

# Doble colgajo de úvula en el cierre primario de la fisura palatina

Dres. J. Giuseppucci, M. Carracedo, G. Zeoli.

Servicio de Cirugía Infantil, Hospital de Agudos "Carlos G. Durand".  
Buenos Aires, Argentina.

## Resumen

Presentamos una técnica de alargamiento del paladar, en una casuística de 47 pacientes tratados en el Hospital de Agudos Carlos G. Durand, durante el período comprendido entre Noviembre de 1988 a Mayo de 1999. Dicha cirugía consiste en la confección de un doble colgajo con ambas semi-úvulas, que mediante una Zetoplastia prolongan el velo del paladar, pudiendo asociar la misma a cualquier procedimiento del cierre de la fisura palatina. Consideramos que dicha técnica es una alternativa válida para mejorar la competencia velo-faríngea.

**Palabras clave:** Fisura palatina - Colgajo - Úvula.

## Summary

We report our lengthening technique for the palate used in 47 children managed at the Carlos G. Durand Acute care Hospital between November 1988 and May 1999. The technique consists in creating a double flap with both semi-uvulas using a z-plasty that prolongs the length of the palate. We applied the technique in every procedure that needed palate closure. We consider our technique as a valid alternative in the management of palate-pharyngeal competence.

**Index words:** Palatine fissure - Flap - Uvula

## Resumo

Apresentamos uma técnica de alongamento do palato em uma casuística de 47 pacientes tratados no Hospital de Agudos Carlos G. Durand, durante o período compreendido entre novembro de 1988 a maio de 1999. Referida cirurgia consiste na confecção de um duplo retalho com ambas as semi-úvulas, que mediante uma zetoplastia prolongam do véu do paladar, podendo-se associar a mesma a qualquer procedimento de fechamento de fissura palatina. Consideramos que esta técnica é uma alternativa válida para melhorar a competência velo-faríngea.

**Palavras chave:** Fissura palatina - Retalho - Úvula.

## Introducción

El principal objetivo de la cirugía de la fisura palatina, es cerrar completamente el defecto del paladar y crear un adecuado mecanismo para la fonación.

De los factores que condicionan una adecuada suficiencia del aparato velo-faríngeo; longitud y movilidad del velo, la restitución del anillo de Pasa-

vant, el movimiento anterior y medio de las paredes de la faringe, y el estado adenoideo, sólo los dos primeros pueden ser modificados al tiempo del cierre primario.

Aunque numerosos procedimientos quirúrgicos han sido descritos, la incidencia de la insuficiencia velo-faríngea persiste entre el 3% y el 35% según las distintas escuelas<sup>1,3</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar una técnica de un doble colgajo de úvula que permite obtener un largo adicional del velo, independientemente del procedimiento utilizado para el cierre palatino.

## Material y método

El doble colgajo de úvula para la prevención primaria de la incompetencia velofaríngea fue utilizado en un grupo no seleccionado de 47 pacientes con fisura labio-alvéolo-palatina desde noviembre de 1988 hasta Mayo de 1999. Fueron 27 pacientes de sexo masculino y 20 femenino.

La distribución por edades se muestra en la tabla 1. El tipo de fisura palatina se muestra en la tabla 2. Los procedimientos quirúrgicos utilizados se resumen en la tabla 3.

Evolución postoperatoria: Los pacientes fueron dados de alta entre el segundo y el tercer día postoperatorio. El primer control en busca de complicaciones se efectuó a la semana, el segundo a los quince días.

La evaluación y reeducación del habla se inició luego del primer mes en el servicio de fonoaudiología, el seguimiento osciló entre 1 mes y 10 años.

Edad	Nº de casos	Porcentaje
menos de 2 años	15	31,9%
2 a 5 años	17	36,17%
5 a 10 años	10	21,27%
10 a 20 años	4	8,51%
Más de 20 años	1	2,12%

Tabla 1: distribución por edades.

Tipo de fisura	Nº de casos	Porcentaje
Flap unilateral	21	44,68%
Flap bilateral	14	29,78%
Fisura palatina aislada	12	25,53%

Tabla 2: tipos de fisura palatina.

Procedimiento	Nº de casos	Porcentaje
Veau-Wardil-Kildner	23	48,93%
Furlow	14	29,78%
Otros	10	21,27%

Tabla 3: procedimientos quirúrgicos utilizados.

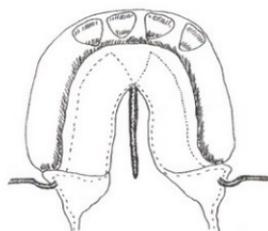


Fig. 1: tallado de los colgajos sobre la cara nasal de la úvula.

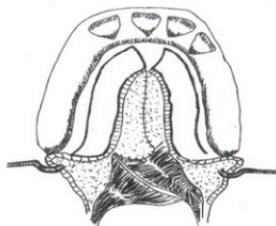


Fig. 2: los colgajos se aplican y suturan entre sí (deben incluir parte del plano muscular). El cierre del plano nasal se completa hacia adelante.

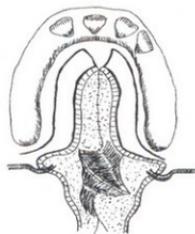


Fig. 3: los colgajos se suturan entre sí. Debe incluir parte del plano muscular. La sutura avanza sobre los pilares posteriores

Técnica quirúrgica: En cualquiera de las técnicas, con la úvula evertida con un gancho mostrando la cara nasal (Fig. 1), la incisión del borde de la fisura al llegar a la base de la úvula, asciende por la misma hasta su vértice y baja nuevamente hasta la base y se prolonga por el borde del pilar posterior (Fig. 2).

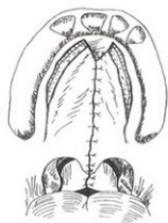


Fig. 4: cierre del plano bucal (luego de reponer los elevadores). La sutura de los pilares posteriores se prolonga lo más posterior que sea posible (Sanvenero-Roselli).

Esta incisión determina dos colgajos triangulares, que deben incluir la mucosa y la musculatura de la úvula.

Los colgajos se imbrincan, suturando la base de uno al vértice del contralateral y uniendo por uno de los lados con uno o dos puntos, formando un cuadrilátero (Fig.3).

La sutura del plano nasal se prolonga por detrás de los colgajos uniendo los pilares en dos planos según el procedimiento de Sanvenero-Roselli.

Se utiliza sutura reabsorbible 4-0 con puntos separados a nudo interno.

## Resultados

No se registraron complicaciones como: necrosis de colgajo, fístulas, obstrucción de la vía aérea, dehiscencia de la sutura. Un paciente presentó una hemorragia en el postoperatorio inmediato, que cedió con la compresión.

## Discusión

A pesar de de los buenos resultados quirúrgicos la persistencia de dificultades en el habla oscila según algunos autores entre 0% y 90%.

Wetzel y Col.<sup>4</sup> demostraron que no existe diferencia en estos porcentajes entre los distintos procedimientos. Sin embargo considera que los procedimien-

tos de V-Y (Wardil-Kildner) producen resultados ligeramente mejores. Pannbecker and Lindsay<sup>5,6</sup> consideran que en la evaluación de los resultados deben tenerse en cuenta otros factores como inteligencia, pérdida de la audición, respuesta cicatrizal individual, tipo de fisura y medio social.

El alargamiento de paladar con reposición de los elevadores es beneficioso para evitar la insuficiencia velofaríngea residual. Todo procedimiento que pueda lograr un largo adicional debe ser usado.

## Bibliografía

1. Millard, Ralf, Wide and Short Cleft Palate. *Plast. & Reconstruct. Surg.*, 29: 29-40, 1962.
2. Bardach, J., and Morris, H. L. (Eds.) *Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate*. Philadelphia. Saunders. pp: 303-365, 1987.
3. Randall, P., LaRossa, D., Solomon, M., et al. Experience with the Furlow double reversing Z-plasty for the cleft palate repair. *Plast. reconstruct Surg.* 77: 569-572, 1986.
4. Wetzell, M.A., et al.: Comparison of results of push-back or Von Langenbrck repair of isolate cleft of the ahrd and soft palate. *Plast. reconstr. Surg.* 63: 347-350, 1979.
5. Pannbacker, M.: Poster Session, Annual Meeting. American Cleft Palate Association, San Diego, 1979.
6. Lindsay, W. K., LeMesurier, A. B., and Farmed, A. W.: A Study of Speech results of large series of Cleft Palate patients, *Plast. Reconstr. Surg.* 29: 273-278, 1962.

Trabajo presentado en el 33 Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica, Buenos Aires, Noviembre de 1999.

Dr. Marcela Carracedo  
P. de Julio 555  
1876 Bernal, Buenos Aires  
Argentina