

La estafilorrafia precoz. Resultados en 5 años

The precocious stafilorrhaphy. Results in 5 years

René Rodríguez Martín¹, Sergio P. Paultre Rivas², Bethania Castellanos Ortiz²



¹ Facultad de Estomatología del ISCM de Santiago de Cuba. Departamento de Patología Bucal. Hospital Pediátrico Docente Sur de Santiago de Cuba. Cuba

² Facultad de Estomatología del ISCM de Santiago de Cuba. Departamento de Patología Bucal. Santiago de Cuba. Cuba



Citar como: Rodríguez-Martín R, Paultre-Rivas SP, Castellanos-Ortiz B. La estafilorrafia precoz. Resultados en 5 años. Rev Cubana Estomatol. 1995;32(1):44-7

RESUMEN

Se valoraron los resultados obtenidos con la estafilorrafia precoz en pacientes con fisuras labiopalatinas o palatinas puras después de 5 años en la aplicación de este método terapéutico (1987-1989) en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Sur Docente de Santiago de Cuba. Se apreciaron buenos resultados en la oclusión intermaxilar, así como en el desarrollo del maxilar, y en la mayoría de los pacientes sin utilizar aparatos preoperatorios hubo logros desde el punto de vista logofonológico.

Palabras clave: labio fisurado; cirugía.

ABSTRACT

We evaluated the results obtained with early staphyloraphy in patients with cleft palate or palatine cleft after 5 years in the application of this therapeutic method (1987-1989) in the Maxillofacial Surgery Service of the Pediatric South Teaching Hospital of Santiago de Cuba. Good results were seen in the intermaxillary occlusion as well as in the development of the maxilla, and in most of the patients without using preoperative devices there were achievements from the logofonological point of view.

Keywords: fissured lip; surgery.

INTRODUCCIÓN

La edad idónea para la intervención y el método terapéutico para cerrar las fisuras palatinas puras o combinadas con el labio han sido siempre motivos de controversia, principalmente en los últimos 50 años.

Los métodos terapéuticos clásicamente utilizados, consisten en la aplicación de aparatos ortodónticos preoperatorios y el cierre del paladar entre los 18 y 24 meses de edad, previa queilorrafia entre el cuatro y sexto mes, si hay combinación con el labio, con el empleo de técnicas que incluyen el levantamiento de la fibromucosa palatina (técnica de

Wardill, Veau, entre otras), hecho ya demostrado que ejerce influencia en el crecimiento por el tiempo transcurrido.¹⁻⁵

En los últimos años se ha retomado el método de cierre precoz del velo del paladar entre los 3 y 6 meses, por los resultados beneficiosos que se obtienen con su aplicación, el cual se ha adoptado en numerosos países, incluyendo nuestro hospital, donde se implanta por primera vez nacionalmente.

Es de todos conocido que las deformidades producidas por las fisuras palatinas puras y más aún en las combinadas con el labio, se deben en parte al defecto óseo, pero mayormente al desequilibrio muscular por la ausencia del cinturón que forman los músculos antagonistas, principalmente los pterigoideos, que al ejercer su acción arrastran consigo a las apófisis pterigoides junto a la tuberosidad del maxilar, lo que provoca ensanchamiento de la hendidura en la parte posterior y estrechamiento en la anterior, sobre todo en las combinadas con el labio; situación que se agrava con la edad, aparición de la mímica, uso de la tetera, etcétera (figura 1).

La posición anormal de la lengua retenida y elevada desempeña también un papel fundamental en el agravamiento de la malformación, y más si se ha efectuado la operación del paladar a la edad clásica, con levantamiento de la fibromucosa, la cual provoca, junto con la retracción cicatrizal propia de esta intervención, afectación del crecimiento del maxilar y de hecho una verdadera endognatia.^{2,6-8} Otro aspecto a destacar es la aplicación de aparatos preoperatorios, con las dificultades que llevan consigo en un paciente pequeño; también la poca cooperación, en ocasiones, de los padres, en su utilización y el elevado costo de estos aparatos. El cierre precoz del velo restablece el equilibrio muscular roto por la fisura, lleva la lengua a su lugar y evita así el agravamiento de la deformidad, a la vez que permite un desarrollo normal del maxilar y de la fonación, así como una buena relación oclusal (figura 2).

Por todas las consideraciones anteriores, decidimos realizar una valoración de los resultados obtenidos en nuestro servicio después de 5 años de experiencia en aplicar la estafilorrafia precoz, junto con la queilorrafia en los casos combinados con el labio (pacientes de 3 a 6 meses de edad), con el objetivo de comprobar la efectividad de este método terapéutico.

MÉTODOS

A los 14 pacientes objeto de estudio se les realizó estafilorrafia precoz y queilorrafia entre los 3 y 6 meses de edad; a la mayoría de ellos, en una segunda intervención, se les cerró el paladar duro después de los 18 meses de edad sin utilizar la fibromucosa palatina; posteriormente se siguieron periódicamente en la consulta para valorar el crecimiento maxilar, oclusión y fonación después de los 3 años de edad, a la vez que se realizaron medidas de la distancia entre las caras palatinas de los 2dos. molares temporales siguiendo el método de Vogue E-E = 30 mm (normal), toma de impresiones y examen logofoniatrico; se clasificaron de bueno, regular y malo. Se consideró bueno cuando su habla era normal, regular cuando tuviera afectado algunos fonemas y malo cuando su lenguaje fuera poco inteligible. Los datos se recogieron en un formulario creado al efecto y se plasmaron en tablas los resultados finales del estudio.

RESULTADOS

En la tabla 1 puede apreciarse en 11 (78,5 %) de los 14 pacientes operados se obtuvieron buenos resultados en la oclusión dentaria (figura 2), hubo sólo 3 pacientes (21,5 %) con mordida cruzada; de ellos, 2 tenían fisura labiopalatina bilateral y 1 unilateral en que sólo quedaba cruzado el canino.

En cuanto a los resultados del crecimiento maxilar (tabla 2), se apreció que en 13 pacientes (92,9 %) se obtuvo un desarrollo normal (distancia E-E igual o mayor de 30 mm) y solo 1 caso (7,1 %) con fisura labiopalatina bilateral estuvo por debajo de esta distancia considerada como normal.

La tabla 3 refleja los resultados con logofoniatrías en la serie analizada; obsérvese que no hubo resultados malos, al contrario, en 11 (78,5 %) estos fueron buenos.

DISCUSIÓN

Los resultados reflejados en la tabla 1 fueron semejantes a los referidos por varios autores como Delaire,² Poupard³ et al,⁶⁻⁹ lo que demuestra la buena armonía oclusal que se puede lograr con el cierre precoz del velo al alcanzar equilibrio muscular necesario para la obtención de un arco dental simétrico que asegure una relación oclusal intermaxilar normal.

Con respecto al crecimiento del maxilar, se pudo apreciar el buen resultado que se logra con este método sin necesidad de aparatos ortodónticos, lo cual fue obtenido también por la mayoría de los autores revisados,^{2,6-9} elemento a tener en cuenta en nuestro medio por el ahorro que representa al no utilizar aparatos preoperatorios, los cuales son muy costosos y de uso prolongado.

Los cambios que tuvo la fonación en estos pacientes revelados también por otros autores,^{2,8,10-12} demuestran lo útil que resulta este método terapéutico teniendo en cuenta la precocidad en el lenguaje y en la creación de los patrones neuromusculares del habla del niño en nuestros tiempos, y se evita además que estos pacientes se pasen de la edad adecuada para lograr resultados foniatrías aceptables por diferentes razones ambientales propios de nuestras características nacionales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delaire J. Influence de voile de palais sur la statique lingua-le et la croissance mandibulaire. Rev Stomatol 1976;77(2): 821-34.
2. Delaire J, Precious D. Avoidance of the use of mucosa vomeriana in cleft palate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985;60(1):589-97.
3. Poupard B. Schema therapeu de Gillies-Scheweckendieck. Resultats d'une experience decennale. Chir Pediatr 1983; 24(4-5):282-5.

4. Chencholle AR. Anatomie et physiologie pathologiques de la fente palatine. Incompetence velo-faingo-faciale. Ann Chir Plast Esthet 1980;25(3):205-11.
5. Poupard B. Fente labiopalatine: Est il loisible de laisser ouvert dfe palais osseux? Ann Chir Plast Esthet 1983;28(4): 325-6.
6. Poupard B. Fente labiopalatine total. Operation neonatale de la levre et du voile. Ann Chir Plast Esthet 1987;32(4): 335-59.
7. Epolis V. Anatomie et evolution du squelete facial dans la fente labiopalatine. Chir Pediatr 1983;24(4-5):240-6.
8. Malek R. Staphylorrafie précoce. Problemes. Chirurgicauz. Chir Pediatr 1983;24(4-5):301-4.
9. Bardac J, Morris H. Results of primary veloplasty. Plast Reconst Surg 1984;73(2):207-15.
10. Randall S. Cleft palate closure at 3 to 7 month of age. A preliminary report. Plast Reconst Surg 1983;71(3):624-8.
11. Trichet C. Results phonetiques de la staphylorrafie précoce et premiere (de 1976 a 1982). Chir Pediatr 1983;24(4-5):353.
12. Campo-Paysan CA, Jacques JC. Veloplasties précoces dans le traitement de dentes labiomaxillaires. Chir Pediatr 1983; 24(4-5):305-6.

Recibido: 27 de mayo de 1994

Aceptado: 20 de noviembre de 1994

Publicado: 30 de abril 1995



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.