



Caso Clínico: Colgajo de lengua de base anterior para cierre de fístula palatina

Clinical Case: Anterior base tongue flap for closure of palatal fistula

Viviana Túquerres Mosquera ¹
René Díaz Mora ²

¹ Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica Odontológica, Campus Cumbayá, oficina CO 106, casilla postal 17-1200-841. Quito-Ecuador. Correo electrónico: vivimon2010@hotmail.com

² Universidad San Francisco de Quito USFQ, Colegio de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología, Clínica Odontológica, Campus Cumbayá, oficina CO 106, casilla postal 17-1200-841. Quito-Ecuador. Correo electrónico: rene_d84@hotmail.com

Editado por / Edited by: Johanna Monar

Recibido / Received: 15-12-2018

Aceptado / Accepted: 20-02-2019

Publicado en línea / Published online: 30-03-2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.18272/oi.v5i1.1420>

14-23

14

Volumen 5
Número 1

Resumen

Las fístulas palatinas son una de las secuelas más comunes de las cirugías de paladar hendido. Debido a su gran vascularidad el colgajo de lengua se ha convertido en una de las opciones más versátiles para el cierre de fístulas palatinas que incluyen defectos amplios o en aquellos casos de secuelas de cirugías hechas anteriormente y que han fracasado. Los colgajos de lengua pueden ser creados de la cara ventral, dorsal o lateral de la misma, varios estudios demuestran su éxito en ambos ya sea de base anterior o posterior usados en el cierre de defectos de fístulas palatinas. El objetivo de este reporte de caso es presentar la experiencia de un caso clínico acerca de la corrección de una fístula palatina amplia (mayor a 5 mm) mediante la elaboración de un colgajo lingual de base anterior, cuyo uso es reportado en la literatura como el de elección en estos casos (defectos de gran dimensión) presentando un alto porcentaje de éxito.

Palabras clave: Fístula palatina, colgajo de lengua, paladar hendido, vascularidad lingual

Abstract

Palatal fistulas are one of the most common sequelae of cleft palate surgeries. Due to its great vascularity, the tongue flap has become one of the most versatile options for the closure of palatal fistulas that include extensive defects or in those cases of sequelae of surgeries done previously and that have failed. Tongue flaps can be created from the ventral, dorsal or lateral face of the same, several studies show their success in either anterior or posterior base used in the closure of palatal fistula defects. The objective of this case report is to present the experience of a clinical case about the correction of a wide palatal fistula (greater than 5 mm) by means of the elaboration of a lingual flap of previous base, whose use is reported in the literature as the of choice in these cases (defects of great dimension) presenting a high percentage of success.

Keywords: Palatal fistula, tongue flap, cleft palate, tongue vascularity



Introducción

Todo paciente con labio o paladar hendido puede tener diferentes secuelas, que pueden deberse a la deformidad inicial, al desarrollo facial, a intervenciones quirúrgicas y complicaciones por diversas causas¹.

El manejo quirúrgico de una secuela no es una urgencia por lo que es conveniente sea tratada por un especialista que brinde un tratamiento oportuno que reduce su repercusión en los elementos anatómicos faciales que se encuentran en desarrollo².

Según Galicia las fistulas y anomalías dentoalveolares son secuelas que se pueden presentar en el paladar primario, la fistula palatina es la comunicación postquirúrgica entre la nariz y la cavidad oral, se debe corregir quirúrgicamente, sin embargo, el uso de placas obturadoras puede prevenir el paso de alimentos hacia la nariz, en casos en que su dimensión no sobrepase los 5 milímetros³.

De acuerdo a Posnick y colaboradores clasifica a las fistulas de la siguiente manera: Sencilla: es un defecto mínimo localizado en la línea media, causado usualmente por dehiscencia del paladar duro. Pequeña: orificio de menos de 1.5 cm de diámetro con frecuencia en la línea media, causado por una pequeña dehiscencia de la unión entre el paladar duro y blando, o por una necrosis de los bordes de un colgajo. Grande: más de 1.5 cm de diámetro, causada por la necrosis del tercio anterior del colgajo, por probable lesión de la arteria palatina⁴.

Las opciones de tratamiento se deben considerar de acuerdo al tamaño de la fistula, así lo refiere Lighthall y col. en su estudio, de ahí que las clasifica como pequeñas aquellas de 1-2 mm, medianas de 3-5 mm o largas mayor a 5 mm de diámetro, clasificación que coincide con la mostrada por Cohen y col. en el suyo⁵.

El colgajo de lengua se ha convertido en la opción más útil para el cierre de varios defectos debido a su versatilidad y a su abundante suministro de sangre y flexibilidad. Según Pigott la primera referencia del uso de colgajo de lengua para el cierre de fistula palatal data del año 1966 reportado por Guerrero-Santos y Altamirano, en sus inicios el colgajo era suturado directamente, pero decidieron modificar su técnica debido al desprendimiento del colgajo ocurrido en dos pacientes, y adicionaron alambrado intermaxilar para asegurar el cierre y prevenir su desprendimiento⁶.

Dependiendo de la posición anatómica de la fistula se puede usar un colgajo de lengua de base anterior o posterior para asegurar el éxito de la reconstrucción. Lighthall y col. en su estudio refieren que el uso de colgajo de base anterior se da con mayor frecuencia en fistulas ubicadas en la región anterior o media del paladar, mientras que defectos de la región posterior del paladar duro y blando se benefician de un colgajo de base posterior⁷.

Cuando el cirujano prefiere dos capas de cierre, el colgajo de lengua puede ser combinado con un colgajo mucoperióstico de la periferia de la fistula o a su vez

un colgajo de vómer para crear el piso nasal y asegurar el cierre en capas de la fístula. El diseño del colgajo debe ser un 20% más grande que el defecto a compensar para evitar la contractura del colgajo y adaptarlo e individualizarlo al contorno del defecto⁸.

Existen contraindicaciones para la realización del colgajo de lengua, por ejemplo; pacientes con una condición sistemática severa que contraindique el uso de anestesia general, los pacientes con desórdenes psiquiátricos o retardo mental no son candidatos para la reconstrucción con un colgajo de lengua debido a que el postoperatorio requiere de la cooperación del paciente y este tipo de condiciones aumentan el riesgo del desprendimiento del colgajo y su fracaso⁹.

Defectos pequeños que cierran por sí solos por segunda intención y en estos casos no es necesaria una reconstrucción mediante colgajo. Aquellos pacientes que han tenido un colgajo de lengua previo fallido podrían limitar su uso debido a disminución de volumen del tejido, incremento de tejido cicatrizal y disminución de vascularidad¹⁰.

Caso Clínico

Paciente masculino, de 7 años de edad con antecedente de labio y paladar hendido corregido quirúrgicamente presentó como secuela la presencia de una fístula palatina (Imagen 1). Acudió a la consulta del Hospital Pediátrico Baca Ortiz para una valoración y corrección de dicha fístula en el paladar, fue valorado por el servicio de Cirugía Máxilofacial y debido a su dimensión se tomó la decisión de realizar un colgajo de lengua para el cierre del defecto como opción de tratamiento.



Imagen 1. Fístula palatina

Bajo anestesia general, intubación nasotraqueal y normas de asepsia y antisepsia se procedió a colocar anestesia infiltrativa con lidocaína más epinefrina al 2% en la zona adyacente al defecto palatino para ayudarnos con la vasoconstricción, de igual manera se infiltró la cara dorsal de la lengua sitio marcado como zona donante del colgajo (Imágenes 2 y 3). El diseño del colgajo se delinea con un marcador quirúrgico (Imagen 4).



Figura 2. Infiltración zona palatina



Figura 3. Infiltración sitio donante



Imagen 4. Diseño del colgajo de base anterior

Para la incisión del colgajo se utilizó electrobisturí, el espesor del colgajo debe ser aproximadamente de 3 mm, la anchura del colgajo debe ser ligeramente mayor que el tamaño del defecto, y la longitud facilitar el posicionamiento pasivo del colgajo en el sitio de la reconstrucción (Imágenes 5 y 6).



Imagen 5. Incisión con electrobisturí



Imagen 6. Disección del colgajo

La síntesis del sitio donante se hizo con vycril 3-0 con puntos de sutura simples, se evitó el cierre excesivo en la base del pedículo para asegurar la perfusión del colgajo y el éxito del mismo (Imagen 7).



Imagen 7. Sutura sitio donante

Se situó el colgajo de lengua dentro del defecto mediante vycril 3-0 debido a su resistencia y sus propiedades de reabsorción. La cara anterior del defecto y ambos márgenes laterales son el sitio clave de las puntadas para asegurar el colgajo, debido a que el aspecto posterior se aborda en la división del colgajo y en la etapa de contorneado, en aproximadamente 2 a 3 semanas (Imagen 8).



Imagen 8. Sutura de colgajo sobre defecto fistula palatina

Se realizó controles periódicos cada 8 días procurando cuidar vitalidad del colgajo mediante lavados con solución salina y agua oxigenada en una proporción de 2:1 (Imagen 9).



Imagen 9. Control 8 días postquirúrgico



La liberación del colgajo se realizó luego de 21 días bajo anestesia local con bisturí hoja 15 (Imagen 10).



Imagen 10. Colgajo liberado

El sitio donante de la lengua se suturó con puntos colchoneros horizontales de vycril 3-0 para evertir los márgenes. (Imagen 11)



Imagen 11. Sitio donante suturado

Se realizaron otros controles a los 6 meses postquirúrgico, se observó el cierre del defecto palatino (Imagen 12).



Imagen 12. Control postquirúrgico a los 6 meses

Discusión

Los defectos de fístulas palatinas son una de las principales complicaciones de palatoplastias, el colgajo de lengua es una opción que está asociada con una baja relativa de complicaciones y una alta tasa de éxito en niños y adultos.¹¹

Datos reportados por Guerrero Santos y Altamirano indican un 70% de tasa de éxito, mientras que Pigott reportó un éxito del 85% en el cierre de la fístula palatina por medio de un colgajo de lengua de base anterior.⁶

Para asegurar el colgajo en su posición se han utilizado varias técnicas para restringir el movimiento de la lengua después de la cirugía, Strauss y col. en su estudio mencionan opciones que incluyen la fijación con alambre de Kirschner, la estabilización de la lengua al labio superior o los incisivos, la colocación de un vendaje de Barton y la fijación máxilomandibular.¹²

Estos cuidados parecen ser innecesarios en la mayoría de los casos de los adultos, basta con mantener una dieta líquida en las primeras horas postquirúrgicas y dieta blanda posteriormente, sin embargo, en los niños pequeños se puede requerir una estabilización adicional como una fijación máxilomandibular.¹³

El colgajo debe ser suturado al defecto de manera que se encuentre libre de tensión para evitar una necrosis del tejido y no excederse en los puntos de sutura.¹⁴

El colgajo de lengua puede ser creado de la porción ventral, dorsal o lateral de la lengua, Elyassi y col. en su artículo refieren que los colgajos de base anterior y posterior son los ideales para cerrar fístulas palatinas, argumentan que el colgajo de base anterior es mejor tolerado por la mayor parte de pacientes ya que permite el mayor grado de movilidad de la lengua, disminuyendo así el riesgo de desinserción palatal y fracaso del colgajo.¹⁵

La forma estándar del colgajo de lengua es rectangular, sin embargo, el diseño puede ser modificado para adaptarse a la forma irregular de una fístula, o al intentar cerrar de manera simultánea una fístula palatina y alveolar. Posnick y Getz recomiendan en su estudio usar un colgajo de 10mm de espesor para garantizar el éxito del procedimiento.⁴⁻¹⁶

La valoración del paciente debe incluir una evaluación individualizada el tamaño y ubicación de la fístula, los síntomas presentes, los procedimientos previos utilizados para el cierre, la calidad y cantidad de tejido circundante y la preferencia del paciente y del cirujano. La fase postquirúrgica requiere de la cooperación del paciente, los cuidados en cuanto a la dieta, es de vital importancia asegurar la vía aérea especialmente para el período postoperatorio, la inserción palatal del colgajo dura aproximadamente 21 días luego de los cuales el pedículo debe ser removido ya sea con anestesia general o local como en nuestro caso, evitando en lo posible las secuelas estéticas en la lengua.¹⁷



Las posibles complicaciones están presentes y pueden ser desinserción del colgajo, hemorragias, hematomas, infección, pérdida temporal de la sensación, cambios gustativos, los casos de necrosis parcial o total son raramente reportados debido al gran suministro sanguíneo lingual, se menciona que puede ocurrir en los casos en donde se realizó un inadecuado diseño del colgajo que ejerce tensión durante el cierre y contribuye al fracaso. Sin embargo, varios autores consideran que la adecuada estabilización del colgajo evita una pérdida del mismo.¹⁸⁻¹⁹

Conclusiones

El colgajo de lengua es una excelente opción para el cierre de defectos de fistulas palatinas que superen los 10mm de diámetro, aportando un alto porcentaje de éxito, esto debido a la arteria lingual y sus ramas que son las responsables del alto aporte vascular de la lengua.

Como conclusión se puede destacar que un correcto diseño del colgajo, así como la colaboración por parte del paciente durante la fase postoperatoria aseguran el éxito de la elaboración del colgajo de lengua, así como se describe en la presentación de este caso clínico, en donde se pudo corregir el defecto palatino provocado por la secuela de labio y paladar hendido.

Referencias bibliográficas

1. Lehman J. Closure of Palatal Fistulas, *Journal of Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery*, 1995; 2(4): 255-262.
2. Steinhäuser E. Experience with dorsal tongue flaps for closure of defects of the hard palate, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1982; 40(12): 787-789.
3. Galicia A., Ramírez R. Reconstruction of anterior palatal fistula with anterior-based lingual flap. Case report, *Revista Odontológica Mexicana*, 2016; 20(1): 50-58.
4. Posnick J., Getz S. Surgical closure of end-stage palatal fistulas using anteriorly-based dorsal tongue flaps, *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 1987; 45(11): 907-912.
5. Cohen SR., Kalinowski J., La Rossa D., Randall P. Cleft palate fistulas: a multivariate statistical analysis of prevalence, etiology and surgical management, *Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*, 1991; 87(6): 1041-1047.
6. Pigott R., Rieger F., Moodie F. Tongue flap repair of cleft palate fistulae, *British Journal of Plastic Surgery*, 1984; 37(3): 285-293.
7. Lighthall J., Sidman J. Closure of palatal fistulae, *Journal of Operative Techniques in Otolaryngology*, 2015; 26(3): 161-167.
8. Bracka A. The blood supply of dorsal tongue flaps, *An International Journal of Surgical Reconstruction*, 1981; 34(4): 379-384.
9. Johnson P.A., Banks P., Brown A. E. Use of the posteriorly based lateral tongue flap in the repair of palatal fistulae, *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1992; 21(1): 6-9.
10. Buchbinder B., St-Hilaire H. Tongue flaps in maxillofacial Surgery, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 2003; 15(4): 475-486.
11. Thatte R., Govilkar P., Patel J. The tongue flap in the primary treatment of cleft palate: a report of 19 cases, *British Journal of Plastic Surgery*, 1992; 45(2): 150-154.
12. Strauss R., Kain N. Tongue Flaps, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 2014; 26(3): 313-325.
13. Chambers R., Jaques D., Mahoney W. Tongue Flaps for Intraoral Reconstruction, *The American Journal of Surgery*, 1969; 118(5): 783-786.
14. Leymarie N., Karsenti G., Sarfati B., Rimareix F., Kolb F. Modification of flap for total mobile tongue reconstruction using a sensitive antero-lateral thigh flap, *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. 2012; 65(7): 169-174
15. Elyassi A., Helling E., Closmann J. Closure of difficult palatal fistulas using a "parachuting and anchoring" technique with the tongue flap, *Journal of Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 2011; 112(6): 711-714.
16. Takamitsu M., Mori Y., Kato Y., Nakano H., Ueyama Y. Closure of oro-antral fistula after partial maxillectomy using laterally based tongue flap: A case report, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 2013; 25(3): 244-246.
17. Visscher S., Minnen B., Bos R. Closure of Oroantral Communications: A review of the Literature, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010; 68(6): 1384-1391
18. Ohtsuki Y., Akashi M., Hashikawa K., Komori T. Facial artery musculomucosal flap to close an oroantral fistula, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*. 2018; 30(6): 492-495.
19. Smith T., Schaberg S., Collins J. Repair of a palatal defect using a dorsal pedicle tongue flap, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 1982; 40(10): 670-673.