

Cierre de fístula palatina con colgajo anterior de lengua. Reporte de un caso.

[Palatal fistula closure flap with anterior tongue. Case report.]

Autores:

Dr. Velázquez, Julio [1]
Od. Maraz, Daniel [2]
Od. Ospino, Luis [3]

Fecha de recepción:

15/11/2015

Fecha de aprobación:

05/03/2016

Dirección de Contacto:

Fundación Fisurados Labio Palatino
María E. Mendoza de Velázquez.
Calle 8 n° 192 (CP: 1900)
La Plata, Buenos Aires, Argentina.
Tel/fax: (0221) 4834358
E-mail: cirojv@gmail.com

[1] Doctor en Odontología, otorgado por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

Profesor titular de la carrera de postgrado de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial de la Universidad Católica Argentina (UCA). Jefe del Servicio de Cirugía y Traumatología del Hospital Lucio V. Meléndez de Adrogué, Pcia. de Buenos Aires.

Director de la Fundación Fisurados Labio Palatino María E. Mendoza de Velázquez.

[2] Odontólogo, residente de 3er año del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital Lucio V. Meléndez de Adrogué, Pcia. de Buenos Aires.

[3] Odontólogo, residente de 3er año del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital Lucio V. Meléndez de Adrogué, Pcia. de Buenos Aires.

RESUMEN

El cierre de grandes fistulas palatinas en pacientes con fisura labio-alveolo-palatina, donde se realizaron varios intentos previos para su resolución, sin obtener éxito en el tratamiento, y en los cuales no se tuvieron en cuenta y respetaron los tiempos quirúrgicos correspondientes a los tiempos biológicos, conlleva a la implementación de técnicas alternativas para la conformación final del paladar hendido. Destacamos en este trabajo la utilización de un colgajo anterior de lengua, su técnica, y su resultado, al igual que la importancia de brindar una atención en concordancia con la edad ideal para la corrección quirúrgica de esta malformación.

PALABRAS CLAVE

Fístula palatina; Colgajo de lengua.

SUMMARY

The closure of large cleft palate in patients with cleft lip and palate socket where several previous attempts for resolution were made without obtaining successful treatment, and which were not taken into account and respect the operating times corresponding to the biological times, leading to the implementation of alternative techniques for the final formation of cleft palate. We note in this work using a flap above language, art, and its outcome, as well as the importance of providing care in accordance with the ideal for surgical correction of this malformation age.

KEY WORDS

Palatal fistula; Lingual flap.

INTRODUCCIÓN

La fisura palatina es una malformación congénita, de origen embrionaria, que se desarrolla entre la 3 y las 10 semanas de vida intrauterina, siendo de carácter multifactorial, destacándose en su conformación la herencia y los factores ambientales (1). Los tiempos adecuados de tratamiento para el cierre del paladar se encuentran entre los 14 y 40 meses de vida del niño, tiempo en el cual se observan los mejores resultados a largo plazo (2).

Cuando por diferentes circunstancias estos tiempos no son considerados e intervenidos en su correspondencia, traen consigo los fracasos en la cirugía y sus consecuencias, las cuales hacen que tratamientos posteriores que intentan corregir este defecto se tornen cada vez más difíciles debido a las características particulares que toman esos tejidos abordados previamente. El cierre convencional de grandes fisuras por medio de colgajos palatinos causa retracción, acentuando el colapso y la hipoplasia. A mayor número de intervenciones fallidas para cerrar estas brechas, se presentan más restricciones al crecimiento.

En ocasiones dejan menos tejido disponible para un cierre convencional (3), promueven la cicatrización fibrosa y dificultan la reposición de estos tejidos, lo que determina la complejidad en el manejo de estas secuelas. El tratamiento de defectos intraorales con colgajos pediculados de lengua se remonta al año 1956 con Klopp y Schurter (4), que lo utilizan para la reconstrucción del paladar blando.

Guerrero Santos (5) en 1963 menciona un caso de un colgajo de lengua para corregir defectos labiales y en 1966 lo describe para el cierre de fistulas palatinas (6). Los fundamentos para la utilización de estos colgajos se basan en la gran versatilidad de la lengua para transferir tejido dentro de la cavidad bucal (7), abundante tejido para la reconstrucción del paladar, excelente irrigación proveniente de una o más ramas de la arteria lingual, fácil rotación del colgajo, y no produce alteración alguna en la articulación de palabras o en la fisiología de este órgano muscular (8).

Existen dos técnicas elementales para obtener los colgajos linguales, los cuales pueden ser de base anterior o base posterior. Los de base posterior se utilizan para defectos del paladar blando, área retromolar y mucosa bucal posterior (9), los colgajos de base anterior están destinados al paladar duro, mucosa bucal anterior, piso anterior de boca y labios (9).

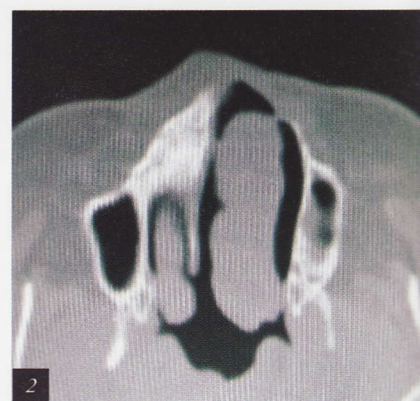
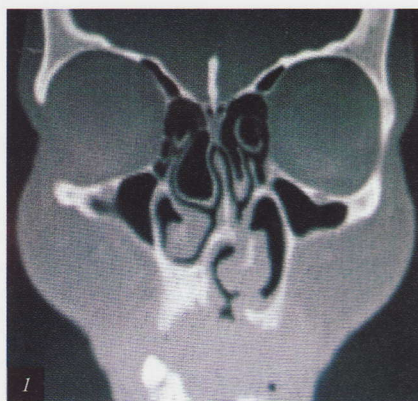


Fig. 1 y 2: T.A.C. de cráneo con cortes axial y coronal donde se observa la falta de piso nasal y la comunicación buconasal.

Clasificación de fistulas oronasales tomando en cuenta su diámetro:

Posnick y colaboradores:

- I. Fístula simple.
- II. Fístula pequeña, hasta 1,5 cm.
- III. Fístula grande, mayores a 1,5 hasta 3 cm.

Cohen y colaboradores:

- I. Fístula pequeña de 1 a 2 mm.
- III. Fístula mediana de 3 a 5 mm.
- III. Fístula grande, mayores a 5 mm.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 39 años de edad, que acude al servicio de cirugía y traumatología buco-maxilo-facial del hospital Lucio V. Meléndez de Adrogué, por presentar fistula palatina, como secuela de fisura palatina completa, con el antecedente de no haber recibido tratamiento según lo descrito, y varios intentos previos de cierre los cuales no prosperaron. Se evalúa clínica y radiográficamente su condición, se decide la realización de un colgajo anterior de lengua para el cierre de la fistula y posterior liberación de su pedículo.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Pueden tomarse colgajos mínimos de 3 mm a máximos de 10 mm de espesor, al diseñar colgajos delgados estos deben tener una base lo suficientemente ancha y se debe evitar el uso de diatermia (10), lo ideal es que sean un 20% mayor aproximadamente al de la fistula, para evitar el peligro de desinserción la base del colgajo debe estar ligeramente por detrás del borde posterior

de la fistula y tener un pedículo necesariamente largo (11). Se debe evitar involucrar a las papilas gustativas mayores en el diseño para disminuir el riesgo de necrosis. La inclusión de tejido muscular favorece la vascularización del tejido.

La cirugía se realizó bajo anestesia general con intubación nasotraqueal, se infiltró con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100000 para facilitar la divulsión, evitar el sangrado excesivo y prevenir el dolor postoperatorio. Seguido se lleva a cabo una incisión marginal con bisturí frío y hoja n 15 de la fistula con posterior construcción del plano nasal. A continuación se diseña el colgajo de lengua con base anterior teniendo en cuenta la dimensión de la fistula de aproximadamente 30 mm de longitud por 10 mm de ancho. Por último se posiciona el colgajo el cual supera en extensión y longitud a la fistula. Comprobado esto se sutura al plano nasal con vicryl 4-0, se cierra finalmente la zona receptora y el sitio donante (lengua) con vicryl 4-0.

Se realizaron controles por consultorio externo al segundo día, primera y segunda semana sin evidencia de complicación. A los 20 días postoperatorios se realizó la liberación del colgajo observándose una excelente irrigación.

DISCUSIÓN

Hasta en las mejores manos se ha visto fracasos de la técnica de cierre de comunicación buco nasal con injerto de lengua. La fistula buco nasal también puede ser causada por un traumatismo, tumor, radiación, o una enfermedad infecciosa poco frecuente, como el granuloma de la línea media, goma sifilítica, la lepra, noma, o la leishmaniasis, estando en todos estos casos indicado el colgajo de lengua.



Fig. 3: Perfil de la paciente.



Fig. 4: Exámen intraoral con fistula palatina.

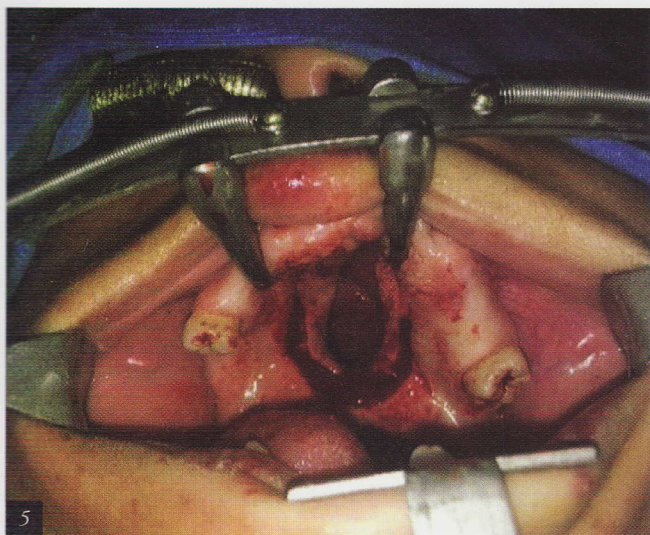


Fig. 5: Utilización de separador de Digman y confección del plano nasal.



Fig. 6: Incisión y preparación del colgajo lingual.

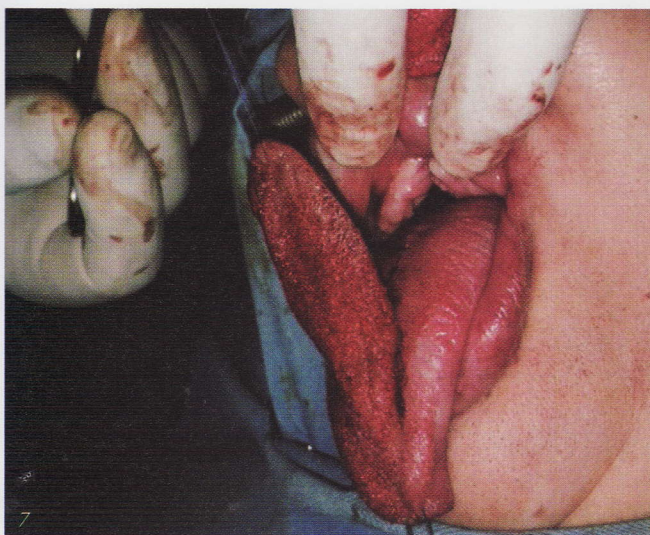


Fig. 7: Elevación y hemostasia del lecho cruento.

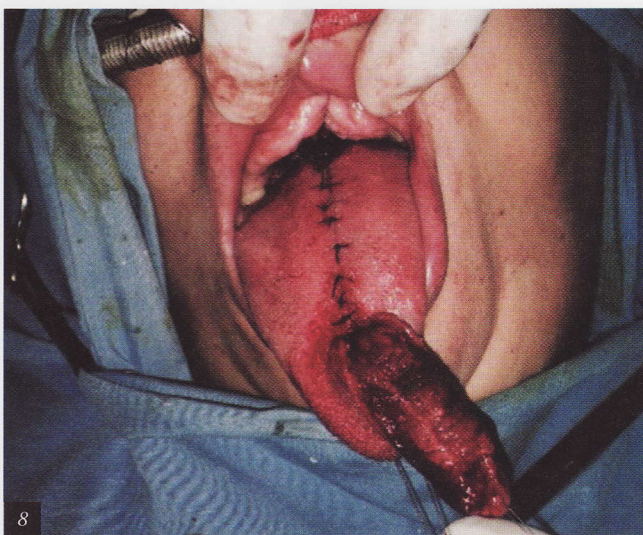


Fig. 8: Sutura del plano muscular lingual.

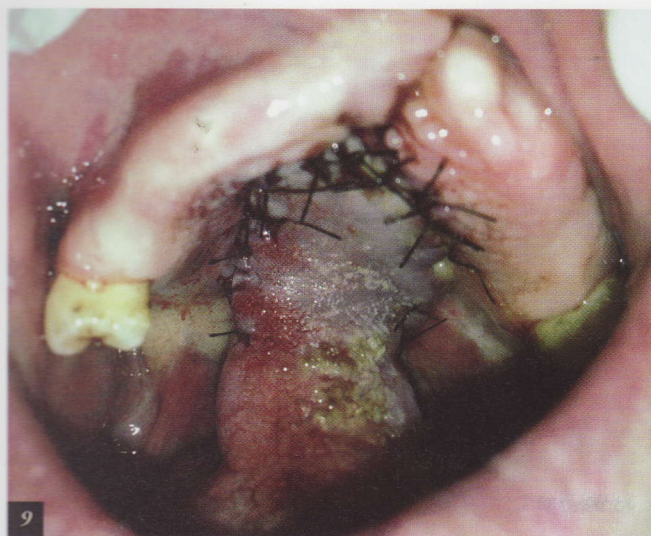


Fig. 9: Control del colgajo siete días después aun con su pedículo lingual.

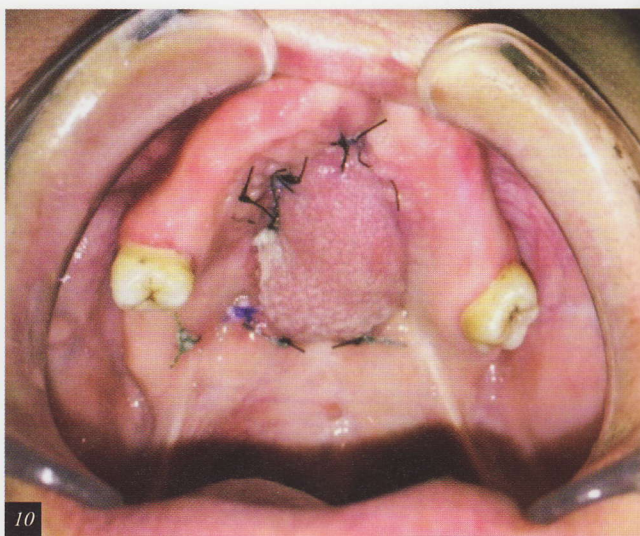


Fig. 10: Control al mes ya con el colgajo liberado y con buena vascularización.

La necrosis puede ocurrir si la arteria palatina mayor se lesiona durante la elevación y confección del plano nasal (9), tal motivo es causa de fracaso del colgajo teniendo que posponerse la cirugía. Algunos autores sugieren el uso del colgajo lingual únicamente para el cierre de fistulas palatinas recurrentes (12). Por otro lado, en la literatura también se promueve su uso como primera opción debido a que proveen abundante tejido para reconstrucción palatina, tienen un excelente aporte sanguíneo, fácil rotación y no dejan un área cruenta en el paladar, que podría incrementar la fibrosis (13). Tal motivo nos indica que sería prudente realizar el cierre de fistulas palatinas de gran tamaño utilizando en primera instancia el colgajo lingual.

CONCLUSIONES

La lengua a través de su rica red de vasos sanguíneos asegura una excelente irrigación a cualquiera que sea el colgajo que se quiera diseñar, de igual manera proporciona suficiente tejido para obturar o cerrar espacios no fisiológicos como lo son las fistulas buconasales. Cuando el colgajo lingual se realiza como tratamiento de primera elección para el cierre de estas comunicaciones, le evitamos al paciente engorrosas cirugías que son intentos fallidos sin la consecución del objetivo planteado. Mencionamos también la relevancia y oportunidad de tratamiento de fisuras palatinas en los plazos de tiempo que no deben superar los 40 meses para el cierre de defectos primarios, los cuales excedidos estos márgenes traen consigo complicaciones para el éxito de una cirugía y secuelas funcionales. ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Velázquez J, Motoslavsky B. (2010) Tratamiento quirúrgico de la fisura palatina ¿por qué debemos realizarlo en dos tiempos? *Ortodoncia*, 2010; 73(147): 32-41
2. Velazquez J, Arx Von J. P., Medina, G. (2001) Fisura labio palatina bilateral, consideraciones sobre su tratamiento. *Ortodoncia*; 67(129):17-27
3. De la Riva Parra V; Miranda J. M; Molina Campos A. (2011) Colgajo lingual de base anterior para cierre de fistula palatina. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 7(3), 109-112.
4. Klopp C T; Schurter M. (1956) *The surgical treatment of cancer of the soft palate and tonsil*. Cancer; 9: 1239-1243
5. Guerrero Santos; Altamirano J. (1966) The use of lingual flaps in repair of fistulas of the hard palate. *Plastic and reconstructive surgery*; 38: 123-8.
6. Ruiz-Rodriguez R. Lopez Noriega J C. (2003) Reoperations in cleft lips and palate repair. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*; 15:285-96.
7. del Pozo, J. R., de Santiago, M. Á. G., Pimentel, E. Y., & Frías, K. M. L. (2013). Reconstrucción de fistula oronasal con colgajo de lengua de base anterior. Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 9(2), 59-65.
8. Posnick J C, Getz S B. (1987) Surgical closure of end-stage palatal fistulas using anteriorly-based dorsal tongue flaps. *J Oral Maxillofac Surg*; 45:907-912.
9. Kummer Ann. W, Neale Henry W. (1989) Changes in articulation and resonance after tongue flap closure of palate fistulas; case reports. *Cleft Palate J*, 26(1), 51-5.
10. Bardach J, Slayer KE. *Cleft palate repair*. In: Bardach J, Slayer KE. (1987) Surgical techniques in cleft lip and palate. Chicago; year book medical publishers.
11. Ogle Orrett E. (2002) The Management of oronasal fistulas in the cleft palate patient. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*; 14(4): 553-62.
12. Buchbinder D, St-Hilaire H. (2003) Tongue flaps in maxillofacial surgery. *Oral Maxillofacial Surg Clin Am*; 15: 475-86.