

Tratamiento quirúrgico de la hendidura labial en las primeras 24 horas del nacimiento

Dr. José Ortega Lara*

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados de la cirugía realizada en las primeras 24 horas de vida en niños con hendidura labial.

Métodos: Presentamos una serie de 40 pacientes en los últimos veinte (20) años, operados de hendidura labial bajo anestesia local dentro de las primeras 24 horas de vida. Previo a la intervención quirúrgica evaluamos las condiciones físicas y los análisis de laboratorio del recién nacido, constatándose que no había ningún elemento de importancia en el examen físico ni en las cifras de hematología y química sanguínea, que impidiera la realización de la cirugía.

Resultados: Encontramos en los pacientes un estado de relajación que favoreció la realización de la intervención quirúrgica y valores de hemoglobina, que oscilaron entre los 16 y 19,58 g y de glóbulos rojos que sobrepasaron los 5 000 000 x mm³. A todos los pacientes intervenidos se les practicó la evaluación preoperatoria por el neonatólogo quien reportó cifras de peso, talla y circunferencia cefálica dentro de los límites normales. En ninguno de los casos se reportó patología asociada. Desde los 6 meses a los 15 años se comprobó un normal crecimiento del labio, de la nariz y de los segmentos maxilares, con un resultado estético y funcional satisfactorio.

Conclusión: La cirugía del labio hendido en las primeras 24 horas del nacimiento con anestesia local constituye un reto para los cirujanos que se dedican a este tipo de cirugía y su realización precoz tiene múltiples ventajas.

Palabras clave: Hendidura labial. Queiloplastia

SUMMARY

Objective: To evaluate the results of the surgery in the first 24 hours of life in children with cleft lip.

Methods: We present a series of 40 patients in the last twenty (20) years, operated for cleft lip under local anesthesia in the first 24 hours of life. Prior to surgery we evaluate the physical conditions and laboratory analysis of the newborn, confirming that there was no element of importance on physical examination or hematology and blood chemistry figures, which contraindicate the completion of surgery.

Results: We found in patients in a state of relaxation that favored performing surgery and hemoglobin, which ranged between 16 and 19.58 g of red blood cells exceeded 5 million x mm³. All operated patients underwent preoperative evaluation by the neonatologist who reported figures for weight, length and head circumference within normal limits. In none of the cases associated pathology was reported. From 6 months to age of 15 years old it was found normal growth lip, nose and jaw segments, with satisfactory aesthetic and functional results.

Conclusion: Cleft lip surgery in the first 24 hours of birth under local anesthesia is a challenge for surgeons who are engaged in this type of surgery and its early implementation has multiple advantages.

Key words: Cleft lip. Cheiloplasty

INTRODUCCIÓN

En el pasado se ha publicado muy poco sobre el cierre quirúrgico de la fisura labial en las primeras 24 horas del nacimiento. Apesar de que esta intervención

* Profesor Fundador de la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital "Dr. Domingo Luciani". Caracas, Venezuela. Presidente de FUNDAPAFI-Venezuela (Fundación de ayuda al paciente con hendidura de labio y paladar).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HENDIDURA LABIAL

se puede practicar a cualquier edad, los cirujanos de mayor experiencia en el manejo de esta deformidad, han sugerido que el momento más recomendable es a los tres meses de edad, tomando como base la conocida regla “Por encima de los 10”, es decir, cuando el niño cumpla las 10 semanas de vida, alcance 10 libras de peso (4,5 kg) y más de 10 g de hemoglobina. A esta edad, según dichos autores, el niño reúne las mejores condiciones generales y locales para practicar la intervención quirúrgica y además los tejidos de la nariz y del labio han alcanzado el tamaño adecuado, facilitando de esta manera una cirugía de mayor precisión.

De tal forma que, los 3 meses de edad pareciera ser la edad “ideal” para practicar la cirugía del labio hendido, basado en los excelentes resultados con esta metodología aplicada durante muchos años sobre todo en las manos de sus creadores (1-8). Este concepto fue reconsiderado por Troughood y Fisher (9) (1957), quienes sostuvieron que este aforismo perdió vigencia en vista de los progresos en las áreas de anestesia, transfusiones, fluidoterapia, etc., y publican 12 pacientes intervenidos en las primeras 12 horas después del nacimiento con excelentes resultados. Refieren tres ventajas: la anestesia local vs. la anestesia general, los altos niveles de hemoglobina y glóbulos rojos y por último, las condiciones estériles de la boca que aún no ha tenido contacto con agentes externos que pudieran favorecer algún tipo de contaminación. Posteriormente Mc Cash (10) (1958), Roudko y

Frovolá (11) (1959) y Barros Saint Pasteur (12) (1965), reportan igualmente este tipo de cirugía bajo anestesia local en las primeras 24 horas del nacimiento.

Mcheik (13) en 2002) reporta una serie de 263 casos con hendidura labial, 40 de ellos fueron operados antes de la primera semana de edad, otro grupo en las 4 primeras semanas y el último grupo entre 1 y 2 meses de vida, sin diferencias significativas en los resultados. Este autor sostiene que la cirugía temprana es el método más recomendable, aunque no reportó casos en las primeras 24 horas. Basado en estas experiencias y por la inquietud de algunos padres que, a través de los estudios de Ecosonografía prenatal en donde se constataba el labio con esta deformidad, (Figuras 1 y 2, cortesía de los Drs. Julio Brito y Jorge Bahachille), solicitaron que se les practicara la reconstrucción de su hijo lo más precozmente posible e incluso en las primeras horas de su nacimiento, para no recibir en el seno de la familia un niño deformado, lo cual produciría un fuerte impacto psicológico. Como evidencia ad-hoc valdría notar que se han presentado hechos curiosos, los cuales debemos tomar en consideración, como es el caso de una madre que se negó a ver a su hijo y se rehusó a alimentarlo hasta tanto no estuviera reconstruido.

Han habido casos, aún más graves, como el ocurrido en una zona indígena del sur de Venezuela donde nos vimos en la necesidad de realizar la intervención con carácter de “urgencia” en un neonato



Figura 1. Hendidura labial unilateral.



Figura 2. Hendidura labial bilateral.

de escasas 12 horas de vida, ya que por cultura de su grupo indígena, los recién nacidos con deformidades congénitas son abandonados en las zonas silvestres o a orillas de los ríos, quedando expuestos a agentes agresores de cualquier índole. En este caso específico, una vez intervenido, se constató que la madre había abandonado el hospital, mientras se practicaba la intervención quirúrgica de su hijo, quedando el recién nacido al cuidado de las enfermeras de la institución.

Ante esta conmovedora situación y revisando las experiencias quirúrgicas de los autores antes referidos, iniciamos un estudio comparativo del estado físico, de los valores hematológicos y de la química sanguínea en los recién nacidos normales antes y después de las 24 horas, y en los que presentaban hendidura de labio. Encontramos que en las primeras horas del nacimiento, el recién nacido es hipotónico (14), por cuyo motivo se aprecia un estado de relajación el cual facilita la realización de la intervención quirúrgica. Además se constata un sueño profundo, estado de adormecimiento y quietud (15). Desde el punto de vista hematológico, las cifras de hemoglobina y hematocrito se encuentran elevadas durante el primer día de vida lo cual es favorable para la realización de la intervención quirúrgica.

Este estudio, se realizó con el objetivo de evaluar los resultados con este tipo de cirugía realizada en las primeras 24 horas de vida en niños con hendidura labial.

MÉTODOS

Durante un período de 20 años, de enero de 1995 a febrero del 2015, hemos intervenido en las primeras 24 horas de su nacimiento a 40 pacientes con hendidura labial uni y bilateral bajo anestesia local. La edad promedio en que se practicó la cirugía fue entre las 16 a 24 horas de vida, excepto una que se realizó a las 12 horas. A todos los pacientes se les realizó evaluación por el neonatólogo y análisis de laboratorio en el preoperatorio. Veinte y cuatro fueron del sexo masculino y diez seis del sexo femenino. Veinte y cinco de ellos presentaron hendidura unilateral completa, (21 del lado izquierdo y 4 del lado derecho).

Cinco hendiduras unilaterales incompletas con banda de Simonart y nueve hendiduras bilaterales completas. Veinte y cuatro pacientes además de la hendidura labial, presentaron hendidura palatina completa, a veinte de ellos en el preoperatorio

(las primeras 12 horas del nacimiento) se les confeccionaron placas obturadoras palatinas y a de ellos, se les realizó un mes después de la intervención. Todo este procedimiento fue con la finalidad de obtener una mejoría en la deglución y también para dar inicio al estímulo de crecimiento de los segmentos maxilares, lo cual favorece la disminución progresiva de la amplitud de la hendidura palatina, facilitando de este modo el cierre de la misma a posteriori. En ninguno de los casos intervenidos hubo patología asociada.

Es importante destacar que nos encontramos ante un recién nacido que tiende a estar en posición ligeramente flexionada simulando la postura fetal y por tanto, no debe hacerse ningún tipo de presión sobre el cuerpo o la cabeza con el fin de inmovilizarlo, ya que lejos de conseguirlo, lo que se puede provocar son movimientos que impedirán el desarrollo normal de la intervención.

Con la asistencia del anestesiólogo, se comienza la limpieza de la piel de la cara con un jabón neutro y solución fisiológica tibia para evitar el enfriamiento, debe ser en forma suave ya que se trata de una piel muy vulnerable en relación a un niño de mayor edad (16). Posteriormente se realiza el trazado de la técnica seleccionada. Se comienza la infiltración con 1 a 2 cm³ de xilocaína al 1% con adrenalina al 1 x 100 000 U. Después de 3 minutos de su aplicación se practica la incisión en la piel con hoja de bisturí N° 11. Continuamos la disección del músculo orbicular evitando la lesión de las pequeñas fibras. Posteriormente procedemos a la aplicación de pinzas hemostáticas en los vasos sangrantes por algunos segundos, evitando al máximo la electrocoagulación y la ligadura de los mismos con el fin de dejar el mínimo de material extraño. Luego se procede al cierre de los planos comenzando por la mucosa labial con suturas reabsorbibles 4-0 o 5-0.

El músculo orbicular y el tejido subcutáneo con la misma sutura. La piel es suturada con seda o mono filamento 6-0, o con algún tipo de sutura de reabsorción rápida 6-0 o 7-0.

La colocación de pequeños adhesivos estériles es a veces de utilidad. Realizada la sutura de la piel, se procede a la aplicación de unguento de antibiótico de amplio espectro y colocación de gasa con el fin de absorber las secreciones. Una vez concluida la intervención, el niño pasará a la sala de recuperación las primeras 24 horas bajo la estricta vigilancia de personal especializado y todo tratamiento médico sería indicado por el neonatólogo. A pesar de que

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HENDIDURA LABIAL

otros autores (17) recomiendan no dar nada por boca las 24 a 48 horas siguientes, nosotros indicamos la alimentación después de la intervención, sin interrumpir el horario habitual para un recién nacido. Esta se puede hacer a través de una sonda gástrica, pero en la casi totalidad de los casos lo hacemos con jeringa o cucharilla dependiendo de cada caso. Sugerimos que la alimentación materna directa (succión) comience después del octavo día del posoperatorio. Las curaciones deben realizarse con solución fisiológica y ungüento antibiótico por lo menos 3 o 4 veces al día las primeras 48 horas del posoperatorio con el fin de mantener la herida limpia y libre de contaminación. Los puntos deben retirarse el octavo día de la intervención si se ha usado material no reabsorbible.

RESULTADOS

Con resultados satisfactorios, 40 pacientes recién nacidos con hendidura de labio, han sido intervenidos en las primeras 24 horas de su nacimiento. Todos fueron operados bajo anestesia local con la asistencia

del anesthesiólogo.

La evaluación pre-operatoria fue realizada por el neonatólogo en todos los casos, quien nos reportó como cifras promedio un peso de 3 170 kg y una talla de 47,57 cm. La circunferencia cefálica fue de 35,11 cm y la cifra de hemoglobina de 16,92 g % (Cuadro 1).

Tanto el examen físico como las cifras de hemoglobina y la química sanguínea preoperatoria fueron similares a la de los pacientes no hendidos. El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo en un paciente relajado y sin ningún tipo de aprehensión por estar disminuida su capacidad de percepción en general.

El tiempo quirúrgico requerido fue de 1 hora aproximadamente. En ninguno de los casos hubo variación de la frecuencia cardíaca ni respiratoria durante la intervención quirúrgica, ni sangrado importante que ameritara la indicación de algún medicamento, así como tampoco deformidad de la zona operatoria debido a la mínima cantidad de anestesia aplicada (1-2 cm³ de xilocaína al 1 % más epinefrina al 1 x 100 000 U).

Cuadro 1
(Período 1995-2015)

Pacientes	Sexo	Peso (kg)	Talla (cm)	Circunferencia Cefálica (cm)	Hemoglobina x (g/dL)
1	M	3 200	46	33,0	19,6
2	M	2 600	146	32,8	17,5
3	F	4 400	55	37,1	18,3
4	M	3 800	46	34,0	16,4
5	M	2 900	47	33,1	17,6
6	M	4 000	49	37,0	18,5
7	F	3 000	50	36,4	16,1
8	M	2 700	48	36,0	17,4
9	M	2 800	48	35,0	18,2
10	F	3 100	47	35,8	16,8
11	F	3 600	50	34,3	19,2
12	M	2 900	48	32,1	16,7
13	M	3 200	47	33,0	18,3
14	M	4 600	46	36,0	17,2
15	M	2 850	47	37,5	16,5
16	M	2 700	46	33,4	17,0
17	F	2 600	48	32,0	16,6
18	F	3 000	45	36,0	17,6
19	F	4 100	50	37,0	17,4
20	F	2 800	54	33,0	17,3
21	M	3 100	48	34,0	17,0
22	M	2 650	49	49,0	16,3
23	F	2 100	44	30,0	18,2

Cuadro 2
(Período 1995-2012)

Pacientes	Sexo	Peso (kg)	Talla (cm)	Circunferencia cefálica (cm)	Hemoglobina (g/dL)
24	M	3 200	50	33,0	17,6
25	M	2 600	48	32,1	17,3
26	F	4 400	47	49,0	18,3
27	F	2 850	46	33,0	16,4
28	F	2 700	47	33,1	17,6
29	M	4 000	46	37,0	18,5
30	M	4 100	46	36,4	16,1
31	M	2 800	47	36,0	17,4
32	M	2 800	48	35,0	18,2
33	F	3 100	47	33,4	16,8
34	M	2 100	44	30,2	18,1
35	F	2 900	47	33,5	17,8
36	M	2 850	47	36,6	16,7
37	F	3 100	47	35,8	16,8
38	F	3 600	50	34,3	19,2
39	M	2 900	48	32,1	16,7
40	M	4 100	48	36,4	16,1
Total 40	M: 24 F: 16	3 170 kg	47,57 cm	35,11 cm	16,92 g/dL

En ninguno de los pacientes hubo alteración en el crecimiento del labio o de la nariz, ni en el desarrollo óseo de los segmentos maxilares, obteniéndose una mordida normal y un adecuado movimiento del paladar blando en los que fueron operados posteriormente de hendidura palatina. Tres pacientes por razones geográficas no tuvieron un seguimiento periódico, sin embargo, los resultados fueron igualmente satisfactorios, comprobados por

las imágenes enviadas a través de correo electrónico y redes sociales.

En los casos unilaterales se practicaron, las técnicas de Millard (colgajos de rotación y avance) Tennison-Randall (colgajos triangulares) y Le Mesurier (colgajos cuadrangulares). (Figuras 3, 4, 5, 6 y 7) y en las hendiduras bilaterales se usaron las técnicas de Manchester con la modificación de Viale y col. (Figuras 8 y 9).



Figura 3.

10 min. de nacimiento

18 horas (Posop)

1 año de edad

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HENDIDURA LABIAL



Figura 4. 15 min. de nacimiento 16 horas (Post. Op) 3 años de edad



Figura 5, 10 min. de nacimiento 18 horas (Post.op) 3 meses de edad

Solo un paciente presentó una pequeña cicatriz hipertrófica a los 12 meses del posoperatorio, la cual

será corregida a los 5 años de edad simultáneamente con la corrección del cartílago alar del lado hendido. (Figura 6).



Figura 6. 10 min. de nacimiento 17 horas (Post.op) 4 años de edad



Figura 7a. 10 min. de nacimiento 21 horas (post. Op) 4 años de edad



Figura 7b. 4 años de edad 14 años de edad



Figura 8. 10 min. de nacimiento 18 horas (Post.op) 4 años de edad



Figura 9. 10 min. De nacimiento 20 horas (Posop) 2 meses de edad

DISCUSIÓN

La hendidura de labio ha sido tratada en los últimos 50 años de acuerdo a lo propuesto por Slaughter y col. (1) (1956) y corroborado por la mayoría de los cirujanos que manejan este tipo de patología, quienes sostienen, como hemos mencionado, que debe realizarse de acuerdo a la regla “por encima de los 10”, es decir, cuando el niño alcance los 3 meses de edad, 10 libras (4,5 kg) de peso y más de 10 g de hemoglobina. Sin embargo, este tipo de cirugía se puede realizar a cualquier edad, incluso en las primeras 24 horas después del nacimiento. Para ello es necesario realizar la evaluación pediátrica preoperatoria la cual debe reportar todas las características físicas, incluyendo el peso que debe oscilar entre 2,6 y 4,3 kg, talla de 46 a 54 cm y la circunferencia cefálica entre 32,8 a 37,4 cm. El ritmo cardíaco como cifra promedio de 140 p x min y la respiración entre 36 a 48 resp. x min. Todas las características físicas en nuestro estudio fueron similares a las de cualquier recién nacido normal.

Como la mortalidad en el primer día del nacimiento por lo general es alta, es recomendable que el neonatólogo además del examen físico de rutina, le indique exámenes complementarios que incluyan la exploración del estómago por catéter estéril para descartar la probabilidad de una atresia esofágica y el estudio radiológico de tórax para determinar si existe alguna lesión cardíaca congénita, que en ocasiones no puede ser detectada solo por la auscultación, sin embargo, en más de 3 000 niños con enfermedad congénita cardíaca estudiados en el Servicio de Cardiología de la División de Pediatría de *Hahnemann Medical College and Hospital*, solamente un caso presentó hendidura de paladar. Igualmente en las primeras 24 horas del nacimiento los análisis preoperatorios deben reportar valores de hemoglobina entre 15 y 19 g/dL y los eritrocitos por encima de 5 millones x mm³. La glicemia entre 20 a 25 mg/dL y el calcio como cifra promedio es de 7,8 mgL/dL, no obstante la diferencia de las cifras en relación con niños de mayor edad, en nuestra serie no se presentó ninguna alteración cardíaca, respiratoria o neurológica durante la intervención quirúrgica ni en el posoperatorio inmediato (17).

El nivel de gammaglobulina en las primeras 24 horas es alto, lo cual protege de algunas enfermedades virales y bacterianas. Igualmente el metabolismo en los recién nacidos favorece el ciclo anaeróbico y

del ácido glicólico, haciéndolos más tolerantes a los períodos de hipoxia (9).

La hemorragia espontánea no ocurre inmediatamente después del nacimiento ya que las pruebas de sangría y coagulación son normales en las primeras 24 horas, prolongándose del 2° al 5° día y revirtiéndose a la normalidad a nivel del 6° día (18). Estos hechos han sido demostrados en las cirugías intestinales e igualmente en las circuncisiones de rutina en el momento del nacimiento según Miller y Snyder (18). Por otra parte según Gotoff (19), la probable deficiencia de vitamina K se produciría entre el 2° y 5° día del nacimiento; pero nunca se ha presentado en las primeras 24 horas, excepto que la madre haya recibido medicamentos anticoagulantes durante el embarazo en cuyos casos sería corregido por la administración de vitamina K (20). El tejido conectivo en el neonato tiene gran cantidad de ácido hialurónico lo que favorece su proliferación y por ende una cicatrización más acelerada con menor probabilidad de desarrollar cicatriz hipertrófica (21).

Como se trata de una intervención con anestesia local es necesario señalar algunos aspectos que son indispensables para el desarrollo normal del acto quirúrgico. El primero de ellos es tratar de mantener desde el comienzo la “quietud” o “tranquilidad” del paciente y para ello es de suma importancia tomar en consideración el concepto de Haslam (22) quien sostiene que el nivel de alerta del recién nacido depende de muchos factores, incluyendo el tiempo de la última comida (4 a 5 horas), la temperatura de la sala y la edad de gestación. Por esta razón sugerimos que la cirugía debe iniciarse en el lapso de tiempo intermedio entre una comida y la siguiente para evitar que el hambre cause llanto, lo cual produciría movimientos indeseables durante la intervención quirúrgica. La temperatura del quirófano debe ser lo más cercana a la temperatura corporal.

La intervención se planificará, aproximadamente entre las 16 a 24 horas del nacimiento, lapso de tiempo suficiente para que el moco o restos de sangre que pudiera haber deglutido en el momento del parto hayan sido neutralizados, de lo contrario, podría presentarse vómito originado por irritación de la mucosa gástrica (23).

Del grupo de pacientes cinco parejas refirieron antecedentes familiares. En ninguna de ellas hubo aparentemente influencia de factores ambientales de importancia, ni desnutrición, ni automedicamentos, ni patología durante el embarazo. Dos de ellas manifestaron “stress” durante las primeras semanas

de gestación y una de las madres de origen indígena, se le constató desnutrición atribuible a sus precarias condiciones de vida.

Las edades de los padres oscilaron entre los 21 y 27 años en las madres y entre 24 y 35 años en los padres. Solo en una pareja la madre tenía 41 años y el padre 52 años respectivamente.

Desde el punto de vista socioeconómico, 25 pacientes provenían de clase media, 8 de clase alta y 6 de familias de escasos recursos. Treinta madres tuvieron control prenatal en forma regular, 5 control prenatal irregular y 4 sin control prenatal. De las 30 madres con control prenatal regular, todas reportaron el diagnóstico ecosonográfico de la hendidura labial lo que nos permitió realizar varias entrevistas con los padres los días previos antes del parto, con la finalidad de realizar la planificación de la intervención quirúrgica. De acuerdo a estas consideraciones Hruskova y col. (23) (1998), reportan que la hendidura de labio puede diagnosticarse a través del ecosonograma en la 13ª semana del embarazo. Una vez detectada la deformidad a través de este examen se le da a la madre la oportunidad de obtener información en relación al tratamiento y pronóstico del feto, así como la participación del obstetra, neonatólogo y cirujano plástico.

Es importante destacar que en nuestra serie, actualmente una de las madres presenta un nuevo embarazo de 4 meses de evolución y aun cuando no se ha reportado en el ecosonograma ningún tipo de deformidad, los padres han solicitado la presencia de nuestro equipo de cirujanos en el momento del nacimiento, hecho que demuestra el gran estado de aprehensión que se presenta en ellos, motivo que nos induce a dar un mayor apoyo a las parejas que previamente han tenido un hijo con esta patología e insistirles en la importancia del asesoramiento genético en caso de planificar nuevos embarazos. Tuvimos otro caso en que se había planificado la intervención previamente porque se había reportado hendidura de labio en el ecosonograma, resultando negativo en el momento del nacimiento, lo cual amerita ahondar más profundamente antes de emitir cualquier tipo de diagnóstico desde el punto de vista ecosonográfico.

Conclusiones

La cirugía del labio hendido en las primeras 24 horas del nacimiento con anestesia local constituye

un reto para los cirujanos que se dedican a este tipo de cirugía. Las interrogantes que pudiéramos tener han sido dilucidadas: se trata de una cirugía relativamente sencilla en un paciente con un estado de quietud extraordinario, aunado a las excelentes condiciones físicas, a los niveles hematológicos y de química sanguínea, así como a las cifras normales de coagulación y por la inmunidad transferida de la madre en ese período de vida, son factores para una mínima morbilidad, por cuyo motivo recomendamos la intervención quirúrgica a esta edad.

Como en los últimos 50 años no se ha publicado ningún artículo sobre la cirugía del labio hendido en las primeras 24 horas del nacimiento, consideramos que debemos continuar las investigaciones y en base a ellas poder ofrecer a este tipo de pacientes un tratamiento óptimo y sin complicaciones como lo hemos demostrado en esta publicación.

La evaluación de los resultados nos permite mencionar las siguientes ventajas:

Es un paciente que además de tener la inmunidad de la madre, el labio no ha tenido contacto con ningún elemento externo, excepto por la sonda de aspiración, por lo que habrá muy pocas probabilidades de infección.

No es necesaria la anestesia general. La anestesia local permite mayor campo operatorio y la cantidad de anestesia suministrada es de apenas 1 a 2 cm³ aproximadamente, por tanto no distorsiona la anatomía del área a intervenir.

Los valores hematológicos son excelentes, la hemoglobina está por encima de los 15 g % y el número de eritrocitos cerca de los 5 000 000 xmm³.

El tratamiento quirúrgico se realiza en el mismo hospital donde fue asistida la madre en el momento del parto o cesárea.

El paciente por lo general está tranquilo y relajado sin las reacciones habituales de defensa que pudiera manifestar un niño de mayor edad.

La alimentación puede comenzarse inmediatamente después de la operación.

Se percibe gran satisfacción en el entorno familiar al recibir un niño reconstruido.

La madre en el momento de la alimentación no siente ningún tipo de temor, porque piensa que con el labio reconstruido va a tener "menos problema" al suministrarle el alimento.

El proceso de cicatrización es mucho más acelerado y los cuidados de la zona operada son mucho más sencillos debido al estado de relajación.

A diferencia de otros autores, la reconstrucción

del labio se realiza en un solo tiempo quirúrgico.

Correspondencia

Dr. José Ortega Lara
 Policlínica Méndez Gimón
 Av. Andrés Bello
 Caracas – Venezuela
 e-mail: Fundapafi1@gmail.com Twitter: fundapafihlp
 Facebook: fundapafi1
 e-mail: ortegavenezuela@yahoo.com Twitter: @ortega597 Instagram: @fundapafi1

REFERENCIAS

1. Slaughter WB, Pruzansky S, Harris HL. Cleft lip and cleft palate: Surgical considerations. *Pediatr Clin North Am.* 1956;3:1031-1036.
2. Brauer RO. Repair of the bilateral cleft lip. En: Georgiade NC, Hagerty RF, editores. *Symposium of Management of Cleft Lip and Palate and Associated Deformities.* St. Louis, C.V., Mosby Co.; 1974.
3. Skoog T. The management of the bilateral cleft of the primary palate (lip and alveolus). Part: General considerations and soft tissue repair. *Plast Reconstr Surg.* 1965;35:34.
4. Cronin TD. *Plastic Surgery.* W.B. Saunders Co.; 1990;4:2656;
5. Manchester WM. The repair of bilateral cleft lip and palate. *Br J Plastic Surg.* 1990;52:878.
6. Millard DR., Jr. Earlier correction of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1982;70:64.
7. Mulliken JB. Principles and techniques of bilateral cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75:477.
8. Noordhoff MS. Bilateral cleft lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78:45.
9. Throughgood WC, Fischer CC. Note on repair of cleft lip at the twelfth hour after birth. *Pediatrics.* 1957;20:698-702.
10. McCash Ch.R. Cleft lip repair in the newborn. *Br J Plast Surg.* 1956;9:235.
11. Roudko MV, Frovola L. Opération du bec-de-lièvre dans les premiers jours de la vie. *Rev Stomat.* 1962;63:432.
12. Barros-Saint-Pasteur J. Tratamiento del labio leporino bilateral complicado. Tres tiempos quirúrgicos. *Rev Latinoamer Cir Plast.* 1962;6:165.
13. Mcheik JN, Levard G, Vergnes P, Bondonny JM. Early repair for infants with cleft lip. Retrospective study of 263 cleft lip repairs. *Ann Chir Plast Esthet.* 2002;47(3):204-209.
14. Fischer CC. The first day of life-the physician's responsibility. *M Clin North Am.* 1952;36:1561.
15. Davies D. The one-stage repair of unilateral cleft lip and palate: A preliminary report. *Plast Reconstr Surg.* 1966;38:129-136.
16. Smith CA. *The Physiology of the New born Infant.* 2ª edición. Springfield, Thomas; 1951:116.
17. Richard F, Dalton Jr., Marc A, Forman BA Muller N. *Textbook of Pediatrics.* Fourteenth edition. W.B. Saunders Co.; 1992.
18. Miller RL, Snyder DC. Immediate circumcision of newborn male. *Am J Obst Gynec.* 1951;65:1.
19. Gotoff SP, Nelson. *Textbook of Pediatrics.* Fourteenth edition. W.B. Saunders Co.; 1992;9:421-524.
20. Fernández GMP. *Manual de Biología del Desarrollo.* 3ª edición. Editorial Manual Moderni; 2002.
21. Straith RE, Teasley JL, Moore LT. Local anesthesia in the newborn. *Plast Reconstruct Surg.* 1955;16:125-134.
22. Robert HA, Haslam N. *Textbook of Pediatrics.* Fourteenth edition. W.B. Saunders Co.; 1992;20:1473-1482.
23. Hrusková H, Calda P, Zizka Z, Krofta L, Baxová A, Zidovská J, et al. [Cleft lip and palate--prenatal diagnosis and counseling]. *Ceska Gynekol.* 1998;63(5):382-387.