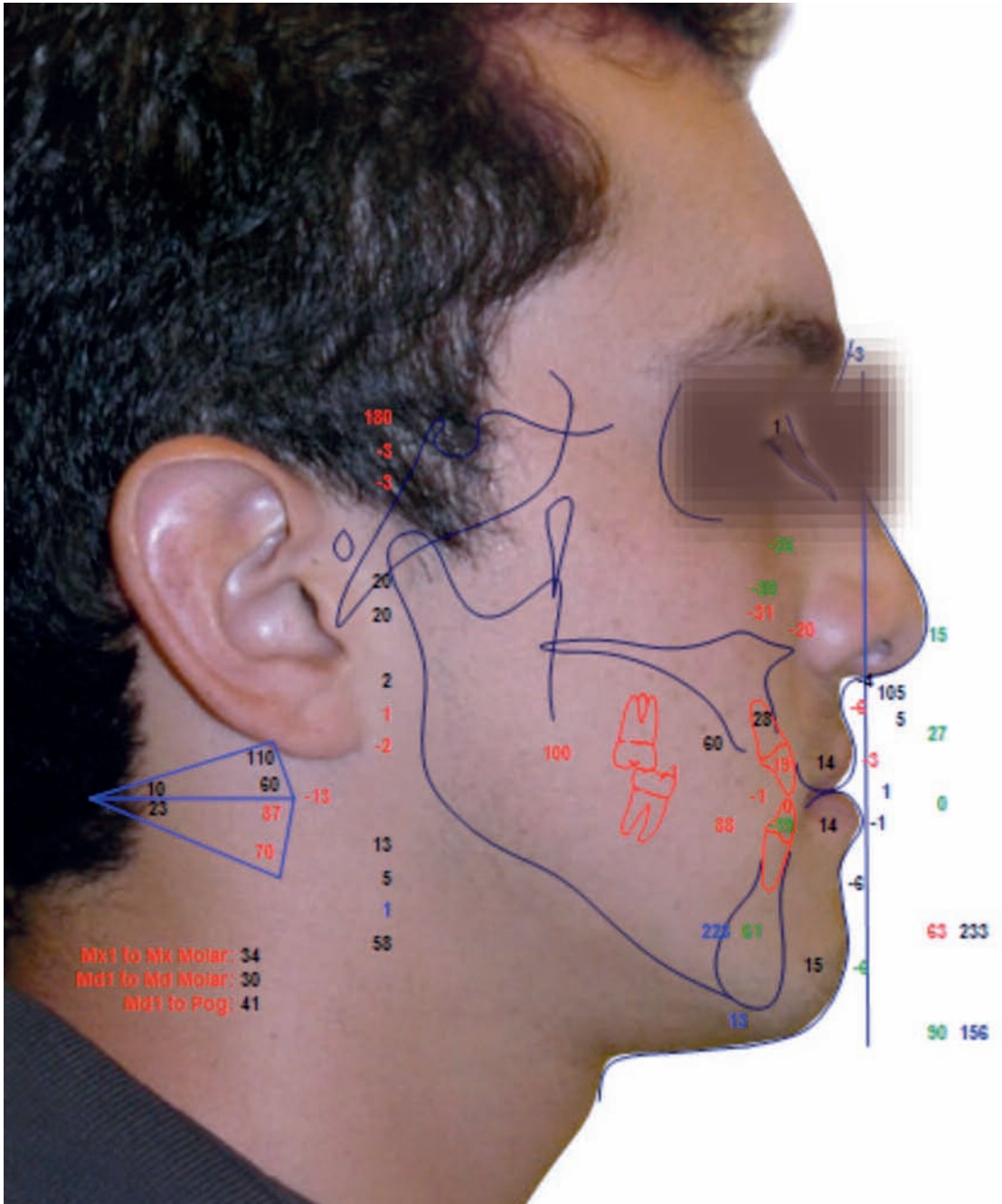


# Secuelas de labio leporino. Cirugía ortognática



# Ciencia y práctica



Dr. César Colmenero Ruiz

**Dr. César Colmenero Ruiz**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).  
Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial (Hospital La Paz, Madrid).  
Doctor en Medicina por la UAM.

**Dra. Elena Bonilla Morente**

Licenciada en Odontología por la Universidad de Granada.  
Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial  
por la University of Southern Mississippi (España).  
Práctica en Ortodoncia y Cirugía Ortognática (Hospital Dental Arturo Soria, Madrid).  
Profesora asociada del Máster de Ortodoncia  
y Ortopedia Dentomaxilar (San Pablo CEU, Madrid).

**Dra. Silvia Rosón Gómez**

Licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid.  
Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial (Hospital de La Princesa, Madrid).  
Fellow de la European Board of Oral and Maxillofacial Surgery.

**Dra. Carmen Torres de la Torre**

Licenciada en Odontología por la Universidad de Barcelona.  
Máster de Excelencia en Ortodoncia y Ortognatodoncia  
por la University of Southern Mississippi (España).

Madrid.

## Introducción

El desarrollo de una oclusión de clase III en el contexto de un paciente con labio leporino es multifuncional. La génesis de esta deformidad es fundamentalmente iatrogénica. Hace entre 20 y 30 años, a los pacientes fisurados con clase III se les trataba con cirugía mandibular de retroceso, incluso cuando el problema, desde el punto de vista clínico y cefalométrico, está en el maxilar.

La osteotomía Lefort I es el procedimiento estándar en el tratamiento de las secuelas esqueléticas en pacientes con labio leporino, y

debe figurar como parte integral en el armamentario de los cirujanos, al igual que el cierre del labio y/o el paladar o la cirugía de la faringe para mejorar la voz. La mayoría de los cirujanos considera que el crecimiento mandibular debe haber terminado antes de realizar la cirugía maxilar. En las mujeres esto sucede a los 17-18 años y en los varones a los 20-21 años. En general, recomendamos realizar dos telerradiografías seguidas, con un intervalo mínimo de seis meses, en las cuales se demuestre que no ha habido crecimiento mandibular.

Si se ha realizado injerto alveolar y no existe déficit transversal, se llevará a cabo una osteotomía Lefort I. La osteotomía se lleva a cabo bajo anestesia general, con la intubación del paciente por la nariz. A veces, de forma muy dificultosa, en este tipo de pacientes, especialmente en aquellos con colgajo faríngeo, se infiltra una solución salina con adrenalina al 1/100.000, se esperan diez minutos y se realiza una incisión alta en el vestíbulo, de molar a molar.

Seguidamente, se hace un despegamiento subperióstico del maxilar hasta los rebordes infraorbitarios y se esqueletiza el nervio. Creamos un túnel subperióstico hasta la unión pterigomaxilar. A continuación, se lleva a cabo un despegamiento mucoperióstico de la mucosa de la fosa nasal, alrededor de la apertura piriforme y del suelo de la fosa. La mucosa nasal se despegue. En estos pacientes, con frecuencia, el mucoperiosteo nasal está adherido al del paladar. Asimismo, en estos casos también el tabique está especialmente torcido, con espolones osteocartilaginosos en el suelo. Muy frecuentemente, la mucosa se romperá y habrá que repararla tras la movilización del maxilar. El tabique se secciona del suelo de la fosa nasal, desde el cartílago cuadrangular al vómer.

La sección del maxilar se realiza con sierra recíprocante, desde el arbotante cigomático hacia medial, terminando en la fosa nasal (en este punto es importante proteger el tubo de la anestesia). Posteriormente, se secciona el hueso palatino y la unión del proceso pterigoideo con la tuberosidad del maxilar. La sección de la pared posterior del maxilar y la pared lateral nasal se deben completar. El maxilar se mueve hacia abajo, introduciendo unas espátulas romas en la fosa nasal.

Se realizará una disyunción pterigoidea con escoplo curvo de Kawamoto. Se traccionará del maxilar hacia delante y se elimi-

narán las interferencias. En los pacientes con secuelas de labio-fisura palatina existe dificultad para la movilización y la tracción del maxilar, por la cicatriz del paladar y la faringe. Así, casi siempre utilizaremos fórceps de Rowe para facilitar la movilización y el avance. Si el maxilar no es continuo, necesita un descenso o un avance superior a los 5 mm, para lo que utilizamos siempre injerto de hueso autólogo de calota o cadera.

Si existe colapso o mordida cruzada lateral, se seccionará el maxilar y se trabajará con dos fragmentos, expandiendo sobre todo el del lado de la fisura. En estos casos, dejamos una férula de acrílico reforzada con metal y una barra transpalatina. Se coloca el maxilar en la posición adecuada con la mandíbula y se realiza un cerclaje rígido alámbrico. Se sutura de forma impermeable la mucosa nasal y se colocan chips de esponjosa a lo largo de todas las osteotomías. Además, se colocan placas de fijación rígidas, cuatro a cada lado, o placas de Lindorff para grandes avances. Se comprueba la fijación y la posición condílea y, si es adecuada, se injertará y se realizará un cierre en dos planos.

Se colocan elásticos de clase III durante seis meses. Un factor muy importante para evitar la recidiva en estos pacientes es que exista una integración muy buena entre las arcadas y la estabilidad oclusal.

Nunca hacemos la técnica Surgery First en pacientes con secuelas de labio leporino. El uso de injertos óseos de interposición aumenta la estabilidad por mejorar la consolidación ósea.

### Caso clínico

Se trata de un paciente con secuelas de labio-fisura palatina unilateral. El análisis facial (fig. 1) muestra una hipoplasia maxilar severa con estigmas de nariz y labio unilaterales. La



Figura 1. Aspecto frontal y de perfil del paciente antes del tratamiento.

nariz está desviada hacia el lado fisurado, con obstrucción nasal, y presenta estenosis del vestíbulo y narina.

El nivel de la sonrisa es adecuado, exponiendo 5 mm de incisivos en sonrisa máxima. En la vista frontal, se observa un pseudoprogatismo secundario a la hipoplasia maxilar. La punta nasal está hipoproyectada y existe déficit de volumen en el tercio medio. La mandíbula es correcta.

El examen intraoral (fig. 2) demuestra una maloclusión clase III completa, sobre todo con importantes compensaciones dentarias. El paciente se encuentra en tratamiento ortodóncico compensatorio dentario de la clase III esquelética.

Se realizaron las exodoncias de dos premolares inferiores en otro centro, para compensar dentariamente la clase III ósea de causa maxilar. Esta situación requiere recuperar la inclinación de los incisivos inferiores prequirúrgicamente, abriendo espacios a distal de caninos inferiores.



Fig. 2. El paciente está en tratamiento ortodóncico para intento de compensación dentoalveolar de un problema esquelético.

El proceso alveolar del maxilar se ha reconstruido satisfactoriamente con injerto de cresta iliaca y cierre de las fístulas. El paladar está cerrado perfectamente, con cicatriz en línea media secundaria a colgajo vomeriano, y los caninos han erupcionado de forma satisfactoria (fig. 3). No tiene insuficiencia velofaríngea.

Los objetivos de la ortodoncia preoperatoria son la descompensación de las arcadas y obtener un resalte que permita avanzar el maxilar lo máximo posible con cierta hiper-corrección (fig. 4).

En las fotos prequirúrgicas (figs. 5 y 6) se muestra cómo el perfil de la deformidad empeora con el desarrollo de la ortodoncia preoperatoria.

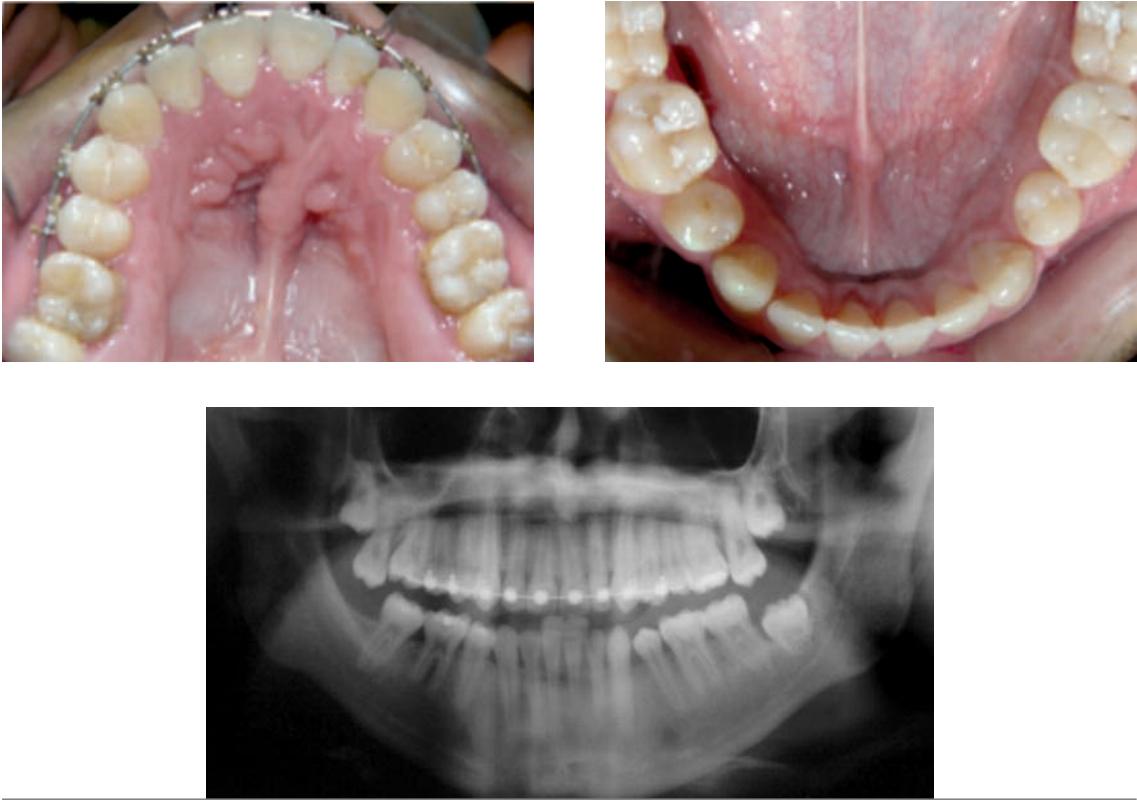


Fig. 3. Secuelas de fisura labio-palatina.

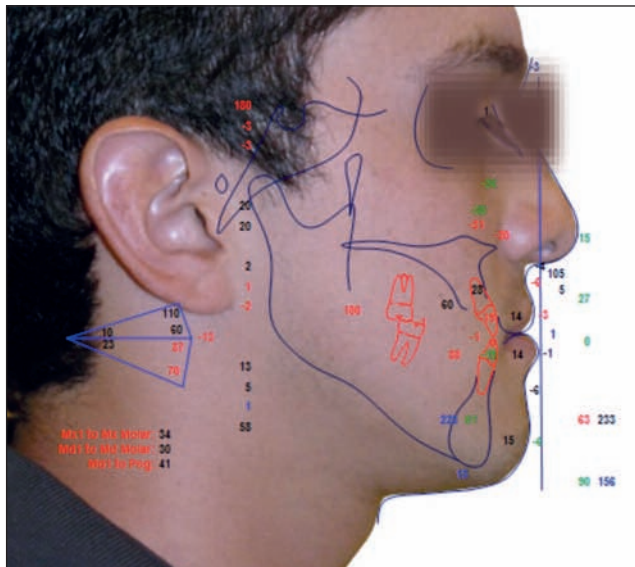


Fig. 4. La cefalometría muestra retroinclinación de los incisivos inferiores y marcada hipoplaxia del maxilar superior.

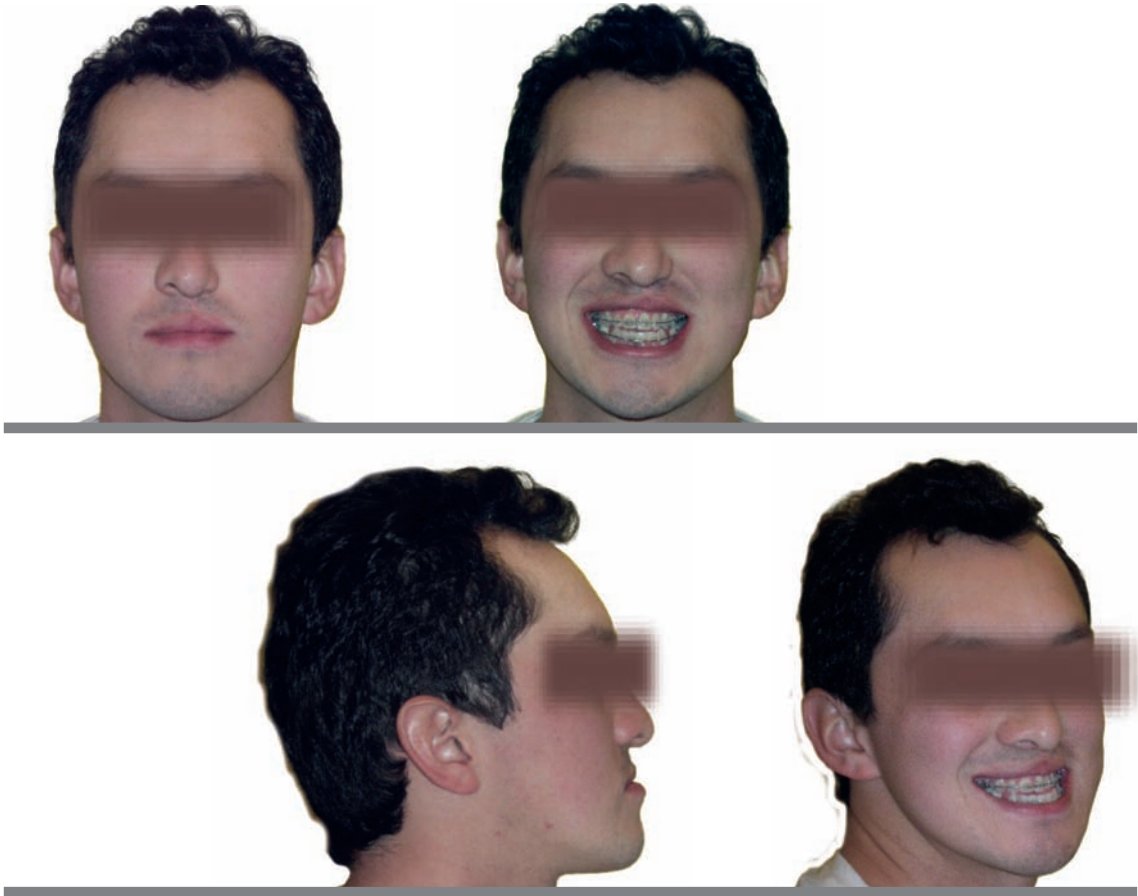


Fig. 5. Aumento de la deformidad tras la descompensación dentoalveolar. Mayor resalte invertido y deformidad facial.



Fig. 6. Recuperación de la inclinación de los incisivos.

El análisis y la cirugía de modelos (figs. 7-9) se planifican para un avance de 9 mm en el maxilar, con impactación posterior de 3,5 mm para obtener una adecuada sobremordida. La mandíbula autorrota avanzando 3,5 mm.

Se confecciona una férula muy fina con un *overbite* y un *overjet* de 3,5 mm para disminuir la recaída.

### Cirugía

La parte quirúrgica consistió en una osteotomía Lefort I. Se colocaron injertos corticoesponjosos en toda la osteotomía, a modo de cuña, para frenar la retrusión-recidiva del maxilar. Se tomó un injerto dermograso de la zona dadora del injerto óseo para el labio. El paciente fue dado de alta a las 24 horas, con elásticos de clase III y la indicación de la férula en la maxilar superior durante cuatro semanas (figs. 10 y 11).

El resultado posoperatorio demuestra la estabilidad facial y oclusal (figs. 12 y 13).

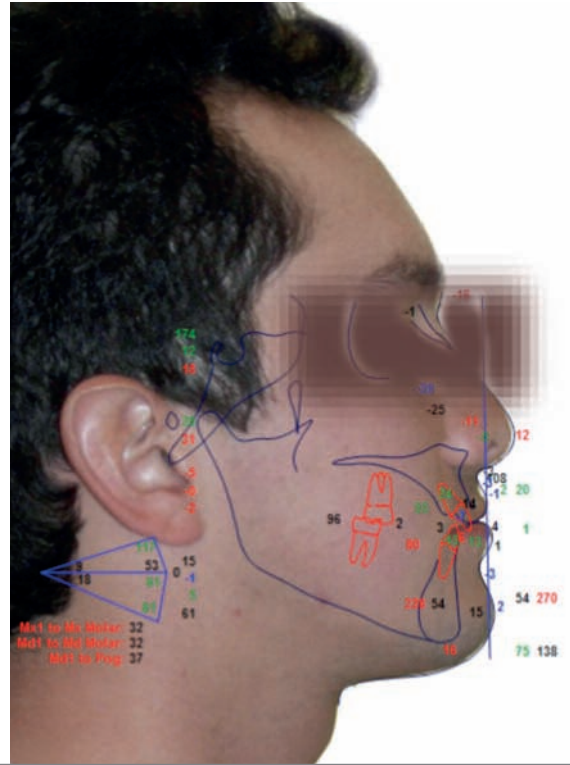


Fig. 7. Secuencia de tratamiento prequirúrgico para avance maxilar de 9 mm.



Fig. 9. Cirugía de modelos monomaxilar para avance de 9 mm.

Fig. 8. Análisis radiográfico prequirúrgico.





Fig. 10. Resultado posquirúrgico.



Fig. 11. Detalle de la oclusión lograda tras la cirugía.





Fig. 12. Aspecto del paciente una vez concluido su tratamiento.



Fig. 13. Detalle de la oclusión final.

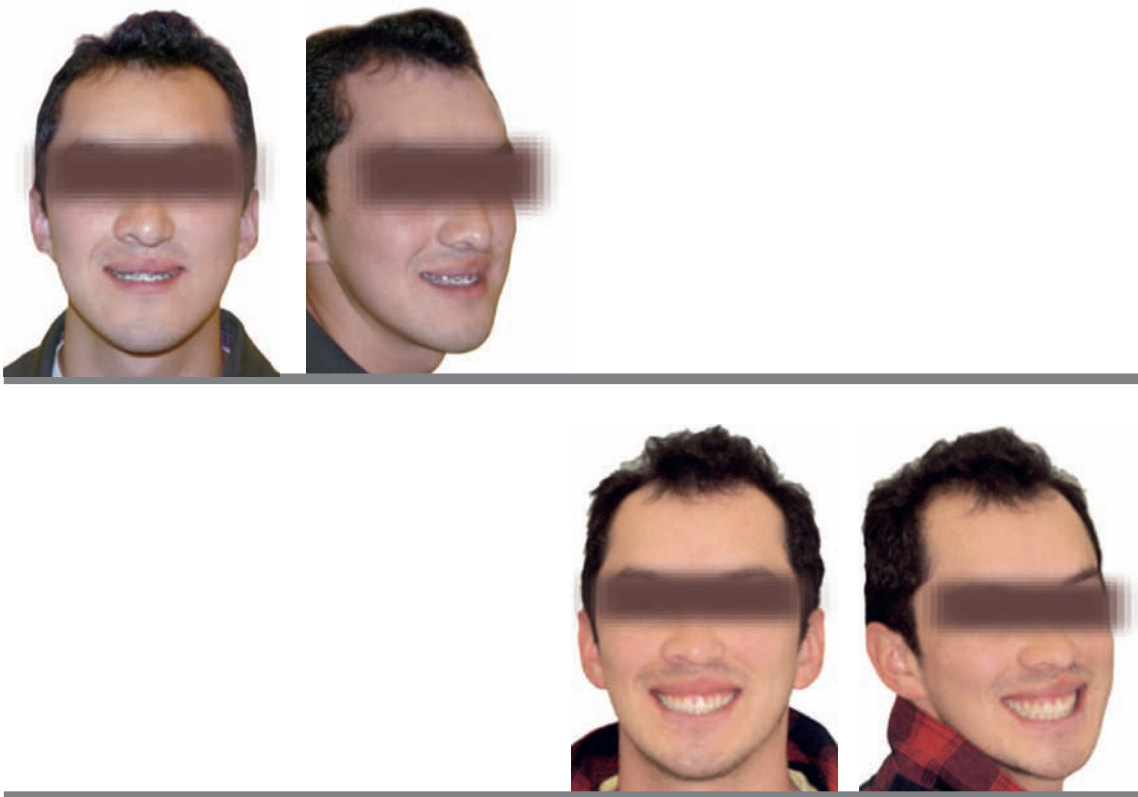


Fig. 14. Comparativa del aspecto frontal y de perfil del paciente antes y después del tratamiento.

## Conclusiones

La génesis de las deformidades dentofaciales en pacientes con secuelas de labio-fisura palatina es multifactorial. Si se sigue un protocolo estricto, en cuanto a tiempos y procedimientos quirúrgicos, el número de pacientes que precisa de cirugía ortognática disminuye a un 20-25%. La deformidad más frecuente es la hipoplasia de maxilar superior y los mejores resultados se obtienen combinando osteotomías Lefort I y ortodoncia prequirúrgica. ■

## Bibliografía

1. Cheing LK, Chua HDP. *A metanalysis of cleft maxillary osteotomy and distraction osteogenesis*. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2006; 35: 14-24.
2. Kumari P, Ruy K, Kumar P. *A long term stability of cleft maxilla in le fort I maxillary advancement*. Annals Maxillofac. Surg. 2013; 3: 139-143.
3. Eskenaki LB, Schendel SA. *An analysis of le fort I maxillary advancement in cleft lip and palate*. Plast. Reconstr. Surg. 1992; 90: 779-786.
4. Posnick J, Ewing MP. *Skeletal stability after le fort I maxillary advancement in patients with unilateral cleft lip and palate*. Plast. Reconstr. Surg. 1990; 85: 706-710.
5. Salfaji H, Major MP, Alfakir H. *Maxillary advancements with conventional orthognathic surgery in patients with cleft lip and palate. Is it a stable technique*. J. Oral Maxillofac. Surg. 2012; 7: 2.859-66.
6. Wolford LM, Cassano D, Cottrel D. *El Deed M. Orthognathic surgery in the young cleft patient*. J. Oral Maxillofac. Surg. 2008; 66: 2.524-36.