



Cirugía Plástica

FISURA PALATINA

El tratamiento de la fisura palatina debe enfocarse en tres aspectos importantes:

- Cierre del Defecto
- Desarrollo del lenguaje
- Crecimiento facial

El maxilar fisurado después de la reparación quirúrgica del defecto debe tener una evolución fisiológica del punto de vista del esfínter velofaríngeo, considerándose la formación normal como el principal objetivo de esta cirugía. Esta plataforma ósea reconstruida para el labio y la nariz debe mantener además la capacidad de crecer durante todo el período del desarrollo.

La historia de esta cirugía se inicia en el siglo XIX, destacándose:

- Von Langenbeck 1861 Colgajos

bipediculados

- Veau 1931 Colgajo monopediculado
- Wardill y Killner 1937 Colgajo

monopediculado (Pushback)

- Kriens 1970 Veloplastía intravelar
- Furlow 1986 Z plastía

La veloplastía intravelar de Kriens define que la aponeurosis palatina no existe en fisurados y da énfasis a la liberación muscular desde la espina nasal posterior y las mucosas nasal y oral, permitiendo así la reparación término terminal del elevador y el tensor del velo. Furlow realiza dos Z plastías en oposición en los planos oral y nasal, elongando el velo y produciendo unión muscular por aposición.

Uno de los aspectos más controversiales en la cirugía del paladar es el relacionado con la edad de la cirugía. En la literatura se describen muchos protocolos, pero la tendencia actual en la mayor parte de los centros especializados es el cierre temprano y completo en un tiempo del paladar.

- Velo aislado: 6 - 12 meses
- Fisura velopalatina: 14 - 18 meses (cierre total en un tiempo)

Lo fundamental es realizar la palatoplastía antes del desarrollo del lenguaje, siendo el tipo de operación quirúrgica menos importante que la cuidadosa técnica del cirujano.

Los factores pronósticos de la fonación en la cirugía de la fisura palatina son:

- Tipo de fisura
- Técnica quirúrgica
- Edad quirúrgica
- Función auditiva
- Rehabilitación foniátrica
- Experiencia del cirujano