

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FISTULAS DE PALADAR

Dr. Hugo Sánchez Bouzón

Docente de la Unidad Pedagógica del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Lagomaggiore.

RESUMEN

En el presente trabajo se describe el tratamiento quirúrgico de las fistulas de paladar, estableciendo una clasificación de acuerdo a la localización y tamaño de la fistula. Se emplea un esquema de tratamiento en base a la clasificación propuesta, describiéndose la técnica quirúrgica que se realiza sobre cada caso en particular.

SUMMARY

The present paper describes the surgical treatment of palatal fistulae setting a classification according to the location and size of the fistulae. A scheme of the treatment is given, following the classification applied and describing the surgical technique used in each case.

INTRODUCCION

Las fistulas constituyen una patología muy frecuente de encontrar en pacientes fisurados de paladar, apareciendo en general como consecuencia de diversas causas intraoperatorias y posoperatorias. Suelen ser difíciles de tratar y presentan una gran tendencia a la recidiva, debido a la ubicación de las fistulas en zonas de difícil acceso, y a la mala calidad de los tejidos en la zona afectada. Tienden a la cronicidad si no se toman los recaudos necesarios para un tratamiento quirúrgico correcto. La necesidad del cierre de las fistulas a una edad temprana, está dado por la imposibilidad de conseguir una cualidad y calidad de voz normal, ya que se produce escape de aire a través de la fistula. A esto se agregan los trastornos producidos por el pasaje de alimentos de la boca hacia la nariz durante la deglución.

CAUSAS DE PRODUCCION DE LAS FISTULAS

1. Inadecuada aproximación de las superficies cruentas opuestas.
2. Necrosis de la punta de los colgajos usados para el cierre.
3. Tensión a nivel de la sutura.
4. Infección en la zona.
5. Mala sutura.
6. Disrupción traumática de la herida cicatrizal.

MATERIAL Y METODOS

Para el tratamiento quirúrgico de las fistulas, se clasificó a las mismas de acuerdo a su localización y al tamaño que presentaban:

1. De acuerdo a su localización:
 - a) Vestíbulo-alveolares
 - b) Paladar duro
 - c) Paladar blando
 - d) Combinadas
2. De acuerdo a su tamaño: a) Pequeñas. b) Medianas. c) Grandes.

Se trataron 15 pacientes que presentaban fistulas de distinto tipo y localización, eligiendo la técnica quirúrgica de acuerdo a los principios y al esquema de tratamiento enunciado a continuación (Figura 1, A, B, C y D).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los principios generales del tratamiento se derivan de las causas de producción antes mencionadas. De acuerdo a ellas, debe realizarse siempre un tratamiento quirúrgico tratando de lograr:

1. Cierre en dos capas.
2. Cierre sin tensión de la herida.
3. Ausencia de infección.
4. Usar colgajos bien irrigados.
5. Utilizar suturas de tipo colchonero.
6. Proteger la zona durante el proceso de cicatrización.

Siguiendo estos principios, el tratamiento se realiza empleando distintas técnicas quirúrgicas (Cuadro I).

CUADRO I

Fistulas	Pequeñas	Medianas	Grandes
Vestíbulo-alveolares	Colgajos mucoperiosticos en dos capas		Injerto óseo
Paladar duro	Colgajos mucoperiosticos de rotación y avance		Colgajo de lengua
Paladar blando	Incisiones de relajación y cierre por planos		Colgajo faringeo
Combinadas	Incisiones de relajación y cierre x planos	Colgajo de lengua	Colgajo de lengua

FISTULAS VESTIBULO-ALVEOLARES

Las fistulas vestibulo-alveolares son aquellas que se encuentran a nivel del alvéolo dental, comunicando habitualmente el piso nasal con la cavidad bucal. Aparecen como consecuencia del cierre defectuoso del paladar primario, generalmente cuando no se ha cerrado el defecto del maxilar superior tempranamente. Se tratan mediante periosteoplastias o injertos óseos.

Las fistulas pequeñas se cierran con colgajos mucoperiosticos rotados de vecindad, tratando de colocarlos en dos capas, lo que evita la recidiva (Figura 2 A). Se tallan los colgajos de los bordes de la fistula, volcando uno de ellos para formar la cara nasal, y el otro forma la cara bucal basándolo superiormente (Figura 2 B).

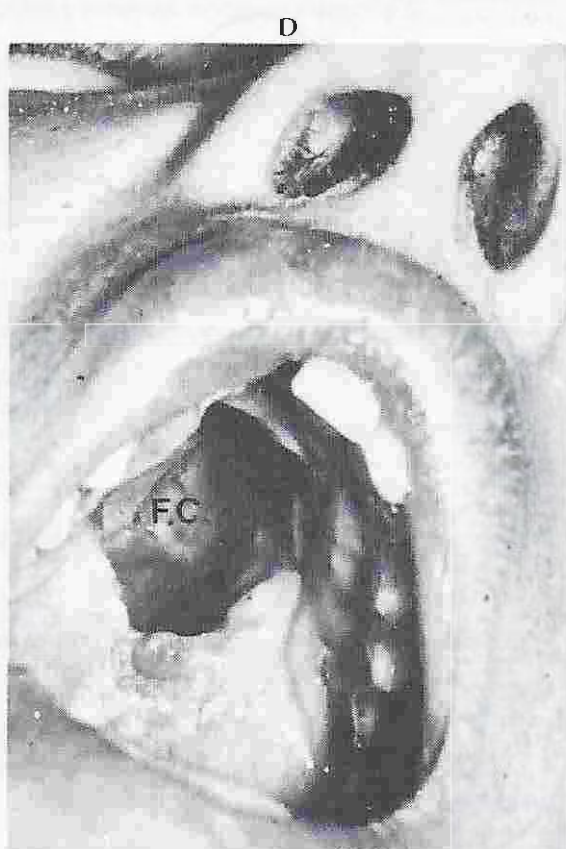
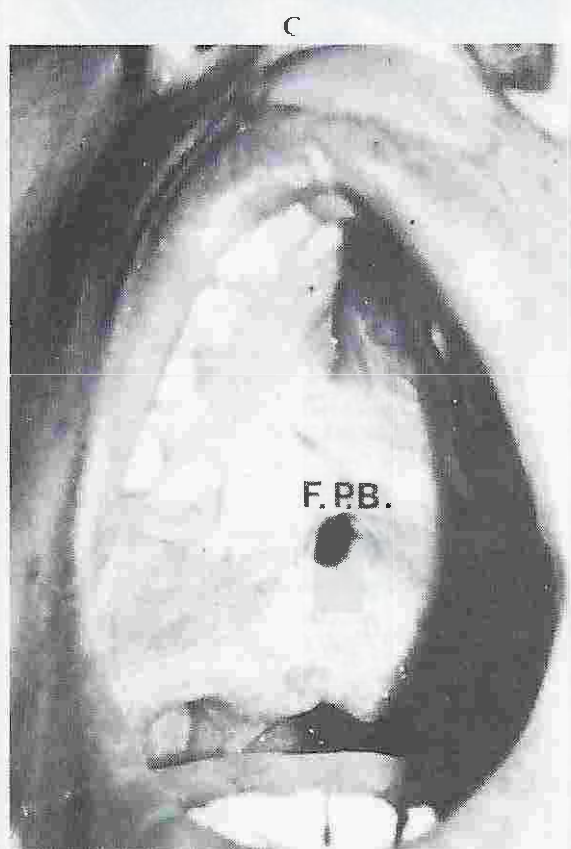
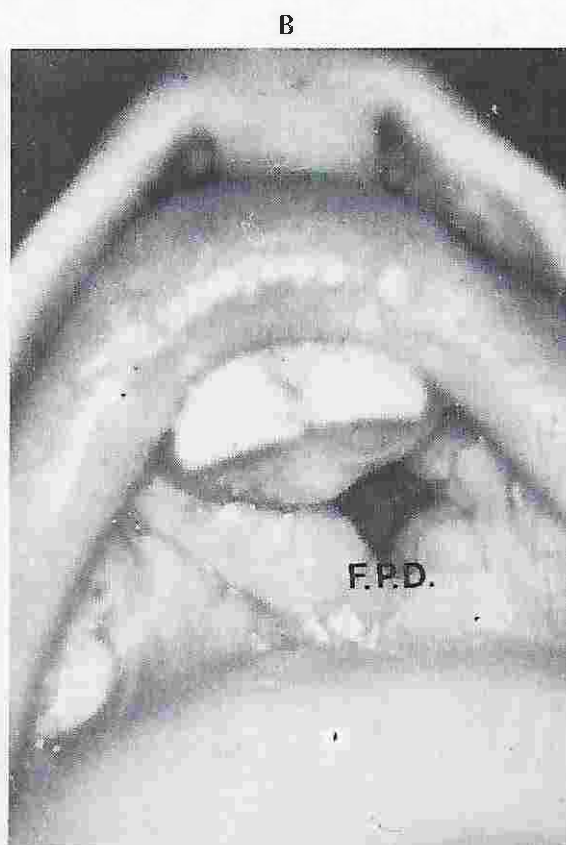


Figura 1: A) Fístula vestibulo-alveolar. B) Fístula de paladar duro. C) Fístula de paladar blando. D) Fístula combinada.

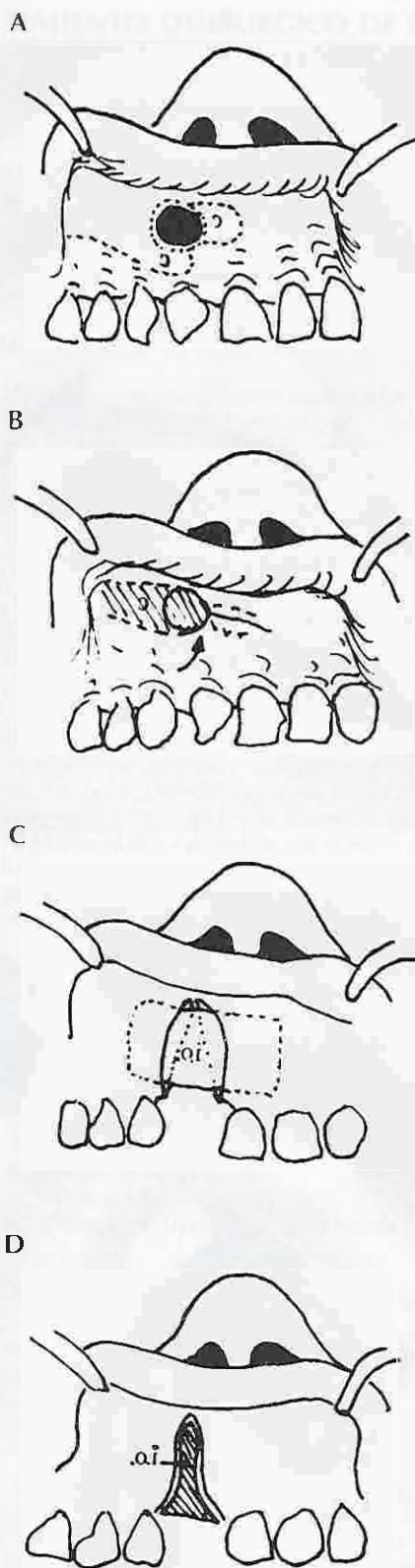


Figura 2: Esquema del tratamiento para las fistulas vestibulo-alveolares: A) Marcación de los colgajos para el cierre de una fistula a-v. B) Cierre en dos capas mediante colgajo rotado y volcado. C) Injerto óseo de costilla. D) Injerto óseo de cresta ilíaca.

En el caso de fistulas medianas o grandes el procedimiento antes mencionado suele no dar resultados, debiendo aportar hueso a la zona para estabilizarla. Se disecan dos colgajos mucoperiosticos del borde de la fistula siguiendo la fisura del maxilar a ese nivel. Una vez expuestos los bordes alveolares, se realiza la toma de un injerto óseo de cresta ilíaca. Esta zona es ideal para obtener injertos, ya que brindan abundante matriz esponjosa lo cual facilita su prendimiento. También puede usarse la costilla como zona dadora de injerto, sobre todo en niños pequeños. Una vez obtenido el injerto, se talla con torno y se coloca en forma de pequeños trozos rellenando la zona donde falta el hueso. Si el injerto fue de costilla, se corta la misma en la mitad de su espesor y se usa una parte para rellenar la fisura y la otra para colocarla sobre la misma debajo de dos bolsillos de periosteo de los bordes del alvéolo (Figura 2 C y D). Realizado el injerto se cubre al mismo con los colgajos mucosos, haciendo un cierre minucioso que no deje ninguna comunicación con la cavidad bucal (Figura 3).



Figura 3: Se observa la colocación de un injerto óseo de cresta ilíaca entre los bordes de la fisura alveolar (io). En A se observa el borde del hueso en uno de los costados de la fisura y el mucoperiosteo rebatido por la pinza.

FISTULAS DE PALADAR DURO

Al igual que con las otras fistulas, la técnica varía de acuerdo al tamaño del orificio. En el caso de fistulas pequeñas se procede a realizar un cierre en dos capas.

Se resecan los bordes de la fístula, se talla un colgajo basado en uno de los bordes, el cual se vuelca sobre sí mismo y va suturarse al borde opuesto, cubriendo el defecto y dejando la cara cruenta hacia la boca. Se talla entonces un colgajo de rotación que cubre al anterior, logrando el cierre en dos capas, no quedando superficies cruentas ni por el lado nasal, ni por el bucal (Figura 4, A, B, C y D).

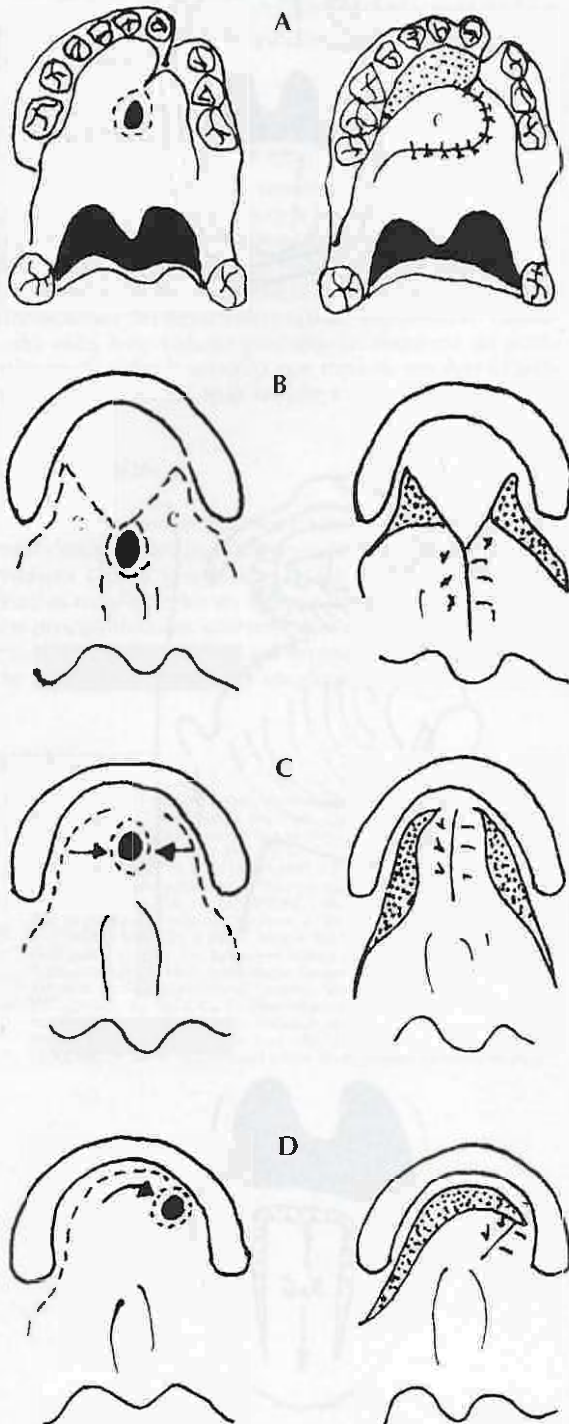


Figura 4: Esquema del tratamiento de las fístulas de paladar duro: A) Colgajo rotado. B) Colgajo rotado bilateral. C) Colgajo de avance. D) Colgajo de rotación y avance.

En el caso de fístulas de forma alargada de tamaño mediano se disecan colgajos mucoperiosticos laterales hasta el alvéolo y se avanzan, juntándose en el centro. Previamente a esto se disecciona la mucosa nasal de cada lado de la fístula y se suturan, logrando el cierre de la capa nasal.

Para el caso de fístulas muy grandes de paladar duro solo, o combinadas con fístulas de paladar blando, en general no se dispone de tejidos locales para tallar colgajos como los descritos. En estos casos se logra el cierre del paladar mediante un colgajo de la lengua. Si es posible se realiza un colgajo volcado de los bordes o uno de cada lado de la fístula para lograr el cierre nasal, y sobre éstos se coloca el colgajo de la lengua. Este tipo de colgajos logra un buen cierre de defectos grandes sin dejar ninguna secuela en la lengua. La técnica es descrita más adelante (Figura 5).

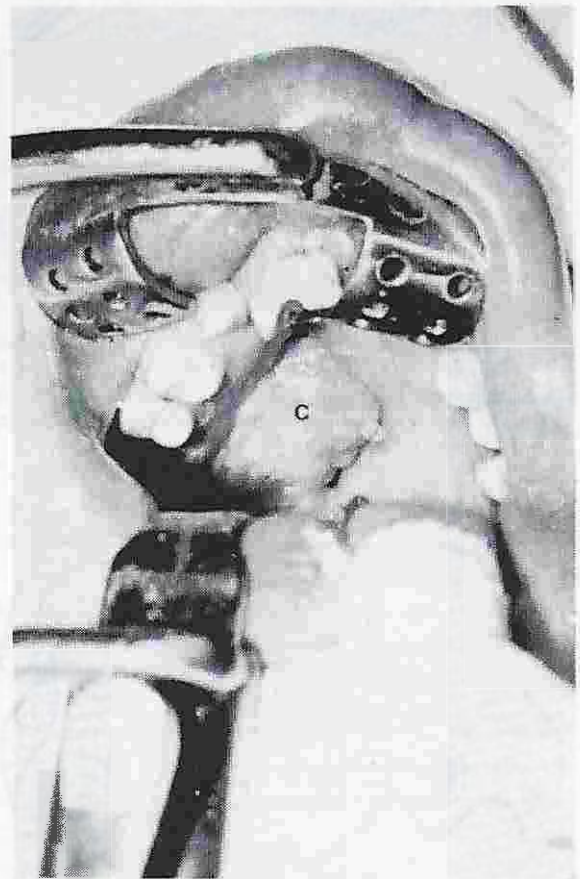


Figura 5: Colgajo rotado cerrando fístula de paladar duro.

FISTULAS DE PALADAR BLANDO

Las fístulas pequeñas de paladar blando suelen corresponder a pequeñas dehiscencias de la herida operatoria cuando se realiza el cierre completo del paladar en un solo tiempo operatorio; y son debidas en la mayoría de los casos a excesiva tensión a nivel de la sutura, sobre todo en la zona de unión del paladar duro con el blando. Este exceso de tensión es consecuencia a su vez de una pobre disección que impide la relajación de los tejidos a ese nivel.

Este tipo de fístulas se tratan mediante resección de los bordes y cierre por planos, acompañado por incisiones laterales de descarga en la zona de unión del paladar con los pilares de la faringe.

En el caso de fístulas grandes del paladar blando generalmente sólo queda un pequeño puente de tejido a nivel de la úvula que es preciso resecar para reconstruir el paladar. En estos casos la pérdida de tejido es importante, lo cual impide el cierre mediante las otras técnicas. Como estos pacientes suelen tener incompetencia velo-faríngea, una medida adecuada tendiente a corregir ambas patologías es la de tallar un colgajo faríngeo que además de mejorar la incompetencia logra un importante aporte de tejido a la zona, permitiendo el cierre del paladar. En casos de defectos masivos en esta zona, puede suturarse este colgajo faríngeo a un colgajo de la lengua que se lleva al paladar duro, conformando la uranoestafilofaringoplastia descrita por Cadenat y col. (Figura 6, A y B).

FISTULAS GRANDES O COMBINADAS

Son aquellas que involucran tanto el paladar blando como el paladar duro y se deben a grandes pérdidas de sustancia en la zona, por infección y necrosis de los colgajos usados en las palatoplastias anteriores.

También se ven en el caso de ablaciones de tumores ubicados en el paladar. Este tipo de fístulas son tratadas con el colgajo de lengua (Figura 6, C, D y E).

Este colgajo, descrito por José Guerrero Santos en 1966, es muy versátil, fácil de tallar, que aporta buena cantidad de tejido a la zona, ricamente vascularizada, y que prácticamente no deja ninguna secuela cicatrizal en la lengua.

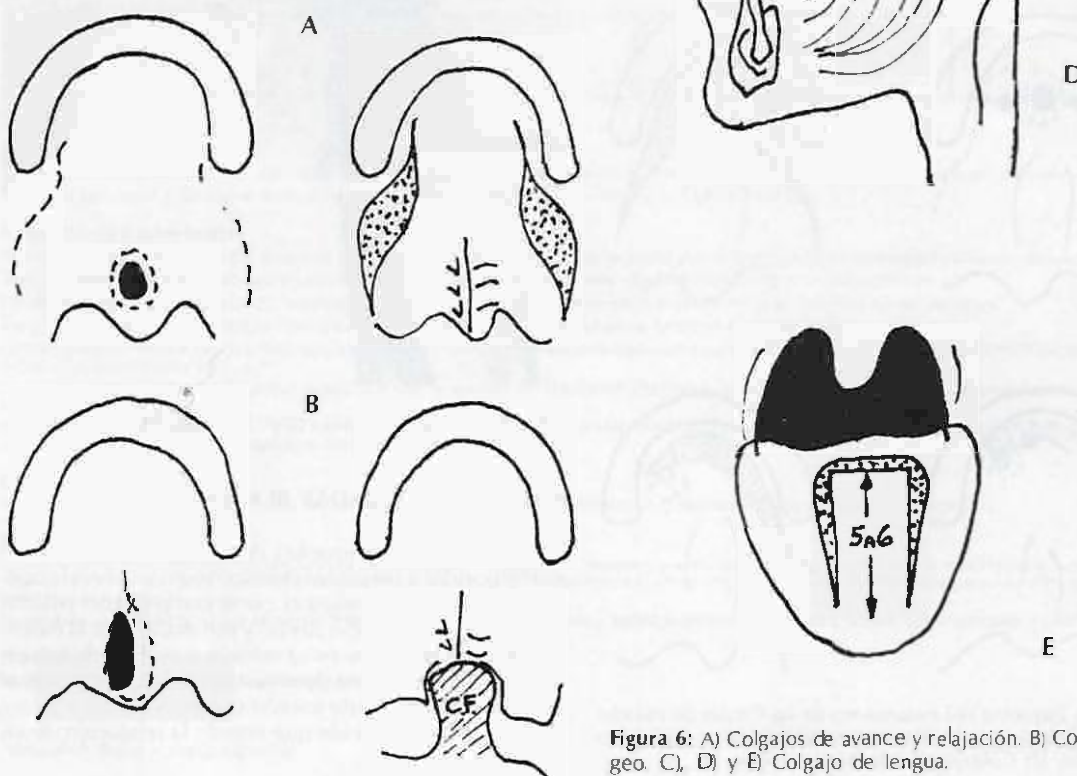


Figura 6: A) Colgajos de avance y relajación. B) Colgajo faríngeo. C), D) y E) Colgajo de lengua.

El colgajo se talla (Figura 6, C, D, E) de unos 5 a 6 cm de largo y de unos $\frac{2}{3}$ del tamaño del aspecto dorsal de la lengua. Una vez obtenido el colgajo, se cierra el lecho dador, y se sutura el colgajo al defecto en el paladar. No usamos fijación posoperatoria del colgajo como describen algunos autores, por no creerlo necesario si el colgajo tiene suficiente longitud como para no quedar a tensión.

Se deja el colgajo suturado al paladar durante 15 a 20 días, y luego se reseca el pedículo completando el cierre (Figura 7).

COMENTARIO

Los pacientes que presentan fístulas de paladar son generalmente adultos que llegan a la consulta precedidos de múltiples operaciones anteriores, lo que deja, además de la fístula, paladares muy cicatrizales, que producen incompetencia velo-faríngea y a veces alteraciones del desarrollo maxilar. Teniendo en cuenta todo esto, este trabajo propone un esquema de tratamiento (Cuadro I) sencillo que trata de resolver el problema de la forma más simple y segura.

CONCLUSION

Los pacientes tratados hasta el momento con esta metodología han podido resolver su problema de una manera rápida y segura, y se ha logrado el cierre en fístulas muy grandes en las que habían fracasado todos los procedimientos intentados anteriormente. En base a estos resultados se propone un esquema de tratamiento de acuerdo al tamaño y localización de la fístula.

BIBLIOGRAFIA

- CADENAT, H.; FABIE, M. y col.: Uranostaphylopharyngoplasty of wide forms of cleft palate. Use of tongue flap. *Ann. Chir. Plast.*, 20:329-335, 1975.
- EDYDI, P.: The bucket-handle flap for closing fistulae around the premaxilla. *J. Maxillofac. Surg.*, 2:212-214, 1976.
- GUERRERO SANTOS, J.; ALTAMIRANO, J. T.: The use of lingual flap in repair of fistulas of hard palate. *Plast. Reconstr. Surg.*, 38:123-128, 1966.
- GUERRERO SANTOS, J.; FERNANDEZ, J. M.: Further experience with tongue flap in cleft palate repair. *Cleft Palate J.*, 10:192-202, 1973.
- GUERRERO SANTOS, J. y col.: Tongue flap with triple fixation in secondary cleft palate surgery. En: Sanvenero, Roselli, G., y Boggio Robutti, G. (eds.): *Transactions of the fourth International Congress of Plastic Surgery*. Amsterdam, Excerpta Medica, International Congress Series n. 174, 396-401.
- HELLQUIST, R.; SKOOG, T.: The influence of primary periosteoplasty on maxillary growth and deciduous occlusion in cases of complete unilateral cleft lip and palate. *Scand. J. Plast. Surg.*, 10:197, 1976.
- HOLDSWORTH, W.: *Cleft lip and palate*. 4ª ed., London, Heinemann, 1970.
- KAZANJIAN y CONVERSE: *Surgical treatment of facial injuries*. 3ª ed., vol. 2, Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1974.
- KWON, H. J.; WAITE, D. E. y col.: The management of alveolar cleft defects. *J. Am. Dent. Assoc.*, 102:848-853, 1981.
- MILLARD, R.: *Cleft Craft. The evolution of lip surgery*. 1ª ed., Little Brown and Company, Boston, 1976.
- ONEAL, R.: Oronasal fistulas. En: Grabb, W. C.; Rosenstien, S. W. y Bzoch, K. R. (eds.), *Cleft Lip and Palate*. Little Brown, 1971.
- RINTALA, A.: A double overlapping single flap to close palatal fistulas. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.*, 5:91-95, 1971.
- RITSILA, V.; ALHOPURO, S.; RINTALA, A.: Bone formation with free periosteal grafts in reconstruction of congenital maxillary clefts. *Am. Chir. Gynaecol.*, 65:342-344, 1976.
- ROSENSTEIN, S. W. y col.: The case for early bone grafting in cleft lip and cleft palate. *Plastic and Reconst. Surg.*, 70:85-92, 1982.
- TRESSERRA, R.: *Tratamiento del labio leporino y la fisura de paladar*. Salvat Ed., Barcelona, 1978.



Figura 7: Aspecto posoperatorio del colgajo de lengua para cierre de una fístula combinada.