



# Reconstrucción de fístula palatina anterior con colgajo lingual de base anterior. Reporte de un caso

## *Reconstruction of anterior palatal fistula with anterior-based lingual flap. Case report*

Alejandro Israel Galicia Partida,\* Raymundo Ramírez Lugo<sup>§</sup>

### RESUMEN

Las fístulas oronasales son una de las secuelas más comunes consecutivas a la reparación quirúrgica del paladar hendido. El propósito de este reporte es presentar la experiencia con el uso de colgajos de lengua para el cierre de fístulas palatinas anteriores amplias (mayores de 1 cm) o con intentos quirúrgicos previos fallidos. El cierre de las fístulas palatinas anteriores mayores de 1 cm o con tratamientos previos sin éxito. Mediante colgajos de lengua es una de las opciones de tratamiento reportados en la literatura con un alto porcentaje de éxito. En este artículo presentamos un caso clínico de un paciente masculino de 23 años de edad con diagnóstico de secuelas labio y paladar hendido bilateral, que se presenta a la clínica de cirugía oral y maxilofacial de la división de estudios de postgrado e investigación, a la exploración intraoral presentaba una fístula palatina anterior de 2.5 cm de diámetro, con el antecedente de varios intentos quirúrgicos sin éxito, por lo que se decide realizar el cierre de la fístula palatina anterior con un colgajo de lengua de base anterior.

**Palabras clave:** Colgajo de lengua, fístula palatina, fístula oronasal, paladar hendido.

**Key words:** Tongue flap, palatal fistula, oro-nasal fistula, cleft palate.

### ABSTRACT

Oro-nasal fistulae are amongst the most common sequels after surgical repair procedures of cleft palate patients. The aim of the present study was to present the experience of using tongue flaps for closure of wide (over 1 cm) anterior palatal fistulae, or in those cases when surgery had previously failed. Closure with tongue flaps of anterior palatal fistulae larger than 1 cm, or when previous treatments have failed is one of the most successful treatment options reported in scientific literature. In the present article we introduce the case of a 23 year old male with bilateral cleft palate and lip surgery sequels. The patient attended the Maxillofacial and Oral Clinic of the Graduate and Research School. Intra-oral exploration revealed a 2.5 diameter anterior palatal fistula. The patient informed of a history of several failed surgical attempts; it was therefore decided to close the anterior palatal fistula with an anterior based tongue flap.

### INTRODUCCIÓN

La lengua se ha utilizado en reconstrucción de cavidad oral por más de 100 años: en 1901 Eiselsberg fue el primero en utilizar colgajos de lengua pediculados para la reparación de defectos intraorales. Lexer en 1909 reportó el uso de un colgajo de lengua de base posterior para reparar un defecto de área retromolar y tonsilar. En 1956, Klopp y Schurter describieron el uso de un colgajo de lengua para reparar paladar blando.<sup>1-4</sup>

Conley, en 1957, propone variaciones de los colgajos de lengua para cobertura temporal de heridas o para reconstrucción definitiva en defectos intraorales. Guerrero Santos en 1963 reporta el uso de colgajos de lengua para reparar defectos labiales, en 1966 para el cierre de fístulas palatinas, y en 1973 para la cobertura de injertos óseo.<sup>3,4</sup>

Jackson en 1972 reporta la modificación de colgajo de lengua de base anterior para el cierre de fístulas

palatinas en niños, además los combina con colgajos de mucosa y con injertos óseos de cresta iliaca para el cierre de fístulas palatinas y nasoalveolares anteriores. Hockstein en 1977, Carreirao y Lessa en 1980 reportan el uso de colgajos de lengua de espesor total con resultados favorables. En 1987, Postnik y Getz sugirieron el uso de colgajos de lengua en amplio espesor para garantizar la viabilidad de éste. Basic en 1989 y Assunção en 1992 utilizan colgajos delgados, demostrando su versatilidad y seguridad para el cierre de fístulas palatinas.<sup>3-5</sup>

\* Profesor del Área de Cirugía Oral y Maxilofacial.

§ Profesor de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.

DEPeI FO UNAM.

Recibido: marzo 2010.

Aceptado: abril 2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/facultadodontologiaunam>

La reconstrucción de defectos en la cavidad oral siempre es un reto. Éstos se pueden reconstruir con colgajos locales o a distancia o bien con injertos libres de tejido blando. La anatomía, localización y tamaño del defecto son factores importantes para decidir el tratamiento y determinar el tipo de colgajo requerido para cada tipo de reconstrucción.<sup>1</sup>

Las fístulas palatinas secundarias a paladar hendido pueden ser un procedimiento sencillo o un gran reto para el cirujano. Cuando no es posible cerrar una fístula utilizando tejidos adyacentes en cierre directo, se necesitará desplazar tejido de una zona anatómica cercana, por ejemplo, colgajos locales mucoperiosticos, colgajos de Vómer, reoperación total del paladar, colgajos de lengua, colgajos nasolabiales, de carrillo o de cuello. Combinación de colgajos faríngeos, de lengua o colgajos de músculo temporal.<sup>4,6</sup>

Los colgajos intraorales pueden ser islas de tejido palatino, colgajos miomucosos de buccinador, colgajos de cuerpo adiposo bucal y colgajos de lengua, éstos se han utilizado comúnmente para reconstrucción de defectos intraorales de pequeño a mediano tamaño. La lengua es un excelente sitio donador para la reconstrucción de los tejidos blandos en cavidad oral gracias a su abundante vascularidad y a su baja morbilidad. Este tipo de colgajos también ha sido descrito en el manejo de defectos palatino como consecuencia de infecciones, traumatismos y neoplasias.<sup>1,3-5</sup>

### FÍSTULA PALATINA

El tratamiento primario del paladar hendido debe resultar en una separación entre la cavidad nasal y oral; sin embargo, por múltiples causas (envergadura de la deformación, fallas en la cicatrización o defectos en la técnica, tensión en los colgajos, necrosis, hematomas, trauma en sitio del cierre, etc.) provocan la dehiscencia de la palatoplastia, dejando una fístula palatina ya sea a nivel de paladar duro o blando.<sup>3,7</sup>

Hay que tomar en cuenta que la comunicación a nivel del proceso alveolar en la región anterior, en los casos en que no ha sido reparada intencionalmente en la fase quirúrgica inicial, no debe considerarse como fístula, sino como hendidura residual.<sup>4,7</sup>

Los síntomas que acompañan a las fístulas palatinas dependen del tamaño, y de la posición y son la regurgitación de líquidos de la cavidad oral a la nasal, defectos en el lenguaje, además de halitosis.<sup>3</sup>

### CLASIFICACIÓN

Cohen y Posnick propusieron las siguientes clasificaciones con base en el tamaño del defecto.

- Según Posnik y cols.
  - Hendidura simple. Defecto mínimo en la línea media. Causado comúnmente por una pequeña dehiscencia sobre el paladar duro.
  - Fístulas pequeñas. Menos de 1.5 cm de diámetro; se localiza comúnmente en la línea media. Causado comúnmente por una pequeña dehiscencia sobre la unión del paladar duro y blando o por una pequeña necrosis en los bordes de los colgajos.
  - Fístulas grandes. Mayor de 1.5 cm de diámetro y comúnmente causada por necrosis del tercio anterior de los colgajos probablemente por lesión a la arteria palatina, se puede comunicar con la hendidura alveolar.<sup>3</sup>
- Según Cohen y cols.
  - Fístulas pequeñas. 1 a 2 mm.
  - Fístulas medianas. 3 a 5 mm.
  - Fístulas grandes. Mayores a 5 mm.<sup>7</sup>

Existen dos técnicas para obtener colgajos dorsales de lengua: de base anterior posterior. Los colgajos de base anterior están indicados para defectos del paladar duro, mucosa bucal anterior, piso anterior de la boca y labios; los colgajos de base posterior para defectos de paladar blando, área retromolar y mucosa bucal posterior.<sup>4,8</sup>

### INDICACIONES

Los colgajos de lengua se han utilizado para el cierre de defectos intraorales posteriores a resección de tumores, infecciones severas, trauma y fístulas de pacientes con labio y paladar hendido, además para el cierre de defectos posteriores a radioterapia.

Los colgajos de base posterior están indicados para paladar blando, área retromolar y mucosa bucal posterior. Los de base anterior son útiles para el cierre de defectos de paladar duro, mucosa bucal anterior, labios y piso de boca. Los colgajos posteriores son más seguros por su vascularidad; sin embargo, los de base anterior son más versátiles, con respecto a su movilidad y elasticidad.

El cierre de los defectos intraorales se inicia con tratamientos conservadores como colgajos vestibulares, palatinos, combinados, injertos óseos; el uso de colgajos de lengua está indicado en casos de recurrencia de la fístula, en paladares con exceso de cicatrices, en aquéllos donde la calidad y cantidad de tejido palatino residual no permiten un adecuado cierre y en defectos mayores a 1 cm de diámetro; se ha

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3173146>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3173146>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)