

# ARTICLES

## LABIO LEPORINO: EVOLUCION HISTORICA

Dr. L. Tresserra Llaurado

Académico correspondiente

Lluçanés, 10 08022 Barcelona Tel. 211 30 97

### INTRODUCCION

El labio leporino, es una malformación que llamó la atención del hombre desde tiempos remotos.

Considerada al inicio, obra divina, intocable, más tarde fue vista como una anomalía que había que corregir.

La primera referencia de una operación de labio leporino la hace Boo Chai (1966), quién afirma que el primer labio leporino de la historia que se operó con éxito, fue intervenido por un desconocido cirujano chino en el año 390 antes de Cristo.

El paciente que se llamaba WEI YANG-CHII, era un campesino que llegó a ser un alto cargo del Estado de CHU (Gobernador general de 6 provincias).

Revisando la historia vemos que referente al tratamiento se hacen muchos cambios e incluso se vuelve a ideas ya abandonadas, lo que hace que el progreso sea ondulante y continuamente discutido. Ello es debido a que no se tiene en cuenta la gran variedad anatómica de la malformación ni el distinto potencial de desarrollo de cada paciente. Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3

Esto explica los diferentes resultados obtenidos con una misma técnica o manera de proceder.

Por otro lado, el larguísimo intervalo de tiempo necesario para poder juzgar el resultado definitivo (al final del crecimiento), permite reflexionar y cambiar de enfoque y de tratamiento.

El análisis histórico de los progresos e incertidumbres del pasado nos parece útil.

### EVOLUCION HISTORICA

Para facilitar la comprensión de como ha evolucionado históricamente el tratamiento del labio leporino, revisaremos aisladamente 3 épocas:

1. Desde la antigüedad hasta el Renacimiento.
2. Del Renacimiento hasta principios del siglo XIX.
3. Desde principios del siglo XIX hasta la actualidad.

#### 1. DESDE LA ANTIGUEDAD HASTA EL RENACIMIENTO

Prescindiendo de los hallazgos prehistóricos, la primera documentación en la historia de la humanidad sobre la existencia de la fisura labio-alveolar-palatina, se localiza en una momia de 2.000 años a. de C.

En el Museo Arqueológico de Corinto se encuentra una estatuilla griega, de terracota, del siglo IV a. de C., que calca fielmente los caracteres del labio leporino. Fig. 4

Aunque de forma breve y confusa (no se diferenciaban bien las formas congénitas de las adquiridas por traumatismos y sobre todo sífilis), debemos a CELSO la primera descripción científica sobre las fisuras. CELSO (año 25 d. de C.), cirujano romano, proponía incidir los márgenes de la fisura, después incidir la mucosa a lo largo de la arcada alveolar, acercamiento de bordes y sutura.

Creemos que CELSO se refiere a las ano-



*Figura 1*  
*Labio leporino simple unilateral.*



*Figura 2*  
*Labio leporino unilateral total asociado a figura palatina.*



*Figura 3*  
*Labio leporino bilateral total.*



*Figura 4*  
*Terracota del siglo IV a. de C.*

malias congénitas por la frase "Quaetamen interdum etiam **duobus locis** curta esse consuerunt" ("Sin embargo en **ambos lugares** acostumbraron a estar también aquellas"). Este "**ambos lugares**" indica bilateralidad y la bilateralidad no es frecuente en las lesiones adquiridas.

GALENO (129-200 d. de C.) médico griego nacido en Pérgamo y que ejerció en Roma, a las fisuras congénitas de labio las llama "Lagocheilos", pero no dedica atención al tratamiento quirúrgico.

ALBUCASIS (936-1013), cirujano árabe que trabajó en Córdoba (España), en su manuscrito que se halla en la Biblioteca Casanatense de Roma, afirma que las fisuras de labio deben ser necesariamente reavivadas mediante cauterización y suturas sirviéndose de agujas de peletero.

La primera descripción precisa sobre la intervención de labio leporino fue hecha por JOHANN YPERMAN (1260-1332). Describe el reavivamiento de los bordes y la sutura profunda hecha con agujas triangulares. Fig. 5

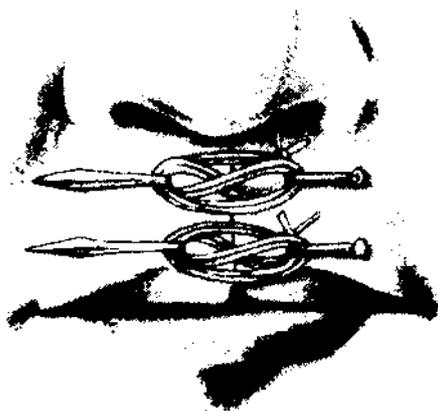


Figura 5  
Sutura con agujas triangulares.

Curiosamente desapruueba las incisiones laterales de descarga a nivel alveolar propuestas por CELSO.

Más tarde, PIETRO ARGELATA (1423), aunque apenas hace alusión al tratamiento, diseña un instrumento utilizado para

cortar y cauterizar los bordes, que una después con "esparadrapo".

En 1215 el Papa INOCENCIO III dicta un Decreto diciendo que "la cirugía y la pérdida de sanbre iban en contra de la moral cristiana". Esto ocasionó un bloqueo y retraso en la evolución de la cirugía del labio leporino que duró hasta el siglo XVI (tres siglos).

## 2. DEL RENACIMIENTO HASTA PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX

En el Renacimiento se inician estudios más profundos y racionales. Se diferencian bien las formas congénitas de las adquiridas (frecuentemente por sífilis).

Se alude ya a la coexistencia entre el labio leporino y la fisura palatina.

A principios de 1500, SYLVIVS describe ordenadamente los tiempos operatorios:

- Separar el labio del maxilar.
- Escarificar los bordes de la fisura.
- Aplicar emplastos aglutinantes.
- Suturar mediante hilos fuertemente anudados.

PIERRE FRANCO (1505? - 1579), cirujano provenzal, en su "Petit traite" publicado en 1556, realiza un amplio estudio sobre las fisuras labio-alveolo-palatinas, remarcando la existencia de diversos tipos. A las formas bilaterales las llama "dents de lièvre". Si los incisivos sobresalen mucho, los extirpa con su base ósea. Fig. 6



Figura 6  
"Dents de lièvre".

Contemporáneo de FRANCO, es AMBROISE PARE (1510-1590), que en 1568 utiliza el término "bec-de-lièvre" que es de la manera que todavía hoy se denomina en Francia el labio leporino. De forma similar a YPERMAN sutura el labio mediante agujas e hilo encerado retorcido en 8.

GASPARE TAGLIACOZZI, bolognés, probablemente discípulo de PARE, en 1597 en su libro "De Curtorum Chirurgia", describe con detalle una intervención de labio leporino.

Es interesante hacer notar que durante este período ENRIC VAN ROOMNHUYZE (1622-1672), afirma que los labios leporinos deben ser operados por encima de los 3-4 meses de edad. Según su opinión (y la nuestra) si se operan antes los resultados no son favorables.

COOK OF WARWICK (1614-1688), fue el primero en advertir que la premaxila no debe de ser extirpada ya que su extirpación afecta gravemente el desarrollo de la cara.

Como curiosidad, el periódico Boston Evening Post, el Viernes 1 de Septiembre de 1770, publicó la siguiente interesante noticia: "Hace unas semanas, en Milton cerca de Bruch-Hill se operó con gran perfección un joven con labio leporino".

Dentro de la América Colonial, WILSON (1736-1790), fue el primer Norteamericano en publicar en artículo sobre una intervención de labio leporino.

### 3. DESDE PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX HASTA LA ACTUALIDAD

En el segundo-tercer decenio del 1800, se produce un cambio esencial, se toma en consideración la importancia estético-funcional del labio, preocupándose ya de los resultados dismórficos, retracciones, etc.

CARL FERDINAND VON GRAEFE, profesor de cirugía de la Universidad de Berlín (1825) traza incisiones curvilíneas para extirpar los bordes. Fig. 7

Hasta el momento, todas la incisiones producían gran retracción del labio hacía arriba, especialmente a nivel del bermellón (escotoma labial); JOSEPH FRANÇOIS MALGAINÉ de París (1843), obsesionado

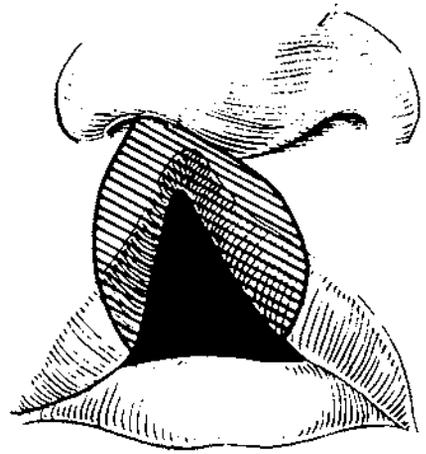


Figura 7  
Técnica de Von Graefe. Incisiones curvilíneas.

por ello, usa un doble colgajo cutáneo-mucoso, que traccionado hacia abajo pretende evitar la tirantez y hundimiento del labio.

Dos meses más tarde de que MALGAINÉ reportara su método, G. MIRAULT, también de París (1844), le escribe, sugiriendo realizar una incisión horizontal en el borde externo de la fisura labial. De esta incisión resulta un colgajo tipo triangular. ¡Es el primero en crear un colgajo triangular!

Con esto MIRAULT mejoró mucho la técnica de MALGAINÉ y fue el inicio y estímulo para múltiples modificaciones en que se basan autores como MAURICE COLLIS de Dublin (1868); JAMES E. THOMPSON (1863-1927), profesor de cirugía de Texas, aunque inglés de origen.

Estas modificaciones se fueron sucediendo por un período superior a los 100 años.

Dos grandes cirujanos de San Louis, dedicaron grandes esfuerzos en mejorar y perfeccionar la técnica de MIRAULT. Fueron VILROY PAPIN BLAIR y JAMES BARRÉTT BROWN. Ambos controlaron todos los labios leporinos que se dieron a lo largo del MISSISSIPÍ desde 1930 a 1948.

El pionero real de la que podemos ya considerar cirugía moderna del labio leporino, fue WERNER HAGEDORN (1831-1894), alemán, quien a los 53 años de

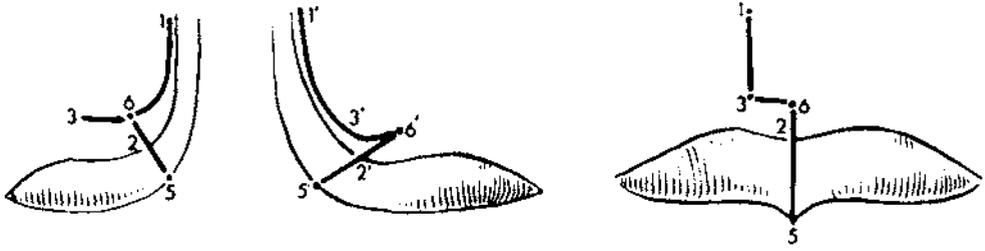


Figura 8  
Técnica de Hagedorn. Primer colgajo cuadrangular.

edad, concibe un colgajo que a diferencia del de MIRAULT era cuadrangular. ¡Es el primero en crear un colgajo cuadrangular! Fig. 8

El mérito de HAGEDORN pasó inadvertido, hasta que un traumatólogo de Toronto (Canadá), LE MESURIER, en 1948, reintroduce el método de colgajo cuadrangulares y publica su experiencia de un periodo de 13 años.

Esta técnica de colgajos cuadrangulares tuvo gran aceptación y fue muy utilizada y aún hoy en día se puede considerar como vigente. Sin embargo tiene como gran inconveniente el que no conserva bien el arco de cupido y con el desarrollo, el labio se alarga demasiado.

En 1952, CHARLES TENNISON de San Antonio (TEXAS), realiza una breve publicación en la que propone mejorar la técnica de LE MESURIER, inspirándose en la de BLAIR-BROWN, (MIRAULT) diseñando colgajos triangulares para el cierre del labio leporino. Su publicación fue breve, confusa e imprecisa, pero tuvo gran difusión y dio pie a que diversos autores como HAGERTI (Boston, 1958); RANDAL (Pensilvania, 1959) y MALEK (París 1961), fueran aclarando los puntos oscuros y desarrollando la idea de la técnica que tiene, (porque es vigente), como principal ventaja el conservar el arco de cupido.

RENE MALEK, junto con BORDE, en 1961 sistematizan de tal manera la técnica de TENNISON que se puede considerar como una solución matemáticamente perfecta. La denominan "técnica a colgajos triangulares equiláteros". MALEK demuestra que con la ayuda de una geometría pura es posible calcular la altura final del labio con una precisión mucho mayor que la que se había logrado por otros procedimientos. Fig. 9 a), Fig. 9 b).

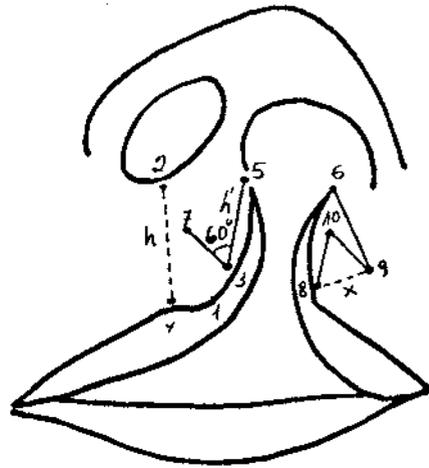
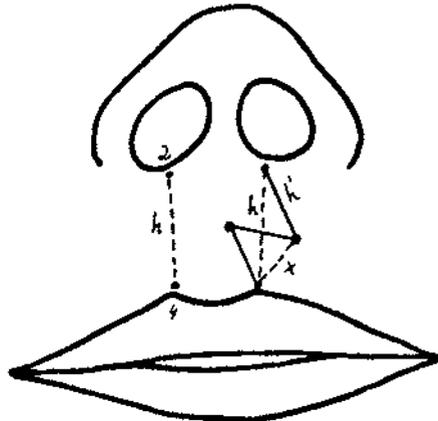


Figura 9  
Técnica a colgajos triangulares equiláteros (Malek).  
a. Marcaje de puntos e incisiones.  
b. Afrontamiento de los colgajos al finalizar la intervención.



Tuve el honor y oportunidad de conocer a RENE MALEK y aprender su técnica durante mi estancia en el Hospital San Vicente de Paul de París en 1966.

MALEK, fue discípulo de PIERRE PETIT, el cual a su vez fue uno de los alumnos preferidos de VICTOR VEAU.

VICTOR VEAU, cirujano general de París, esta considerado como de los más grandes cirujanos de labio leporino de todos los tiempos. En 1925 publica su primer método para tratar el labio leporino.

Es una técnica de incisiones rectilíneas inspirada en la técnica de MIRAUULT. En 1938 publica su libro "Bec-de-lièvre", donde expone sus ideas, entre ellas:

-- "Toda la piel del labio es útil".

-- "La reconstrucción de la cincha muscular debe ser el primer objetivo del cirujano".

En 1931 ya había publicado su libro "Division palatine". En su momento tuvo gran influencia en Europa y Gran Bretaña y aunque actualmente no se siga estrictamente su método, sus principios, y su recuerdo gozan todavía de gran popularidad por todo el mundo.

El último gran avance en la cirugía del labio leporino lo ha dado RALPH MILLARD, Jr., cirujano de Miami, que durante su servicio militar en Corea (1953) inventó y experimentó su técnica que introdujo en 1957 con el nombre de "Técnica de rotación-avance".

La técnica de MILLARD se puede considerar como la más popular y utilizada hoy en día. Fig. 10

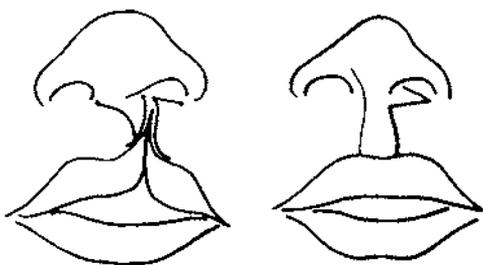


Figura 10  
Técnica de rotación - avance (Millard).

Aunque tiene ventajas sobre la técnica de MALEK (disimula la sutura transversal en el pliegue subnarinario dejando el filtrum libre de cicatrices), tiene como inconveniente la dificultad del cálculo de la altura final del labio, que es subjetivo y por tanto sometido a posibilidad de error, en vez de ser matemático y exacto.

El "Estudio crítico y comparativo de las distintas técnicas quirúrgicas para el tratamiento primario del labio leporino", es el título de mi Tesis Doctoral leída en Barcelona en 1975.

Basándome en la Tesis, en 1977 publiqué el libro "Tratamiento del labio leporino y fisura palatina".

Tanto en la Tesis como en el libro, se consideran como actuales y en vigencia las técnicas de colgajos triangulares (MALEK) y la técnica de rotación-avance (MILLARD).

Ante la pregunta: "¿Cuál de los métodos es el que debo de utilizar en este caso determinado?, la respuesta la encontramos en las siguientes frases del libro":

"...existe una gran variedad de tipos de labio leporino..."

"...es equívoco con una sola técnica intentar resolver todos los casos..."

"...una técnica muy indicada en un determinado caso puede ser desastrosa si la aplicamos a otro tipo de labio leporino..."

"...cada método tiene sus indicaciones específicas. No será completo el cirujano que sólo domine una de ellas..."

De forma esquemática y como regla general, nosotros aplicamos las técnicas de colgajos triangulares para las formas unilaterales totales (las más frecuentes).

Para las formas simples y formas bilaterales totales preferimos la técnica de rotación-avance.

Puesto que hemos hecho una revisión histórica de la cirugía del labio leporino. No quisiera olvidarme de mis maestros en España.

El Dr. PEDRO JOVER en 1965, en el Hospital "La Paz" de Madrid, me inició en las técnicas del labio leporino.

JOVER, ya en 1959 presentó en el I Congreso Nacional de la Cruz Roja una película titulada:

"Nueva técnica quirúrgica de las fisuras labio-palatinas".

En 1960 ganó el Premio Nacional de la Sociedad Española de Estomatología por el trabajo:

"Estado actual del tratamiento quirúrgico de las fisuras labio-palatinas". En 1971 obtenía el título de Doctor de Medicina y Cirugía con la Tesis:

"Uranostafilorrafia funcional".

Mi otro gran maestro, durante los años 1965-1967, fue el Dr. VICTOR MANUEL SADA.

Si al Dr. JOVER le debo mi iniciación en la cirugía del labio leporino, al Dr. SADA le debo mi formación como cirujano Máxilo-facial.

El Dr. SADA es el pionero y fundador indiscutible de la moderna Cirugía Máxilo-facial en España.

El Dr. BENITO VILAR-SANCHO, cirujano plástico, valenciano de origen, del que no he tenido la suerte de ser su discípulo, pero sí posteriormente su amigo, tiene en su haber una interesante clasificación de las fisuras labio palatinas, basándose en la terminología griega y es autor de una técnica personal inspirada en colgajos cuadrangulares.

En Cataluña, hemos tenido dos grandes pioneros, el Dr. ROVIRALTA y el Dr. GUBERN.

Del Dr. EMILI ROVIRALTA i ASTOUL fallecido en 1987 a los 91 años de edad, Miembro Corresponsiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona, podemos decir sin temor a equivocarnos, que fue el iniciador en Cataluña y en el resto de España de la Cirugía aplicada a los niños. Es de interés destacar su relación con VICTOR VEAU durante los años 1925 al 1936. ROVIRALTA asimiló totalmente las enseñanzas de VEAU y las introdujo en nuestro país. A lo largo de su larga vida operó más de un millar de niños con labio leporino. Su Tesis Doctoral se tituló:

"Labio leporino y fisura palatina. Estudio de 80 casos". Fue presentada en Madrid en 1930.

El Dr. LUIS GUBERN i SALISACHS, nació en Barcelona el 21 de Abril de 1907. Como la mayoría de los cirujanos de su

época comenzó como cirujano general y traumatólogo, pero a raíz de la creación en 1948 del Servicio de Malformaciones Congénitas y Ortopedia del Hospital de Niños Pobres, cuya plaza ocupó, polarizó su atención hacia la Cirugía Pediátrica.

Durante su vida operó muchísimos labios leporinos y fisuras palatinas. Desgraciadamente sus publicaciones en este campo fueron escasas, solamente contabilizamos 2 entre sus 219 trabajos publicados:

"Diagnóstico y tratamiento de las malformaciones congénitas en el recién nacido", (1958) y "La sutura en un plano en la fisura palatina" (1971).

Dentro de la Cirugía Catalana, es de destacar la labor de dos cirujanos plásticos contemporáneos, el DR. JAIME PLANAS y el DR. LORENZO MIR i MIR.

Los progresos y añadiría incluso errores del pasado, nos han puesto en condiciones para desarrollar la metodología, que con sucesivas modificaciones venimos realizando en el Hospital Infantil Vall d'Hebrón de Barcelona desde Diciembre de 1967, y gracias a la cual los resultados que obtenemos actualmente son plenamente satisfactorios especialmente en las formas unilaterales de labio leporino. Fig. 11 a), Fig. 11 b).

Con mayor dificultad y evidentemente con menos perfección se obtienen resultados muy aceptables en las formas bilaterales totales del labio leporino. Fig. 12 a), Fig. 12 b).

Creemos sinceramente que estamos en una línea de actuación correcta y que nuestros resultados son lo suficientemente alentadores como para seguir luchando e investigando sobre el tema.

A pesar de estar en 1989, sigue vigente la frase que pronunció FAYE en 1743: "indagar las maneras como los antiguos y modernos han llegado a sus descubrimientos nos pone en condiciones de realizar otros nuevos".



*Figura 11*  
*Labio leporino unilateral total intervenido por*  
*técnica de Malek.*  
*a. Preoperatorio*  
*b. Postoperatorio*



*Figura 12*  
*Labio leporino bilateral total intervenido por*  
*técnica de Millard.*  
*a. Preoperatorio*  
*b. Postoperatorio*

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALBUCASIS: "Manuscrito di Albucasis. De fissura labiorum". Biblioteca Casanatense Roma.
- 2.- BOOCHAI, K.: "An ancient chinese text on a cleft lip". *Plast. Reconstr. Surg.* 38, 89, 1966.
- 3.- DE LA FAYE, G.: "Observations sur les Becs de lièvre". *Memorias de la Real Academia de Cirugía.* París, 1743.
- 4.- GRABB, W.: "Cleft lip and palate". Little, Brown and Company 1971.
- 5.- MILLARD, R.: "Cleft Craft". Little, Brown and Company. Boston 1976.
- 6.- ROSELLI, D.: "La fisura labio-alveolo-palatina". *Evolución histórica de los criterios de tratamiento.* *Cir. Plast. Ibero-Latinoamer.* 3, 183, 1987.
- 7.- SKOOG, T.: "Plastic Surgery. New Methods and Refinements" Georg. Thieme Verlang Stuttgart 1974.
- 8.- TRESSERRA, L.: "Tratamiento del labio leporino y fisura palatina". Ed. Jims Barcelona 1977.
- 9.- VEAU, V.: "Bec-de-lièvre". Ed. Masson el Cie. París 1938.