


# 1

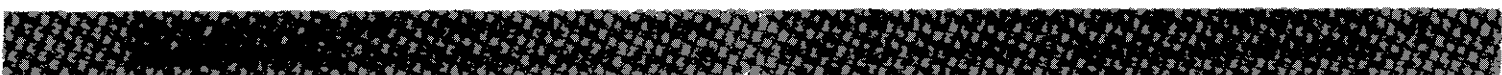
## ASPECTOS HISTORICOS DEL LABIO Y EL PALADAR HENDIDOS

*\*Dr. Alberto Kurzer S.*



El autor hace un resumen sobre el desarrollo de las técnicas quirúrgicas para la corrección del labio y el paladar hendidos. Aunque ambas entidades eran conocidas desde la antigüedad, su historia se trata por separado puesto que las palatorrafias solo fueron descritas en el siglo XIX, debido a la falsa idea de que siempre se asociaban a sífilis.

**Palabras claves:** Queilopalatosquisis, historia



The author reviews the development of surgical techniques to repair cleft lips and palates. Although both of them were known since ancient times, they are studied separately since palate repairs were held back for many centuries because physicians believed that they were always the direct result of syphilitic infections.

**Key words:** Cleft lip and palate, history

---

\* Profesor Servicio de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano, Universidad de Antioquia, Medellín.  
Dirección separatas: Apartado Aéreo 17-28, Medellín.

## INTRODUCCION

Aunque tanto el labio como el paladar hendidos son tan antiguos como la humanidad, su historia debe tratarse por separado puesto que las cirugías reconstructivas no se desarrollaron simultáneamente, debido a la falsa idea de que las palatosquisis siempre se debían a secuelas de sífilis terciarias (1).

## QUEILOSQUISIS

En el museo arqueológico de Corinto en Grecia, existe una escultura que data del siglo IV antes de Cristo que representa la cabeza de un payaso con las deformidades características de un labio hendido unilateral. El segmento medial contiene un filtro y un arco de Cupido bien formados, aunque un poco deformes; el segmento lateral es pequeño y está retraído hacia la comisura; el ala nasal está aplanada y la punta está desviada hacia el lado contralateral (2).

La cultura Mochica del Alto Perú se especializó en artes cerámicas, representando caras y expresiones humanas, al igual que los órganos genitales y posiciones sexuales. En el museo arqueológico de Lima existen varias esculturas que datan de los años 200 a 400 D.C. Una de ellas representa una hendidura de la línea media posiblemente de origen congénito, aunque algunos sostienen que representa secuelas de leishmaniasis o de una mutilación ritual que se efectuaba para castigar el adulterio (3). Otra es un vaso que muestra una queilosquisis bilateral, con un prolabio pequeño y en otra, se observa una hendidura unilateral con una pieza dentaria en posición anómala y la deformidad nasal típica de esta entidad (3).

En la costa este de Méjico se encontró una cerámica del siglo I después de Cristo que representaba un jefe indio Nazarit (4) y en las regiones de Tabasco y Veracruz, esculturas Olmecas del 1500 A.C., ambas con secuelas semejantes a las ya descritas (5).

La cultura Bahía floreció en Manabí, Ecuador. En esta región se descubrió una estatua tallada hace aproximadamente 2000 años que re-

presenta probablemente un rey u otro miembro prominente de la comunidad, con una queilosquisis unilateral incompleta ya que no se asocia a deformidad del ala nasal (6).

En la literatura médica estas hendiduras aparecen alrededor del año 170 cuando Galeno las denomina colobomas (3).

Parece que fueron los chinos, alrededor del año 390 D.C., durante la dinastía Chin, quienes bautizaron la deformidad con el nombre que conocemos hoy en día: Leporino. En realidad existe gran semejanza entre el labio superior de estos roedores y las hendiduras labiales congénitas que permiten la visualización de los incisivos centrales y el aspecto nasal con una punta aplanada, unas alas amplias sin ángulo nasolabial y una columela corta (3). Aunque este nombre persiste en muchos idiomas (T'u Ch'ueh, lagocheilos, bec-de-lièvre, hasenscharte, harelip), debería reemplazarse por el término científico de queilosquisis.

Se desconoce con certeza quién efectuó la primera queilorrafia. Se ha sugerido que fue el médico romano Aurelio Cornelio Celsus alrededor del siglo primero después de Cristo (3); sin embargo las pruebas existentes no son concretas y quizá él solo trató defectos traumáticos y no congénitos (7).

La traducción de los anales compilados a comienzos de la dinastía Tang en China, revela lo que podría considerarse como la primera queilorrafia bien documentada. Parece ser que Wei Yang - Chi, hijo de un agricultor, nació con una queilosquisis unilateral. Alrededor del año 390 un adivino le predijo al muchacho, leyéndole la palma de la mano, que sería rico y famoso. Cuando cumplió 18 años viajó a ver al gobernador Yin Chung-K'an. Este se impresionó con el joven y lo hizo examinar de su médico particular, quien dijo que lo podría curar, cortando y suturando los bordes del defecto; sin embargo, era necesario un reposo postoperatorio de 100 días, durante los cuales el paciente no podía reír ni hablar y debía alimentarse únicamente con líquidos. La cirugía se realizó con éxito y el joven llegó a ser gobernador general de seis provincias (8).

## ASPECTOS HISTORICOS

Durante esta misma dinastía, entre los años 618 y 901, Fang Kan se hizo famoso como "cirujano de labios" (9).

El próximo grupo de especialistas que sobresalió por avivar y suturar estos defectos, fue el de los cirujanos sajones denominados leeches o sanguijuelas, por sus técnicas de sangría. En el libro de Bald, que data del año 950, la cirugía se describe así: "Machacar almácigo muy pequeño, agregar una clara de huevo y mezclar; cortar con un cuchillo los bordes labiales falsos y suturarlos con seda; luego aplicar el ungüento por fuera y por dentro, para evitar que se pudran las suturas" (3, 13).

A comienzos del siglo XIV, el cirujano flamenco Jehan Yperman, describe con detalle su técnica de queilorrafia uni y bilateral y recomienda la sutura mediante agujas triangulares enhebradas con hilos encerados. Además utilizaba como refuerzo una aguja larga que atravesaba todo el labio y se mantenía en posición con un hilo colocado en forma de ocho. Este mismo cirujano criticó la práctica de incisiones laterales de relajación en las mejillas, que eran recomendadas por algunos contemporáneos en hendiduras amplias, ya que se producían grandes desfiguraciones (3, 9, 10).

Heinrich von Pfolspundt, cirujano militar bávaro, recomienda en 1460, el refrescamiento de los bordes con tijeras y el uso de suturas en todo el espesor del labio y no solo en la piel y la mucosa. Sobre ellas colocaba un yeso medicado que se cambiaba dos veces al día durante tres semanas (3, 9).

En 1530 Hieronymus Brunschwig de Alsacia, reporta el cierre mediante suturas enceradas de seda, reforzadas con una pinza especial, sobre las cuales colocaba una pasta preparada con cáscara y claras de huevo (3, 9).

En 1556 Pierre Franco describe las técnicas quirúrgicas más detalladamente (11) y en 1558 Ambrosio Paré ilustra los procedimientos por primera vez (9). Franco utilizaba agujas o pedazos triangulares de tela que se adherían a la piel con una pasta preparada con albúmina de huevo, y recomendó la movilización de los

segmentos laterales para poder obtener una sutura sin tensión (3, 9, 11). Además cometió el error de defender la resección de la premaxila en las hendiduras bilaterales excesivamente amplias, para disminuir la tensión en el momento de la queilorrafia (12). Paré utilizaba una sutura en forma de ocho (3).

Gaspar Tagliacozzi, de Boloña, probablemente discípulo de Paré, describió un cierre con puntos en colchonero que incluían todas las capas labiales y abandona el uso de agujas transfixantes sostenidas con suturas en figura de ocho (3, 9).

En 1600 Hieronymus Fabricius de Padua, pupilo de Fallopius y maestro de Harvey, describió la utilización de mucosa oral y de los tejidos alveolares para cerrar la hendidura y reforzaba la rafia con un vendaje circular (9).

En 1686 el alemán Johan Phillip Hofman diseña un aparato tipo corset, con extensiones hacia las mejillas, para presionar la premaxila y llevarla a una mejor posición antes de efectuar la queilorrafia (9, 12, 13). Estas ideas fueron reformadas por varios médicos franceses como Desault y Malgaigne, norteamericanos como Hildren y alemanes como von Bardeleben durante los siglos XVII y XVIII (12). Este último propuso en 1865 la resección subperióstica del vómer para retroponer la premaxila, técnica que es utilizada en la actualidad en algunos centros, con ligeras modificaciones (12). De esta manera se cambian los principios de Joseph Gensoul, de París, quien había recomendado en 1833 la fractura con forceps de esta estructura.

Con el fin de evitar las deformidades en escotadura que frecuentemente se producían por el cierre labial en línea recta, desde 1816 Carlos Ferdinando von Graefe introduce el uso de incisiones curvas (14) y en 1824 Juan Federico Dieffenbach reconoce la necesidad de alargar la columela en queilosquis bilaterales (12).

Empiezan entonces a aparecer otras técnicas de queilorrafia, algunas nuevas y otras modificaciones de las anteriores. Los colgajos laterales triangulares fueron diseñados por Mirault

en 1846 y los rectangulares por Simon, de Zurich, mejor conocido por haber descrito la banda de Simonart en las hendiduras incompletas (15). En un intento de facilitar la queilorrafia en hendiduras bilaterales, este mismo médico, en 1864, diseña dos colgajos laterales de mejilla que se suturan al prolabio, procedimiento probablemente precursor de las adherencias labiales utilizadas en la actualidad (15). La combinación de éstas con las Z plásticas y los colgajos mediales de prolabio, posteriormente originó las técnicas modernas (3, 12).

## PALATORRAFIAS

Aunque como se mencionó inicialmente, el paladar hendido había sido reconocido desde la antigüedad, muy poco se hizo hasta aproximadamente 160 años para su corrección. Se han encontrado momias egipcias de la era precristiana y cráneos del primer siglo después de Cristo, con evidencias claras de este defecto (1).

Jehan Yperman, quien como se dijo, fue el primero en describir con detalle las queilorrafias en el año 1300, no menciona las palatorrafias (1).

Jacques Houllier sutura los bordes de un velo traumatizado en 1552 (13) y cuatro años más tarde, Pierre Franco es tal vez el primero en recalcar el origen congénito de la entidad, ya que sus contemporáneos solo pensaban en la etilogía sifilítica o traumática (1).

En 1560 Amatus Lusitanus diseña los obturadores palatinos para mejorar la fonación y en 1554 Ambrosio Paré se encarga de difundir la idea en sus escritos (13).

En 1706 André Myrrhen reporta el alargamiento del paladar blando para compensar la pérdida de la úvula en un paciente (13); es una lástima que no se hubiera dado cuenta que igual procedimiento podía utilizarse para cerrar paladares blandos hendidos.

El crédito de haber operado el primer paladar hendido congénito pertenece al dentista francés Le Monnier, de Rouen, quien en 1764

propuso y realizó una cirugía en tres etapas (13, 16). Le Monnier también reparó exitosamente perforaciones palatinas que habían sido tratadas hasta entonces con obturadores (1).

En 1779 Eustache de Beziere propone a la Academia de Medicina de París, la sutura de los velos del paladar cuando estos han sido divididos para reseca pólipos nasales y 4 años más tarde describe los detalles quirúrgicos sugiriendo que también pudiera utilizarse en casos congénitos (13); sin embargo, en 1784, Dubois condena el procedimiento y la academia lo olvida (1).

Aunque en 1813 Colombe sutura un paladar hendido en un cadáver (13), las técnicas hasta ahora descritas son olvidadas hasta que en la segunda mitad del siglo XIX von Graefe y Roux acaban con las malas enseñanzas de los 4300 años anteriores que habían relegado a la ignorancia, la superstición y la timidez, este tipo de patología. En 1816 Carlos Ferdinando von Graefe publica su método de palatorrafia por medio de suturas, luego de producir inflamación con ácido muriático (14). Sin conocer estos trabajos, en 1819, el francés Philibert Joseph Roux, opera exitosamente al doctor John Stephenson y lo presenta ante la Academia de París como el primer paciente curado de un paladar hendido congénito (1). El doctor Stephenson utiliza su experiencia trans y postoperatoria para su tesis de grado en Medicina (17). Se suscita entonces una gran discusión entre médicos franceses y alemanes, reclamando haber sido los primeros, la cual es resuelta por el mismo Roux quien acepta que von Graefe lo precedió y se excusa razonando que desconocía la literatura alemana, pues ignoraba dicho idioma (16).

También en 1819 John Collins Warren, profesor de cirugía de la Universidad de Harvard, describe un cierre del paladar blando, advirtiendo que había oído decir de cirugías similares en Francia y Alemania pero que desconocía los detalles (16).

Todas estas técnicas, sin embargo, se complicaban debido a la tensión excesiva en el área

de la sutura. En 1826 el médico polaco Juan Federico Dieffenbach empieza a utilizar incisiones laterales de relajación como una solución parcial a este problema (18). Este mismo médico cierra el primer paladar duro en 1827 y un año más tarde diseña los colgajos óseos.

En 1843 Jonathan Mason Warren recomienda la disección subperióstica del paladar hasta el pilar amigdalino anterior (16), pero el crédito de haber utilizado colgajos mucoperiósticos, lo cual da solución definitiva a este problema, pertenece al médico alemán Bernard von Lagenbeck quien en 1859 cierra por primera vez un paladar completo duro y blando, en un solo procedimiento que él mismo denominó urano-estafilorrhafia (19). Desde los períodos iniciales se había apreciado el problema del paladar corto. Roux mismo propuso en 1825 una incisión transversa extendiéndose hasta la región pterigoidea con el fin de alargarlo (16). En 1879 Gustavo Passavant propone algo similar, utilizando un obturador para ocluir el defecto donante o dos colgajos anteriores. En 1918 Roberts, en Filadelfia, diseña lo que se considera la idea precursora del cierre V-Y para alargar el paladar (20), el cual es descrito por el alemán Hugo Ganzer en 1920 (16).

Dos años más tarde Víctor Veau hace énfasis en otros dos pilares fundamentales de la palatorrafia moderna: el colgajo de vómer para el cierre del paladar duro y la importancia de la anatomía muscular anormal, prestando especial atención a la restauración de la capa muscular en el paladar blando (21). En el primer procedimiento Veau utilizaba colgajos de vómer para la superficie nasal y colgajos mucoperiósticos para una segunda capa en la región oral. En la segunda cirugía o en los paladares blandos hendidos, usaba una modificación de Ganzer, colocando una sutura metálica en los músculos (16).

Este último método fue refinado por William Wardill (22) y Tomás Pomfret Kilner, quienes trabajando independientemente describen en 1937, el cierre V-Y que conocemos actualmente. Aunque este procedimiento es denominado Veau-Wardill, debiera en realidad llamarse de Veau-Kilner ya que el primero lo utilizaba ligando ambas arterias palatinas posteriores, mientras que el segundo se oponía a ello y recomendaba más bien la osteotomía del foramen palatino para obtener mayor movilidad del colgajo (16).

En 1925 George Dorrance describe el colgajo en herradura para tratar los paladares hendidos submucosos (23) y en 1961 Peet publica la técnica de los cuatro colgajos, dos anteriores y dos posteriores, mejor conocida como de Oxford (24).

Aunque la importancia de la inserción muscular anómala se sospechó desde épocas muy tempranas, muy poco se hizo para darle un tratamiento adecuado. En 1844 Sir William Fergusson diseñó una cirugía para dividir el elevador del velo del paladar, el palatofaríngeo y el palatogloso (16). Muy pocos médicos de la época reconocieron la antifuncionalidad de este procedimiento pero entre los que se le opusieron debe mencionarse a Sir James Berry, quien también había nacido con palatosquisis y Teodoro Billroth (16). Este último propuso en 1887 la fractura del gancho del esfenoides para disminuir la tensión y así evitar la sección muscular. En 1912 Ombrédanne propone una técnica para suturar ambos elevadores del paladar después de haber seccionado la expansión aponeurótica y ya mencionamos como Veau nuevamente enfatiza la importancia de este procedimiento (21) el cual fue olvidado hasta años recientes (25).

1. Rogers, B.O.: Palate surgery prior to von Graefe's pioneering staphylorrhaphy (1816): An historical review of the early causes of surgical indifference in repairing the cleft palate. *Plast. Reconstr. Surg.* 39: 1, 1967.

2. Skoog, T.: A head from ancient Corinth. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* 3: 49, 1969.

3. Millard, D.R., Jr.: Cleft. The evolution of its surgery. I. The unilateral deformity. Little, Brown and Co., Boston, 1976.

4. Ortiz-Monasterio, F., Serrano, R.A.: Cultural aspects of cleft lip and palate treatment. Grabb, W.C., Rosenstein, S.W., Bzoch, K.R.: Cleft lip and palate. Little, Brown and Co., Boston, 1971.
5. Ortiz-Monasterio, F.: The precolombian world seen through the eyes of a plastic surgeon. *Plast. Surg. News* 8: 184, 1983.
6. Orticochea, M.: The harelippped King: A pre-Colombian ceramic statue over 2000 years old. *Brit. J. Plast. Surg.* 36: 392, 1983.
7. Davis, J.S.: The story of plastic surgery. *Ann. Surg.* 113: 641, 1941.
8. Boo-Chai, K.: An ancient chinese text on a cleft lip. *Plast. Reconstr. Surg.* 38: 89, 1966.
9. Rogers, B.O.: Harelip repair in colonial America. A review of 18th century and earlier techniques. *Plast. Reconstr. Surg.* 34: 142, 1964.
10. Vrebos, J.: Jehan Yperman, medieval cleft lip surgeon. *Plast. Reconstr. Surg.* 70: 762, 1982.
11. Barsky, A.J.: Pierre Franco, father of cleft lip surgery: His life and times. *Brit. J. Plast. Surg.* 17: 335, 1964.
12. Millard, D.R., Jr.: Cleft Craft. The evolution of its surgery. II. Bilateral and rare deformities. Little, Brown and Co., Boston, 1977.
13. Rogers, B.O.: History of cleft lip and palate treatment. Grabb, W.C., Rosenstein, S.W., Bzoch, K.R.: Cleft lip and palate. Surgical, dental and speech defects. Little, Brown and Co., Boston, 1971.
14. Rogers, B.O.: Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840). *Plast. Reconstr. Surg.* 46: 554, 1970.
15. Gibson, T.: Gustav Simon (1824 - 1876): Simonart (s) (z) of the band?. *Brit. J. Plast. Surg.* 30: 255, 1977.
16. Millard, D.R., Jr.: Cleft craft. The evolution of its surgery. III. Alveolar and palatal deformities. Little, Brown and Co., Boston, 1980.
17. Stephenson, J.: Repair of cleft palate by Philibert Roux in 1819. *Plast. Reconstr. Surg.* 47: 277, 1971.
18. Goldwyn, R.M.: Johann Friedrich Dieffenbach (1794-1847). *Plast. Reconstr. Surg.* 42: 18, 1968.
19. Goldwyn, R.M.: Bernard von Langenbeck. His life and legacy. *Plast. Reconstr. Surg.* 44: 248, 1969.
20. Roberts, J.B.: Osteoplastic operations for complicated cleft palate. *Int. Clin.* 28: 220, 1918.
21. Converse, J.M.: Victor Veau (1871-1949). The contributions of a pioneer. *Plast. Reconstr. Surg.* 30: 225, 1962.
22. Wardill, W.E.M.: The technique of operation for cleft palate. *Brit. J. Surg.* 25: 117, 1937.
23. Dorrance, G.M.: Lengthening the soft palate in cleft palate operations. *Ann. Surg.* 82: 208, 1925.
24. Peet, E.: The Oxford technique of cleft palate repair. *Plast. Reconstr. Surg.* 28: 282, 1961.
25. Maue-Dickson, W., Dickson, D.R.: Anatomy and physiology related to cleft palate: Current research and clinical implications. *Plast. Reconstr. Surg.* 65: 83, 1980.