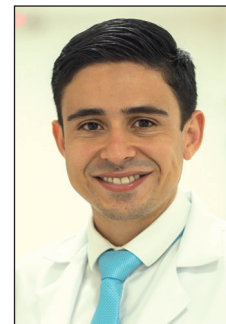


Colgajo miomucoso del músculo orbicular de la boca: una alternativa para la corrección de fístula oronasal recurrente. Caso clínico

Myomucosal flap of the orbicularis oris muscle: an alternative for the correction of recurrent oronasal fistula. Case report



Goyeneche C.

Carlos GOYENECHÉ*, Daniela GUIO**

Resumen

El labio y paladar hendido es la anomalía congénita craneofacial más frecuente; su corrección requiere diversas intervenciones quirúrgicas que pueden conllevar complicaciones como insuficiencia velofaríngea o fístula oronasal, siendo esta última la que se produce con mayor frecuencia.

Presentamos el caso de un paciente de 63 años de edad con antecedente de fisura labio-palatina unilateral derecha, a quien se le realizaron múltiples procedimientos quirúrgicos desde los 5 años, presentando fístula oronasal recurrente del paladar duro. Realizamos reconstrucción mediante colgajo miomucoso de músculo orbicular de la boca, con resolución exitosa y sin recidiva de la fístula.

Abstract

Cleft lip and palate is the most frequent congenital craniofacial anomaly; its correction requires several surgical interventions which can lead to complications, such as velopharyngeal insufficiency or oronasal fistulas, the latter being the most frequent.

We present the case of a 63-year-old patient with a history of right unilateral cleft lip and palate, who underwent multiple surgical procedures since he was 5 years old, presenting recurrent oronasal fistula of the hard palate. Reconstruction was performed by means of a myomucosal flap of the orbicularis oris muscle of the mouth, presenting success in the management with no recurrence of the fistula.

Palabras clave Paladar hendido, Fístula oronasal, Reconstrucción paladar, Fístula palatina.

Nivel de evidencia científica 4d Terapéutico
Recibido (esta versión) 15 abril / 2023
Aceptado 4 febrero / 2024

Key words Cleft palate, Oronasal fistula, Palatal reconstruction, Palatal fistula.

Level of evidence 4d Therapeutic
Received (this version) April 15 / 2023
Accepted February 4 / 2024

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano plástico.

** Médica general.

Centro de Especialistas Vitta, Cúcuta, Colombia.

Introducción

El labio-paladar hendido es la anomalía craneofacial congénita que se presenta con mayor frecuencia; a nivel mundial afecta a 1 de cada 600 nacidos vivos. En cuanto a la epidemiología, Colombia reporta que su prevalencia es de 1 por cada 500 nacidos vivos.⁽¹⁾ Se trata de una patología multifactorial ligada a factores genéticos y ambientales. Puede asociarse a conductas de riesgo durante la gestación, como la exposición a solventes orgánicos, pesticidas y consumo de alcohol y tabaco e influyen también determinantes socioeconómicos en salud.

La corrección de esta patología requiere múltiples intervenciones quirúrgicas y multidisciplinarias para obtener resultados satisfactorios en la rehabilitación de los pacientes. Sin embargo, dichos procedimientos pueden conllevar complicaciones. En el caso de una palatoplastia primaria, pueden aparecer deformidades secundarias debido a complicaciones como la insuficiencia velofaríngea o las fistulas oronasales, siendo estas últimas las más frecuentes. Para su tratamiento existen diferentes técnicas reportadas en la literatura, todas con indicaciones específicas acerca de sus ventajas.

El objetivo de este trabajo es mostrar la utilidad del colgajo miomucoso del músculo orbicular de la boca en un paciente adulto con fistula oronasal recurrente del paladar duro.

Como principales consideraciones anatómicas a tener en cuenta para comprender el procedimiento realizado, señalar que la arteria facial, a nivel del ángulo de la boca, se bifurca en las ramas nasal lateral y labial superior; esta última discurre entre la mucosa y el músculo orbicular a nivel del borde del bermellón sin anastomosarse con la arteria contralateral en la línea media. En su curso envía ramas ascendentes a la piel y a la mucosa; esta última es profunda y discurre entre el músculo y la mucosa.⁽²⁾

Caso clínico

Varón de 63 años de edad con antecedente de fisura labio-palatina unilateral hacia la derecha, quien fue sometido a queiloplastia primaria a la edad de 5 años y al que posteriormente se le realizaron 8 procedimientos quirúrgicos a lo largo de su vida incluyendo injerto óseo alveolar, palatoplastia primaria y 2 procedimientos secundarios por recidiva de fistula. El paciente refiere regurgitación de los alimentos.

Al examen clínico evidenciamos voz nasal, es edéntulo total con uso de prótesis dental y presenta fistula oronasal a nivel del foramen incisivo de 2 cm de ancho x 1 cm de largo, recubierta en su totalidad por mucosa oral (Fig. 1).

Para la reconstrucción de la fistula elegimos un colgajo miomucoso del músculo orbicular de la boca. Bajo anestesia general, diseñamos el colgajo en forma de J sobre la mucosa del labio superior con base en la porción lateral de la fisura y con una extensión acorde a la distancia a transponer. Tras una adecuada infiltración con suero salino 0.9% + adrenalina diluida 1:250.000, realizamos incisión en mucosa siguiendo el trazo del colgajo previamente diseñado en el labio superior, de 2 cm de ancho x 1 cm de largo, evidenciando la integridad del músculo orbicular de la boca (Fig. 2). Posteriormente, elevamos el colgajo miomucoso incluyendo mucosa y fibras del músculo orbicular de la boca, con las medidas previamente mencionadas, y lo transpusimos al defecto (Fig. 3). En la zona receptora realizamos una preparación dejando el tejido cruento en los bordes para posteriormente fijar el colgajo con Vicryl 5-0. En la zona donante llevamos a cabo cierre directo, borde a borde, sin tensión, con Vicryl 5-0.

El paciente presentó adecuada evolución sin complicaciones intra ni postoperatorias (Fig. 3). Completados los 2 meses de postoperatorio, el colgajo no presentó

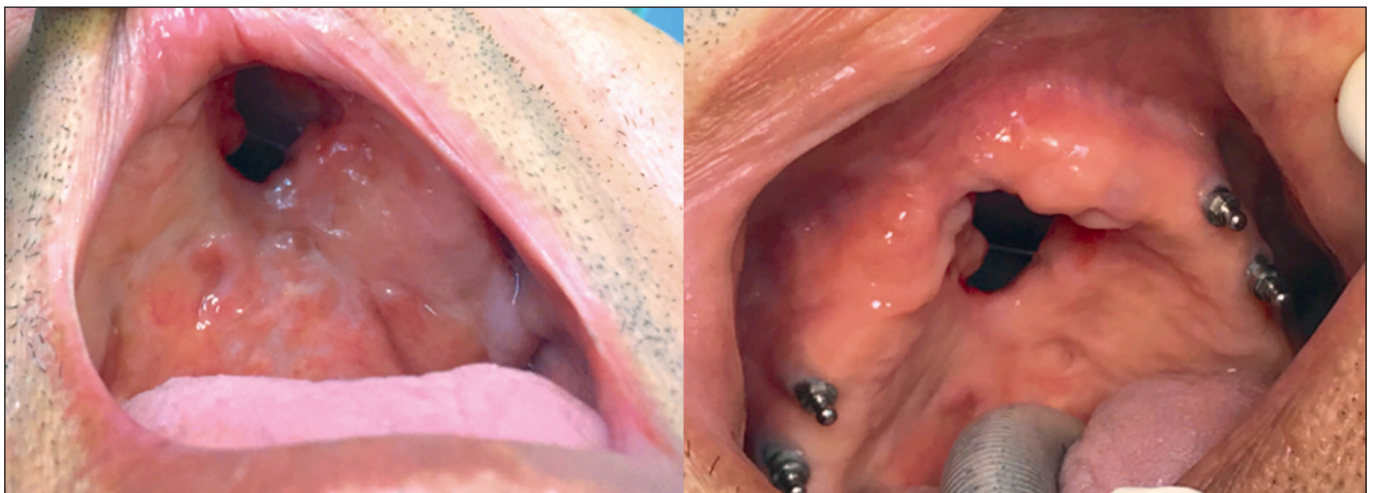


Figura 1. Fistula oronasal del tercio anterior del paladar duro en paciente de 62 años, edéntulo, secuela de 8 cirugías anteriores.

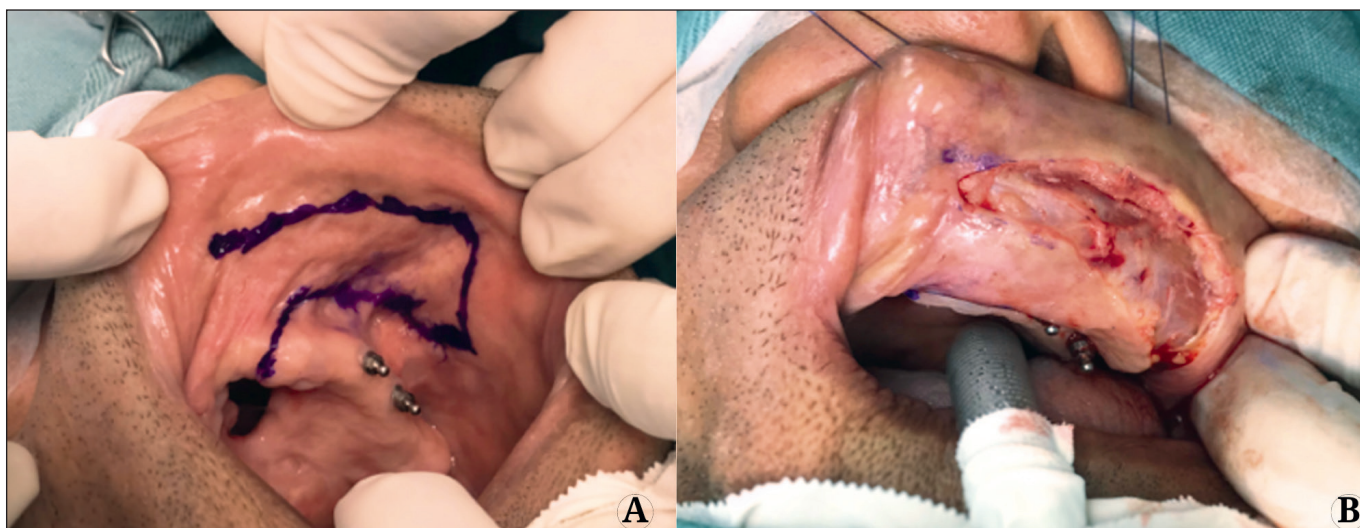


Figura 2 A. Diseño del colgajo miomucoso del músculo orbicular oral. B. Incisión en la mucosa que muestra la integridad del músculo orbicular oral.

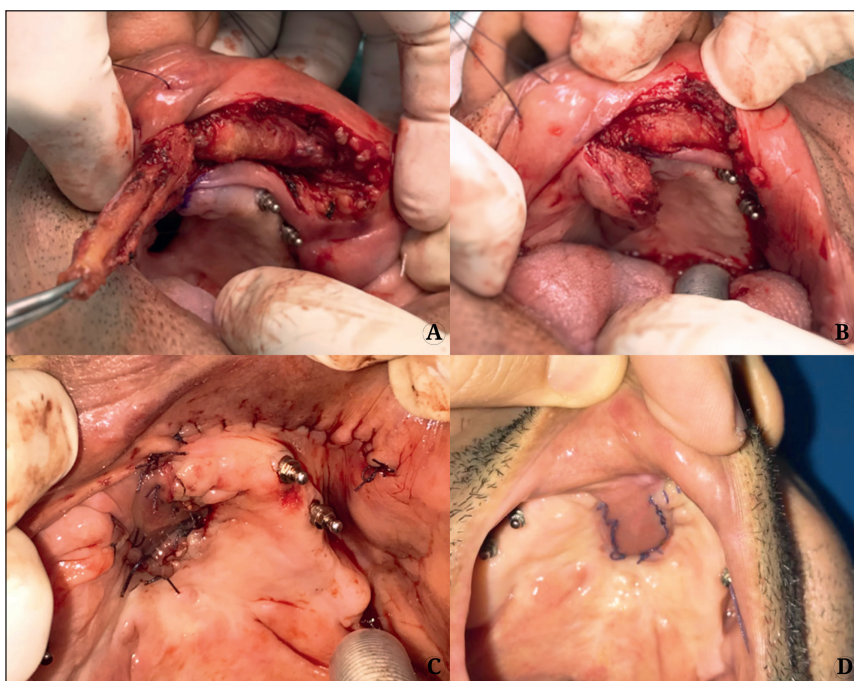


Figura 3 A. Elevación del colgajo miomucoso. B. Transposición del colgajo al defecto. C. Postoperatorio inmediato: cobertura de la fístula, sutura del colgajo y sutura primaria de la zona donante. D. Postoperatorio a las 2 semanas.



Figura 4. Postoperatorio a los 2 meses con cobertura total e integridad del colgajo.

necrosis ni dehiscencia (Fig. 4). El seguimiento se mantuvo durante 1 año, sin recidiva de la fístula.

Discusión

Las fístulas orofaciales son una de las complicaciones más frecuentes en pacientes que han sido sometidos a palatoplastia. Son causadas por infección, hematoma, tensión excesiva en la reparación, espacio muerto entre las mucosas y/o técnica quirúrgica inadecuada.⁽³⁾ Su frecuencia es variable en la literatura, pero hay trabajos que reportan su aparición hasta en un 15.3% de las palatoplastias,⁽⁴⁾ aunque otras revisiones tipo metanálisis refieren una incidencia del 4.9%. El 50% de ellas se producen en la unión del paladar duro y blando (tipo III de Pittsburgh), siendo más frecuentes en pacientes con hendidura tipo IV de Veau.⁽⁵⁾

Smith describió la clasificación de Pittsburgh para las fístulas de la siguiente forma: Tipo I úvula bífida, Tipo II paladar blando, Tipo III en la unión de paladar blando y duro, Tipo IV paladar duro, Tipo V foramen incisivo en la unión del paladar primario y secundario, Tipo VI región lingual-alveolar y Tipo VII en la región labial-alveolar.⁽⁶⁾

Las fístulas oronasales varían en su presentación clínica, siendo asintomáticas o presentando síntomas tales como emisión nasal de aire, voz anasalada, regurgitación nasal de líquido o alimentos,

y representan un problema en la calidad de vida y en la higiene del paciente, con potencial riesgo de infección.⁽⁷⁾

En el caso presentado, el paciente tenía antecedente de fistula recurrente del tercio anterior del paladar Tipo V de Pittsburgh. Probablemente, las técnicas empleadas previamente para la corrección del defecto habían sido mediante colgajos de avance, solamente locales, en donde hubo exceso de tensión en el momento de cerrar el defecto, lo que sumado al tejido cicatricial producto de las múltiples intervenciones impidió el cierre adecuado oportuno y favoreció la recurrencia de la fistula.

Están descritas varias técnicas para el cierre de las fistulas oronasales; para los defectos menores, la primera opción son los colgajos mucoperiosticos locales, que a veces pueden ser difíciles de trasponer por la presencia de cierta rigidez y fibrosis de cirugías anteriores.⁽⁸⁾ Los colgajos axiales regionales son una alternativa útil en caso de no ser posible el cierre con colgajos locales sin tensión.⁽⁷⁾ El colgajo miomucoso del musculo orbicular de la boca es una opción adecuada para la corrección de este defecto, ya que, en nuestro caso, permitió ocupar un área donante que no tenía secuelas y al ser un colgajo de transposición, pudo cubrir el defecto sin mayor tensión sobre la herida. Esto, sumado a la condición del paciente de edéntulo total, disminuyó el riesgo de dañar el pedículo y fue posible realizar el procedimiento en un solo tiempo quirúrgico.

El colgajo miomucoso del músculo bucinador es otra alternativa útil. Sin embargo, presenta cierta restricción para alcanzar los defectos del tercio anterior del paladar y la mayoría de las veces requiere 2 procedimientos quirúrgicos.^(9,10) Se han descrito otros colgajos intraorales con un pedículo en la arteria facial (*Facial artery myomucosal flap* FAMM) que contiene parte del músculo bucinador y parte del músculo orbicular y que puede tener una base superior o inferior.⁽¹¹⁾

Los colgajos linguales representan otra alternativa para la reconstrucción, con la desventaja de que requieren también un segundo tiempo quirúrgico además de la limitación en la funcionalidad de la lengua y en la alimentación durante este tiempo.^(12,13) Por esta razón, no empleamos esta técnica en nuestro paciente, ya que al haber estado sometido previamente a múltiples intervenciones quirúrgicas en esta área, resultaba pertinente realizar la corrección del defecto en un solo tiempo quirúrgico, evitando mayor tejido cicatricial y con menor riesgo de recidiva.

Por su parte, la utilización de la mucosa labial como colgajo aleatorio es un abordaje más seguro para la corrección de defectos del tercio anterior del paladar duro,⁽¹⁴⁾ o axialmente como colgajo miomucoso del músculo orbicular de la boca, con aporte de las ramas de la arteria labial superior.⁽⁸⁾

Conclusiones

El colgajo miomucoso del músculo orbicular de la boca resultó útil para resolver el defecto recidivante de nuestro paciente con fistula oronasal de larga evolución, secuela de múltiples procedimientos quirúrgicos llevados a cabo para tratar una fisura labio-palatina congénita. Consideramos que fue seguro y sencillo de realizar. Es por ello que presentamos este caso a la comunidad científica como una opción pertinente en casos similares.

Dirección del autor

Dr. Carlos Goyeneche

Cúcuta, Colombia

Correo electrónico: carlosgoym@gmail.com

Bibliografía

1. Muñoz J, Bustos I, Quintero C, Giraldo A. Factores de riesgo para algunas anomalías congénitas en población colombiana. *Revista de Salud Pública* 2001; 3(3): 268-282.
2. Nakajima H, Imanishi N, Aiso S. Facial artery in the upper lip and nose: anatomy and a clinical application. *Plast Reconstr Surg*. 2002;109(3):855-861
3. De Souza Ribeiro A, Neves de Alencar R, Lusardo Bo A, Pedroza Pinheiro R; Fechamento de fistula oronasal com retalho miomucoso labial superior *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2014;29(3):316-318.
4. De Paula Baptista EV, salgado IV, Pereira R. incidência de fistula oronasal após palatoplastias. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2005;20(1):26-29.
5. Bykowski, MR, Naran S, Winger DG, Losee JE. The Rate of Oronasal Fistula Following Primary Cleft Palate Surgery: A Meta-Analysis; *Cleft Palate-Craniofac J*. 2015;52(4):e81-87.
6. Smith DM, Vecchione L, Jiang S, et al. The Pittsburgh fistula classification system: A standardized scheme for the description of palatal fistulas. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44:590-594.
7. Neligan P, Gurtner G. Plastic Surgery, Third Edition Volume 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery Pediatric Plastic Surgery; chapter 29: Secondary deformities of the cleft lip, nose, and palate, Elsevier 2013, Pp.631-654.
8. Tiwari VK, Sarabahi S. Orbicularis oris musculomucosal flap for anterior palatal fistula. *Indian J Plast Surg* 2006;39:148-151.
9. Robertson AGN, McKeown DJ, Bello-Rojas G, et al. Use of buccal myomucosal flap in secondary cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122:910-917.
10. Nakakita N, Maeda K, Ando S, Ojimi; Utsugi H. Use of a buccal musculomucosal flap to close palatal fistulae after cleft palate repair. *Br J of Plast Surg* 1990;43:452-456.
11. Shetty R, Lamba S, Gupta AK. Role of facial artery musculomucosal flap in large and recurrent palatal fistulae. *Cleft Palate Craniofac J* 2013;50(6):730-733.
12. Assuncao AGA. The design of tongue flaps for the closure of palatal fistulas. *Plast Reconstr Surg*.1993;91:806-810.
13. Guerrero-Santos J, Altamirano JT. The use of lingual flaps in repair of fistulas of hard palate. *Plast Reconstr Surg* 1966;38:123-128.
14. Rintala A. Labiobuccal mucosal island flap for closure of anterior palatal fistulae. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1979;13:480-482.