

Orden cronológico del tratamiento del paciente con fisura labio alvéolo paladar

Académico Dr. Miguel Orticochea Aguerre

Resumen

Como respuesta a esta patología, se pueden seguir dos criterios:

- 1) como *tratamiento curativo*, esperar que aparezca la insuficiencia velofaríngea para hacerle el esfínter muscular dinámico de faringe y ponerlo en un largo tratamiento foniatrico, ó
- 2) como *tratamiento profiláctico* como rutina a los dos años y medio de edad. Esta cirugía tiene el ciento por ciento de éxito si se hace en forma profiláctica a los dos años y medio de edad y el paciente hablará normalmente. Nosotros no tenemos registro de ningún paciente que hable regular, después de 50 años de experiencia. El 100 por ciento de los pacientes hablan normalmente. Si por cualquier motivo un pilar posterior se hubiese soltado y hubiere dehiscencia, se lo vuelve a suturar al pilar posterior contralateral y a la pared posterior de la faringe seis meses después, pero se tiene la seguridad de que el paciente hablará bien.

Introducción

Las vacunas fueron introducidas por Jenner, en Escocia. Utilizó por primera vez la pústula de la ubre de vaca que se introdujo a un niño de 12 años. Realizado este procedimiento médico, el niño presentó una pústula con un estado gripal. Tres meses después repitió el procedimiento y puso pústula de la ubre de vaca al mismo niño y éste no presentó ninguna reacción.

La viruela, llegaba a Europa cada 30 años y mataba al 25% de la población. Edward Jenner (un médico rural) comprendió que aquellas pústulas de

las manos de los ordeñadores de vacas tenían un germen atenuado de la viruela. De ahí vino el nombre de vacuna. Publicó un libro sobre el descubrimiento realizado. Posteriormente procedió a vacunar a la población de Inglaterra.

El Profesor Guillotin llevó de Inglaterra a Francia la vacuna y se extendió por toda Europa. Posteriormente las vacunas tomaron distinta forma y se utilizaron varias vacunas para prevenir otras enfermedades en forma de inyecciones

Después se aplicaron muchas vacunas poniendo unas gotas en la boca.

Entre poner los gérmenes en gotas en la boca y la primera experiencia que hizo Jenner y que publicó en un libro pequeño que se encuentra en la Real Academia de Medicina de Glasgow, hay una enorme diferencia; entre llevar la secreción purulenta de ubre de vaca al brazo de un niño a las vacunas que se aplican hoy, consistentes en darle al niño unas gotas puestas en la boca.

Esta introducción tiene por objeto hacer un parangón entre la prevención de enfermedades infecciosas por estímulos inmunitarios que se hacen prolongados y a veces permanentes y la experiencia quirúrgica que se presenta, que previene problemas foniatricos posteriores en el paciente intervenido de un labio leporino y una fisura del paladar ¿Esto que voy a presentar es una vacuna o es similar a una vacuna?. Sobre esto no me debo manifestar pero deseo dejar al lector la inquietud de este asunto.

Desarrollo de la técnica

El esfínter muscular dinámico de faringe, figuras 1 y 3 se puede utilizar con dos indicaciones totalmente diferentes:

- 1) Como *tratamiento profiláctico* a la insuficiencia velofaríngea a los dos años y medio de edad para evitar una gravísima lesión del cerebro.
- 2) Como *tratamiento curativo* de una insuficiencia velofaríngea ya instalada y la gravísima lesión del cerebro, de pronóstico reservado. (Figura 8).

El tema que vamos a exponer es una lesión gravísima del cerebro y por eso esta cirugía tiene importancia. *De 100 pacientes con labio leporino y fisura de paladar, a los que no se les han hecho una faringoplastia, a los 40 años de edad los 100 pacientes hablan mal, hablan por la nariz nasalizando los fonemas, lo que constituye una tragedia humana.*

En cambio, de 100 pacientes que nacen con labio leporino y fisura de paladar a los que se les hace una faringoplastia a los dos años y medio, cirugía que dura 16 minutos, el 100% de los pacientes hablan normalmente. Si por cualquier motivo uno de los colgajos se suelta, es decir, hay dehiscencia de la sutura, se espera seis meses y se lo vuelve a suturar y el paciente hablará bien.

La faringoplastia realizada a los dos años y medio, evita que la insuficiencia velofaríngea aparezca en el cien por ciento de los casos, pero, reitero, tiene que ser hecha a esta edad.

¿Esto es una vacuna o es similar a una vacuna o se la puede asociar a una vacuna?

Nosotros desarrollamos esta técnica, que la publicamos en Inglaterra, en 1970³.

Cuando nace un niño con labio leporino y fisura del paladar, el cirujano piensa en el labio, en la nariz, en el reborde alveolar, en el paladar, pero generalmente no piensa en lo más importante, el cerebro del paciente. El cirujano piensa qué técnica debe emplear para que en el labio no quede cicatriz y no quede deformado. ¿Cómo va a ser la técnica?. Hay centenares de técnicas para corregir el labio leporino y otras tantas para corregir el reborde alveolar, pero generalmente el cirujano no está considerando el cerebro que es el órgano más importante en esta patología (Ref. 1. Capítulo 19 y Ref. 3).

El lado de la nariz del lado enfermo está subdesarrollado y se desarrolla en forma deforme. El labio externo es más ancho y grueso porque tiene más fibras musculares que la del lado interno sano que es el que tiene la cresta filtral, el surco subcolumelar, el arco de cupido y el tubérculo labial. Pero en el postoperatorio la nariz y el labio externo se van

deformando y el cirujano debe proteger la personalidad del niño y para eso cada cuatro años tiene que hacer los retoques quirúrgicos necesarios del labio y de la nariz. Generalmente, el cirujano plástico está preocupado por la parte estética del labio y de la nariz pero no por su cerebro. El paciente tiene el labio, la nariz, el reborde del paladar y el paladar lesionados, pero, sobre todo, *tiene el cerebro sano.*

Cuando recién salió publicado en Inglaterra, el esfínter muscular dinámico de faringe fue presentado en el Congreso Mundial de Francia, en 1970. El comité del Congreso Mundial quería divulgar esta técnica quirúrgica en Europa y fuimos invitados a presentarlo en Francia. Allí expusimos lo que era estándar en el orden cronológico que nosotros teníamos (Figuras

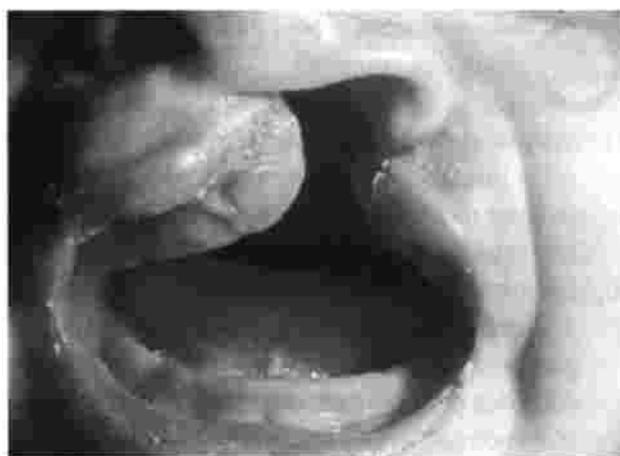


FIGURA 1-A. Hace 50 años se anestesiaba a los pacientes con éter, el cual producía mucho espasmo laríngeo. El éter, en esa época, producía en un niño de tres meses espasmo de laringe muchas veces mortal. Nosotros, sabiendo que había una gran mortalidad por espasmo de laringe, utilizábamos anestesia local. Los dos anestésicos eran el éter y el cloroformo siendo mejor el éter. El niño tenía una vena canalizada y sólo en casos excepcionales se utilizaba éter y se entubaba al paciente.



FIGURA 1-B. El labio en el postoperatorio inmediato, a los tres meses de la cirugía.



FIGURA 2. Es el caso típico del adulto no operado, que tiene fisura del labio, fisura del reborde alveolar, deformación de la nariz, fisura del paladar donde se ve el paladar fisurado y corto. En América del Sur todo paladar fisurado es fisurado y corto. Este paciente pertenece al grupo de pacientes que tienen una tragedia personal porque tiene los engranes cerebrales de una voz nasal que es muy difícil cambiarlos. El cirujano tiene que corregir esto haciéndole un esfínter muscular dinámico con carácter curativo. El cerebro del paciente está enfermo.

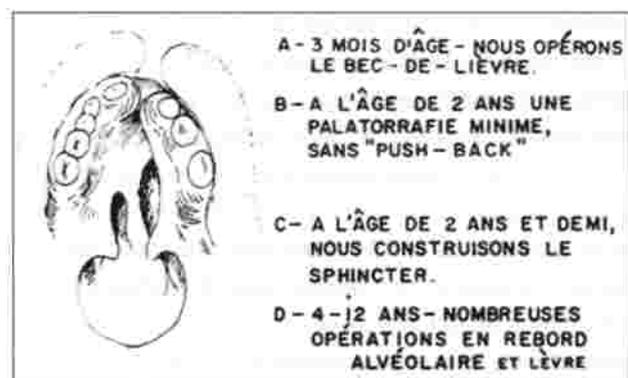


FIGURA 3.

3 y 8), operar el labio a los tres meses de edad; a los dos años le hacíamos una palatoplastia, es decir, cerrábamos el paladar sin alargarlo, y a los dos años y medio le hacíamos como rutina otra cirugía que era el esfínter muscular dinámico de la faringe. Vinieron los profesores Stricker, de Nancy y Chanchole, de Toulouse, en 1968. Estuvieron en Bogotá una semana, observando la cirugía que nosotros practicábamos. Ellos tenían la convicción de divulgar en Europa algo inadmisible y que no era posible pensarlo, que era

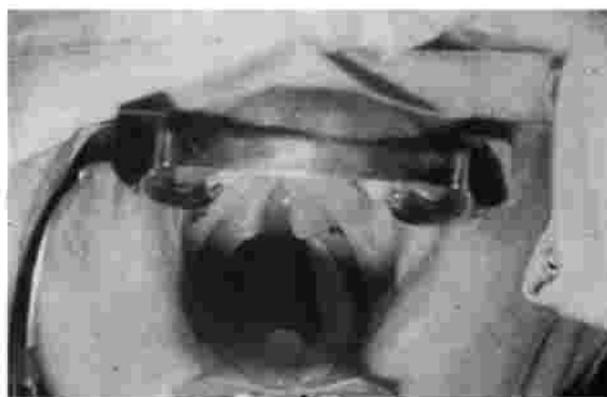


FIGURA 4A. Paciente 40 años atrás.



FIGURA 4B. La plenitud del esfínter cuando está abierto, cuando está pronunciando un fonema nasal.



FIGURA 4C.



FIGURA 5A.



FIGURA 5B. Paciente que está diciendo "A", el aire sale por la boca porque el esfínter se cerró.



FIGURA 5C.



FIGURA 6A.



FIGURA 6B.



FIGURA 6C.

hacer un esfínter que se pudiera abrir o cerrar en forma inconsciente (Figuras 4, 5 y 6), según los fonemas que pronunciara. Si el paciente pronunciaba *la palabra cine*, cuando dice "ci", el esfínter muscular dinámico se cierra (Figuras 4-C, 5-B y 6-C) y el aire sale por la boca y cuando dice "ne", el esfínter se abre y el aire sale por la nariz (Figuras 4-B, 5-C y 6-B). Véase que *es un trasplante músculo cerebral*. En este caso típico (Figura 5-A), se ve la lengua, la amígdala, del paladar blando y el aire se escapa por detrás del paladar fisurado ya operado y corto. Para que el paciente no hable por la nariz se hace el esfínter utilizando los pilares posteriores, formado por los músculos palatofaríngeos y la mucosa de la faringe, de un lado y de otro y uniéndolo al músculo constrictor superior de la pared posterior de la faringe (Figuras 7). Este esfínter fue descubierto en Fusagasugá y fue aplicado por primera vez en la Clínica Santa Clara de Bogotá. Estando en Fusagasuga comprendimos que el paciente hablaba por la nariz pero vomitaba por la boca porque los pilares posteriores se cerraban y no permitían que los alimentos salieran por la nariz. Los pilares posteriores los unimos en la línea media a un colgajo de la pared posterior de la faringe a pedículo inferior donde está el músculo constrictor superior (Figuras 7).

Estos esquemas fueron realizados por una publicación por el Profesor Lendrun, Cirujano y Jefe de la Facultad de Medicina de Manchester, de Inglaterra, que vino a Bogotá tres meses a especializarse en esta técnica.

Se hace una incisión anterior del pilar posterior (Figura 7-A) y con una tijera se separa el músculo palatofaríngeo del músculo constrictor superior (Figura 7-B). Es una cirugía que no sangra. Se secciona mucosa y músculo del extremo inferior del colgajo y se retrae el colgajo (Figura 7-C). En la pared posterior de la faringe se hace un colgajo a pedículo inferior y se sutura este

colgajo al colgajo del pilar posterior. Es una cirugía que lleva tres puntos (Figura 7-E) y que dice el Profesor Chanchole que la operación dura 16 minutos. ¿A qué altura se debe hacer el colgajo en la pared posterior de la faringe?. A la altura que llega el extremo inferior del músculo palatofaríngeo del pilar posterior retraído por el tono muscular, después de haber sido seccionado en su extremo inferior (Figura 7-D).

Es una cirugía económica, no sangra. Para que el paciente no tenga hemorragia, se pasa un punto de catgut "00" en "surget" sobre el borde superior de la superficie cruenta de la pared posterior de la faringe. El esfínter se hace con tres puntos, uno para el pilar izquierdo, uno para el derecho y otro punto que une los dos colgajos (Figura 7-E). El Profesor Passavant en 1862, en un paciente a quien se le había hecho una resección de un retinoblastoma a través de la exalteración de la órbita, vio un esfínter (personalmente yo lo he visto en el Instituto Nacional de Cancerología dos casos), la nasofaringe vista a través de una exalteración. El esfínter de Passavant está formado por seis músculos, por el palatofaríngeo, por el constrictor superior y por el elevador del paladar, bilaterales. En el cerebro, está representada la función del movimiento de cierre y apertura del esfínter y no están representados los músculos y cuando se pronuncia la palabra "cine" cuando se dice "ci", el aire sale por la boca, porque el esfínter se cierra y cuando se dice "ne", el aire sale por la nariz porque el esfínter de Passavant se abre. Lo mismo sucede con el esfínter muscular dinámico que nosotros describimos.

Cómo está hecho el esfínter muscular dinámico

Con cuatro músculos se hace el esfínter que tiene la misma representación en el cerebro que el esfínter del Profesor Passavant y es lógico que si el paciente dice "voy a ir al "ci" ne, lo cierra cuando pronuncia "ci" para que el aire salga por la boca y cuando dice "ne", lo abre para que el aire salga por la nariz, lo que es natural porque lo que está representado en el cerebro es la función del esfínter y son parte de los músculos del esfínter del Profesor Passavant, que lo vio en Hamburgo (ver Fotografía 4-C).

El paciente está con la boca abierta y está pronunciando el fonema "a". El aire sale por la boca y no sale por la nariz; este fonema A tiene la ventaja de que abre la boca y cierra el esfínter y podemos tomar

la fotografía. Esta foto tiene 40 años de antigüedad.

El esfínter de Passavant está localizado más alto, en la faringe nasal y el que nosotros describimos está localizado en la faringe bucal.

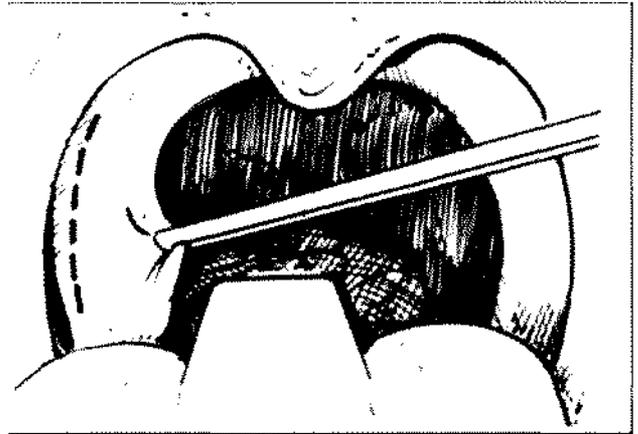


FIGURA 7A.



FIGURA 7B.

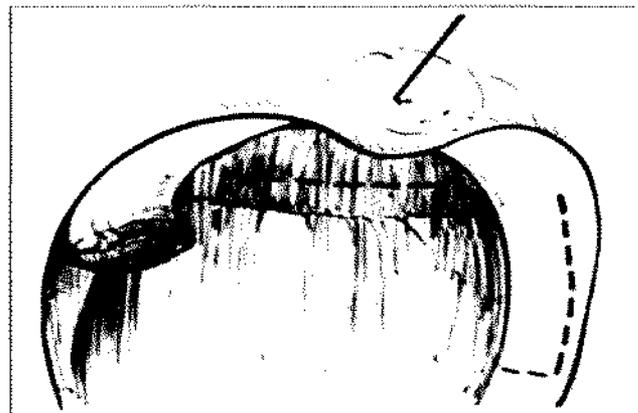


FIGURA 7C.

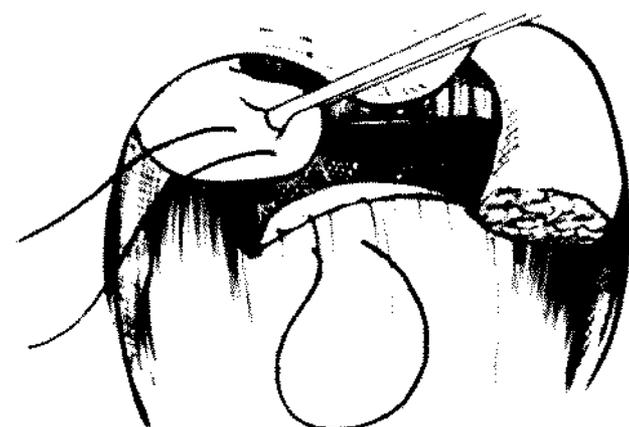


FIGURA 7D.

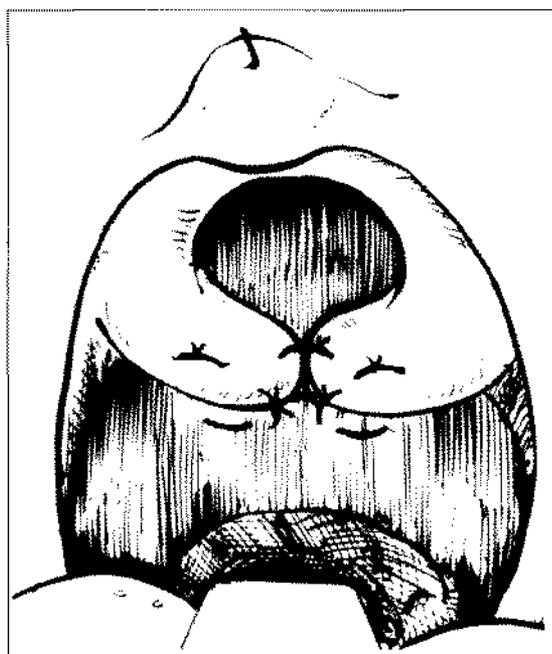


FIGURA 7E.

Si se opera el paciente, a los dos años y medio no necesita educación foniátrica, lo cual es natural porque no tiene lesionado el cerebro.

La enfermedad de la insuficiencia velofaríngea comienza en el paladar: éste es fisurado y es corto. Le hacemos el cierre del paladar a los dos años y a los dos años y medio le hacemos el esfínter muscular dinámico de faringe (Figuras 7). Esta lesión, la insuficiencia velofaríngea, es progresiva aumentando el escape de aire por la nariz. Durante la pubertad, cuando el niño cambia de voz, la nariz y la faringe aumentan su tamaño, la incompetencia velofaríngea aumenta muchísimo y sigue aumentando durante

toda la vida hasta los 80 años de edad o hasta el día en que el paciente muere.

La faringe está cubierta por la mucosa y la submucosa faríngea y al pasar los años, se vuelve más delgada la mucosa (igual que la piel del dorso de la mano se vuelve más delgada) y aumenta el diámetro interno de la faringe que se conoce con el nombre de "lumen".

En Japón, de cada 450 pacientes que nacen, aproximadamente uno nace con fisura de paladar. La lesión al comienzo está localizada en la faringe pero si no se opera, al correr de los años pasa esta lesión al cerebro y lo daña (Figura 8). Por consiguiente, *hay que hacer el esfínter como tratamiento profiláctico*, como si fuese una vacuna, a los dos años y medio.

En países como Inglaterra, Suecia, Estados Unidos, operan al paciente utilizando esta técnica, que es la más popular de todas las faringoplastias, cuando el paciente ya está enfermo y tiene el cerebro enfermo y hablan en forma inteligible. Hacen el esfínter para detener el crecimiento de la luz de la faringe y con fonoterapia pueden ir aprendiendo un idioma nuevo, el castellano en nuestro caso, hablado no por la nariz sino por la boca y la nariz, según pronuncien fonemas bucal o nasal. Hacer el esfínter a esa edad, depende el resultado de dos factores: 1) que el esfínter sea bien hecho y 2) que el paciente tenga facilidad para aprender un nuevo idioma. Es como si nosotros fuéramos a aprender ahora el flamenco. Unas personas tienen más facilidad para los idiomas que otras.

Si a un paciente adulto se le hace el esfínter y éste funciona muy bien pero habla muy mal, es que no tiene facilidad para los idiomas. Tiene dificultad para aprender idiomas y modificar los engramas cerebrales ya dañados.

En Japón, el Profesor Omori, médico y Jefe de Sanidad de la Policía de Japón, que operó al Emperador Hiroito, me informó un día en Nueva York que por ley el esfínter en el Servicio Médico de la Policía de Japón, era hecho a los dos años y medio.

Por ley se vacuna a los pacientes y la voz en el paciente fisurado, es un asunto resuelto.

Si llegase a quedar mal el esfínter, es decir, de diámetro muy grande o muy adherido a la pared posterior de la faringe, solo es necesario repetir la operación. Pero si el paciente tiene 22 años, necesita una larga terapia del lenguaje (Figura 8, Referencia 1).

La fisura del paladar que muchas veces tiene un origen genético hereditario, la mayoría de las veces

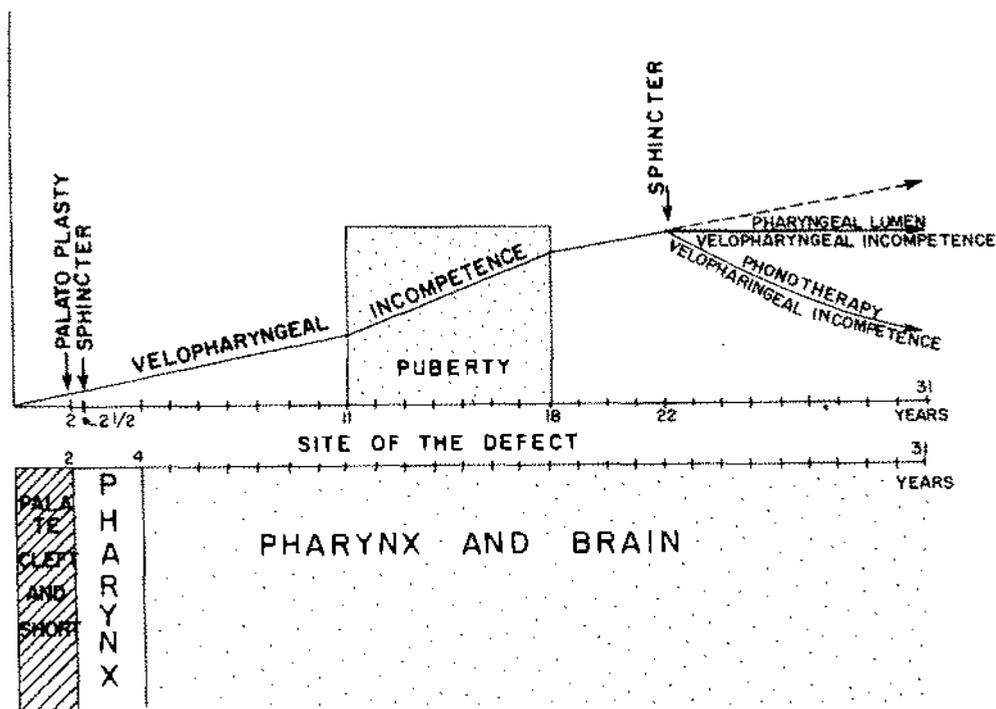


FIGURA 8.

tiene relación directa con la alimentación de la madre gestante. En un país muy industrializado, la madre durante la gestación consume alimentos que están contaminados con lo cual aumenta el porcentaje de fisura labio alvéolo palatina.

En América del Sur existe un paciente fisurado cada 800 o 900 habitantes, pero en el Espinal, Tolima (Colombia), el porcentaje es muchísimo mayor porque es un lugar de actividad agrícola y se fumiga el algodón, la yuca, el arroz, llegando a la madre gestante productos químicos usados en la fumigación y produciendo ese tipo de lesión en el feto con mayor frecuencia.

Obsérvese que la insuficiencia velofaríngea es progresiva durante toda la vida y empeora durante la pubertad, porque todos los órganos de la respiración, de la parte alta de los órganos de la fonación, como es la nariz, la faringe y la laringe, crecen durante esta etapa. La nariz del niño hasta los 11 años es pequeña y crece de los 11 a los 18 años. La insuficiencia velofaríngea es progresiva, es evolutiva, emigra y cambia de sitio, pasa del paladar a la faringe, de la faringe al cerebro, (Figura 8).

Nosotros tenemos dos posibilidades y se presentan dos conductas: 1) no hacerle ninguna faringoplastia y el cerebro se enferma; y 2) se corrige el labio, el paladar y se vacuna al paciente con el esfínter muscular dinámico a los dos años y medio y el cerebro

queda sano y no necesita tratamiento foniatrico.

Antes de esta cirugía, tener un hijo con fisura de paladar era una tragedia; ahora se hace una operación de 16 minutos y no es necesario ningún tratamiento foniatrico. Supóngase que uno de los pilares posteriores se soltara, que hubiera una dehiscencia de la pared posterior de la faringe, se espera seis meses y se une el colgajo que se soltó al pilar posterior del otro lado y a la pared posterior de la faringe en una operación de diez minutos. *La situación queda resuelta, porque el cerebro está sano, no es un cerebro enfermo*, totalmente diferente a la otra situación, de operar a un paciente con 20 a 40 años.

El esfínter de Passavant es formado por los pilares posteriores con los músculos palatofaríngeos, constrictor superior y el elevador del paladar blando que son tres músculos de cada lado. Se disecan cuatro músculos y se los sutura en la línea media, son tres puntos de nylon. (Fotografía 7-E).

El esfínter abierto para que el aire salga por la nariz. Obsérvese el volumen de los pilares posteriores con los músculos palatofaríngeos, que describió el Profesor Passavant. No tiene ninguna dificultad la cirugía. Sólo se cambiaron de posición lateral los pilares posteriores de la pared lateral de la faringe (Figura 7-D) a la línea media de la pared posterior de la faringe. Es un trasplante músculo cerebral.

No había tubos con espiral de acero. La fisura que tenía el paladar se cerraba y los pilares posteriores se llevaban a la cara posterior de la faringe, con la dificultad de tener un tubo que entraba a la faringe bucal. (Fotografía 4-A).

Esfínter abierto cuando el paciente tiene que pronunciar fonemas nasales, incluso tiene su propia circulación, tiene su arteriola en la membrana que rodea el esfínter. (Fotografía 4-B).

Pronuncia el fonema "A", entonces como el aire sale por la boca, el esfínter se cierra. Se ve el esfínter cuando el paciente está diciendo "cí" o pronunciando el fonema "a". Si el paciente dice: voy a ir al cine, "ci" "ne", cerrará y abrirá el esfínter en forma fisiológica porque este esfínter es un esfínter músculo cerebral. (Fotografías 7).

Hay que operar al paciente en posición de Rose. Antes de Rose, cirujano inglés, se operaba a estos pacientes en sillas de dentistas, el cirujano tenía que operar desde abajo. Rose inventó algo fantástico: ponía el paciente en la mesa en posición de cubito dorsal y dejaba caer la cabeza sobre las rodillas del cirujano, entonces se veía el paladar en posición ho-

rizontal. El cirujano al estar operando en esta forma, opera con comodidad totalmente diferente a la que se hacía antes. Rose hacía que el paciente que estaba en la mesa pusiera su cabeza sobre las rodillas del cirujano. Es importante operar con una buena luz focal. (Fotografía 2).

En general, se opera a los pacientes con el cerebro ya enfermo y lesionado.

Chile fue en América del Sur uno de los países que aplicó esta técnica por primera vez, después de haber visto un paciente operado por nosotros en Colombia y que residía allá.

Referencias

- 1) ORTICOCHEA, M. Internet. www.profmiguelorticochea.org. Discoveries and methods in Plastic surgery. Capítulos 14, 15, 16, 17, 18 y 19.
- 2) ORTICOCHEA, M. A new method for repair of total o parcial unilateral cleft lip *Experpta Medica International*. Congress Series No. 174. Translation of the 4th International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery. Rome 1967.
- 3) ORTICOCHEA, M. Results of the Dynamic muscle sphincter operation in cleft palates. *British Journal of Plastic Surgery*. 23:108, 1970.