

¿A QUÉ EDAD DEBEN SER OPERADAS LAS FISURAS PALATINAS?

por el doctor

EMILIO ROVIRALTA

Cirujano ortopédico y de niños, del "Instituto Policlínico"
y del "Hospital Clínico" de Barcelona

Aunque en realidad no se ha llegado a un absoluto acuerdo sobre este punto concreto del tratamiento de las deformidades de la boca, es la misión de estas líneas el orientar al médico, necesariamente alejado de estos detalles inherentes a la especialidad, acerca del estado actual de este serio problema de la cirugía infantil, basándome no sólo en mi propia experiencia, sino en la de aquellos que como BROPHY y FEDERSPIEL en Estados Unidos, V. VEAU en Francia, y WOLFF en Alemania, entre muchos, cuentan por centenares y aun por miles (7.000 el primero) las intervenciones llevadas a cabo. En la comunicación que sobre el particular presenté hace unos meses a la Sociedad de Pediatría (1), decía que bajo todo punto de vista es evidente que para obtener un resultado fonético satisfactorio después de una corrección de un paladar fisurado, ya sea una fisura completa abarcando desde el labio a la úvula o tan siquiera de una mayor o menor extensión del paladar blando, tiene aquélla que ser llevada a cabo antes de que el niño alcance la edad de 16 a 18 meses, edad en que el niño adquirirá vicios en su aparato de la fonación que por ningún medio podrá luego abandonar. Pasados los cuatro años, salvo casos de excepción, se hallará condenado durante toda su vida a una fonación defectuosísima, casi ininteligible, esto es, prácticamente a la misma desagradable dicción soplante y disonante cual si no hubiera sido operado.

Se podrá argüir en contra de lo expuesto, la mayor dificultad operatoria cuanto más pequeño es el campo operatorio en que debemos trabajar, así como la mayor mortalidad a que nos exponemos en los primeros años de la vida, debido especialmente al gran fantasma de la cirugía del lactante, la muerte con hipertemia y palidez; argumentos ambos de innegable valor, pero que el cirujano debe y puede hasta cierto punto combatir con una técnica e instrumentación adecuadas el primero, y con una profilaxia y tratamiento hipovagotónico para el segundo (doble anestesia, estudio del reflejo óculo-cardíaco, vigilancia post-operatoria, etc.).

Muchos son los cirujanos especializados que proponen la corrección de la mayoría de las deformidades congénitas en las primeras horas de la vida, basándose en la indiscutible inmunidad congénita que para el "shock" trae consigo el recién-nacido al llegar al mundo, sin cuya inmunidad no llegaría a concebirse que tolerase el enorme traumatismo del parto, que de ha-

cémoslo sufrir en otro instante cualquiera de la vida, pocos lo soportarían, hecho que viene suficientemente explicado por la hipovagotonía acentuadísima que a los pocos días de la vida se convierte en una hipervagotonía que de un modo progresivo aumenta hasta los cinco meses, para luego decrecer paulatinamente.

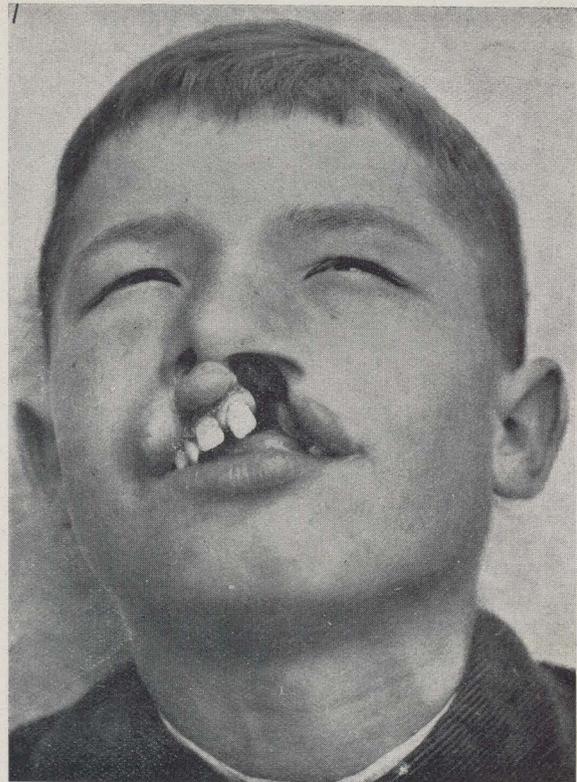


Fig. 1. — A notar especialmente la disimetría facial producida por la desviación del tralique, por la inclinación de la arcada dentaria, y por la distinta forma y dimensiones de las cavidades nasales.

A esta ventaja debe añadirse la insensibilidad casi absoluta que presenta el recién nacido permitiendo intervenciones serias sin ninguna anestesia, factor importantísimo en cirugía infantil.

Estas dos poderosísimas ventajas quedan, es verdad, disminuídas por las dificultades técnicas debidas al tamaño del campo operatorio; ello no obstante, la idea es lo suficientemente sugestiva para ser tomada en consideración.

Queda todavía un punto en lo que hace referencia a

(1) Butiletí de la Societat Catalana de Pediatría.

la operación precoz, que aunque no universalmente admitido, por hallarse preconizado y defendido por la gran autoridad de BROPHY es merecedor de ser tenido en cuenta, y es el referente a las conexiones de las fisuras completas abarcando los paladares óseo y blando

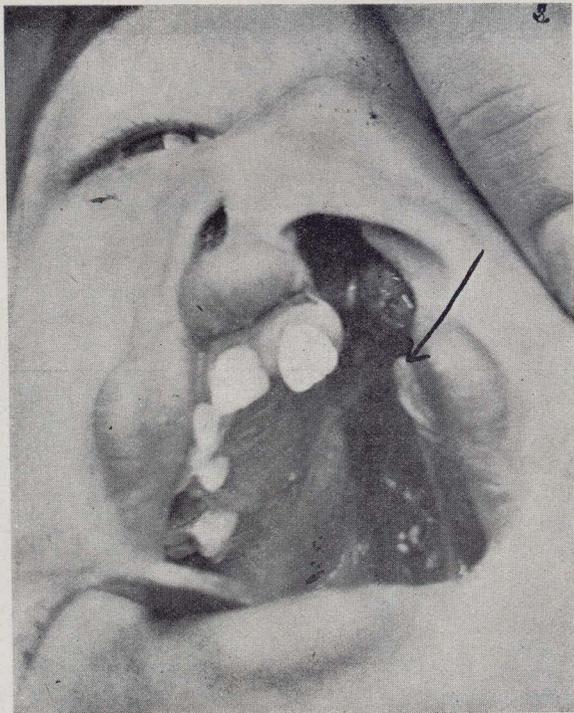


Fig. 2 — El punto señalado por la flecha no es el borde del arco alveolar izquierdo, sino el extremo anterior de la bóveda patológica. Aquél queda invisible por hallarse cubierto por el labio izquierdo, con lo cual es fácil hacerse cargo de la importancia de la separación.

antes de cumplidos los 4 meses, aprovechando así la posibilidad de aproximar los dos maxilares superiores antes de que su osificación lo impida. Con ello se obtiene un resultado mucho más próximo a la constitución normal de la boca, además de una mayor facilidad en las suturas a realizar en una época más lejana, tanto del paladar blando, como del labio.

El caso que presenté a la Sociedad de Pediatría y cuyas fotografías acompaño, pertenece precisamente a esta categoría. Las dificultades que presentaba eran considerables, pues la distancia entre los dos arcos alveolares (el izquierdo no visible en las fotografías) era de 2 cms., y alcanzaba a un cm. y medio en algún punto de la fisura palatina. Es evidente que de haber sido intervenido en los primeros meses de su vida, se hubiera podido alcanzar un contacto absoluto de los dos bordes, lo cual hubiera facilitado extraordinariamente la consecutiva sutura del velo del paladar y hubiera permitido una plastia del labio superior más estética, al no tener que trabajar con un marcado déficit de tejidos, que debían quedar forzosamente en tensión.

En el presente caso, procedimos en un primer tiempo a extirpar sus amígdalas fuertemente hipertrofiadas. En una segunda intervención se resecó un cornete

gigante que contactaba con el tabique, como se ve en la fotografía número 2, y que, naturalmente, impedía el indispensable desplazamiento de aquél. Se procedió entonces a practicar un despegamiento mucoperiostico del polo anterior del medio paladar derecho. Sección mediante escoplo de la arcada alveolar siguiendo el borde derecho del lóbulo incisivo y de un triángulo de la lámina palatina derecha.

Desplazamiento cuidadoso apalancado sobre el bloque así liberado y cuya única nutrición era la procedente del tabique, hasta contactar con el arco alveolar opuesto. Sutura metálica uniendo ambos arcos alveolares, protegida con placas de plomo. Sutura de la mucosa de la encía y de la del paladar duro.

En una tercera intervención se procedió a la sutura del velo y a la plastia labial, ambas por el procedimiento de BROPHY.

Fué necesario un pequeño retoque para corregir una perforación que persistía en la unión del paladar óseo con el membranoso.

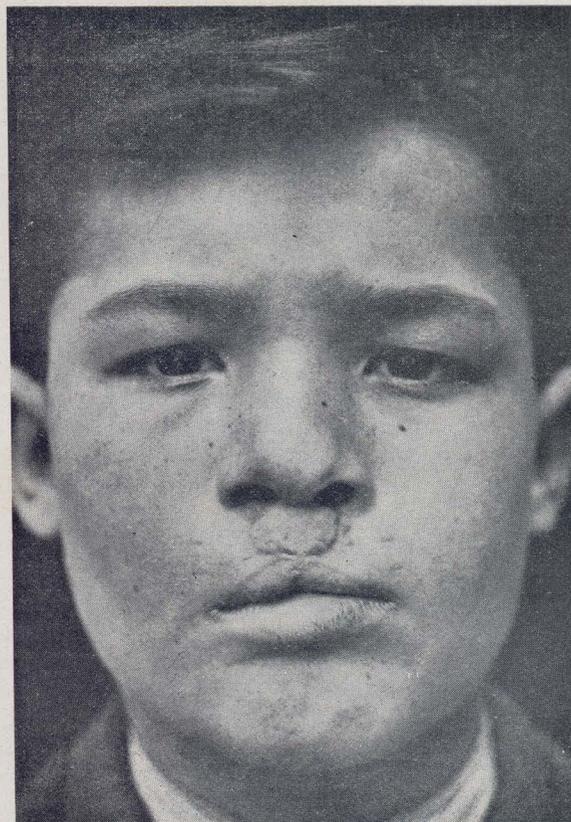


Fig. 3 — Fotografía tomada tres semanas después de ejecutada la plastia labial, sin ningún retoque. El inevitable queloide existente podrá sin duda mejorarse con un tratamiento oportuno

Es evidente que dado el gran desplazamiento que existía entre las partes constitutivas del techo de la boca, el resultado obtenido es satisfactorio bajo los puntos de vista anatómico y estético. La deglución se ha normalizado y se ha impedido el paso del contenido de la boca a las fosas nasales y viceversa, evitando por lo tanto la constante irritación e infección de la mu-

cosa nasal que tanto molesta a estos enfermos. En cambio la fonación no se ha modificado y a lo sumo mejorará ligeramente si se logra someter al operado a una reeducación mantenida durante muchos meses o años...

FEDERSPIELD (1), al tratar del momento operatorio

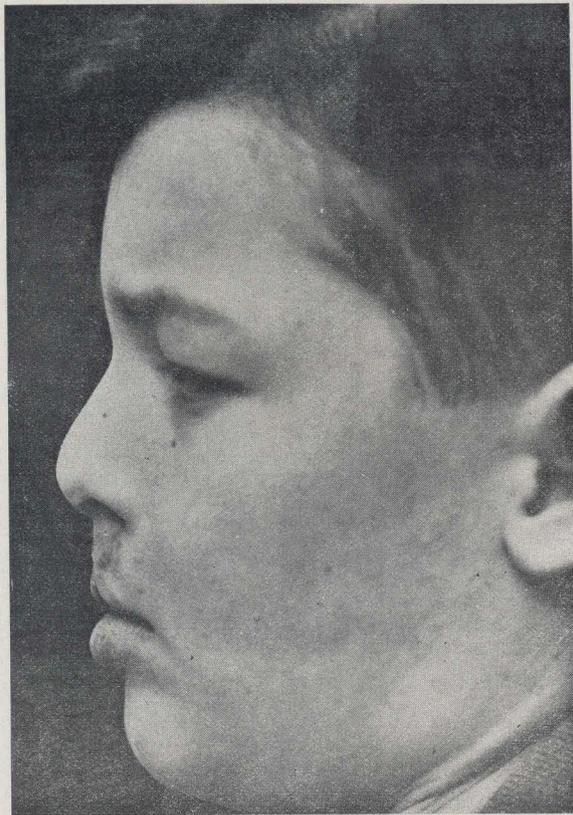


Fig. 4 — El labio ha quedado ligeramente deprimido debido a la gran distancia existente entre los tejidos que debían ponerse en contacto

de las fisuras palatinas, tanto en las del paladar blando como en las del óseo, declara categóricamente que deben ser intervenidas durante las primeras semanas después del nacimiento, por las siguientes razones:

- 1.^a La estructura ósea en esta época puede ser moldeada y los maxilares aproximados.
- 2.^a Hay mucha menor deformidad, ya que todos los tejidos son colocados en su normal situación y por consiguiente se desarrollan naturalmente.
- 3.^a La operación precoz pone los músculos del paladar en acción muy pronto, desarrollándose por consiguiente, en vez de atrofiarse por la inactividad.
- 4.^a Mientras el paladar permanece abierto, es muy difícil nutrir al niño debidamente.
- 5.^a Los enfermitos no operados precozmente, están propensos a enfermedades respiratorias y muchos mueren de bronconeumonía.
- 6.^a En las operaciones precoces el "shock" operatorio es menor (se refiere a las practicadas en las primeras semanas).

(1) Harelip and Claft Palate.

7.^a Es muy difícil eliminar la entonación nasal característica de esta deformidad, cuando ya se ha adquirido: por consiguiente, *la operación debe ser llevada a cabo, cuando menos, antes de que el niño comience a hablar.*

BROPHY (1) cuya técnica puede ser discutida pero cuya capacidad y experiencia sobre la materia son por todos reconocidas, después de estudiar todas las ventajas de la operación precoz, dice textualmente:

"Me complace en afirmar que las objeciones hechas a la conveniencia de operar en los primeros meses no prevalecen ya, y que nuestros más preclaros cirujanos abogan y practican la operación precoz."

Resumiendo podríamos decir que el problema queda hoy reducido a ponderar el aumento de la mortalidad operatoria, cuando es practicada la intervención en los dos primeros años de la vida (1, 8 % a los 4 años; 5, 7% a los 2, según VEAU, 3, 20 % de 1 a 2 años, 0, 55 % de 5 a 10 años, según BROPHY), con las ventajas obtenidas mediante la operación precoz, la mayor de las cuales es la de alcanzar una fonación muchas veces perfecta (69,6 % según V. VEAU) y cuando no muy me-

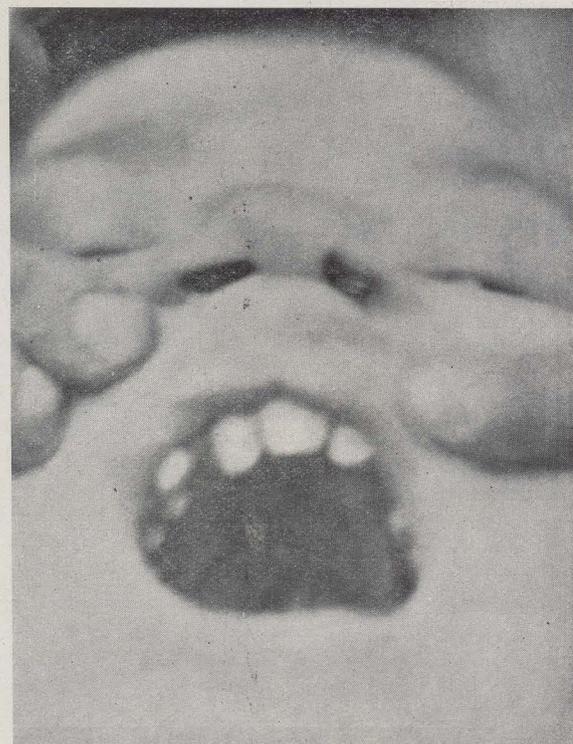


Fig. 5 — Paladar suturado. Lóbulo incisivo y dientes en su sitio. Forma de la nariz muy correcta. Labio extensible

gorada. Ya en el tercer año de la vida, la fonación normal cae al 26 % para ser cada vez sensiblemente menor en los años sucesivos.

Un factor sobre el que insiste particularmente LANE

(1) Cleft lip and cleft palate.

(1) no debe de olvidarse al practicar la ponderación y es la mortalidad crecida de los niños deformes de la boca durante los primeros años de la vida, si no han sido operados. Ello es indudablemente un argumento más en favor de la operación precoz, ya que la mortalidad quirúrgica relativa queda así fuertemente disminuída.

Nosotros hemos asimilado nuestra conducta a la mantenida delante todos aquellos procesos en que una intervención sin ser indispensable para la vida del paciente, puede ser beneficiosa, pero siempre a riesgo de algo muy remoto si se quiere, pero existente en la mayoría de las ocasiones. Esto es, lo equiparamos al tipo de la ósteo-síntesis en el tratamiento del Mal de Pott, por ejemplo.

Delante de un niño con fisura palatina, hacemos una exposición detallada de las ventajas que se desprenden de la intervención en cada momento de su vida, así como el precio a que pueden ser pagadas, a fin de que los familiares conscientes decidan de por sí con pleno conocimiento de causa.

Este ha sido de hace tiempo nuestro criterio, hijo de la síntesis de cuanto hemos visto y leído de los grandes maestros y de lo que nuestra práctica nos ha enseñado en los casos vividos. Recientemente hemos tenido el placer de verle coincidir con el de V. VEAU (2), quien textualmente en un extenso y documentado tratado acabado de publicar, expone al tratar este punto:

“De hecho yo me imagino el papel del cirujano desde otro punto de vista. No le corresponde a él, el tomar la decisión de la operación del paladar, sino a los padres. Ellos son los únicos con poderes para atribuirse esta grave responsabilidad. Pero los padres que lo ven todo del labio leporino, no saben a menudo nada de las consecuencias de la división del paladar. El papel del cirujano es instruirles. Su deber es exponerles cuál será el porvenir de su niño y cuál la gravedad de la operación. Que ellos tomen la responsabilidad.”

Esta es la última palabra del sabio profesor francés, que estimamos definitiva y que hace que resulte realmente inverosímil que planteado el problema en tal sentido pueda existir quien prefiera todavía aplazar

sistemáticamente la intervención, con el único y muy humanitario fin de disminuir el riesgo operatorio. Pero ¿a costa de qué? Pues a de alcanzar aún en el más feliz de los casos, como el expuesto más arriba, un resultado estético aceptable, pero una pésima fonética para toda la vida del paciente. Y esto que es admisible que un padre lo decida de su hijo, estimamos deplorable pueda ser obra del cirujano. Y como hay quien parece no haberse dado cuenta de la responsabilidad que asume al sentar y difundir la conveniencia de aplazar la intervención hasta los 5 ó 6 años, hemos creído conveniente orientar al médico general, al tocólogo y al pediatra, que son los que con mayor frecuencia serán los llamados a decidir una orientación sobre el particular, exponiéndoles los distintos factores con que se plantea hoy día el problema operatorio de las fisuras palatinas, así como la solución lógica que de ellos creemos se desprende.

RÉSUMÉ

L'Auteur présente un cas de fissure palatine complète singulièrement intense. Celle-ci a été corrigée au moyen des plasties ostéo-périostiques, muqueuses et cutanées. Les résultats esthétiques et plastiques sont satisfaisants, mais pas la phonétique, qui tout au plus s'améliorera fort peu à l'avenir en la soumettant à une rééducation systématisée, et il en profite pour recommander, suivant les normes établies pour la plus part des chirurgiens spécialisés dans ces disciplines, la précocité de l'opération, la quelle doit être pratiquée avant que l'enfant commence à parler. Il croit que dans certaines formes on obtient un bénéfice évident si l'on intervient en suivant la technique de BROPHY avant les quatre mois et il rappelle la tendance initiée par quelques uns de pratiquer la correction peu de jours après la naissance.

SUMMARY

The Author presents a case of palatine-fissure of a singular intensity. Same has been corrected by means of osteo-periostic plastics, mucous and cutaneous. The ethetical and plastic results are satisfying, but not the phonetic, which shall only become somewhat better in the future by means of a systematized reeducation. He takes profit of this, in order to recommend, following the norma established by most of the surgeons specialized in these disciplines, the precocity of the operation, which must be practised in the child before it begins to speak. He believes that in certain forms an evident benefit is obtained following Brophy's technic before the four month and he remembers the tendency, initiated by some, to practise the correction few days after the birth.

(1) Cleft Palate and Harelip.

(2) La división palatine.