir este problema⁽²⁾. En los casos estudiados, 16 (16/36, 44%) tenían una hipoacusia de transmisión secundaria a otitis serosa y fueron operados (drenaje transtimpánico), la mayoría antes de los 2 años de vida. En el seguimiento estos niños mejoraron o estacionaron sus capacidades auditivas.

Las complicaciones son comunes en este tipo de malformación, siendo la fístula la más común. En nuestra serie, no obstante el número de niños enviados de otros centros nacionales y extranjeros es muy elevado (31/36, 84%), la incidencia de complicaciones fue baja, aunque 24% de los casos tuviesen una fístula oronasal que fue corregida.

El número de cirugías secundarias en el tratamiento de niños afectados de fisura labiopalatina es elevado, particularmente en los casos de afectación bilateral⁽¹¹⁾. En nuestro estudio se verificó que cada paciente necesitó de una cirugía y media más que las protocolizadas para completar su tratamiento y que ésta fue en la mayoría de los casos una cirugía de alargamiento de columela.

En conclusión, la fisura labiopalatina bilateral es una patología compleja, en que los buenos resultados globales son dependientes de un abordaje multidisciplinar precoz y motivado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peterson-Falzone SJ. Speech outcomes in adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1995;**32**:125-128.
2. Handzic-Cuk J, Cuk V, Risavi R, Katusic D, Stajner-Katusic S. Hearing levels and age in cleft palate patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;**37**:227-242.
3. Dreyer TM, Trier WC. A comparison of palatoplasty techniques. *Cleft Palate J* 1984;**21**:251-256.
4. Furlow LT. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Plast Reconstr Surg* 1986;**78**:724-730.
5. Bardach J. Two flap palatoplasty. En: Bardach J, Morris HI (eds). *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia: W.B. Saunders 1990; 352-368.
6. Heidbüchel KLWM, Kuijpers-Jagtman AM, Freihofer HPM. Facial growth in patients with bilateral cleft lip and palate: a chefalometric study. *Cleft Palate Craniofac J* 1994;**31**:210-216.
7. Holtman B, Wray C, Weeks PM. A comparison of three techniques of palatorrhaphy: early speech results. *Ann Plastic Surg* 1984;**12**:514-519.
8. Randall P, La Rossa DD, Fakhraee SM. Cleft palate closure at 3 to 7 months of age: a preliminary report. *Plast Reconstr Surg* 1983;**71**:624-630.
9. Cockell A, Lees M. Prenatal diagnosis and management of orofacial clefts. *Prenat Diagn* 2000;**20**:149-151.
10. Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez González V, Díez Rodríguez R, López-Cedrún JL, Miró Viar J, García Miñaur S, Ceris Vara R, Sánchez Fernández L. Tratamiento integral de las fisuras labiopalatinas. Organización de un equipo de tratamiento. *Cir Pediatr* 1999;**12**:4-10.
11. Henkel KO, Gundlach K, Saka B. Incidence of secondary lip surgeries as a function of cleft type and severity: one center's experience. *Cleft Palate Craniofac J* 1998;**35**:310-312.