

Veloplastia funcional secundaria: una alternativa no obstructiva en el tratamiento de la insuficiencia velofaríngea

Secondary functional veloplasty: a non-obstructive approach to velopharyngeal insufficiency

El artículo "Veloplastia funcional secundaria" revisa los resultados de 15 veloplastias secundarias según Delaire en el tratamiento de insuficiencia velofaríngea. Las edades de los pacientes variaban entre 8 y 22 años. Los criterios de inclusión abarcaron pacientes con un acortamiento velar y con suficiente masa muscular.

El propósito de cualquier cirugía en la faringe de pacientes fisurados para mejorar el habla es para reducir emisión de aire nasal, susurro nasal y rinolalias. Los autores dicen que una velofaringoplastia con colgajo posterior cierra la vía aérea nasofaríngea estáticamente y puede producir apnea obstructiva del sueño. Uno puede preguntarse si el alargamiento velar, tal como está propuesto por los autores, puede llegar a una condición similar. Después de todo, a más edad, la reconstrucción de un esfínter dinámico se están haciendo cada vez más una ilusión y sólo se están obteniendo resultados del alargamiento estático (u obstrucción).

Las indicaciones de los autores son un velo corto con adecuado volumen muscular. Los autores no indican cómo diagnostican el volumen muscular. Puede ser insuficiente la inspección clínica, bien intra-oral o con nasendoscopia. La resonancia magnética sería una posibilidad. La próxima cuestión está relacionada con la técnica quirúrgica. Los autores describen incisiones de línea media, suturando todas las capas. Inevitablemente, esto puede producir una contracción de la cicatriz sagital, con acortamiento secundario del velo. Alternativamente, una palatoplastia secundaria de Furlow puede evitar estas contracciones,¹ y los dos casos que he tratado de esta manera han resultado en mejora del habla, tal como estaba observado por la logopeda. Es verdad que los niños tenían una edad inferior a 6 años.

Desde luego, uno puede cuestionar la indicación en cuanto a la edad. Pacientes entre 8 y 22 años no se consideran normalmente sensibles a la cirugía del colgajo posterior.² Hay que felicitar a los autores por los buenos resultados obtenidos con la reconstrucción de la hama muscular en este grupo de edad.

Finalmente, las fisuras del velo del paladar primariamente tratadas con la técnica de Von Langenbeck, sin veloplastia intravelar, son bastante raras en el cuidado contemporáneo de las fisuras.

M. Mommaerts

*FEBOMS, FICS, Director Cleft Palate & Craniofacial.
Center Brugge, Belgium*

The article "Veloplastia funcional secundaria" reviews the results of 15 secondary veloplasties acc. to Delaire in the treatment of velopharyngeal insufficiency. The patients were between 8 and 22 years of age. Inclusion criteria comprised patients with a short velum and with sufficient muscle bulk.

The purpose of any speech improving surgery in the pharynx of cleft patients, is to reduce nasal air emission, nasal rustle and hypernasality. The authors state that a velopharyngoplasty with posterior flap closes the nasopharyngeal airway in a static way and may cause obstructive sleep apnea. One may wonder if velar lengthening, such as proposed by the authors, may not result in a similar condition. After all, with increasing age, the reconstruction of a dynamic sphincter is becoming more and more an illusion, and results are being obtained from static lengthening (or obstruction) only.

Authors' indications are a short velum with adequate muscle volume. The authors do not indicate how they diagnose the muscle volume. Clinical inspection, intra-orally or with nasendoscopy, may be insufficient. Magnetic resonance imaging would be a possibility.

The next issue concerns the surgical technique. The authors describe midline incisions and suturing of all layers. Inevitably, this may lead to sagittal scar contraction, with secondary shortening of the velum. Alternatively, a secondary Furlow palatoplasty might avoid these contractions¹ and the two cases I have treated this way, also ended up with an improvement of speech as appreciated by the speech therapist. I admit that the children were younger than 6 years.

Indeed, one may question the indication regarding age. Patients between 8 and 22 years are normally not considered to be sensitive to posterior flap surgery.² The authors are to be congratulated with the good results they obtained with muscular sling reconstruction in this age group.

Finally, soft palate clefts primary treated with the Von Langenbeck technique, without intravelar veloplasty, are rather exceptions in contemporary cleft care.

Bibliografía

1. Mommaerts MY, Kablan F, Sheth S, Laster Z. Early maxillary growth in complete cleft lip, alveolus and palate patients following Widmaier-Perko's, or a modified Furlow's technique of soft palate repair. *J Cranio Maxillofac Surg* 2003;31:209.
2. Meek MF, Coert JH, Hofer SO, Goorhuis-Brouwer SM, Nicolai JP. Short-term and long-term results of speech improvement after surgery for velopharyngeal insufficiency with pharyngeal flaps in patients younger and older than 6 years old: 10-year experience. *Ann Plast Surg* 2003;50:13.