

Colgajo lingual excelente alternativa para el cierre de Fístulas Oronasales: reporte de un caso

Guillermo Wiegering Cecchi ^{1,a}

RESUMEN

Reportamos el caso de una paciente femenina de 24 años, de la ciudad de Cajamarca referida a nosotros, a quien evaluamos, preparamos y operamos quirúrgicamente con un colgajo lingual largo de base anterior, irrigado por la arteria lingual en el servicio de cirugía plástica y quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para lograr el cierre, en dos tiempos operatorios (día 0 y luego al día 22) de una gran fístula oronasal que provocaba rinofonía y reflujo nasal de los líquidos y alimentos; debido a la dehiscencia anterior de una palatoplastía realizada en su ciudad a la edad de 2 años en una campaña gratuita extranjera de labio y paladar fisurados.

Palabras clave: fístula oronasal, colgajo lingual.

Lingual flap an excellent alternative for the closure of oronasal fistulae: case report

ABSTRACT

We report the case of a female patient of 24 years old from the city of Cajamarca referred to us, whom we evaluated, prepared and made a surgery with a tongue flap along the previous base, irrigated by the lingual artery in the Plastic Surgery and Burns Section at the Archbishop Loayza National Hospital to achieve the closing two stages (day 0 and then day 22) of a large oronasal fistula that caused rinofonía and nasal reflux of liquids and food; due to previous dehiscence Palatoplasty carried out in his city at the age of 2 years in a free foreign campaign of cleft lip and palate.

Key words: oronasal fistulae, lingual flap.

1. Cirujano Plástico, Maestría en Gerencia de Servicio de Salud, Doctor en Medicina.

a. Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

INTRODUCCIÓN

La fístula oronasal es la complicación más común posterior a una palatoplastia (cierre del paladar posterior). La incidencia se extiende de 0 al 76%^(1,2), mientras que la recurrencia post operatoria, se acerca al 65%⁽³⁾.

Una fístula oronasal es un defecto patológico revestido por epitelio que comunica las cavidades orales y nasales⁽⁴⁾. Sus localizaciones más frecuentes son en la unión del paladar primario y secundario y la unión del paladar duro y blando⁽⁵⁾.

La etiología más común es la dehiscencia de una palatoplastia^(4,6). Otras causas reportadas son: la extracción de órganos dentarios retenidos en el segmento anterior del maxilar, fracturas del complejo maxilar, secuelas de enfermedades como sífilis y lepra⁽⁶⁾ además se ha visto en pacientes crónicos que utilizan cocaína, produciendo en ellos la destrucción del piso nasal.

Los factores que predisponen a un paciente post operado de palatoplastia a presentar una fístula oronasal son: técnica mal empleada, la tensión en el sitio de sutura, lesión de la arteria palatina anterior, infección postquirúrgica y disrupción traumática del proceso de cicatrización^(5,7).

Las repercusiones clínicas de una fístula oronasal dependen del tamaño y localización del defecto, así como de los mecanismos de adaptación del propio paciente^(5,7,8).

Las fístulas grandes causan gran fuga de aire por la nariz, distorsionando el lenguaje, con voz hipernasal, flujo de líquidos y comida desde la cavidad bucal hacia la nariz^(5,8,9); Incluso pueden llegar a la pérdida de la audición⁽¹⁰⁾.

Se ha desarrollado una gran cantidad de técnicas quirúrgicas para su manejo, siendo una de las más populares el colgajo lingual.

Colgajo lingual

Ya en 1909 Lexer utilizaba un colgajo lingual para reparar las pérdidas de sustancia de la mejilla; En 1964 Bakamjian⁽¹¹⁾, Centro la atención en el uso de la lengua como material de reparación en la mayoría de las escisiones tumorales labiales, sin embargo fue Guerrero-Santos y Altamirano quienes popularizaron el colgajo lingual para el cierre de fistulas palatinas en los años 60 y 70^(12,13).

Técnica Operatoria

La lengua es el órgano más versátil para transferir tejido dentro de la cavidad bucal^(9,14). Los colgajos linguales se basan en una o más ramas de la arteria lingual⁽⁹⁾. De la variedad de colgajos linguales disponibles, los dorsales son más utilizados⁽¹⁵⁾. Los colgajos de base anterior están indicados para tratar defectos del paladar duro, los de base posterior se utilizan para defectos en el paladar blando^(15,16). En ambos diseños se debe evitar levantar las papilas circunvaladas para disminuir el riesgo de necrosis⁽⁵⁾.

Pueden tomarse colgajos desde 3 mm y hasta 10 mm de espesor. Cuando se diseña un colgajo delgado, éste debe tener una base amplia y se ha de evitar el uso del electrocauterio⁽⁵⁾.

Para disminuir el riesgo de desprendimiento, la base del colgajo debe estar ligeramente detrás del borde posterior de la fístula y debe tener un pedículo largo^(5,17). Un radio largo⁽⁵⁾ por ancho de 1 provee adecuada perfusión al tejido distal⁽¹⁷⁾. En el periodo postoperatorio debe mantenerse una dieta líquida hasta que se libere el pedículo y limitar la apertura bucal^(5,14). Siendo el pedículo largo, no es necesaria ninguna fijación para la apertura bucal.

Luego dos a tres semanas se realiza una prueba de perfusión anudando una sutura en la base del pedículo durante 5 o 10 minutos, si no hay datos de isquemia el pedículo se secciona^(5,14). En caso de isquemia es conveniente esperar 5 días antes de repetir la prueba^(5,14). Las complicaciones inmediatas de los colgajos linguales son: hemorragia, hematoma y parestesia lingual temporal⁽¹⁸⁾.

Las complicaciones mediatas son: alteraciones del habla (como consecuencia de un colgajo muy abultado en el paladar o por no respetar la integridad de la punta lingual al tomar el colgajo) y desprendimiento del colgajo^(5,18). A pesar de la excelente vascularidad de la lengua, para asegurar la viabilidad del colgajo, éste debe ser manejado con extremo cuidado durante el procedimiento.

Opciones de tratamiento

En los casos que tienen repercusión funcional, se debe esperar un mínimo de 6 meses después de la palatoplastia, de lo contrario la friabilidad de los tejidos dificultará la sutura y empobrecerá el pronóstico^(5,8,19).

Las fístulas que no interfieren con el lenguaje y que no provocan reflujo nasal pueden cerrarse simultáneamente con el injerto alveolar⁽⁵⁾.

Para elegir correctamente la técnica que se utilizará se debe tomar en cuenta la localización, el tamaño de la fístula y la cooperación del paciente^(6,7).

El 37% de los casos desarrollan una fístula recurrente debido al acceso quirúrgico limitado y la presencia de una cicatriz previa^(5,19). Entre las técnicas disponibles se encuentran: Colgajos Palatinos, Colgajos Nasales, Colgajos Bucales, Colgajos Cutáneos y aloinjertos (matriz dérmica acelular)^(5,15).

Independientemente de la técnica utilizada, deberá crearse un piso nasal a partir del epitelio que reviste y rodea a la fístula, así como diseñar los colgajos 20% más grandes que el defecto con suficiente movilidad para otorgar una cobertura completa y libre de tensión^(5,15).

CASO CLÍNICO

Presentamos una paciente mujer de 24 años de edad, referida a nuestro servicio bajo el diagnóstico de fístula oronasal. Entre sus antecedentes encontramos que se le realizó una queiloplastia izquierda a la edad de 6 meses y palatoplastia del paladar duro a los 2 años, presentando, en este último procedimiento una dehiscencia (Fístula oronasal) que provocaba rinofonía y reflujo nasal de los líquidos y alimentos.

En la exploración intraoral observamos una fístula oronasal en la unión del paladar primario y secundario del lado izquierdo de aproximadamente 20 mm x 25 mm (Figura 1).

Figura 1. Fístula oronasal de aproximadamente 20 mm x 25 mm en el tercio anterior izquierdo del paladar duro



Se planeó realizar el cierre de la fístula con un colgajo lingual de base anterior debido a las dimensiones del defecto.

Técnica Quirúrgica

Bajo anestesia general con intubación naso traqueal, se incide contorneando el defecto palatino tomando un margen de tejido de aproximadamente 8 mm. Se desdobra la mucosa que revestía y rodeaba a la fístula y se afrontan sus bordes para crear un piso nasal, esto creando una fístula mayor.

Se realiza una plantilla de placa radiográfica con las dimensiones de la fístula, con la cual se diseña un colgajo ligeramente más grande.

Se hace la demarcación del colgajo de lado izquierdo, con base anterior (Figura 2).

Figura 2. Demarcación de colgajo



Se realiza la elevación del colgajo, mediante bisturí y electrocauterio, disminuyendo el sangrado y realizando una buena hemostasia, esta además es apoyada por los puntos del cierre primario del área lingual cruenta (Figura 3).

Figura 3. Elevación del colgajo 1 a 5 y cierre lineal del área lingual cruenta

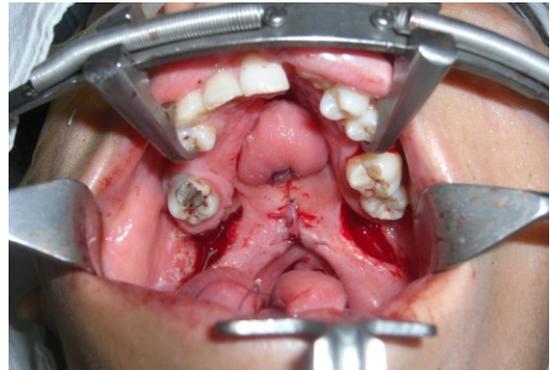


Posteriormente se posiciona el colgajo sobre la fístula oronasal y se inicia la sutura partiendo de atrás hacia delante (Figura 4).

Figura 4. Posicionamiento del colgajo sobre la fístula oronasal y cierre con la sutura partiendo de atrás hacia delante



Figura 7. Cierre satisfactorio de fístula, más el cierre y alargamiento del paladar posterior.



Veintiún días después de la cirugía se evalúa a la paciente (Figura 5) y se realiza una prueba de perfusión, (Figura 6) no se observaron datos de isquemia.

Figura 5. Evaluación post operatoria día 21



Se realiza el control post operatorio a los 29 días, evidenciándose satisfactoriamente el cierre total de la fístula (Figura 8).

Figura 8. Post Operatorio día 21



Figura 6. Prueba de perfusión



Se programa la operación de plastia y separación de pedículo; cerrando satisfactoriamente la fístula, además se aprovechó para realizar el cierre y alargamiento del paladar posterior (Figura 7).

DISCUSIÓN

No se han establecido parámetros para determinar el método ideal para manejar un caso en particular. Algunos autores sugieren el uso del colgajo lingual únicamente para el cierre de fístulas palatinas recurrentes⁽⁵⁾. Por otro lado, en la literatura también se promueve su uso como primera opción debido a que proveen abundante tejido para reconstrucción palatina, tienen un excelente aporte sanguíneo, fácil rotación y no dejan un área cruenta en el paladar, que podría incrementar la fibrosis^(5,16). Por ello, recomendamos el uso de colgajos linguales en fístulas mayores de 1 cm, sin importar si es el primer intento de reparación⁽⁵⁾.

La excelente vascularidad de la lengua favorece la viabilidad de sus colgajos; En el colgajo lingual, se debe de realizarse un diseño y disección cuidadosa,

esperar los 21 días, realizar la prueba de perfusión y luego realizar minuciosamente la separación y plastia quirúrgica.

En conclusión, el colgajo lingual es una buena alternativa o una opción salvadora para tratar fistulas oro nasales recurrentes o difíciles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bardach, J., Morris, H., Olin, W., McDermott-Murray, J., Mooney, M., and Bardach, E. Late results of multidisciplinary management of unilateral cleft lip and palate. *Ann. Plast. Surg.* 12: 235, 1984.
2. Senders, C. W., and Sykes, J. M. Modifications of the Furlowpalatoplasty (six- and seven-flap palatoplasties). *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 121: 1101, 1995.
3. Schultz, R. C. Management and timing of cleft palate fistula repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 78: 739, 1986.
4. Wood N, Goaz P. Diagnóstico Diferencial de Lesiones Orales y Maxilofaciales. 5a ed. España: Ed. Harcourt-Brace; 1998:215.
5. Ogle Orrett E. The Management of oronasal fistulas in the cleft palate patient. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2002;14:553-62.
6. Vinageras E. Tratamiento Integral de los Pacientes con Fisura Labiopalatina. 1a ed. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1987. p. 120.
7. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 2a ed. B.C. Decker; 2004. 872-5.
8. Leblanc Étoile M. Secondary cleft surgery and speech. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2002;14:525-37.
9. Ruiz-Rodríguez R. López Noriega Juan Carlos. Reoperations in Cleft Lip and Cleft Palate Treatment. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2011;23:169-76.
10. Muzaffar A, Byrd H, Rohrich R, Johns D, LeBlanc D, Beran S, et al. Incidence of cleft palate fistula: An institutional experience with two-stage palatal repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 108: 1515, 2001.
11. Bakamjian (V.) Emploi des lambeaux de lamguedans la reconstruction de la lavreinferieure. *Br. J. Plastic Surgery.* 1977;30:17-37.
12. Guerrero-Santos, J., and Altamirano, J. T. The use of lingual flaps in repair of fistulas of the hard palate. *Plast. Reconstr. Surg.* 1966;38:123.
13. Guerrero-Santos, J., and Fernandez, J. M. Further experience with tongue flap in cleft palate repair. *Cleft Palate J.* 1973;10:192.
14. Golden G, Mentzer Robert M, Fox James W, William FJ, Edgerton Milton T. Basket Suspension as an Adjunct to Tongue Flap Closure of Hard Palate Defects. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal.* 2007;7:151-6.
15. Millard R, Cleft G. The evolution of its surgery. Vol. III Alveolar and palatal deformities. D., Jr. Little, Brown and Company Boston. p. 81 Recibido: 30 de marzo de 2016 Aprobado: 07 de julio de 2016
16. Buchbinder D, St-Hilaire H. Tongue flaps in maxillo facial surgery. *Oral Maxillofacial Surg Clin Am.* 2003;15:475-86.
17. Kummer Ann W, Neale Henry W. Changes in Articulation and Resonance After Tongue Flap Closure of Palatal Fistulas: Case Reports. *Cleft Palate Journal.* 1989;26-1:51-5.
18. Agrawal K, NathPanda K. Management of a Detached Tongue Flap. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2007;12:0-1, 151-6.
19. Padwa Bonnie L, Mulliken John B. Complications associated with cleft lip and palate repair. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am.* 2003;15:285-96.

Fuentes de financiamiento

Este artículo ha sido financiado por el autor.

Conflictos de interés

El autor declara no presentar ningún conflicto de interés.

Correspondencia:

Dr. Guillermo Wiegering Cecchi
Dirección: Clínica Javier Prado, 2do piso Oficina 215
Teléfono: 51-1- 999263360
Correo electrónico: gwiegering@gmail.com

Recibido: 22 de mayo de 2015
Aprobado: 06 de julio de 2016