

PROCEDIMIENTO SENCILLO PARA CERRAR LA HENDEDURA PALATINA**(Uranoplastia por uranosquisis)****Pablo Mendizábal.**

Se concede la palabra al Dr. Mendizábal para una comunicación, y ese facultativo principia diciendo, que se trata de una breve lectura sobre cirugía plástica del paladar. Refiere que en el servicio de Cirugía Infantil del Hospital General se ven casos de urano-quilosquisis frecuentemente, anomalía que constituye un problema para el cirujano, y que aunque a veces la separación es tan escasa, que se realiza la sutura sin trabajo, en cambio, en otras ocasiones, la aplasia es tan grande que se dificulta mucho la operación. Le parece que el procedimiento más usado es el de Langenboek, aparentemente muy sencillo, pero que no es de fácil aplicación en la mayoría de los casos. Para obtener una sutura más firme, Kirschner, despegó en una capa la mucosa y el periostio de la lámina horizontal, tanto del lado nasal como del oral, en esta forma los colgajos quedan menos tensos y el éxito operatorio se asegura un poco más. Agrega, que sin embargo no siempre se logra la sutura de una manera práctica. El procedimiento de Schonbern, que consiste en tomar un colgajo de la región posterior de la faringe, en la zona enfrente de la úvula, tiene la ventaja de permitir una sutura menos estirada. Sigue explicando que hay otros procedimientos, como el de Ernt, en el cual se desprenden completamente los colgajos. Afirma, que todos estos procedimientos son bastante complejos, y no siempre prácticos como el que va a dar lectura, que es sencillo y aplicable tanto para los casos en que la separación es poca, como para aquellos en que aplasia es muy grande. Dice, que con mucha frecuencia se piensa que es mejor dejar crecer a los niños para operarlos después, pero a la práctica demuestra exactamente lo contrario. Los niños recién nacidos toleran mejor las operaciones; en los niños mayores los dientes cariados deben ser extraídos previamente; además, conviene hacerles la erradicación de las tonsilas. El Dr. Mendizábal explica, que al hacer la incisión no se respeta las ramas palatinas de la palatina superior, por lo cual podría pensarse que el colgajo quedaría sin nutrición, pero que no es así, la nutrición persiste debido a la misma anomalía por la circulación que proporcionan al piso nasal, la arteria palatina descendente y la rama externa de la eseno-palatina.

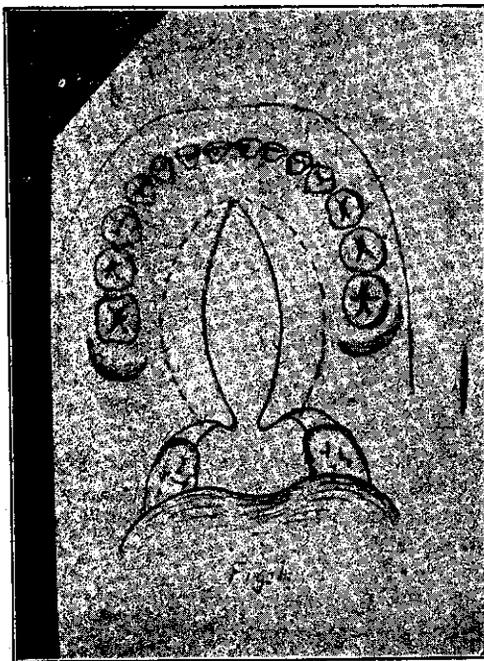
Cuidados preliminares.

I.—Es de recomendarse operar la henderura palatina en los primeros días de la vida, o tan pronto como sea posible.

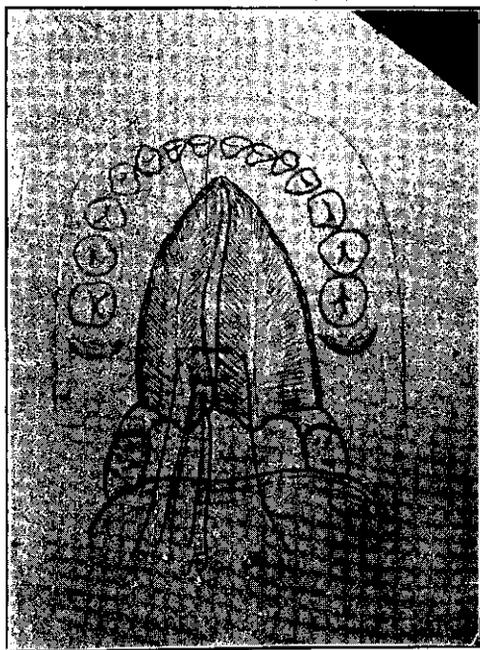
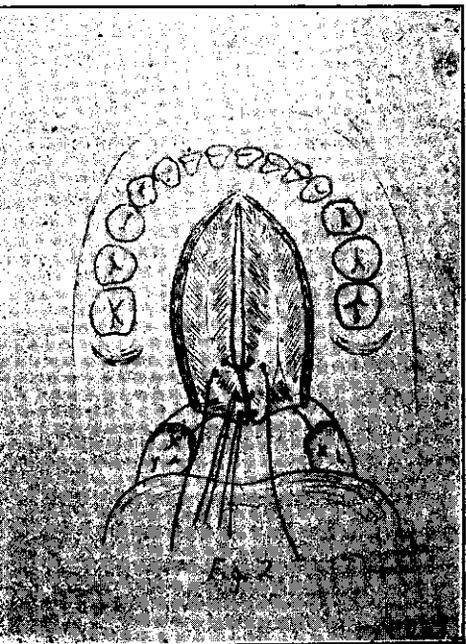
- 2.—En los niños mayores conviene extraer los dientes careados.
- 3.—Pueden erradicarse las amígdalas previamente; en este caso no deben suturarse los pilares. La tonsilectomía facilita la operación.

Operación.

- 1.—El operador empleará un fotóforo frontal de fuerte luminosidad.
 - 2.—Un hemosucor es indispensable.
 - 3.—Se anestesia al paciente con vapores de cloroformo por medio de una sonda nasal.
 - 4.—Se coloca al enfermo de manera que su cabeza en flexión posterior pase la extremidad de la mesa. El cirujano a la cabecera de la mesa toma asiento en un banquillo elevado, de manera que domine perfectamente la cavidad bucal.
- 1er. tiempo.—Incide la fibromucosa en el paladar hasta el hueso, según la línea entrecortada (Fig. I).



- 2do. tiempo.—Diseca la zona comprendida por la incisión hasta llegar al borde libre correspondiente a la hendidura. Esta disección se completa seccionando el pilar anterior cerca de la úbula.
- 3er. tiempo.—Sutura con crin fina de Florencia, según Fig. 2. comen-



zando por las hemiúvulas, cuando estas pueden juntarse. Cuando la aplasia es muy considerable, las hemiúvulas, no pueden reunirse. En la Fig. 3. aparece la sutura en estos casos.

Los colgajos quedan irrigados—debido a la misma anomalía—por la circulación que proporciona el piso nasal, la arteria palatina descendente y la rama externa de la esfenopalatina.

Abril 1932.

COMENTARIOS

Dr. Gonzalo Castañeda.—Me ha agradado mucho el pensamiento quirúrgico y técnico del Dr. Mendizábal, pero estimo que además de la parte técnica desde el punto de vista quirúrgico creo que hay otros factores que debe haber tomado en consideración, porque hay que tomar en cuenta desde luego la parte operatoria, y quisiera que el Dr. Mendizábal se sirviera enseñarnos la parte técnica, quirúrgica operatoria, etc.

Dr. Pablo Mendizábal.—El procedimiento es de cirugía plástica, por él se trata de ocluir una hendidura en el velo y en la bóveda palatina; sus lineamientos siguen los principios de la cirugía biológica asegurándole a los colgajos una irrigación perfecta.

El pensamiento fundamental es cubrir el espacio que falta o una hendidura que produce perturbaciones tanto en la respiración como en la deglución y la fonación. La respiración se encuentra perturbada porque por la boca no se efectúa una buena ventilación pulmonar, esta se logra normalmente por la nariz. Además, los alimentos pasan fácilmente a las fosas nasales durante la deglución, y en cuanto a la voz, no tiene apoyo palatino, por lo que al hablar, algunas sílabas resultan modificadas.

Los procedimientos anteriores van encaminados a corregir la anomalía y las perturbaciones concomitantes. Considero mi procedimiento como muy sencillo y eficaz, pues permite obtener colgajos mucho más amplios, y fácilmente coaptables con la sutura, que nunca determina la isquemia de los bordes.

El niño debe ser operado algunas horas después de nacer, en los primeros días, o tan pronto como sea posible. No obstante, que en los niños recién nacidos, la boca es muy pequeña, se puede trabajar, y por otra parte, el niño tolera mejor el choque. A medida que crece, por ejemplo, a los ocho días, la sensibilidad es más grande. Un niño al nacer sufre compresiones muy fuertes en el cráneo y en el cuerpo y sin embargo se desarrolla normalmente; un niño de un mes

no toleraría impunemente las mismas compresiones. Así, pues, los peligros del procedimiento son menores mientras más pequeño sea el niño. Por otra parte, se aprovecha la época en que su vida es un continuo dormir. Si la criatura es más grande se maltrata la sutura con la lengua.

Lo relativo a que se supriman los dientes cariados y las tonsilas enfermas, es una indicación completamente general; cuando se practica una operación en la boca hay que suprimir toda infección focal.

La anestesia por la nariz es cómoda—aunque no exenta de inconvenientes—permite trabajar sin interrupción.

La recomendación de colocarse a la cabecera de la mesa, es muy práctica, no obstante que la región queda invertida.

Un fotóforo es indispensable para obtener una buena iluminación; también es de gran utilidad el hemasucor.

Dr. Gonzalo Castañeda.—El Dr. Mendizábal además de estudioso y trabajador es un cirujano de inventiva; su trabajo hay que agregarlo a otros varios anteriores de la misma índole. Aunque sin autoridad en Cirujía infantil, dentro de los principios cabe objetar, que siendo la hendidura palatina una deformación congénita de heredo-sífilis, o al menos cabe sospecharla y comprobarla, sería antiquirúrgico y anticlínico operarla temprano, antes de tratar a la criatura en la forma consabida, pues ello podría hacer fracasar la cicatrización. Si el caso no se juzga de urgencia mayor, es lógico, d'go, esterilizar el organismo de la infección específica, antes de intervenir. De todas maneras, el nuevo procedimiento es de mérito.

Dr. Mario Torroella.—Tomo la palabra casi exclusivamente para felicitar al Dr. Mendizábal por su idea para esta operación; tampoco he visto ni leído nunca ninguna intervención hecha en la forma que él la propone y confirmo que es un problema muy árduo el hacer llegar las dos superficies hasta ponerse en contacto. Uno de los procedimientos que conozco mejor es el de Onerdale que es muy bonito pero en las grandes aplasias por más que se movilicen los colgajos no llegan a ponerse en contacto. Por cuanto se refiere a la intervención temprana en los niños, tiene otra cosa en su favor y es que el niño además de su resistencia para el choque, etc., tiene una ventaja muy grande: hay cosas que resultan paradójicas, en los niños que son muy propensos a las pérdidas de sangre, las grandes pérdidas son toleradas mejor muy chicos que cuando son grandes. Por

lo demás sabemos que estos niños son específicos y quizá sería conveniente instituir el tratamiento antisifilítico en estos casos porque pueden proceder de la heredo-sífilis.

Dr. Manuel Escontria.—La ventaja del procedimiento propuesto por el Dr. Mendizábal es que se pueden lograr suturas que con ningún otro se alcanzan, pero en algunos como el procedimiento de Ombredanne modificado por el mismo se logra un contacto fácil pero en esta forma se dispone de más tela y la sutura resulta menos forzada naturalmente. La cuestión del momento de intervenir es una cosa que no puede ser de sistema como nada en medicina: si la abertura del paladar es muy amplia, corriendo todos los riesgos que sean necesarios, hay que operar dentro de las 48 horas pero si no es muy amplia no hay inconveniente en hacerlo más tarde. Recuerdo haber visto operar a Gou, niños de 48 horas sin anestesia y esta ausencia de la anestesia dentro de las primeras 48 horas se llega a ver hasta en operaciones serias, entre los hebreos se hace la circuncisión sistemáticamente dentro de las primeras 48 horas sin peligro ninguno y sin anestesia. Si las condiciones del paladar hacen temer por la vida del niño, la operación es la única probabilidad que el niño tiene de vivir y debe hacerse. Con los procedimientos anteriores se marcaba no hacer la operación sino cuando los huesos de la cara hubieran llegado a cierto desarrollo y se operaba hasta los 4 o 5 años de edad, con un procedimiento que permitía disponer de más tela se evita ese escollo y el procedimiento del Dr. Mendizábal tiene esa ventaja sobre todos los demás.

SUMMARY

SIMPLE OPERATION FOR CLOSING CLEFT PALATE (URANOSTAPHYLOPLAST) PRELIMINARIES

- 1o.—It is recommended to operate cleft palate in the first days of life or as soon as possible.
- 2o.—Older children must have all their decayed teeth extracted.
- 3o.—Tonsilectomy may be practiced previously. In this case faucial pillars must not be sutured. Tonsilectomy facilitates the operation.

lo demás sabemos que estos niños son específicos y quizá sería conveniente instituir el tratamiento antisifilítico en estos casos porque pueden proceder de la heredo-sífilis.

Dr. Manuel Escontria.—La ventaja del procedimiento propuesto por el Dr. Mendizábal es que se pueden lograr suturas que con ningún otro se alcanzan, pero en algunos como el procedimiento de Ombredanne modificado por el mismo se logra un contacto fácil pero en esta forma se dispone de más tela y la sutura resulta menos forzada naturalmente. La cuestión del momento de intervenir es una cosa que no puede ser de sistema como nada en medicina: si la abertura del paladar es muy amplia, corriendo todos los riesgos que sean necesarios, hay que operar dentro de las 48 horas pero si no es muy amplia no hay inconveniente en hacerlo más tarde. Recuerdo haber visto operar a Gou, niños de 48 horas sin anestesia y esta ausencia de la anestesia dentro de las primeras 48 horas se llega a ver hasta en operaciones serias, entre los hebreos se hace la circuncisión sistemáticamente dentro de las primeras 48 horas sin peligro ninguno y sin anestesia. Si las condiciones del paladar hacen temer por la vida del niño, la operación es la única probabilidad que el niño tiene de vivir y debe hacerse. Con los procedimientos anteriores se marcaba no hacer la operación sino cuando los huesos de la cara hubieran llegado a cierto desarrollo y se operaba hasta los 4 o 5 años de edad, con un procedimiento que permitía disponer de más tela se evita ese escollo y el procedimiento del Dr. Mendizábal tiene esa ventaja sobre todos los demás.

SUMMARY

SIMPLE OPERATION FOR CLOSING CLEFT PALATE (URANOSTAPHYLOPLAST) PRELIMINARIES

- 1o.—It is recommended to operate cleft palate in the first days of life or as soon as possible.
- 2o.—Older children must have all their decayed teeth extracted.
- 3o.—Tonsilectomy may be practiced previously. In this case faucial pillars must not be sutured. Tonsilectomy facilitates the operation.

The operation

- 1o.—The operator must wear a very bright headlamp.
- 2o.—A hemousuction apparatus is indispensable.
- 3o.—The patient is given chloroform by means of a soft rubber catheter passed through the nose.
- 4o.—The Rose position, with the head over the end of the table must be used. The surgeon, at the end of the table, takes a position high enough to see the faucial cavity perfectly.

First step.—An incision is made in the palate as shown by dotted line (Fig 1.)

Second step.—The elevator is introduced into these incisions and the mucous membrane with the periostium is separated from the bone as far inward as possible. The soft palate is divided in two coats with a sharp knife carefully. The extent of these incisions includes the anterior faucial pillars near the uvula.

Third step—The suture of the flaps is made with thin silkwormgut (fig. 2) beginning from the hemiuvulas, when these can be joined. In wide clefts the hemiuvulas can not be joined. (Fig. 3) shows the suture in these cases.

The blood supply of the flaps is preserved—due to the same by anomaly by the blood supply of the nasal floor. The descending palatine and outer branches of the sphenopalatine arteries are the important vessels in the blood supply of this mucous membrane.

April 932.
