

DR. PEDRO ARQUERO
DRA. DOLORES DE LA PUERTA

Rinoplastia secundaria

Si la rinoplastia estética es de por sí una intervención compleja, con frecuencia nos enfrentamos a la dificultad añadida de operar a un paciente intervenido anteriormente por nosotros mismos o por otro cirujano. Aunque en manos experimentadas la cirugía de la nariz no suele dar un gran número de complicaciones, sin embargo, por la variedad de tejidos que presenta ofrece un grado de incertidumbre en el resultado, que hace que entre un 5 y un 10 por ciento de los pacientes intervenidos primariamente, deban ser sometidos a uno o más retoques o reintervenciones.

Texto:
Dr. Pedro Arquero
Dra. D. de la Puerta
Hospital Ruber,
Madrid

Los retoques o reintervenciones deben ser advertidos al paciente antes de la operación, puesto que debe estar preparado para aceptar una nueva cirugía en caso necesario. Es más, dependiendo de la gravedad de la deformidad provocada por una rinoplastia de la que se

esperaba una mejoría, el efecto puede ser dramático hasta tal punto que llegue a desequilibrar psicológicamente al paciente o, como mínimo, alterar la relación y confianza en el cirujano, con los consiguientes problemas que conlleva.

Ante un resultado deficiente es necesario saber esperar y acompañar la evolución prestando todo el apoyo emocional que el paciente necesita. A pesar de las presiones no deberemos reintervenir antes de los seis meses e, incluso, normalmente es necesario esperar más de un año hasta que desaparezca por completo el edema. Este tiempo puede ser menor cuando el problema es debido únicamente a la fractura.

Siempre es aconsejable que sea el mismo cirujano quien realice los procedimientos necesarios para llevar a buen término la corrección aunque para ello es imprescindible que persista la confianza del paciente en este. En caso contrario acudiría a otro profesional. Nosotros, por sistema, procuramos evitar operar a estos pacientes para lo cual fomentamos la reconciliación y vuelta a su cirujano. Si esto no es posible y aceptamos intervenir debemos tener en cuenta que nos enfrentamos con un paciente como mínimo inseguro, desconfiado y cargado de ansiedad y ante una operación compleja cuyo resultado estará sometido a una crítica importante. Es más, a partir de ese momento asumimos un resultado final en el cual no será tenido en cuenta lo bien o mal que estuviese anteriormente.

El diagnóstico nasal

Cuando nos enfrentamos con un paciente ya operado anteriormente que desea modificar su nariz o se queja de algún defecto consecuencia de la intervención anterior lo primero que hacemos es solicitar su propio juicio estético; esto nos proporciona no sólo una idea de la realidad del análisis si-



Descripción de las imágenes:

Figura 1. Paciente de 24 años. Intervenido por nasotas anteriormente por presentar giba osteocartilaginosa, punta y dorso anchos y anchos y calumeladamente retráido. Después de la cirugía encontramos una punta cuadrada (persiste la separación de las domas) y unas cúpulas extremadamente duras que se manifiestan en la piel. El tratamiento, realizado bajo anestesia local, consistió en el despegamiento amplio de la punta y aplastamiento de las cúpulas a través de una incisión marginal. Para la fijación fue suficiente la fijación con el apóvito.

no que también nos mostrará su capacidad de observación. El descontento puede referirse tanto a la presencia de una leve anomalía como a una grave secuela o, simplemente, a la insatisfacción estética del resultado (Fig.2). Es de suma importancia, pues, una valoración del estado psicoemocional y de las expectativas que tiene de la intervención. Si la deformidad es real, las expectativas razonables y el entendimiento adecuado, pasamos a analizar la nariz y su entorno.

Habitualmente recurrimos al dibujo artístico para señalar las alteraciones y explicar las modificaciones que creemos conveniente realizar. Representamos frontal y lateralmente la frente, nariz, labio y mentón así como una visión de la base de la nariz. La concepción tridimensional de la nariz (Fig.3) y el análisis de cada una de las estructuras que la conforman: soporte, relleno y cobertura, aisladamente y en su conjunto, ayudarán a una más fidedigna evaluación preoperatoria, clave de un resultado satisfactorio.

La rinoplastia secundaria requiere, como es lógico, un conocimiento riguroso tanto de la anatomía y fisiología normales como de los cambios anatómicos y alteraciones funcionales que puede acarrear una rinoplastia. Además, exige una cuidadosa técnica operatoria y estar en posesión de los recursos suficientes de manera que podamos aplicar los diversos procedimientos para la corrección de cada deformidad. Su elección ha de ser hecha con suma precaución y siempre encaminada a alcanzar el resultado que tenemos en mente.

Descartamos, pues, el tratamiento rutinario de la nariz estética y abogamos por la rinoplastia individual, mínimamente agresiva, donde cada uno de los procedimientos tenga su finalidad. La naturalidad del resultado ha de ser tal que no sea posible reconocer el paso por el quirófano.

La intervención

Ante una nariz operada podemos encontrar todas las alteraciones habituales de la rinoplastia primaria a las cuales se suman aquellos defectos pro-

vocados por la intervención o intervenciones anteriores. Estos problemas suelen ser debidos a un error diagnóstico y, por tanto, a la utilización de un procedimiento equivocado, a un error de técnica quirúrgica (falta de tratamiento, tratamiento insuficiente, excesivo o incorrecto) o a alteraciones individuales en la cicatrización de los tejidos.

En estos casos la intervención no seguirá los pasos de la rinoplastia convencional sino que se limitará a tratar aquellos defectos que alteran la normal anatomía de la nariz, aunque, como es lógico, en algunos casos puede ser necesario una nueva y completa operación.

De todas las maneras siempre deberemos tener en cuenta la presencia de tejido fibroso cicatricial y las alteraciones de la circulación provocadas por la operación previa.

El abordaje elegido dependerá del problema a tratar y de su localización. La incisión lateral puede ser intercartilaginosa, transcarterilaginosa, marginal (premaxilar) o combinadas y, medialmente, transfixante de la mucosa en el borde caudal del septo, hemitransfixante derecha o izquierda y extendida cuando alcanza la espina nasal. La incisión de Rethi se realiza transversalmente en la columela cuando vamos a realizar una rinoplastia abierta. Este tipo de abordaje es fundamental para el tratamiento de la punta nasal difícil y, especialmente, en casos de rinoplastia secundaria.

El despegamiento separa la cobertura cutánea del esqueleto osteocartilaginoso y su localización y extensión variarán según el procedimiento a ser realizado. Estará limitado a una pequeña zona si deseamos colocar un injerto o será extenso si queremos que la piel se acomode y reparta adecuadamente.

Tratamiento de los defectos nasales secundarios

Para facilitar el diagnóstico de los defectos nasales (1) y, por lo tanto, para mejor indicar el procedimiento a seguir para su reparación, tanto las alteraciones primarias como las derivadas de una



Descripción de las imágenes:

Figura 2. Paciente de 23 años.

Insatisfacción con el resultado estético. Rinomegalia.

Diagnóstico:

- 1- Punta bulbosa (cartilago alar derecho plegado sobre si mismo en la cúpula).
- 2- Labio corto.
- 3- Giba mínima.
- 4- Dorso ancho.
- 5- Desvío de septo.
- 6- Exceso de alas.
- 7- Hipomentonismo.
- 8- Hipotrofia mandibular y malar.

Tratamiento: Anestesia general.

Incisión transcartilaginosa, transfixante completa y marginal.

- 1.- Afinamos punta: exteriorización y resección de cartílagos alares e incisiones de relajamiento en su cara anterior.
- 2.- Resección septo caudal (segmento traapezoidal de base superior).
- 3.- Reabajamos el dorso: resección submucosa de giba osteocartilaginosa.
- 4.- Infractura incompleta.
- 5.- Septoplastia.
- 6.- Resección y rotación de alas narinarias: piel y mucosa.
- 7.- Colocación de prótesis de silicona sólida mento-mandibular.
- 8.- Inyección de hidrogel en ramas y ángulos mandibulares y en región malar.

cirugía estética previa pueden estar localizadas o afectar a la cobertura cutánea y tejidos blandos (piel, tejido celular subcutáneo y musculatura), a la nariz interna o cavidad nasal, a la punta, al dorso (estructura osteocartilaginosa) o a las alas.

1. Alteraciones y defectos

de la cobertura cutánea y tejidos blandos

Como bien sabemos, cualquier cambio en las estructuras de sostén repercutirá en la morfología nasal de manera variable según el grosor de la piel, del tejido celular subcutáneo y de los músculos así como de su grado de retracción y la intensidad de la reacción cicatricial.

En los pacientes de edad pueden aparecer después de una rinoplastia, un exceso cutáneo o arrugas que, en casos extremos, deberemos proceder a su resección dejando una cicatriz horizontal poco visible en la parte superior del dorso. Cuando presentan una piel gruesa existe tendencia al edema persistente, fibrosis y a la formación de supratip. Este puede ser ocasionado, también, por la presencia de un hematoma o por haber dejado espacio muerto. Si, por el contrario, la piel es fina es más fácil visualizar los defectos de las estructuras de sostén y encontrar adherencias de la piel al hueso o al cartilago. La retracción cutánea exagerada puede llegar a provocar deformidad de los cartílagos si estos son muy finos (Fig.4). La persistencia o no tratamiento de la musculatura también puede ser causa de la disminución o pérdida del ángulo fron-

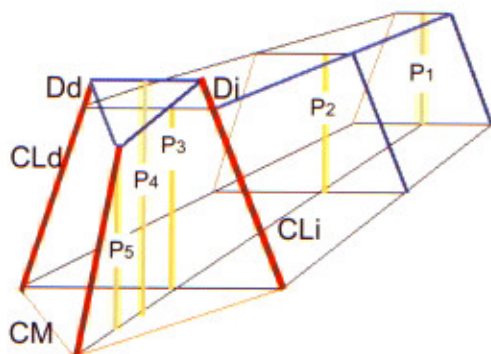
tonasal (músculo próceres), de la inadecuada proyección de la punta (músculo nasalis y ligamento de Pitanguy (2)) o de su excesiva rotación (músculo depresor del septo).

2. Alteraciones y defectos de la cavidad nasal; alteraciones funcionales

Frecuentemente nos encontramos a pacientes sometidos con anterioridad a una rinoplastia que presentan mayor o menor grado de dificultad respiratoria. Lo más común es que ésta sea debida a la persistencia de un desvío septal cuyo correcto tratamiento corregirá el problema.

La atresia narinaria (3) causada por la retracción de la cicatriz en la mucosa del vestíbulo es otra causa común de dificultad respiratoria y aparece cuando se unen de forma circular las incisiones, especialmente la lateral con la incisión para la introducción del osteotomo de fractura. Su corrección puede exigir la realización de una o múltiples zetaplastias, colgajos de transposición o injertos de cartilago, de piel o condrocúteanos.

Otra causa de alteración funcional es el colapso de la válvula cartilaginosa (Fig.5) provocado por la resección excesiva de los cartílagos triangulares, del septo o de piel vestibular. En los primeros casos confirmaremos el diagnóstico si se produce una mejoría respiratoria al desplazar lateralmente con los dedos la piel que recubre los cartílagos triangulares a nivel de la apófisis ascendente de la maxila, mientras que si dilatamos la narina con la ayuda de unas pinzas o un bastoncillo y mejora la ventilación estaremos comprobando que la causa es debida a un estrechamiento exagerado de la narina por pérdida de sustentación o por la excesiva resección cutánea. Su tratamiento consistirá en la colocación de injertos de cartilago expansores, injertos de sustentación en las alas o injertos de piel respectivamente. Los injertos expansores (spread



Descripción de las imágenes:

Figura 3. Esquema de la pirámide nasal. Proyecciones de los diferentes segmentos.

P1: En el radix.

P2: Unión osteocartilaginosa.

P3: Área del supratip o zona del triángulo blando.

P4: Punto de máxima proyección de la nariz correspondiente a los cúpulas o domus (Dd y Di).

P5: Proyección a nivel de la rodilla inferior de la cruz medial.

El trípode que sustenta la punta nasal estaría formado por las dos cruz laterales (CLd y CLi) y por la cruz medial (CM).

graf) se obtienen preferentemente del septo y consisten en dos tiras de cartilago que se insertan en sendas bolsas submucosas paralelas realizadas en el borde anterior del septo. Su longitud ha de superar el borde caudal de los huesos propios después de la osteotomía. Se debe tener en cuenta la posibilidad de su realización en presencia de unos huesos propios cortos, cartilagos laterales superiores anchos, piel fina o dorso excesivamente estrecho.

La dificultad respiratoria puede deberse, también, a una punta caída (verificamos que la causa sea ésta cuando al tirar de la piel del dorso nasal hacia arriba, es decir, al levantar la punta, mejora la ventilación), a la presencia de sinequias o a la hipertrofia de los cometes (ésta puede ser confirmada cuando después de tocar el comete afectado con un bastoncillo de algodón impregnado en adrenalina se resuelve el problema). Su tratamiento consistirá en levantar la punta mediante la colocación de un injerto en la columela o septo membranoso en el primer caso, en la lisis o liberación de la sinequia en el segundo o, por último, en una turbinectomía submucosa.

Finalmente recordaremos la perforación septal provocada por una septoplastia previa. Las pequeñas son sintomáticas mientras que las grandes no revisten especiales problemas. El tratamiento es realizado mediante colgajos locales de mucosa o colgajos de mucosa oral.

3. Alteraciones y defectos de la punta nasal

La punta nasal posee una piel más gruesa que la del dorso y muy poco elástica, abundante tejido celular subcutáneo, una capa músculo-ligamentosa de grosor variable y una estructura cartilaginosa. La punta está sustentada por un trípode cuyas dos patas superiores corresponden a las cruz laterales y la inferior a la cruz medial y espina nasal (Fig.3). La longitud de todas ellas determina la proyección, es decir, la distancia o separación entre los domus y el plano facial (Fig.3:P4), mientras que la rotación (ángulo formado entre el plano facial y la posición de la columela) dependerá del equilibrio entre las al-

turas de dichas patas del trípode: asciende cuando aumenta la longitud de la columela y desciende al aumentar la longitud de los alares. La anchura del lóbulo estará definida por la anchura de las cúpulas alares y por la abertura entre los domus. La definición de la punta es otra propiedad a tener en cuenta y significa que existe una separación levemente visible entre la punta y el dorso (diferencia de proyección entre P4 y P3 de la Fig.3). Después de aclarar estos conceptos podemos comprender más fácilmente que cualquier alteración en el tamaño, posición y forma de la arquitectura cartilaginosa provocará una modificación característica. En la rinoplastia secundaria, por tanto, podemos encontrar en la punta las mismas incorrecciones que en una rinoplastia primaria – si éstas no han sido tratadas adecuadamente – a las que debemos añadir los desperfectos provocados por el exceso o defecto de tratamiento. Las secuelas más frecuentes que solemos afrontar son:

- Punta amorfa: Es la afección más común en la rinoplastia secundaria. La punta nasal, originalmente, puede presentar una forma cuadrada, bulbosa, bifida, etc., aunque bien delimitada, sin embargo, tras una rinoplastia es posible que ésta pierda su estructura característica y se convierta en una punta amorfa. Normalmente es consecuencia directa de la excesiva resección de los cartilagos laterales inferiores, de la sección o ruptura de los mismos, de la pérdida del soporte medial por resección de la cruz medial o por el aplastamiento exagerado del domus (crosshatching). Indirectamente puede ser provocada por el descenso del dorso cartilaginoso, la resección de la espina nasal o la resección de la cola de la cruz lateral. También se origina por la deformidad de los cartilagos alares dislocados durante el apósito (Fig.2) o por el desplazamiento de un injerto de cartilago en la punta. Para la adecuada resolución de este tipo de secuelas es conveniente realizar el tratamiento mediante una rinoplastia abierta (4), lo cual nos facilitará la reconstrucción de la estructura cartilaginosa bajo visión directa. También nos permitirá restaurar los

**Descripción de las imágenes:**

Figura 4. Paciente de 30 años. Acude a nosotros por presentar nariz traumática operada con anterioridad en dos ocasiones. Después de tratar inútilmente de corregir el desvío recidivante de la punta conseguimos un resultado satisfactorio mediante el relleno del defecto con hidrogel (polialquilimida) en la arista inferior (infratip) y en la pared lateral derecha. Para ello fue necesario liberar previamente la cobertura cutánea con la misma aguja de infiltración.

mecanismos sustentadores gracias a la utilización de injertos de cartilago que podremos fijar y dar forma más fácilmente mediante el empleo de suturas.

- Punta desviada: Es muy frecuente que con la alteración anterior nos encontremos una desviación de la punta (Fig. 4, 6 y 7). Esta puede ser real -y su causa será un septo caudal desviado, una resección asimétrica de alares o una retracción de la cobertura cutánea - o corresponderse con un efecto óptico por descenso de una de las paredes del dorso. La corrección del defecto se lleva a cabo realizando el tratamiento adecuado del septo caudal y de los cartilagos alares (Fig. 6), o mediante el relleno del defecto de la pared lateral con injerto de cartilago (Fig. 7) o hidrogel (Fig. 4).

- Punta cuadrada: En algunas ocasiones el tratamiento de la punta puede haber sido insuficiente y necesitar de pequeños retoques para su completa resolución. La punta cuadrada se corresponde con un exceso de distancia entre los domus y suele estar motivada por unos cartilagos alares con alteraciones de la forma o como consecuencia de unos domus duros y rígidos (Fig. 1). Su tratamiento requiere la aproximación de los mismos con unos puntos de sutura o, simplemente, debilitar su rigidez mediante el aplastamiento. Aunque normalmente recurriremos a realizar una rinoplastia abierta en algunas ocasiones puede ser suficiente una incisión premaxilar.

- Punta de pinocho: Es otra deformidad de difícil resolución. El tratamiento del exceso de proyección de la punta requiere el acortamiento de los tres soportes anteriormente citados (Fig. 3). Entre las posibles soluciones nosotros preferimos realizar una rinoplastia abierta, reseca un fragmento posterior de los cartilagos laterales inferiores y otro de la crux medialis y, si necesario, reseca también un segmento cutáneo de la columela. Debemos realizar un amplio despegamiento cutáneo para facilitar su

acomodación.

- Acortamiento excesivo de la nariz o deformidad en hocico de cerdo (5): La resección del septo caudal va a determinar un acortamiento de la nariz. Si el fragmento extraído es un triángulo de base superior tiene como consecuencia elevar y rotar la punta nasal (sin modificar el labio superior) mientras que si procedemos a la resección de un segmento rectangular producirá una elevación en bloque de la base de la nariz y un aumento de la altura del labio superior (se acorta la nariz sin modificar el ángulo nasolabial). Así pues, la exagerada rotación superior de la punta normalmente es causada por la resección excesiva del septo caudal o por un tratamiento desmedido de los cartilagos laterales superiores o inferiores. Provoca una ascensión de la punta que hace evidentes los orificios nasales (Fig. 7) y que, frecuentemente, se asocia con nariz en silla de montar. El tratamiento es francamente difícil y puede ser llevado a cabo mediante injertos de cartilago en el septo membranoso, injerto condrocútáneo auricular o colgajos condromucoso de septo. En casos extremos puede ser necesario realizar incisiones de relajamiento en las áreas cicatriciales o, incluso, la expansión peroperatoria.

- Caída de la punta (plunging tip): La rotación inferior de la punta disminuye el ángulo nasolabial y puede llegar a provocar, en mayor o menor grado, dificultad respiratoria. Dicha caída puede ser debida al efecto de la gravedad, aunque es más frecuente que esté motivada por un acortamiento exagerado del septo caudal, por la resección desmedida de la espina nasal anterior (también provoca un aumento de la altura del labio superior), por la angulación de los cartilagos laterales inferiores, por la retracción cicatricial de la columela (6) o por la persistencia de una constricción muscular (2). Su tratamiento puede requerir el despegamiento y



Descripción de las imágenes:

Figura 5. Paciente de 26 años, cleftos labiales, columela retráida.

- Diagnóstico:

- 1- Hundimiento de las paredes laterales por resección desmesurada de septo y triangulares.
- 2- Punta ancha.
- 3- Columela retráida.
- 4- Estrechamiento de la intersección osteocartilaginosa en el dorso.
- 5- Raíz nasal ancha.
- 6- Redundancia cutánea en la base de las alas.

- Tratamiento: Anestesia local con sedación, incisión intercartilaginosa, transfrontera.

- 1- Injerto expansores de septo en el borde anterior del cartilago cuadrangular.
- 2- Resección mínima de la porción cefálica de los cartilagos alares, de fibrosis y de los tejidos blandos remanentes (lipectomía y miectomía).
- 3- Injerto en estaca en la columela y de Sheen, via marginal, en la punta.
- 4- Injerto de cartilago auricular en concha sobre el dorso.
- 5- Refractura: Infractura.
- 6- Resección y rotación de alas.

readaptación de la piel del dorso, la colocación de un injerto en estaca en el septo caudal o en la columela o, por último, el avance de la punta o la realización de colgajos de los cartilagos laterales inferiores o superiores. En este último caso se procederá a la fijación de los mismos sobre el septo caudal. La división de los músculos nasales, ligamento de Plungny y depresor del septo también contribuirá a la rotación superior de la punta.

- Pizamiento de la punta (7): Será debido a la sección o excesiva resección de la porción cefálica de los cartilagos laterales inferiores, especialmente en la cúpula de los mismos (Fig.7). Para solucionar esta deformidad será preciso restaurar su continuidad mediante suturas o injertos de cartilago. El cartilago de elección es el auricular (injerto de contorno alar) puesto que su propia curvatura se asemeja a la de los cartilagos alares. En los casos extremos que llegan a provocar colapso alar puede ser necesario la colocación de un injerto de la lámina perpendicular del etmoides.

- Retracción nanaria o del borde alar (8): Asemeja a una muesca en el borde alar y normalmente es causada por la resección excesiva de los cartilagos laterales superiores o inferiores, de la piel del vestíbulo (Fig.6,7) o por una deformidad de los mismos provocada por el apósito. Para tratar este problema debemos utilizar un injerto compuesto condrocútaneo auricular aunque, en los casos más leves, puede ser suficiente un injerto simple de cartilago.

- Columela colgante (9): Provoca una exposición exagerada y llamativa de la mucosa nasal (Fig.8) y puede estar motivada por no tratar o hacerlo de manera insuficiente- la excesiva convexidad de las crux mediales o el exceso de septo caudal. Esta alteración debe ser diferenciada de la retracción alar que puede ofrecer un aspecto similar. Su tratamiento consistirá en la resección del borde posterior de las crux mediales excedente o del septo caudal acompañada de la retirada de mucosa.

- Retracción de la columela: Su origen suele estar en la resección excesiva o en una desviación no tratada del septo caudal, en la sección o resección de las crux mediales (Fig.7) o en la retracción cicatricial de la mucosa o de la piel de la columela. Esto último

más frecuente en la rinoplastia abierta (6). La corrección consistirá, respectivamente, en la colocación de un injerto en estaca entre las dos crux mediales (strut de columela) o en completar correctamente la septoplastia a nivel caudal. Excepcionalmente será necesaria la realización de colgajos de avance de la mucosa septal e injerto de cartilago entre las dos crux mediales.

4. Alteraciones y defectos de la estructura ósteocartilaginosa

Partimos de la premisa de que la corrección -siempre que sea posible- ha de limitarse al defecto. Desde la incisión lateral o a través de la visualización directa, en la rinoplastia abierta, abordaremos, según las necesidades, la cara anterior de los cartilagos triangulares, de los huesos propios o de las apófisis ascendentes de la maxila. Normalmente el despegamiento es difícil y lo realizamos, preferentemente, con bisturí. Los defectos más frecuentes en el dorso nasal después de una rinoplastia son:

- Supratip (2,10): Es el aumento de volumen en la zona de intersección entre la punta y el dorso (Fig.6) y provoca desde una pérdida de definición de la punta hasta una elevación deformante que se denomina nariz en pico de loro. Es una alteración que aparece con mayor frecuencia en pacientes con piel muy gruesa y, entonces, será originada por la retracción cutánea, edema persistente o fibrosis. También puede ser debida a uno o varios de los siguientes errores: insuficiente resección, de tejido subcutáneo (lipectomía) o músculo (miectomía), del borde anterior del septo o del borde anterior de los cartilagos triangulares. Por la resección excesiva de la giba osteocartilaginosa, del domus, de la mucosa nasal o por el acortamiento de la columela. Otras causas son la sección de las crux laterales (Fig.7) -interrupted strip technique- o el desplazamiento de injertos o implantes.

Su tratamiento varía dependiendo de su etiología. Utilizamos la inyección local de corticoides (triancinozona al 50%) en el caso de edema persistente o fibrosis, evitando su aplicación superficialmente debido a la posibilidad de atrofia cutánea. En los demás casos será necesario realizar una nueva operación. Siempre que sea posible utilizaremos una incisión

**Descripción****de las imágenes:**

Figura 7. Paciente de 38 años. Nariz en silla y colapso alar.

Diagnóstico:

1.- Falta de definición y asimetría de la punta.

2.- Colapso alar bilateral; encontramos sección de la cruz medial, pérdida de continuidad del cartilago alar izquierdo por resección casi completa, sección posterior del cartilago alar derecho y cúpula derecha montada sobre el resto de domus izquierda.

3.- Hundimiento y desvío del dorso.

4.- Columnela retraída.

Tratamiento: Anestesia local con sedación. Incisión de Roth.

1.- Retiro del tejido fibroso de la punta y resección parcial de la cúpula derecha.

2.- Alineado y sutura del cartilago alar derecho e injerto de Sheen.

3.- Injerto en canaleta (dos copos) de cartilago septal en el dorso.

4.- Injerto en estoca en la columna.

vestibular transcartilaginosa, intercartilagínosa o marginal, de manera que podamos preservar al máximo la vascularización cutánea en el lóbulo (6, 12) puesta en peligro por la resección de fibrosis y del tejido subcutáneo remanente. Por otra parte, este abordaje suele ser suficiente para proceder al descenso del septo antero-inferior, a la resección del excedente de cartilagos triangulares o al injerto de cartilago en el dorso. En caso contrario, cuando necesitemos modificar la punta, procederemos a realizar una rinoplastia abierta. De esta manera podremos -bajo visión directa- incrementar su proyección o su definición mediante un injerto en estaca, entre las cruz mediales o un injerto de Sheen (11).

- **Nariz en silla de montar:** Normalmente es provocada por una resección excesiva de la giba osteocartilaginosa del dorso (Fig.7) aunque también puede ocurrir cuando se hunde dicha estructura en la cavidad nasal lo cual puede ocurrir más fácilmente si se ha elevado excesivamente el penostio antes de la fractura. Otras causas serían, una fractura comminuta, excesiva resección del borde anterior del septo y absceso o necrosis septal. Su tratamiento puede requerir, en los casos leves, la realización de dos colgajos de los cartilagos alares o ser compensado mediante la inyección de hidrogel (polialquilimida) mientras que, en los medianos y graves, será preciso recurrir a los injertos de cartilago septal, alar o costal dependiendo de la intensidad del problema y de la disponibilidad de los mismos. En casos extremos puede ser necesario la realización de un injerto óseo (hueso costal, ilíaco, tibial, olécranon o calota craneana) aunque su índice de reabsorción es muy alto- o a la colocación de implantes de gore-tex o silicona. Estos últimos son útiles en pieles con una dermis gruesa como en la raza negra o amarilla sin embargo han de ser evitados en la raza blanca pues fácilmente se produce su extrusión.

- **Signo del hachazo:** Consiste en la presencia de una depresión angulada en el área de transición os-

teocartilaginosa del dorso provocada por el descenso excesivo de la porción caudal de los huesos propios y/o resección insuficiente del borde caudal del septo (el perfil osteocartilaginosa debe tener su punto más elevado en la unión entre el hueso y el cartilago). Su tratamiento puede ser realizado mediante la resección del exceso anterior del cartilago cuadrangular, la inyección de hidrogel o la colocación de injertos de cartilago para rellenar el defecto.

- **Infratip:** sería una alteración similar a la anterior provocada por el descenso o hundimiento entre la zona de intersección punta-dorso (Fig.4). Suele estar causada por un supratip al que se suma la resección excesiva del borde anterior del septo caudal o de la porción cefálica de los cartilagos alares. Su corrección puede ser realizada mediante el tratamiento del supratip -en cuyo caso utilizaremos el tejido excedente para rellenar el defecto, o bien, con el empleo de injertos de cartilago o la inyección de hidrogel.

- **Ensanchamiento del dorso:** La dehiscencia ósea ocasiona un aplanamiento de la arista o borde anterior del dorso (Fig.8) y puede ser debida a la persistencia de un desvío anterior del septo, de un engrosamiento de la porción medial de los huesos propios (deformidad del balancín o rocker deformity) o a una osteotomía incompleta (en tallo verde). Su corrección exige el tratamiento de la causa que lo motiva, es decir, en el primer caso, realizar una septoplastia adecuada; en el segundo, reseccionar medialmente el excedente óseo; mientras que, en el último, deberemos completar o repetir la osteotomía.

- **Desvío de la pirámide nasal:** Sería originado por la persistencia de un desvío septal (Fig.6) o por la movilización asimétrica o inadecuado posicionamiento de los fragmentos óseos. Su tratamiento consistirá en realizar una correcta septoplastia o en refracturar y reposicionar adecuadamente las paredes. En casos leves el defecto puede ser corregido mediante raspado o disimulado con injertos de



Descripción de las imágenes:

Figura 8. Paciente de 36 años. Insatisfacción con el resultado, dorso ancho.

· Diagnóstico:

- 1- Nariz concava levemente en silla.
- 2- Punta excesivamente proyectada (respingona).
- 3- Aplonamiento y ensanchamiento del dorso: Dehiscencia de huesos propios.

· Tratamiento: anestesia general. Incisión: intercartilaginosa, semitransfrente.

- 1- Injerto de cartilago septal en el dorso (dos capas) para elevar dorso.
- 2- Descender punta: Resección fibrosis supratíp y resección mínima septo caudal.
- 3- Fractura incompleta.

cartilago o implantes (hidrogel).

- Línea de Fractura evidente o escalón lateral: Es la manifestación externa de una osteotomía excesivamente alta en el dorso. Su corrección puede ser realizada mediante un delicado raspado del defecto, disimulada con la colocación de un injerto o hidrogel en las paredes laterales o, en algunos casos, puede ser necesario realizar una refractura continua del proceso frontal de la maxila.

- Evidente transición ósteo-cartilaginosa: Normalmente es debida a la luxación de los cartilagos triangulares provocada por el raspado poco cuidadoso de la porción caudal de los huesos propios. Este arrancará la delicada unión ligamentosa entre la cara anterior del extremo cefálico de los cartilagos triangulares y la cara posterior de los huesos propios y de las apófisis ascendentes de la maxila. También puede ser provocada por la excesiva resección, a ese nivel, del septo anterior o de los cartilagos triangulares (Fig.5). Es más frecuente en los casos de pacientes con huesos propios cortos y puede ocasionar colapso de la válvula cartilaginosa y dificultad respiratoria. Cuando no comporta alteraciones funcionales suele ser suficiente la colocación de un injerto de cartilago o la inclusión de hidrogel, mientras que en los pacientes que presentan dificultad respiratoria será necesario resolver el problema mediante la inclusión de injertos expansores.

- Irregularidades: Después de una rinoplastia no es infrecuente encontramos con irregularidades en la superficie del dorso nasal ocasionadas por restos o fragmentos de hueso o cartilago (espículas), por una cicatrización alterada del hueso (osteoma o callo óseo) o del tejido subcutáneo (fibromas y adherencias) o motivadas por la presencia de un cuerpo extraño (siliconomas, vaselinomas...). Su tratamiento, según el caso, requerirá la inyección de corticoides locales, la exéresis, la resección o el raspado.

- Dorso en arista: Es provocado por una o varias de las siguientes deficiencias quirúrgicas: resección excesiva del borde anterior de los cartilagos

triangulares, resección o raspado exagerado de la porción ósea y deficiente resección de la arista anterior del septo. Su tratamiento varía dependiendo del resultado que procuremos obtener. Si deseamos elevar las paredes laterales será necesario la utilización de injertos mientras que si necesitamos descender la porción media deberemos reducir el exceso de septo anterior. En los casos leves puede ser muy útil la inyección de hidrogel.

5. Alteraciones y defectos de las alas de la nariz

Constituye el último paso en el acto operatorio. El tratamiento de los mismos estará indicado en los casos de nances con alas gruesas o redundancia del reborde inferior de las narinas. Es frecuente que necesitemos proceder a su resección y rotación en aquellos casos que se ha disminuido la proyección de la punta lo cual conlleva el exceso y redondeamiento de las narinas (3). Normalmente la resección se limita a la piel aunque en algunos casos será necesario la retirada de un fragmento de mucosa siempre de forma extremadamente conservadora.

Injertos

En la cirugía para el tratamiento de los defectos nasales utilizamos con mucha frecuencia injertos de tejidos que aportan estructura de soporte, volumen, cobertura o dan forma gracias a su consistencia.

- Injertos de cartilago (2,7,10,11): Son los más utilizados. Su origen puede ser nasal (cartilago cuadrangular o septal, alares y triangulares), auricular o costal. Su aplicación se realiza -una vez esculpida adecuadamente la forma- directamente, en una o varias capas, o bien después de ser tallado o debilitado, practicando en su superficie incisiones de relajamiento o procediendo a su aplastamiento. Para su correcto empleo debemos tener en cuenta varios factores: Es importante valorar el grosor y elasticidad de la piel y tejidos blandos subyacentes: Cuando la piel y tejido subcutáneo son gruesos

será más difícil que se vean los bordes o las irregularidades provocadas por el injerto mientras que si son finos cualquier irregularidad será visible. En estos casos es preferible la colocación de injertos machacados para evitar aristas o angulaciones. La forma, el tamaño y la curvatura del cartílago ha de adaptarse perfectamente al defecto. El bolsillo, siempre que sea posible, se limitará y ajustará a las dimensiones del injerto. Siempre es conveniente la fijación del mismo para evitar su movilización, pudiendo ser interna (hilo reabsorbible 5/0 o 6/0) o externa con puntos transcutáneos (mono-nylon 3/0 o 4/0).

- Injertos compuestos condrocócutáneos o pericondrocócutáneos (5). El área donante es la cara anterior de la concha auricular y confieren consistencia al tiempo que cobertura. Son muy útiles en la reparación de la retracción alar y en la reconstrucción nasal.

- Injertos óseos. Aportan estructura de sostén, proporcionan volumen en las partes duras y corrigen los defectos óseos. Las zonas donantes más utilizadas son la giba ósteo-cartilaginosa nasal, la calota craneana, las costillas y la cresta ilíaca. Aunque también pueden ser de utilidad los homoinjertos frescos o del banco de huesos no somos partidarios de su utilización por presentar un mayor índice de reabsorción.

- Injertos de fascia y aponeurosis. Serán obtenidos del sistema músculo aponeurótico superficial de la cara (SMAS), aponeurosis temporal o fascia lata. Se reabsorben mínimamente y tienen el inconveniente de poder provocar irregularidades causadas por la retracción cicatricial. Los empleamos en la corrección de las secuelas o defectos en la pirámide nasal, principalmente en caso de adherencia cutáneas con deterioro de la calidad de la piel. No obstante pueda ser utilizado el aloderm (dermis) preferimos los tejidos propios.

Implantes

Indicamos los implantes siempre que no dispongamos de materiales propios o su obtención no esté justificada por ser más cruenta y no mejorar el resultado alcanzado con el implante. Para la corrección de las estructuras óseas como maxila o mentón utilizamos con más frecuencia las prótesis de sílica sólida (Fig.2) o el Gore-tex, mientras que para la tratar pequeños defectos de las partes blandas o disimular irregularidades de las estructuras osteocartilaginosas (Fig.4) recurrimos al empleo de un hidrogel (Bio-Alcamid, Aquamid), sustancia biocompatible perteneciente a la familia de las polialquilimidas, inyectable, moldeable, permanente y extraíble que, una vez aplicado, se comporta como una prótesis. También le empleamos para el relleno de la región malar y mandíbula (Fig.2). Las complicaciones más frecuentes de los implantes, como es

bien conocido, son la infección y la movilización o desplazamiento.

Conclusiones

La cirugía de la nariz es uno de los mayores retos para el cirujano plástico: es la combinación de la ciencia con el arte, de la técnica con la sensibilidad.

Siendo la rinoplastia una de las intervenciones más frecuentes en nuestro país es lógico que el número de secuelas o resultados insatisfactorios sea elevado. Su tratamiento es extremadamente complejo y delicado precisa de un diagnóstico minucioso y correcto, de una adecuada elección de los procedimientos a ser realizados y de una técnica quirúrgica impecable.

Aunque su objetivo principal, como en la rinoplastia primaria, es conseguir el mayor efecto armónico -no sólo de la nariz como estructura separada sino de la nariz con respecto al resto de la fisonomía facial- debemos prestar especial atención a solucionar las posibles alteraciones funcionales, con frecuencia presentes en la rinoplastia secundaria.

B

BIBLIOGRAFÍA

1. Safian J. A new anatomical concept of postoperative complications in aesthetic rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1973; 51:162.
2. Pitanguy I, Pille Ceravolo M. Secondary rhinoplasty. *Aesth Plat Surg*. 1982; 6:47-54.
3. Constantian MB. An alar base flap to correct nostril and vestibular stenosis and alar base malposition in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1998 May; 101(6):1666-74.
4. Menick RJ. Anatomic reconstruction of the nasal tip cartilages in secondary and reconstructive rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1999 Dec; 104(7):2187-98.
5. Dingman R, Walter C. Use of composite ear grafts in correction of the short nose. *Plast Reconstr Surg*. 1969; 43: 117.
6. Daniel RK. Secondary rhinoplasty following open rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1995 Dec; 96(7):1539-46.
7. Gunter JF, Rohrich RJ. Correction of the pricked nasal tip with alar spreader grafts. *Plast Reconstr Surg*. 1992 Nov; 90(5):821-9.
8. Rohrich RJ, Ranieri JJ, Ha RY. The alar contour graft: correction and prevention of alar rim deformities in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2002 Jun; 109(7):2495-505.
9. Gryskiewicz JM. The "atrogenic-hanging columella" preserving columellar contour after tip retroprojection. *Plast Reconstr Surg*. 2002 Jul; 110(1):272-7.
10. Jun J, Jun C. Rinoplastias secundarias. Tratamiento quirúrgico. (275): 2292-95. In: Coffman F. Cirugía plástica, reconstructiva y estética, 2ª ed. Salvat, Barcelona, 1994.
11. Sheen JH. Achieving more nasal tip projection by use of small autogenous vomer or septal cartilage grafts. *Plast Reconstr Surg*. 1975; 56:35.
12. Rohrich RJ, Gunter JF, Friedman RM. Nasal tip blood supply: an anatomic study validating the safety of the transcollellar incision in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1995 Apr; 95(5):795-9.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR E. LALINDE al artículo "Rinoplastia secundaria" del Dr. Arquero

Excelente descripción de las deformidades relacionadas con la rinoplastia secundaria. Es un relato muy completo de todos los problemas de esta técnica, que se acompaña de la explicación de forma somera de los procedimientos empleados en la resolución de estos problemas desde el inicio de la rinoplastia, con Joseph, hasta la utilización de los últimos materiales empleados en el mercado para rellenos.

El objetivo de comentar este tema, al no ser una técnica concreta sobre la que se podría entrar en pros y contras, es delicado, pues desde el punto de vista de alguien que hace este tipo de procedimientos con una visión personal, es norma el coincidir con una filosofía de tratamiento, y discrepar de otras que también pueden ser utilizadas con éxito en otras manos.

Intentare aportar mi visión personal de una forma general de los procedimientos descritos. Desde mi punto de vista, que no pretendo convertir en dogma, los principios que rigen este tipo de procedimientos son los siguientes:

- Abordar la rinoplastia secundaria como una intervención no tan tabú como actualmente se plantea. Es posible remodelar la nariz si no se dañan los tejidos.
- Respetar al 100% la integridad de la piel y del tejido subcutáneo. Son los que van a dar el aspecto estético a la nariz. Los errores en esta zona no tienen vuelta atrás y se van a perpetuar toda la vida.
- Valorar los tejidos propios existentes, aunque estén mal dispuestos, e intentar conformarlos adecuadamente mediante suturas. Recolocar los tejidos casi siempre mediante rinoplastias abiertas. Los detalles superficiales de la nariz siempre deben ser el resultado de la remodelación de tejidos propios para evitar el exceso cicatricial que acompaña a los injertos y otros materiales de relleno.
- Evitar en la posible el uso de injertos, y por supuesto los subcutáneos. Emplear éstos solo en localizaciones profundas, con el único objetivo de aportar volumen, pero bien escondidos. Y por supuesto, injertos de origen autólogo.
- Creo que es mejor una nariz remodelada, aunque sea pequeña, que una nariz aumentada con otros materiales distintos a los de la propia nariz. Se puede hacer una excepción si es posible colocar los injertos autólogos en situaciones alejadas de la piel.
- Evitar el uso de corticoides. Producen atrofia y casi nunca el exceso cicatricial es el culpable de un mal resultado, aunque se le culpe con frecuencia.
- Evitar el uso de implantes sólidos. Tienen un porcentaje elevadísimo de extrusiones, y en el mejor de los casos suelen ser muy evidentes.
- Evitar el empleo de sustancias inyectables. Y en el caso particular de este artículo, los hidrogeles, que a pesar de ser bien tolerados en localizaciones profundas y de que la publicidad dice que pueden ser retrados, esto último no es posible en la mayoría de los casos, y además están sujetos a reacciones de cuerpo extraño con alguna frecuencia.
- Ser coherente con el resultado que se puede obtener, y no intentar grandes reconstrucciones. Suelen llevar a grandes fracasos.

En fin, me alegra mucho tener delante una descripción tan pormenorizada de las secuelas de rinoplastia obtenida de la lectura detenida de la bibliografía, aunando todos los conceptos de diferentes autores para dar una visión íntegra de la realidad.

No obstante, a efectos prácticos, es quizás mejor discutir alguno de estos problemas con detenimiento para obtener conclusiones más correctas en cuanto a la efectividad de las técnicas.

DR. PEDRO CORMENZANA OLASO

Rinoplastia secundaria de aumento con implante poroso de polietileno de alta densidad (MEDPOR)

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos con el implante poroso de polietileno de alta densidad (PPAD) para el aumento del dorso nasal por exceso de resección, como material de soporte para columela, como material de refuerzo a nivel de septum o como expansores paraseptales ("spreaders grafts"). Se puede emplear solo o recubierto por autoinjertos cartilagosos de origen septal, alar o auricular.

Texto:
Dr. P. Cormenzana
 Policlínica Guipúzcoa

Las secuelas de una rinoplastia fallida son: exceso de resección dorsal junto a adherencias cutáneas, ensanchamiento e irregularidades y punta generalmente colapsada, con diversas anomalías. En ocasiones la deformidad toma el aspecto de nariz "en silla de montar". Se trata

siempre de casos complejos que suponen un reto para el cirujano.

Hemos utilizado el implante PPAD en 13 pacientes a lo largo de los últimos 4 años, 43 implantes en total, presentando 1 sola complicación, obteniendo resultados satisfactorios.

Introducción

La rinoplastia evoluciona constantemente hacia técnicas cada vez más sofisticadas gracias a las posibilidades que ofrece la rinoplastia abierta. La rinoplastia secundaria precisa a menudo el empleo de material autólogo, heterólogo o bien de ambos (1). El abanico de posibilidades y de técnicas descritas es amplio.

El empleo de materiales autólogos ocasiona una zona dadora pudiendo además ser fagocitados con el paso del tiempo dando lugar a su reabsorción. Los materiales aloplásticos clásicos (Silicona, Gore-Tex, etc.) (2,3) a menudo ocasionan complicaciones como la infección, el desplazamiento y la extrusión.

A pesar de la considerable controversia que existe en el empleo de materiales aloplásticos en la región nasal existe una incansante búsqueda de un material permanente ideal para el aumento nasal. La mayoría de cirujanos prefieren los materiales autólogos si bien la magnitud de la deformidad, que generalmente es proporcional a la ausencia de car-



Descripción de las imágenes:

Varón con ausencia total de septum. Recibió 2 implantes de Medpor en dorso, 1 en columela y 1 en punta.

tlago disponible localmente (debido a la mutación total del septum), obliga a emplear cartilago o hueso de regiones distantes. El cartilago auricular es insuficiente para elevar una nariz colapsada siendo preciso acudir al cráneo o a la costilla para obtener tejido con la suficiente fuerza y resistencia. La obtención de éstos materiales puede ocasionar morbilidad.

La nariz es una región intrínsecamente difícil para alojar implantes debido a la delgadez de los tejidos que predispone a su extrusión, la proximidad de la mucosa que puede facilitar la infección y su movilidad. En los casos secundarios esto se agrava por la existencia de fibrosis y si existieran cicatrices externas supondría un excesivo riesgo que contraindicaría la técnica. La piel espesa de los varones oculta mejor el implante.

El implante PPAD es un biomaterial de Polietileno de alta densidad. El Polietileno tiene una larga historia como implante quirúrgico. Se caracteriza por permitir el crecimiento de tejido debido a su estructura porosa; su naturaleza rígida permite su tallado, pudiendo emplearse como un sustituto del hueso (1) para elevar en bloque un dorso nasal (a veces en doble capa) y elevar todo el

complejo de la punta con otro implante tipo "masstil" formando una escuadra en "L" invertida.

Técnica

Los implantes PPAD se tallan con una hoja de bisturí para obtener el tamaño y la forma deseados (2). Se pueden moldear introduciéndolos en suero salino muy caliente. El implante para dorso o punta debe de ser biselado para evitar los resaltes y aristas. El implante para columela quedará oculto gracias a la manipulación con suturas de los crus mediales y de los domos de los cartílagos alares.

El implante se maneja con máxima esterilidad y recomendamos empaparlo en solución antibiótica previamente a su introducción final. Se debe de realizar un bolsillo adecuado y tallarlo con gran precisión hasta que se acomode perfectamente.

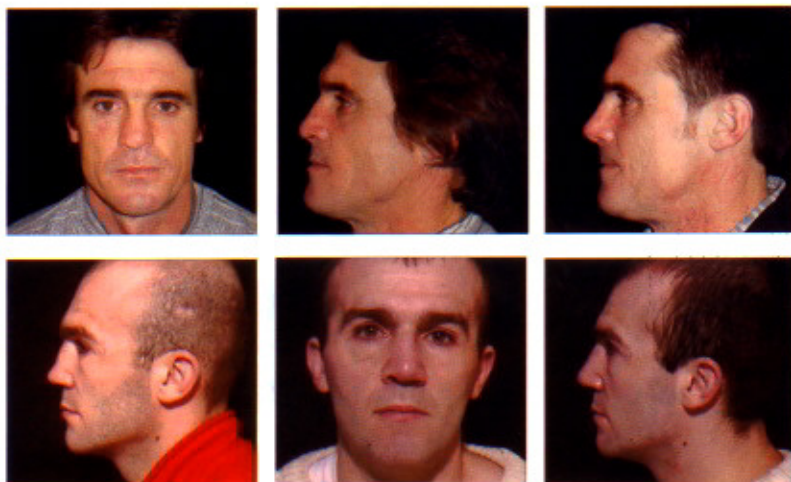
Material y métodos

Hemos intervenido 13 pacientes (8 varones y 5 mujeres), entre los años 1999 y 2003, para corregir severas secuelas de rinoplastia con implantes



Descripción de las imágenes:

Varón con resección excesiva de dorso y punta bulbosa. Se corrigió con un implante de dorso, un implante en columela y un autinjerto cartilaginoso septal para la punta.



Descripción de las imágenes superiores:

Varón intervenido de rinoseptoplastia para corrección de secuelas postraumáticas, con cicatrices en punta nasal.

Se aplicaron implantes en dorso y columela y autoinjerto cartilaginoso en punta.

Imágenes inferiores:

Varón con deformidad en dorso y colapso de punta. Se corrigió con tres implantes de PPAD (dorso, columela y punta) y un autoinjerto cartilaginoso para punta.

PPAD. En todos ellos se realizó el abordaje transcolumnar infracartilaginoso (rinoplastia abierta). Salvo un paciente todos recibieron más de un implante y los que se aplicaron en la punta nasal fueron recubiertos por autoinjertos de cartilago muy finos. En total se han colocado 43 implantes.

Tipos de implantes:

- Dorso: 11 pacientes, 14 implantes
- Columela: 13 pacientes, 13 implantes
- Punta: 4 pacientes, 4 implantes
- Expansivos paraseptales ("spreaders"): 6 pacientes, 12 implantes

La mayoría de éstos pacientes presentaban una ausencia de septum total o subtotal y un 50 % presentaban un colapso de la válvula interna por lo que no existía la posibilidad de confeccionar unos injertos expansivos paraseptales con cartilago septal.

El PPAD aporta un soporte firme que incluso puede alargar el dorso para corregir las narices cortas mediante 2 láminas paralelas que pueden suturarse al remanente septal (en los casos que existiera).

Resultados y complicaciones

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios (figuras 1 a 5) con una valoración muy positiva por parte de todos los pacientes que han visto corregidas graves alteraciones que arrastraban, en algunos casos, durante varios años.

De los 43 implantes solamente existió un caso de desplazamiento de un dorso en un caso de un varón con secuelas de labio leporino, con numerosas intervenciones en su nariz, consistente en un efecto de basculamiento de la parte distal del implante que ocasionaba una deformidad en el dor-

so. Se resolvió reinterviniendo, reforzando el soporte columelar.

Discusión

Es indiscutible que la primera elección en rinoplastia para aumentar el dorso o remodelar la punta nasal es el cartilago autógeno. Sin embargo las resecciones septales previas eliminan la fuente principal de éste tejido. El cartilago auricular generalmente carece de la fuerza suficiente para tratar las narices seriamente dañadas siendo preciso recurrir al cartilago costal.

El implante PPAD (Medpor) es, en nuestra opinión, una opción ventajosa y versátil que puede resolver los múltiples problemas que se presentan en las rinoplastias secundarias.

BIBLIOGRAFÍA

B

1. Juni J. Salvage techniques for secondary rhinoplasty. *Rhinoplasty*. Daniel RK. Little Brown 1993;855-868
2. Karnes J, Salisbury M, Schaeferle M, Beckham R, Ersek RA. Porous High-density Polyethylene Implants (Medpor) for nasal dorsum augmentation. *Aesthetic Surg J* 2000; 20:26-30
3. Waldman SR. Gore-Tex for augmentation of the nasal dorsum: a preliminary report. *Ann Plast Surg* 1991; 26:520-525

DR. CRISTINO SUAREZ

Rinoplastia de aumento

Cuando nos referimos a la rinoplastia, automáticamente nos viene a la mente la rinoplastia de reducción, pero también existe otra patología importante que es la rinoplastia de aumento. La etiología del defecto del dorso nasal en la mayoría de los casos es debida a un traumatismo nasal agudo, dejamos a un lado los iatrogénicos desgraciadamente tan abundantes.

go al que añado el tipo de injerto mixto, motivo del presente artículo. Analizaremos cada uno de ellos considerando sus ventajas e inconvenientes y descartando los que no podemos utilizar en este caso concreto, debido a las condiciones clínicas del paciente.

Injerto heterólogos

Dentro de los injertos heterólogos nos encontramos con los clásicos injertos compuestos de metales, de aceites minerales, de plásticos y de siliconas, pero yo particularmente no soy partidario del uso de estos tipos de injerto por las complicaciones que en la gran mayoría de los casos ocasionan.

En cambio si soy defensor de la utilización de los injertos homólogos para el relleno del dorso nasal y, muy particularmente, del injerto de hueso costal, cuando se trata de un hundimiento de grandes dimensiones.

Injertos homólogos

Tenemos que distinguir dentro de los injertos homólogos, los injertos óseos y los injertos cartilagosos, según sea la fuente originaria de donde procedan, de un hueso o de un cartilago.

Los injertos homólogos óseos los obtenemos habitualmente de la cresta iliaca, de los huesos costales o de la calota craneal.

Los injertos homólogos de cartilago los obtenemos del tabique nasal, de la concha del pabellón auricular o igualmente del cartilago costal.

También incluimos en el apartado de los injer-

El de caso que presento se trata de un hundimiento del dorso nasal consecuencia de un politraumatismo general derivado de un accidente de circulación en moto en un joven de 16 años de edad (Fig 1). El problema se planteaba a la hora de elegir que tipo de injerto podíamos utilizar para la corrección del defecto ocasionado.

Tipos de injerto

Revisando los tipos de injertos de que disponemos nos encontramos con la clásica clasificación de los injertos homólogos y los injertos heterólo-

Texto:
Dr. C. Suarez
Clínica Capote
Santa Cruz
de Tenerife

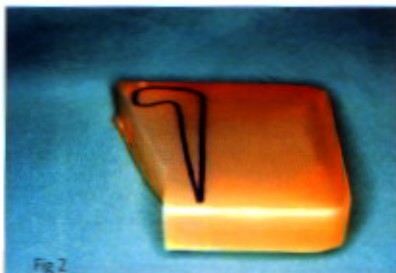


Fig 2



Fig 3

tos homólogos a los obtenidos de los bancos de huesos y de cartílagos.

Injertos homólogos cartilaginosos

Descartados los injertos heterólogos por los problemas postoperatorios, sobre todo la intolerancia y la extrusión del injerto a través de la fina piel nasal, pasamos a considerar otras opciones que nos ofrecen los injertos homólogos en este caso particular:

Comenzaremos por analizar los injertos homólogos cartilaginosos, y en primer lugar tenemos los obtenidos de tabique nasal que es el mayor y mejor proveedor de volumen y soporte para los



Fig 1

defectos nasales además de tenerlo dentro del mismo campo quirúrgico en el que nos desenvolvemos, pero en el caso que nos ocupa no existía vestigios del tabique nasal a consecuencia del brutal accidente de tráfico por lo tanto la obtención de un injerto de esta zona quedaba totalmente descartada.

En segundo termino se estudia la obtención de un injerto homólogo cartilaginoso del cartílago de la concha auricular pero también fue desechado dado que no se podía obtener una cantidad del mismo que pudiera solucionar el defecto del dorso.

Hay que tener en cuenta que se trata de un soporte de unos 3 a 4 cm. de largo y con una consistencia tal que pueda mantener el dorso en su sitio. Esta zona dadora es muy buena cuando se trata de pequeños defectos en el dorso nasal producido por pequeños traumatismos.

Intentamos obtener un injerto cartilaginoso del

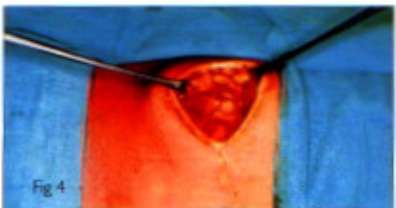


Fig 4

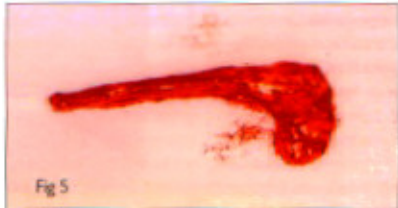


Fig 5



Fig 6



Fig 7



cartílago costal, pero también fue desechada la idea por el paciente y los familiares, dado que en el accidente el paciente había sufrido un "volet costal" y se negaba en rotundo a que se le extirpara cartílago de la zona. Por esta misma razón fue desechado el injerto de hueso costal.

Por mi experiencia personal, el injerto óseo costal, es el mejor injerto al que podemos recurrir en casos de grandes hundimientos del dorso nasal, su tolerancia es excelente, se puede moldear bien, se integra rápidamente en el lecho y el resultado obtenido siempre ha sido satisfactorio, aunque tiene la desventaja del tacto duro y no flexible del dorso y de la punta nasal.

Otro injerto que se barajó fue el injerto de hueso craneal, pero este nuevamente fue desechado por la familia, ya que el paciente había permanecido varios días en coma por una fractura de los huesos del cráneo y un edema cerebral.

Ya sólo nos restaba por coger el injerto del hueso ilíaco, pero nuevamente nos tropezamos con la negativa familiar y del propio paciente porque había padecido una fractura de cadera y de fémur en el accidente y no aceptaba las posibles secuelas en la zona donante del injerto.

Injerto mixto

Retomando y valorando las posibilidades, se trataba de buscar un injerto que tuviera la consistencia necesaria para mantener el dorso nasal en su sitio y que por otro lado aportara a la zona receptora del injerto un almohadillado eficaz para que no fuera rechazado.

Es por esto que me decido por lo que llama-

remos un injerto mixto, parte homólogo y parte heterólogo, cogiendo lo mejor de ambos y desechando lo peor de ellos. Se trata de un injerto compuesto por un soporte de sílica y cuya cubierta es biológica.

El soporte de sílica lo labramos de un bloque de sílica semirígida según las medidas del dorso del paciente y la altura de la cruz media, incluso ligeramente más pequeña de lo que hayamos calculado, dado que hay que pensar que a este soporte se le unirá posteriormente la envoltura biológica que también aporta su volumen (Fig. 2).

Plan quirúrgico

El plan quirúrgico que establecemos lo hacemos en dos tiempos diferentes. En el primer tiempo quirúrgico se coloca el soporte de sílica que previamente hemos labrado en una zona de tejido celular subcutáneo con el fin de que el organismo organice una cápsula alrededor de la misma.

Lo que ocurre es prácticamente similar a lo que sucede con las prótesis de mama, y es que se crea una cápsula alrededor de la prótesis.

El lugar elegido es la zona de la fosa ilíaca izquierda (Fig. 3), por ser una zona de fácil acceso y que prácticamente pasará desapercibida para la vida cotidiana del paciente.

Por supuesto desechamos la fosa ilíaca derecha por la posible aparición de un proceso agudo apendicular. Este primer tiempo quirúrgico se realiza con anestesia local y carácter ambulatorio.

El segundo tiempo quirúrgico lo realizamos transcurridos tres meses de la implantación de la prótesis en el abdomen. Este segundo tiempo lo re-

alizamos con anestesia general e intubación endotraqueal, con un día de estancia en la clínica.

En primer lugar se extrae la prótesis de dorso nasal implantada en la fosa ilíaca izquierda junto con la cápsula que se ha formado a su alrededor (Fig.4), lo que constituirá una bolsa biológica que impedirá el rechazo de una implantación directa de la prótesis de silicona, al añadir el almohadillado necesario para la zona receptora con una capa de piel muy fina.

Una vez extraída la prótesis junto con su envoltura (Fig.5) continuamos como si fuéramos a intervenir una rinoplastia estándar. Infiltramos, diseccionamos todo el lecho del dorso nasal hasta la base de la cruz media (Fig.6).

Este espacio diseccionado debe de ser generoso evitando la colocación de la prótesis a tensión, lo que nos provocaría en un corto plazo una extrusión de la misma.

Desde la región interclavicular introducimos con una aguja recta una sutura monofilamento de 3.0, la pasamos por el lecho, la sacamos por la incisión, la enhebramos a la prótesis, la introducimos otra vez en el lecho y la volvemos a sacar por la región interclavicular.

Este punto externo nos servirá primero de guía para la introducción de la prótesis y luego pa-

ra fijación de la misma.

Comprobada la correcta colocación de la prótesis se dan unos puntos para fijarla, en la base de cruz media, en la punta nasal y en la región interclavicular (Fig.7 y Fig.8).

Se dan unos puntos en la mucosa nasal y se coloca un taponamiento endonasal y una escayola con el fin de conseguir una mayor protección de la zona así como una compresión interna y externa que evite hematomas a nivel de la zona del injerto nasal.

El resultado postoperatorio lo podemos observar en las fotografías de perfil oblicuas y frontales pre y postoperatorias (Figuras 10 a 17).

Conclusiones

Concluimos que se trata de un caso especial de rinoplastia de aumento por hundimiento del dorso nasal después de un aparatoso accidente de moto en el que hemos desechado todos los injertos habituales para la corrección de este defecto, injertos homólogos y heterólogos, y hemos creado un nuevo tipo de injerto que llamamos mixto en el que interviene por una parte una base de silicona semirígida y una envoltura biológica que nos asegura el asentamiento en la zona nasal.



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

B

BIBLIOGRAFIA

- Boo-Chai K. Augmentation rhinoplasty in the oriental. *Plast.Reconstr.Surg.* 34:81, 1964
- Converse JM. Technique of bone grafting for contour restoration of the face. *Plast Reconstr Surg.* 14:332, 1954
- Gunter JF, Richich RJ. Augmentation rhinoplasty. *Plast.Reconstr.Surg.* 86:39, 1990
- Grabb WC, Smith JW: *Cirugía plástica*. Barcelona, Salvat, 1984
- Jackson IT, Smith J, Mister RC.: Nasal bone grafting using split skull grafts. *Ann.Plast.Surg.* 11:53, 1993
- Peck G. *Rhinoplasty*. Philadelphia. JB Lippincott, 1990
- Ortiz Monasterio F. *Rinoplastia*. B. Aires. Panamericana, 1996
- Ortiz Monasterio F, Olmeda A. *Rhinoplasty on the mestizo nose*. *Clin.Plast.Surg.* 4:89, 1977
- Rees T. *Aesthetic plastic surgery*. Philadelphia. Saunder, 1980
- Rees T, Krupp S, Wood Smith D. *Secondary rhinoplasty*. *Plast.Reconstr.Surg.* 46:332, 1970
- E. Rodríguez R, M Bermúdez P. "Uso de silastic enterrado en el dorso nasal". Comunicación personal. XIV Reunion Nacional de la SECPRE. Murcia 1981.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR PEDRO CORMENZANA al artículo "Rinoplastia de aumento" del Dr. Cristino Suarez

La rinoplastia es siempre un reto hasta para el más experimentado cirujano. Cuando se trata de rinoplastias secundarias o terciarias, o bien de secuelas postraumáticas, debemos de revisar cual es el abanico de posibilidades con las que contamos, teniendo en cuenta las limitaciones que vamos a hallar (defectos severos de septum y dorso, colapso de la pirámide, incluida la punta, mala cobertura cutánea debido a cicatrices, etc.). En ocasiones debemos de "inventar" soluciones concretas, aguzando nuestro ingenio y nuestra creatividad y siempre estar preparados a resolver problemas intraoperatorios inesperados que se puedan presentar. Según la propia experiencia de cada cirujano y de su propia filosofía, éste optará por una u otra de las opciones disponibles.

El Dr. Cristino Suárez, repasa las diferentes opciones de la reconstrucción de defectos de dorso nasal, que suele ser una rinoplastia de aumento, dividiendo éstas en el empleo de materiales autólogos y de materiales heterólogos. Expone un caso de deformidad nasal severa en el contexto de un politraumatizado con limitaciones en las zonas dadoras para la obtención de materiales autólogos.

Posiblemente, la mayoría de cirujanos son partidarios de utilizar cartílagos y/o huesos autólogos como primera elección cuando es preciso un aporte de tejido para el dorso, o bien para dar soporte a una columela colapsada. Sin embargo, bien por la ausencia de septum (como suele ser frecuente en las narices severamente dañadas), por la negativa del paciente a aceptar una zona dadora en cráneo o región costal o bien por la morbilidad e impredecibilidad que éstos injertos pueden presentar, el cirujano debe recurrir a injertos heterólogos o bien a injertos mixtos. Esta es la opción que eligió el Dr. Suárez: un implante de silicona tallado que primero se alojó en fosa iliaca y en un segundo tiempo, recubierto por su cápsula periprotésica fue aplicado en dorso nasal. Se trata de una opción ingeniosa que puede reducir la posibilidad de las complicaciones de los implantes de silicona en dorso nasal.

En mi opinión, si bien puede resolver exitosamente un caso complejo, ésta opción presenta algunos inconvenientes: la necesidad de dos tiempos quirúrgicos que en el ámbito de los casos no traumáticos supone costes elevados y no buena aceptación por parte de los pacientes.

En segundo lugar, en mi opinión, el implante poroso de polietileno (Medpor) ha demostrado una excelente integración en los tejidos, con baja incidencia de complicaciones, siendo a mi entender una mejor opción que la silicona cuando optamos por un implante. Este implante puede ser empleado para elevar toda la pirámide nasal, en una o dos capas pudiendo recubrirlo con un autoinjerto auricular (injerto mixto); permite elevar, a modo de mástil, la punta nasal colapsada, situándolo entre las cruras mediales de los cartílagos alares; pueden aplicarse dos láminas paralelas de Medpor a ambos lados del septum para abrir la válvula interna ("spreaders") o para alargar una nariz excesivamente corta (colocándolos caudalmente al septum), pueden aplicarse en la punta para definirla y aumentar su proyección, siendo aconsejable suavizar sus contornos recubriéndolo con una fina capa de cartilago (puede servir un pequeño fragmento de septum o una pieza de resección de cartilago alar).

Como conclusión, FELICITO AL DR. SUAREZ POR LA RESOLUCIÓN DE UN CASO COMPLEJO A TRAVÉS DE UNA PROCEDIMIENTO NOVEDOSO. Esto demuestra que en nuestra práctica debemos de estar preparados para afrontar las más diversas situaciones, recurriendo a veces a procedimientos no convencionales o que se salen de nuestra forma habitual de proceder, individualizando las indicaciones según las necesidades intrínsecas de cada uno de nuestros pacientes.

DR. BLANCO TUÑÓN
 DR. I. BLANCO SAEZ
 DR. P. GARCIA MERINO

Rinoplastia. Detalles

La rinoplastia es una intervención quirúrgica repetida y practicada por todos los cirujanos plásticos, de las más frecuentes en la cirugía estética y de la cual todos recordamos con mayor o menor frecuencia algún fracaso.

Guyron la compara a la práctica del golf, en la cual es necesario esfuerzo y práctica, ambas actividades son enigmas frustrantes.

Longitud, altura y anchura.

Es importante la primera consulta, con una exploración que comprenda la calidad de la piel, su grosor; la deformidad, la totalidad del septum, practicando rinoscopia anterior y posterior; asimetrías, circulación del aire, etc. Pero, sobre todo, el carácter del paciente, la expectativa del resultado que piensa obtener; la sensibilidad, objetividad y el grado de perfeccionismo en su vida.

Esencial el estudio fotográfico y perfil psicológico. Valorar que persona conflictiva, es paciente conflictivo.

Técnica

La intervención, tal vez sea de las que exija mas concentración y sentido espacial.

Siempre, para nosotros, con anestesia general; la anestesia local tiene sus limitaciones: Duración limitada, convulsiones, nerviosismo, falta de intimidad, etc... Solicito al anestesista la centralización del tubo, comodidad para mis ayudantes y para la circulación del quirófano y siempre la totalidad de la cara descubierta.

Preparo la escayola de contención antes de comenzar la intervención.

Incisión intercartilaginosa; despegamiento sin cizallar la piel; resección parcial de alares (mínima); extirpación de la gba cartilaginosa; extirpación hueso nasal mínimo (solo lo que sobra) con escoplo abotonado; extirpación de la espina frontal con escoplo abotonado invertido para marcar el ángulo naso frontal. Lino muy poco todo el dorso y practico la fractura medial para liberar la parte cefálica

La rinoplastia es una operación que debe tomarse con precaución pero sin estrés, con suavidad y dulzura.

Vilar Sancho (2) resume los objetivos en conseguir una nariz:

- Sólida.
- Estable.
- Con circulación del aire.
- Armónica.

Se traduce en : Duradera, permanente, funcional y acorde con la morfología de la cara y satisfacción para el paciente.

Deben observarse (Robin) (3) las dimensiones

Texto:
Dr. J. Blanco Tuñón
Dr. I. Blanco Saez
Dr. P. G. Merino
 León



de las paredes nasales como preconizó Aufrecht (4) insertando el escoplo en la raíz, girándolo hacia fuera, lo que me permite en muchas ocasiones evitar la fractura percutánea, o a través de la vía pinforme, Joseph (5); una ligera presión sobre las paredes laterales reducen la fractura. Compruebo la movilidad de las dos paredes en todo su posible rango porque puede haber una fractura en tallo verde.

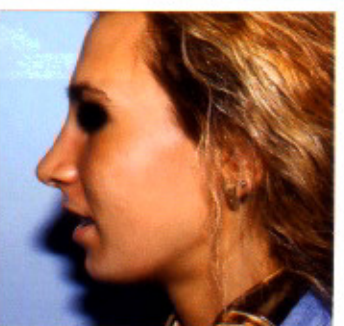
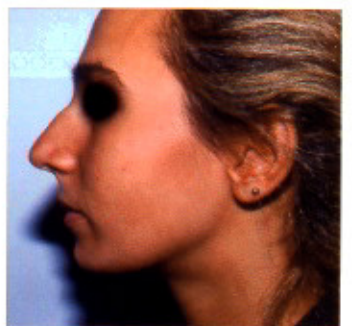
Bajo iluminación directa verifico la ausencia de espículas o esfacelos y con una cucharilla los retiro. Asombra en ocasiones la cantidad de restos

Descripción de las imágenes:

Dibujo que muestra las dimensiones: longitud, altura y anchura.

En el resto de imágenes se puede observar el intraoperatorio:

- Fractura medial.
- Cucharilla.
- Corilagos y fragmentos óseos.



Descripción de las imágenes:

Tres diferentes casos de pacientes femeninas sometidas a rinoplastia. Imágenes de antes de la intervención y resultados posteriores.

que se extraen.

Secciono el músculo depresor (mirtiforme) por vía vestibular, cortando el frenillo en sentido horizontal.

Suturo las incisiones sin transfiar la columela, con el fin de no interrumpir el drenaje linfático hacia el labio superior.

Taponos muy suaves sin presión.

Steni-Strip en todo el dorso nasal y en la punta a modo de brida, con el fin de que la escayola no produzca decúbitos, ni se produzcan espacios muertos, Aiach (6).

Escayola de ocho vueltas (el mejor modo de contención porque se adapta mejor que el metal), que mantengo nueve o diez días, aplicando al retirarla steni-strip cuatro o cinco días para que el o la paciente se acostumbre y tenga un acomodo psicológico, también evita el edema.

B

BIBLIOGRAFIA

- Guyuron, B. - Dynamics of rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 88:970-978, 1991
- Vilar Sancho, B. - The use and abuse of external incisions in rhinoplasty. Aesth Plast Surg, 13, 283, 1989
- Robin, J.L. - Extra-mucosal method in rhinoplasty. Aesth. Plast. Surg, 3, 171, 1979.
- Aufrecht, G. - Symposium on corrective rhinoplasty. Plast. Reconstr Surg ; 28:241, 1961
- Joseph, J.: Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik. Leipzig, Kabitzsch, 1931
- Aiach, G. - Atlas de Rinoplastia. Masson, S.A. - 1994

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR F. MENÉNDEZ-GRAIÑO al artículo "Rinoplastia. Detalles" del Dr. Blanco Tuñón

Quiero ante todo felicitar al Dr. Blanco Tuñón por su trabajo, fruto de sus muchos años de experiencia en rinoplastias. No sabemos si su experiencia con el golf es similar.

Al analizar su técnica quirúrgica coincidimos con el autor en la mayor parte de los puntos. Así utilizamos preferentemente la anestesia general, aunque ocasionalmente ofrecemos al paciente la anestesia local más neuroleptoanalgesia, ya que aunque somos conscientes de su bondad (destacaríamos el menor sangrado), y la hemos visto utilizar a muchos compañeros, nuestro equipo de anestesia solo nos la aconseja en pacientes muy tranquilos y cirugías poco agresivas, recalcándonos continuamente que una sedación profunda conlleva unos riesgos mayores que una anestesia general.

En relación al abordaje preferimos la vía intracartilaginosa, para intentar respetar la válvula interna, asociándola, si fuera preciso, a incisiones marginales.

Coincidimos con el autor en la importancia del curetaje del dorso, aunque a veces nos preguntamos si esas esquirlas no serían útiles a la hora de buscar un callo óseo sin estigmas de la cirugía.

La sección del músculo depresor nos parece una maniobra interesante. Actualmente preferimos abordarlo por vía nasal reseccando su exceso con vistas a profundizar el ángulo nasolabial, y abordando el frenillo y el músculo por vía bucal solo ante labios cortos.

Nos ha llamado la atención la no utilización de suturas transfixiantes en columela. ¡Cuántos actos quirúrgicos realizamos porque los hacían nuestros maestros!. Quizás sea un gesto que deberíamos revisar.

Solamente para finalizar felicitar de nuevo al Dr. Blanco Tuñón por su claridad y sistematización en la exposición, fruto de su experiencia.

DR. A. ALFARO FERNÁNDEZ

Rinoplastia estética y funcional

La finalidad de una rinoplastia es la de obtener un excelente resultado estético y al mismo tiempo conservar las múltiples funciones nasales.

La rinoplastia endonasal, es decir, sin cicatrices externas, fue iniciada por Roe (1) y por Weir (2), desarrollada por Joseph (3) y mejorada con numerosísimas aportaciones posteriores.

La modificación estética de una nariz que no gusta se consigue mediante la reducción de su tamaño y la modificación de su forma para adecuarla proporcionalmente al volumen, rasgos y perfiles faciales.

Pero también hemos de recordar las numerosas funciones de la pirámide nasal y el beneficioso resultado que, después de una rinoplastia, proporciona su conservación. Por ello son esenciales, entre otros factores, unas maniobras quirúrgicas delicadas y un criterio conservador en la modificación y extirpación de las estructuras nasales.

La ausencia de huellas del paso de la cirugía por la nariz (cicatrices u otras marcas), es decir, que no se aprecie "rastros" sensible de que la pirámide na-

sal ha sido operada, es un factor muy favorable para el resultado estético final.

En las rinoplastias primarias realizamos, casi en exclusividad, el método cerrado, endonasal; mientras que en las secundarias se precisa, con frecuencia de una rinoplastia abierta que permite la mejor visualización, accesibilidad y manejo de las alteraciones encontradas.

Funciones nasales

Si bien es indispensable para realizar una correcta rinoplastia un conocimiento profundo de la anatomía de la nariz, no debemos olvidar su fisiología.

En el conjunto anatómico nasal podemos encontrar hasta diez funciones diferenciadas y de importancia variable.

La función específica olfatoria está relacionada con las terminaciones nerviosas del correspondiente órgano. La función respiratoria, por el paso regulador del aire inspirado hacia vías profundas, que se acompaña de su labor de limpieza (filtración por los pelos vestibulares y por los cilios mucocelulares) y de acondicionamiento del paso del aire (humidificación y regulación térmica).

También posee la nariz una función defensiva antimicrobiana y antiviral (Ig A, lisocimas, secreción mucosa), así como reflexógena (ciclo nasal, es-

Texto:
Dr. Antonio Alfaro
Madrid



Descripción de las imágenes:

Foto 1. Rinoseptoplastia con anestesia local y sedación.

tímulos emocionales y defensivos) y participativa fonatoria, junto a los senos nasales, en la resonancia de la voz.

Otras funciones también valorables son las de actuar como órgano sexual secundario y como vía de administración de medicamentos.

Finalmente la nariz/pirámide nasal posee una innegable función plástico-estética por su destacada participación en la armonía de los contornos faciales.

Selección del paciente. Información

El paciente candidato a una rinoplastia suele acudir a la consulta convencido de que desea la operación, pero sin una idea clara y definida del cambio que puede tener.

Su defecto nasal, además de alterar la armonía y la estética de la cara, se traduce en inseguridad, pérdida de la autoestima e infelicidad. Muchos pacientes visitan al cirujano porque han visto resultados satisfactorios en familiares o amigos.

En ocasiones, el defecto es menor y está desproporcionado a la percepción del paciente. La in-

estabilidad emocional puede precisar de la colaboración del psicólogo, y hay que ser claros con aquellos pacientes que pretendan resultados improbables o inalcanzables.

El consentimiento bien informado y firmado es indispensable.

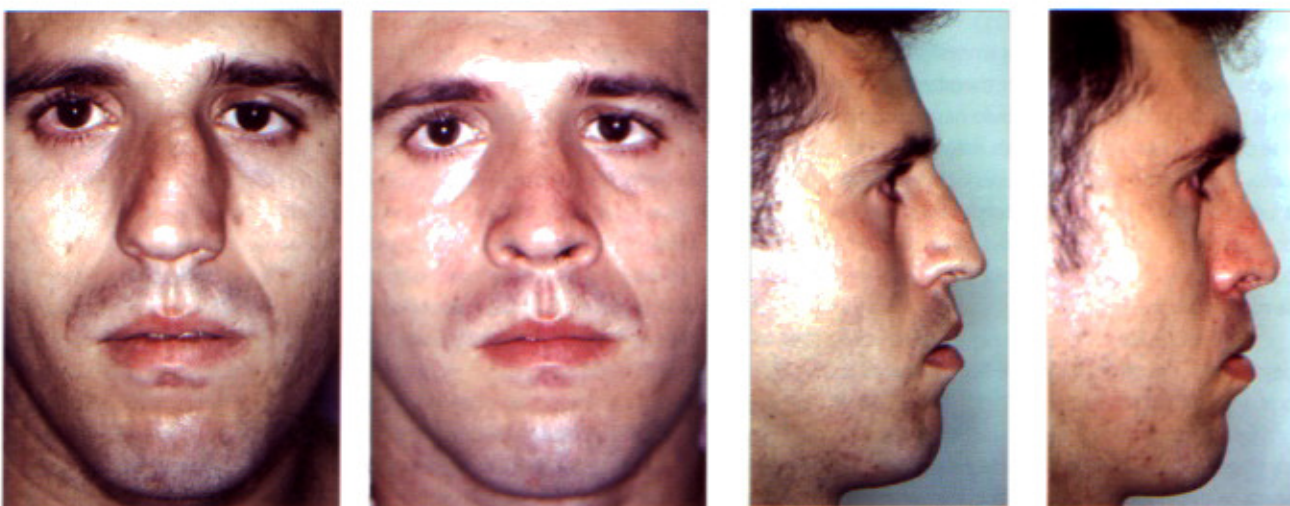
Exploración

Si el estado general del paciente es satisfactorio, antes de realizar la rinoplastia es preciso efectuar una cuidadosa exploración intranasal, con la finalidad de descartar alteraciones ocultas.

Para ello, nada mejor que una luz que permita la visualización intranasal de la posición del tabique, del estado de los cornetes o de la presencia de pólipos, secreciones u otras patologías.

La exploración externa de la pirámide nasal nos va a permitir, en el contexto facial, valorar su tamaño y sus proporciones, así como la proyección de la punta, los ángulos frontonasal y nasolabial o las posibles laterorinias. También vamos a apreciar las características de la piel y de los cartílagos o la amplitud de las narinas.

La exploración, un estudio fotográfico y los de-



Descripción de las imágenes: Fotos 2, 3, 4 y 5. Pre y post operatorio de una rinoseptoplastia.

**Descripción de las imágenes:**

Fotos 6 y 7. A la izquierda paciente con minimirrhinoplastia (y face lifting).

Fotos 8 y 9. A la derecha resultado en una rinoplastia extramucosa

seos del paciente, nos permiten configurar en nuestra mente, una aproximación, al resultado final que pretendemos.

Anestesia

El tipo de anestesia local o general puede ser un factor valorable por algunos pacientes. Hay pacientes que rechazan la anestesia general y es necesario recurrir a la local. En nuestra experiencia una buena sedación acompañada de una correcta anestesia local nos ha permitido realizar muchas rinoplastias sin dificultad. La anestesia local en el paciente sedado, que es deseada por los familiares, se aplica por tres vías combinadas: infiltración mínima de tejidos blandos, bloqueo de los nervios de la pirámide nasal y taponamiento endonasal con gasa impregnada en solución anestésica con vasoconstrictor. Incluso la anestesia local con sedación ha sido suficiente para rinoseptoplastias, con satisfactoria tolerancia de los pacientes (foto 1).

Técnica básica

Identificados y señalados los límites de los cartílagos alares, se inicia la incisión transcartilaginosa en la piel de la bóveda del vestibulo nasal derecho, y se prolonga hacia la base del ala nasal. En su conjunto, la incisión de concavidad superior se mantiene a unos ocho milímetros del borde. Se continúa con una transfixión de la columela y se completa con una incisión transcartilaginosa similar en la fosa nasal izquierda.

A través de los alares se prosigue con un despegamiento del dorso nasal que llega hasta la raíz o el ángulo frontonasal.

Se liberan parcialmente de piel y mucosa los cartílagos alares y se resecan en la proporción deseada, respetando siempre una franja inferior de cartílago en ambos lados. Lo importante no es la cantidad de alar eliminado, sino la que queda "in situ"

en todo el borde y bóveda alar y en continuidad a la columela.

La sección/separación de los triangulares del tabique, en cada fosa, ha sido sustituida en nuestra práctica y desde hace años, por la técnica extramucosa que es más funcional, facilita la resección dorsonasal y no produce desgarros de la mucosa.

Con un escoplo en forma de T se hace la osteotomía dorsonasal al nivel deseado. Extracción del dorso osteocartilaginoso y regulación del borde óseo con raspadores y de los bordes anteriores de los cartílagos triangulares y cuadrangulares con bisturí.

Las osteotomías laterales se realizan con osteotomos en cruzeta y las osteotomías mediales completan la sección ósea. Queda facilitada la fractura "hacia afuera" de los huesos nasales que se completa con una maniobra hacia dentro para su aproximación.

Antes de iniciar las suturas se revisa la punta y el dorso nasal, los cartílagos triangulares y los ángulos frontales y nasolabial.

Habitualmente no se utiliza taponamiento nasal y la inmovilización con escayola se mantiene durante ocho o diez días.

Alternativas técnicas

La experiencia nos ha permitido incorporar a la técnica básica, diversas modificaciones que unas veces son habituales y otras se adaptan a las necesidades de cada paciente con denominaciones específicas: minimirrhinoplastia, rinoplastia extramucosa, técnica de Skoog, rinoseptoplastia y perfiloplastia.

MINIRRINOPLASTIA

Es una técnica en la que se realiza una modificación mínima del contorno y perfil nasal, con reducción de los cartílagos alares y triangulares y elevación de la punta. Castañares la ha descrito como procedimiento complementario rejuvenecedor en el face lifting y en nuestra experiencia ha propor-



Descripción de las imágenes:

Fotos 12 y 13. A la izquierda aspecto natural que proporciona la técnica de Skoog.

Fotos 14 y 15. A la derecha pre y post operatorio en un caso de perfioplastia (prótesis de silicona en mentón)

cionado resultados satisfactorios (fotos 6 y 7).

RINOPLASTIA EXTRAMUCOSA

El despegamiento cuidadoso en una franja ascendente del borde anterior del cartilago cuadrangular es habitual en nuestra práctica de cirugía estética nasal (5) y (6).

Los pasos iniciales son los descritos en la rinoplastia básica. Después de la resección adecuada en los cartilagos alares, se inicia en el vestibulo nasal un despegamiento subpericóndrico del cuadrangular separándolo de la piel y de la mucosa.

Esta disección parcial se realiza en ambos lados a lo largo de una franja ascendente de unos dos o tres milímetros de ancho, se prosigue la disección mucosa en el plano subperióstico hasta la raíz nasal.

De esta forma, queda liberado en la línea media todo el borde anterior del tabique, y lateralmente a cada lado, se forma una unidad de tejidos integrados por piel, mucosa, pericondrio, periostio y cartilagos laterales. Se crea un túnel a todo lo largo de la cara interna nasal esqueletizada con la mucosa nasal íntegra y la posibilidad de trabajar con amplia visualización. Ello permite fácilmente la resección del exceso del cartilago cuadrangular y del dorso óseo nasal, así como la revisión del tabique y de los triangulares. Los pasos siguientes son similares a los de la rinoplastia básica. Esta técnica extramucosa tiene sus inicios en los trabajos de Fomon y colab (7) que la describieron para corregir las alteraciones del septum, es decir, para la septoplastia pura. Posteriormente, Anderson y Rubin (8) la llamaron intramucosa y finalmente Robin (9) la acuñó con el término de extramucosa, pues expresa mejor la idea de una resección del dorso, por debajo o por fuera de la mucosa nasal, respetando su integridad anatómica. Nosotros encontramos en ella

numerosas ventajas: es más anatómica y funcional, proporciona mayor seguridad, se basa en un principio más quirúrgico, es adaptable en situaciones diversas (resecciones excesivas del dorso, Skoog) y en definitiva, es más estética en cuanto a su ejecución y a sus resultados, pues controla mejor las resecciones y previene irregularidades (bridas internas) o tumefacciones duraderas. Nos ha proporcionado, en general, resultados muy satisfactorios (fotos 8 a 11).

RINOPLASTIA DE SKOOG

La técnica está basada en los trabajos previos de Eitner (10) y de Cottler (11) y fue popularizada por Skoog (12). Es otra de las posibles modificaciones técnicas que ha tenido utilidad en nuestra experiencia.

Se basa en reponer en su posición inicial, el dorso nasal resecaído del propio paciente. Una vez extraído el dorso nasal se diseña y se libera de restos de tejidos blandos y, con ayuda de la cizalla fina, se talla y reduce hasta conseguir el tamaño y formas deseadas. Después se reintroduce en su lecho primitivo como un autoinjerto ortotópico.

Tiene esta técnica algunas indicaciones: pacientes que desean mantener un perfil similar pero mejorado, pacientes mayores, en caso de resecciones dorsonasales excesivas o asimétricas. Aunque presenta algo más de dificultad en su realización y requiere de un tiempo adicional de cirugía, la técnica merece ser conocida y familiarizarse con ella, pues proporciona a la nariz una apariencia estética natural (fotos 12 y 13).

RINOSEPTOPLASTIA

Como secuelas de traumatismos, la pirámide nasal puede presentar importantes alteraciones en su forma que precisan de una rino-septoplastia para devolver y mejorar la estética nasal, rectificar las

lateromínias y restablecer la permeabilidad respiratoria.

Trabajos importantes sobre este tema han sido publicados por Planas (14) y por Vilar- Sancho (15).

Condiciones generales para realizar una rino-septoplastia son, entre otras, la disponibilidad de una excelente luz intranasal y la obtención de un campo exangüe que posibilite la manipulación intranasal profunda.

En la rino-septoplastia los pasos iniciales son los de una rinoplastia, seguidos por disección cuidadosa de la mucosa nasal en los planos subperi-condríco del cuadrangular y subperióstico de la lámina perpendicular del etmoides, vomer y cresta maxilar. La mucosa con su pericondrio y periostio quede liberada y a ser posible sin desgarrar, en ambas fosas nasales.

Esta liberación amplia de la mucosa facilita conservar su integridad durante la extracción, a ser posible en bloque, de los componentes del septum desviado.

Otra consideración importante en la rino-septoplastia es la resección del dorso nasal que suele por su desviación precisar de una osteotomía en un plano inclinado. Este diferente nivel de osteotomía nasal en cada hueso permite conseguir, después de la osteotomías laterales, una misma proyección anterior de ambos huesos nasales y un nivel equilibrado del dorso nasal.

La pieza o piezas extraídas del septum se preparan y tallan en fragmentos que son reintroducidos entre las dos láminas de la mucosa de ambas fosas para reconstruir el tabique. Son por tanto autoinjertos totalmente aceptados. Se termina con la introducción de un segmento para la reconstrucción del dorso y de otro para la columela.

En estos casos de rino-septoplastia y para mantener en posición los injertos, es necesario introducir un taponamiento intranasal, que se retira a los tres días y con cobertura antibiótica.

Los demás pasos quirúrgicos son similares a los de la rinoplastia y la placa de inmovilización de escayola, más larga, ha de quedar apoyada en la región frontal.

Los resultados de esta técnica pueden apreciarse en las fotos 2, 3, 4 y 5.

PERFILOPLASTIA

El aumento de tamaño de la pirámide nasal acompañado de una retrusión mentoniana precisa de una perfiloplastia, es decir: rinoplastia combinada con aumento del contorno del mentón. Ello tiene su indicación, en pacientes con buena mordida que presentan un desarrollo insuficiente del mentón y muestran un perfil poco atractivo, perfil de pájaro.

Para aumentar la proyección mentoniana se ha utilizado el autoinjerto del dorso nasal resecado, pero en muchas ocasiones es insuficiente y con

la posibilidad de su reabsorción. Por ello la tendencia actual es el empleo casi sistemático de los implantes de silicona. El éxito del procedimiento se puede explicar por la facilidad de encontrar variedad de implantes con diferentes diseños, la simplicidad técnica de la intervención, la rapidez de ejecución, la ausencia de cicatrices externas, las escasas complicaciones y los satisfactorios resultados.

El implante se inserta a través de dos incisiones simétricas realizadas cerca del sulcus del labio inferior. Se profundiza y disecciona a su través hasta encontrar el periostio del mentón, donde se prepara un bolsillo que va a alojar el implante. El espacio debe limitarse a unas dimensiones apropiadas para que el injerto se mantenga en posición, no se desplace lateralmente y no cuelgue por debajo del borde mandibular. Un cierre cuidadoso en tres planos y un apósito externo de sujeción, finalizan la intervención. La cobertura antibiótica, además de una rigurosa asepsia, es de rutina (fotos 14 y 15).

B

BIBLIOGRAFIA

- (1).ROE, J.O :The correction of angular deformities of the nose by subcutaneous operation. Med.Rec. N.Y.40:57, 1891.
- (2).WEIR, R.F : On the restoring sunken noses.New York J,Med.,56: 449, 1892.
- (3).JOSEPH,J: Nasenplastik und sonstige gesichtsplastik, p.111, Leipzig,1931.
- (4).REGNAULT,P and ALFARO,A. Aesthetic Rhinoplasty. Operative Plastic and Reconstructive Surgery. Barron and Saadt. Vol.2, pag. 729.Churchill Livingstone, London, 1980.
- (5).ALFARO,A. Rinoplastia Extramucosa. Libro Resúmenes XIX Reunión Nacional SECRE. EUNSA. Ed. Univ. Navarra. 173, 1987.
- (6).ALFARO FERNÁNDEZ, A y ALVARADO GARCÍA, G.Cirugía Estética de la nariz. Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. F. Coiffman. 2ªEd, Vol.III, p. 2243. Masson-Salvat, 1994.
- (7).FOMON,S.and al.Plastic repair of the obstructing nasal septum. Arch, Otolaryngol. 47:7, 1948.
- (8).ANDERSON,J.R. and RUBIN,W. Management of combined external nasal and septal deformities. J. La. State Med. Soc.108: 258,1956.
- (9).ROBIN,J.L. Rhinoplastie extra-muquense contrôlée avec mesure pre-operaatoire de la modification du profil. Ann. Chir. Plas. 18:119, 1973.
- (10).EITNER,E. Verletzungen der nase und Ihre Kosmetische Behandlungen, Wien, Med. Wochenschr. 84:307, 1934.
- (11).COTTLE,M. H. Nasal roof repair and hump removal. Arch. Otolaryng. 60. 408,1954.
- (12).SKOOG, T.A.A method of hump reduction in rhinoplasty. Arch. Otolaryng. 83.283, 1966.
- (13).REGNAULT,P and ALFARO,A. Skoog Rhinoplasty; a modified technique. Plast. Reconst. Surg. 66:578, 1980.
- (14).PLANAS,J.The twisted nose. Clin. Plast. Surg. 4:55, 1977.
- (15).VILAR SANCHO, B. Rhinoplasty-Septorhinoplasty. Excerpta Medica. Proceeding X Congress Inter, Conf. Plas. And Reconst. Surg. Pg.399-404. Madrid, 1992.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR PEDRO CORMENZANA al artículo "Rinoplastia Estética y Funcional" del doctor Alfaro Fernández

En éste trabajo, el Dr. Alfaro expone brillantemente aspectos básicos cruciales para la comprensión de la rinoplastia moderna: la estética y la función son inseparables, por tanto la verdadera rinoplastia será casi siempre una rinoseptoplastia. El tratamiento del septum debe de ser la norma, bien para su modificación caudal, su resección parcial o para el empleo de autoinjertos (como soporte columelar o para la remodelación de la punta).

Es preciso hacer hincapié en el concepto conservador de la rinoplastia moderna, mediante la manipulación delicada de la anatomía para obtener resultados naturales, tanto si se emplea el abordaje endonasal o si realiza una rinoplastia abierta.

El Dr. Alfaro es partidario de realizar las rinoplastias primarias cerradas, realizando abiertas en los casos secundarios. Otros cirujanos, entre los que me incluyo, realizan sistemáticamente la rinoplastia abierta.

El repaso de las funciones que se llevan a cabo en la nariz es instructivo pues son aspectos que en la práctica cotidiana se van olvidando; debemos de tener en cuenta éstas funciones y tratar de que nuestros gestos quirúrgicos no las alteren. En éste sentido la rinoplastia extramucosa va a preservar la integridad de ésta estructura tan importante.

La selección del paciente, como en otros procedimientos, debe de ser realizada en base a una buena historia clínica, seguida de una exploración apropiada. En cuanto a la anestesia, en mi opinión, con los anestésicos modernos (Ranifentanilo, Diprivan, etc.) no tiene mucho sentido realizar la intervención con un paciente semidespierto; la anestesia local es el complemento de una buena anestesia general y como en otros procedimientos, el anestesista siempre permanecerá junto al paciente en la mesa operatoria.

En cuanto a las técnicas, las variantes y las opciones descritas son muchas. Cada cirujano, conocedor de los principios básicos, posee sus propios trucos y preferencias, bien sea a través de la rinoplastia cerrada o del abordaje externo.

Es importante valorar otras anomalías faciales, siendo lo más habitual aquellas relacionadas con el mentón y poder ofrecer la posibilidad de corregirlas en el mismo acto quirúrgico, pudiendo así obtener cambios espectaculares en el perfil facial.

DR. VILA-ROVIRA

DR. A. TRIUS CHASSAIGNE

Rinoplastia cerrada: tratamiento estético

La rinoplastia cerrada continúa siendo una técnica quirúrgica de elección en aquellos casos de alteración nasal puramente estética, siempre en función de la habilidad y preferencia del cirujano. Ya desde que Joseph describió la rinoplastia cerrada en 1928, la técnica continúa siendo válida y eficaz para la mayoría de rinoplastias estéticas y funcionales, fundamentalmente primarias, sin necesidad de dejar una secuela cicatricial externa.

Texto:
Dr. R. Vila-Rovira
Dra. A. Trius
 Clínica Teknon
 Barcelona

En nuestra experiencia, la rinoplastia cerrada continúa siendo la vía de abordaje de elección en rinoplastias primarias. Describiremos, pues, la técnica quirúrgica extramucosa con o sin necesidad de osteotomías laterales, en función de la amplitud de la pirámide nasal.

Preoperatorio

El examen preoperatorio es fundamental y en él se deben valorar tanto la motivación y demanda del paciente como el estudio del aspecto estético y funcional de la nariz.

Para ello es necesario realizar un estudio fotográfico de frente, tres cuartos, perfil y de la base de la nariz, con la cabeza echada hacia atrás para observar bien las naninas, columella y orificios nasales. Así mismo precisaremos de una radiografía del tabique nasal de perfil y en proyección de waters fundamentalmente.

Evidentemente se deben solicitar las pruebas analíticas, electrocardiográficas y radiológicas convencionales según protocolo de ASA.

En función de la información obtenida en la primera o segunda visita, realizaremos la propuesta de intervención quirúrgica y anestésica.

Técnica quirúrgica

Infiltración anestésica

Preferimos la anestesia local asociada a sedación, controlada siempre por anestésista, en aquellos casos de rinoplastia puramente estética, es decir, sin necesidad de corrección del tabique nasal, pues en este caso nos decantamos por una anestesia general con infiltración vasoconstrictora.

Así pues, la infiltración bajo anestesia local, la realizamos con lidocaína al 1% y concentración de adrenalina 1:50.000. Infiltrando 3 cc. a nivel de cada nervio infraorbitario, 1 cc. en dorso nasal, 1 cc.



► **Descripción de las imágenes:**

Superiores: Resultado de rinoplastia en paciente femenino.

Inferiores:

Dos de la izquierda: Resultado de rinoplastia en paciente varón.

Dos de la derecha: Resultado de rinoplastia en otro paciente varón.

En la página continua se muestra otro caso de rinoplastia en mujer.



en cada rama ascendente del maxilar superior; donde irá situada la fractura lateral y finalmente 1 cc. repartidos entre la columella y la punta nasal.

Es importante esperar aproximadamente 10-15 minutos a fin de que actúe la adrenalina, monitorizando en todo momento al paciente a fin de controlar el efecto de la misma sobre la tensión arterial.

Durante este tiempo, vamos preparando el campo quirúrgico.

Protocolo en la técnica quirúrgica

En primer lugar, realizamos incisión intercartilaginosa y transfixiante columelar con bisturí nº 15, para continuar con el despegamiento extramucoso del dorso nasal con tijeras de Metzemaum y para finalizar este despegamiento a nivel del radix nasal recurrimos al bisturí que nos acabará de liberar las bridas musculares a este nivel y seguidamente realizamos desperiostización del dorso.

Una vez liberado todo el dorso nasal realizamos tratamiento del septum caudal: En caso de que el ángulo nasolabial sea inferior a 90-110°, se requiere la resección de una mínima porción del septum caudal.

A continuación procedemos a la resección de la giba osteo-cartilaginosa, que realizaremos con tijera en el primer tramo cartilaginosa y escoplo en la porción ósea. Afinaremos la resección con la lima.

Seguimos realizando el tratamiento de la punta nasal: realizamos incisión transcilaginosa de los alares para reseca la porción cefálica de los mismos, dejando indemne la mucosa. Cerramos mediante puntos sueltos de vicryl rapid 5/0. Si es necesario

se realizará desengrasamiento de la punta nasal, fundamentalmente en aquellos casos de puntas bulbosas con piel gruesa.

Antes de proceder a realizar las fracturas óseas nasales, revisaremos la existencia de excedentes mucosos y cartilagosos que nos pudieran favorecer un desnivel o abultamiento tras el proceso de cicatrización.

Finalmente realizamos las fracturas nasales si son precisas: En nuestra experiencia, sólo en los casos de amplitud de la pirámide nasal mayor a 2,5 cm, es preciso realizar fracturas laterales bajas y reducción de la fractura, no siendo necesario en casos de amplitud inferior a dicha cifra.

Por último realizamos sutura transfixiante columelar, con vicryl rapid 5/0.

Sólo en aquellos casos en que las asas narinarias adopten una morfología negroide, será necesario su acortamiento mediante la resección de un pequeño triángulo cutáneo a nivel de la base de la narina y posterior sutura con monofilamento 6/0. Generalmente y a nuestro modo de ver, ésta es una resección que puede realizarse posteriormente una vez el proceso cicatricial y la retracción cutánea ha finalizado, pues se requiere realmente en muy pocos casos.

Vendaje

Taponamiento nasal anterior: lo realizamos con gasa orillada que dejaremos 24h.

A continuación aplicamos bandeletas adhesivas, dejando los orificios libres para acabar colocando una férula de plástico maleable a la acción del calor, quedando rígida posteriormente según la forma que le hayamos dado. Tanto el vendaje adhesivo co-



mo la férula, serán retirados a la semana de la intervención aproximadamente.

Postoperatorio

Inmediato

Dado que la intervención ha sido realizada bajo anestesia local y sedación, el paciente se marchará a su casa una vez haya recuperado la orientación y se haya tolerado la dieta líquida.

Es importante recordar que debe salir acompañado y debe mantener reposo durante todo el día, evitando bajar la cabeza.

Así mismo deberá aplicarse compresas empapadas en agua fría sobre los párpados ya que éstos se hincharán y amoratarán con toda probabilidad.

Si bien no se trata de una cirugía dolorosa en el postoperatorio, pueden sentir molestia o dolor de cabeza, por lo que se pautará la analgesia pertinente.

Es interesante pautar un tranquilizante-ansiolítico para dormir durante los primeros días ya que la imposibilidad de respirar por la nariz adecuadamente y la postura de decúbito supino para descansar, pueden incomodar y angustiar en determinadas ocasiones.

Al día siguiente de la intervención, deben acudir a la consulta para retirar el taponamiento.

Tardío

Esta es una cirugía que requiere mucho apoyo por parte del cirujano, ya que una vez se ha retirado la férula y durante un periodo de 4-6 meses, la nariz permanecerá edematosa. Es sobre todo en los casos de pieles gruesas donde debemos recomendar drenajes linfáticos para ayudar a drenar la punta nasal y evitar, en lo posible, la formación del supratip.

La inflamación de la mucosa proporciona la incapacidad para respirar por la nariz durante mucho tiempo, aproximadamente 1 mes.

Con la finalidad de mejorar o reducir esta incomodidad, el paciente debe realizarse nebulizaciones nasales con suero fisiológico o agua de mar, tantas veces como quiera. Es importante explicar al paciente que no debe utilizar vasoconstrictores nasales que alterarían la vascularización y por tanto la cicatrización.

De otro lado, se recomienda no realizar ejercicio hasta pasado el primer mes de postcirugía ya que provocaría mayor edema nasal, así como evi-

tar circunstancias de altas temperaturas como las saunas. Si bien al cabo de un mes pueden realizar ejercicio, se recomienda que éste no sea de contacto hasta pasados los 3 meses.

Complicaciones

Hemorragia nasal: Puede ocurrir durante el postoperatorio inmediato y generalmente al retirar el taponamiento nasal anterior. Generalmente se autolimita y puede requerir la aplicación de un pequeño taponamiento.

Asimetrías: Pueden ser debidas a una diferente resección de las diferentes estructuras osteo-cartilaginosas, que requerirán una corrección en un segundo tiempo, no antes de 6 meses. O bien debidas al proceso inflamatorio, por lo que siempre es recomendable esperar 6 meses para descartar esta posibilidad, ya que se autocorrigie.

Supratip o bec de courvain: Esta es una alteración frecuente en aquellas narices con piel gruesa y bulbosas que realizan un proceso cicatricial lento y exagerado a nivel del dorso nasal por encima de la punta nasal. Puede llegar a requerir la resección de tejido fibroso de esta zona en un segundo tiempo, al igual que lo dicho anteriormente, no antes de 6 meses.

Alteraciones funcionales: Generalmente debido al proceso de cicatrización de la mucosa nasal, se pueden crear bridas internas que impidan la correcta respiración.

Movilización de la fractura lateral: En algunos casos la reducción de la fractura lateral realizada en la rama ascendente del maxilar superior, no queda fijada y tiene tendencia a abrirse superiormente. Requiere una refracturación y reducción de la misma.

Conclusión

Dado que en la mayoría de casos, siempre que no exista una alteración funcional de base, la demanda del paciente es puramente estética. Y dado que a nivel nasal una pequeña modificación del esqueleto osteo-cartilaginoso proporciona un importante cambio estético, consideramos que las resecciones y modificaciones a realizar quirúrgicamente deben ser las mínimas precisas para conseguir un resultado satisfactorio tanto para la paciente como para el propio cirujano.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR CRISTINO SUAREZ

al artículo "Rinoplastia cerrada" del Dr. Vila-Rovira y la Dra. A. Trius

Poco que comentar al trabajo de rinoplastia cerrada del Dr. Vila y la Dra. Trius, quizás algunas consideraciones y diferentes puntos de vista en cuanto a la ejecución.

Estoy de acuerdo con los autores en que el paso más importante en una rinoplastia es el estudio previo de la nariz y el contar con un plan quirúrgico exacto a la hora de comenzar la intervención.

En mi caso particular utilizo la anestesia general e intubación endotraqueal en el 99 por ciento de los pacientes. Una vez anestesiado el paciente lo infiltrao a lo largo de las líneas de incisión y fracturación, manteniendo la nariz con una pequeña presión para lograr una vasoconstricción adecuada.

Igualmente no soy partidario de resecciones grandes de estructuras osteo-cartilaginosas, sino de discretas correcciones.

Volviendo a punto que considero más importante en una rinoplastia que es el del planteamiento del acto quirúrgico, éste debe contener los aspectos que a continuación paso a describir:

1. Planificación de la resección de la jiba osteo-cartilaginosa, procurando expresarla en milímetros (2 - 3 mm).
2. Planificación de la resección del borde cefálico del cartilago alar, también concretado en mm.
3. Planificar la resección del borde caudal del tabique, igualmente expresado en mm.
4. Planificar la intervención o no en el tabique nasal.
5. Planificar las osteotomías laterales.

El resto de los pasos quirúrgicos, prácticamente todos los cirujanos hacemos lo mismo, alterando el orden de los mismos.

La incisión intracartilaginosa la practico aproximadamente por la mitad del ancho del cartilago alar que viene coincidiendo con el límite de la piel pilosa del vestíbulo.

En cuanto a la disección dorsal hay que procurar efectuarlo en el plano quirúrgico situado en el tejido adiposo que separa la capa muscular del esqueleto cartilaginoso, esto nos permite la integridad de la musculatura que al final dará un resultado más armonioso en el postoperatorio, sobre todo durante los movimientos faciales en especial al reirse.

En cuanto al tamaño del bolsillo subperióstico a disecar en el dorso, prácticamente es del tamaño de la lima que voy a introducir.

Quizás el refinamiento de la punta sea paso quirúrgico más delicado y que deje más secuelas mínimas en la rinoplastia, por ello se debe de ser extremadamente cauteloso a la hora de definir nuestra actuación. Si hay que tener en cuenta la preservación de la continuidad del arco cartilaginoso, reparándolo en caso de dañarlo en el acto quirúrgico. Igualmente tener en cuenta, como dicen los autores, la necesidad de la extirpación de tejido adiposo en las narices de piel gruesa.

DR. J. M. PÉREZ-MACÍAS

Miorrinoplastia estética

La cirugía de las deformidades nasales es una de las que más desafíos plantea al cirujano plástico, ya que para su dominio necesita un arduo aprendizaje y una continua práctica, y aún así, incluso a los cirujanos más experimentados se les plantean problemas difíciles que necesitan soluciones alternativas a las habituales. Sin embargo, la mayor parte de las veces estos esfuerzos se ven recompensados con los resultados, al ser la nariz una de las partes que más armoniza el rostro, cuando mantiene sus proporciones.

(rostro sereno), como del dinámico (rostro expresivo), a través de sus músculos.

Por eso, desde finales de los años 80 practicamos una técnica que se puede denominar Miorrinoplastia, al tener en cuenta también, el tratamiento que realizamos sobre los diferentes grupos musculares nasales.

Valoración prequirúrgica

En los protocolos que tenemos establecidos antes de la cirugía, incluimos, además de las pruebas analíticas de sangre y orina, estudio cardiopulmonar y radiografías en diferentes proyecciones, estudio minucioso del rostro y de los grupos musculares nasales. Para ello, provocamos en el paciente gestos que nos indican como se contraen éstos, como se desplaza la punta nasal, y cómo se eleva el labio cuando provocamos la sonrisa, además del fruncimiento de la zona interiliar.

Sobre un estudio fotográfico, dibujamos las posibles correcciones para la valoración del nuevo aspecto de después de la cirugía.

La valoración también incluye la exploración de las alteraciones del tabique y cornetes por si fuesen subsidiarios de cirugía adicional.

Técnicas quirúrgicas

No existe una técnica quirúrgica única, ya que cada nariz necesita un tratamiento específico, dependiendo de su estructura morfológica y de la edad del paciente. En este artículo, nos limitaremos a la descripción de la técnica más habitual practicada por nosotros, conocida como Miorrinoplastia.

Utilizamos anestesia local y sedación intrave-

Texto:
Dr. Pérez-Macías
Clínica de Cirugía
Plástica
Pérez-Macías

La nariz no sólo es una estructura óseo-cartilaginosa recubierta de piel externamente, y tapizada por otra estructura más especializada en su cavidad, conocida comúnmente por mucosa nasal, también es una estructura que se equilibra tanto desde el punto de vista estático



Descripción de las imágenes:

Izquierda, figura 1. Desinserción de los alares a nivel de la fosa piriforme. Obsérvense los restos de las fibras de los músculos elevadores del ala nasal más proximal y fascículo medio del músculo mirtiforme más distal.

Derecha, figura 2. Sección de los fascículos mediales del músculo mirtiforme y su liberación de la espina nasal anterior para desbloquear la retracción de la punta nasal a través de la mucosa labiolingival.

nosa como norma, y al estar el paciente semidespierto, pero sin dolor ni ansiedad, podemos, en algunos casos, pedirle su colaboración para que nos realice alguna contracción muscular y ver el resultado "in situ" de la técnica empleada.

La técnica habitualmente es extramucosa (1) con abordaje transcartilaginoso, alejándonos de la Plica Nasi para la separación de las estructuras cutáneas del marco osteocartilaginoso.

La modificación de la punta nasal, se efectúa a dos niveles:

a) Haciendo una resección del excedente céfalico de los alares, para conseguir su refinamiento.

b) Y a nivel de la cola de estos alares en la fosa Piriforme, desinsectándolos y liberándolos, así como también liberando la inserción a este nivel del fascículo nasal del músculo Elevador del Ala Nasal y Labio, y del fascículo medio del Músculo Mirtiforme para permitir que roten, elevando la punta y consiguiendo corregir su caída (Fig. 1)

La resección del dorso lo hacemos con lima en la zona ósea (huesos propios) y con bisturí en la cartilaginosa (cartilagos laterales) a través de la vía endonasal.

Para la corrección del ángulo Nasofrontal, acentuamos el limado en esa zona resecando parcialmente el músculo Procerus, en caso necesario, cuando este ángulo está poco definido.

Sin embargo, si el ángulo necesita relleno, por estar demasiado hundido, al igual que en el ángulo Nasolabial, manejamos varias posibilidades: desde los injertos cartilagosos (2) o de fascia (3), a las modificaciones musculares, que en este caso sería la del músculo Procerus, para corregir este defecto.

La corrección del ángulo Nasolabial la efectuamos rutinariamente a través de la vía endobucal a nivel del frenillo labial por varias maniobras:

a) Si presenta un ángulo agudo con una fuerte tracción de la musculatura depresora, individualizamos

los fascículos del músculo Mirtiforme seccionando las fibras mediales y suturando en la línea media el resto mediante una miografía (Fig. 2).

b) Si con esta maniobra no se corrige el ángulo agudo, introducimos injertos cartilagosos.

c) Si el ángulo es muy abierto, lo normalizamos haciendo una resección caudal del tabique nasal, a nivel de la espina nasal, siendo en ocasiones necesario la fractura y extracción de la misma.

Siempre dejamos para el final la valoración de las narinas y de la anchura de la columela y cuando existen anomalías, practicamos las resecciones correspondientes, tanto en la base de los alares como en la Crus Medial.

La decisión sobre otras maniobras más especializadas la tomamos al finalizar la intervención, en cuyo caso valoramos la introducción de injertos para mejorar el aspecto definitivo.

Siempre que el paciente presenta una desviación del tabique nasal, tratamos quirúrgicamente este problema antes de las osteotomías.

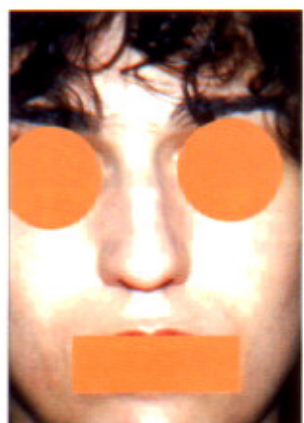
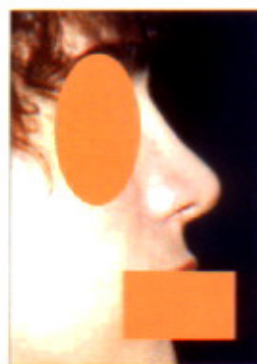
El último acto quirúrgico consiste en la fracturación de los huesos propios mediante osteotomías centrales y/o laterales, según las técnicas clásicas con un escoplo de 3 o 2 mm., ya sea a través de la vía endonasal (base de la apertura piriforme, fractura baja-alta) o sea a través de maniobras externas percutáneas (fractura alta-baja).

El taponamiento nasal anterior y una férula dorsal, para mantener todas las correcciones efectuadas, marca el final de las maniobras quirúrgicas.

Comentarios a la técnica

La nariz forma parte de las referencias que definen la belleza de un rostro (4), por lo que la integración en el mismo constituye la meta del tratamiento quirúrgico.

El concepto de alterar parte de la musculatura, para modificar la mímica, cuando ésta produce



Descripción de las imágenes:

Figuras 3. Aspectos preoperatorios y postoperatorios de una paciente a la que se le ha practicado una miorrinoplastia.

Descripción de izquierda-derecha y de arriba-abajo:

En la imágenes podemos observar el **preoperatorio**, perfil en reposo, el preoperatorio con perfil de sonrisa forzada. Obsérvese el descenso de la punta nasal, la elevación del ala y la contractura de la musculatura depresora a nivel del labio superior con su acortamiento.

Postoperatorio: Perfil con sonrisa forzada, obsérvese la corrección de todas las alteraciones descritas.

Postoperatorio, perfil en una mejor armonía de los ángulos nasolabial y nasofrontal.

Aspectos preoperatorio y postoperatorio de la misma paciente en una visión frontal.

efectos antiestéticos no es nuevo, ya en el año 1975 Hinderer recomienda la sección de los fascículos depresores de la punta nasal, a través de la vía endonasal. (5)

En nuestra práctica, preferimos el abordaje de esta musculatura a través del frenillo, preconizado también por algunos autores (6), ya que además podemos modificar a través de este acceso la estructura del filtro labial mediante una miorrinoplastia, por plicaturas de la musculatura Mirtiforme.

La manipulación de los músculos Elevadores del ala de la nariz ya ha sido utilizada para estos fines (7,8), y más recientemente vemos publicaciones referentes a este aspecto (9).

Hemos constatado que estas maniobras, reducen la necesidad de incluir injertos cartilagosos (10) en más del 50% de los casos, tanto para mejorar la proyección de la punta nasal, como para abrir el ángulo nasolabial (11).

En las fotos tomadas tanto preoperatoriamente como postoperatoriamente (Fig. 3) observamos como se corrigen estas alteraciones hacia la normalidad, estando el rostro en reposo o en movimiento.

Por tanto, consideramos que a la rinoplastia clásica se le deben asociar en la mayor parte de los casos, las maniobras quirúrgicas que modifican la musculatura nasal cuando existen evidencias de las alteraciones anteriormente descritas.

B

BIBLIOGRAFIA

1. Regnault, P. and Alfaro, A. "The Skoog rhinoplasty: a modified technique". *Plast. Reconstr. Surg.* 66:578, 1980.
2. - Ortiz Monasterio F., Olmedo A., and Oscoly L.O.: "The Use of Cartilage Grafts in Primary Aesthetic Rhinoplasty". *Plast. Reconstr. Surg.* 67: 597, 1981.
3. - Guerrero Santos J.: "Tempoparietal Free Fascial Grafts". *Plast. Reconstr. Surg.* 74:465, 1984.
4. - González-Ulloa, M. "La tétrada básica para la belleza de la cara moderna". *Cir. Plast. Ibero-latinoamer.* 1:15, 1975.
5. - Hinderer U.T.: "La Rinoplastia y las técnicas adicionales de perfiloplastia". *Cir. Plast. Ibero-latinoamer.* 1:49, 1975.
6. - De Souza Pinto E.B., Porto Da Rocha R., Queiroz Filho W., Spada Neto E., Giusti Zachanas K., Amâncio E.A., Braz de Camargo A.: "Anatomy of the Median Part of the Septum Depressor Muscle in Aesthetic Surgery". *Aesth. Plast. Surg.* 22:111, 1998.
7. - Miskinyar S.A.C. "A New Method for correcting a Gummy Smile". *Plast. Reconstr. Surg.* 72:397, 1983.
8. - Pessa, J.E.: "Improving the acute nasolabial angle and medial nasolabial fold by levator alae muscle resection". *Ann. Plast. Surg.* 29:23, 1992.
9. - Sainz Arregui J., Elejalde M.V., Regalado J., Ezquerria F., Berrazueta M.: "Dynamic Rhinoplasty for the Plunging Nasal Tip: Functional Unity of the Inferior Third of the Nose". *Plast. Reconstr. Surg.* 106:1624, 2000.
10. - Pérez-Macias JM: "Papel de los injertos autólogos en la rinoplastia estética". Libro de Resúmenes del IX Congreso Ibero-latinoamericano de C. Plástica. Pag. 188, 1992. Lisboa-Portugal.
11. - Pérez-Macias JM: "Complementary Techniques to Improve the Nasolabial and Tip Area in Aesthetic Rhinoplasty". Abstracts of the 8th European Congress IPRAS. Pag. 255-256, 1997 Lisbon-Portugal.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR BENITO VILAR-SANCHO al artículo "Miorrinoplastia estética" del doctor Pérez-Macías

Me piden hacer un comentario sobre el artículo del Dr. Pérez-Macías y me resulta muy difícil opinar sin haber visto directamente sus operaciones, por ello mis palabras son más una disquisición filosófica, que analiza, desde mi punto de vista teórico, su técnica, que una crítica a la misma. Deseo que sólo así se juzguen.

Creo que la técnica del Dr. Pérez-Macías, de la Miorrinoplastia, tiene el interés de poner sobre el tapete un enfoque diferente de la estética nasal y de la Rinoplastia, al elevar el papel de su musculatura intrínseca, de casi curiosidad anatómica, a elemento primordial y decisivo.

Parecía que todo estaba dicho y hecho en Rinoplastia, cuando dos autores españoles, el Dr. Pérez-Macías con este artículo y el Dr. Saiz Arregui con su reciente publicación "Rinoplastia dinámica", nos sorprenden al mostrarnos "la cara oculta de la Luna": la nariz en movimiento, la trascendencia de estos movimientos en su estética y cómo modificar quirúrgicamente la influencia negativa, actuando sobre ellos.

Personalmente, sin negar el rol que las contracciones de los músculos de la nariz tienen en su forma y por tanto en su estética, no puedo por menos de referirme a lo que hace ya años, dije, con respecto a estos movimientos, en mi conferencia "Expresión facial", de hace ya muchos años:

"... para mí, la nariz es de absoluta trascendencia en la cara humana, ya que constituye un rasgo esencial de la misma, pero esta trascendencia es fundamentalmente estática. Da innegables características al rostro, al variar en cada grupo étnico e incluso, con la edad, en cada individuo, pero en el juego de la mímica tiene, un rango muy inferior en la expresión, no ya digamos del marco de los ojos, sino incluso de la boca, pues excepto el fruncimiento de la piel del dorso, junto a la elevación del labio superior, que suele expresar repugnancia ante un mal olor; la abertura de las alas nasales para recibir más aire u olfatear y la depresión de las mismas alas construyendo las narinas, no tiene más movimiento este obelisco, que rige sin embargo, desde su aparente inmovilidad, en gran manera; la armonía y belleza del rostro humano".

En mi opinión, los músculos de la nariz pueden, en sus contracciones, acrecentar y aún producir, momentáneamente, una forma antiestética de los dos tercios caudales de la pirámide nasal.

A fuer de ser sincero, quiero decir, que pongo muy en duda, que las deformidades de la pirámide nasal tengan su causa y origen en problemas del desarrollo muscular. Más bien creo que es la base anatómica deforme, por un crecimiento anómalo, especialmente del septo, la que da origen a una acción muscular inadecuada y excesiva.

Por todo ello pienso, que el indudable éxito, que el Dr. Pérez-Macías obtiene con sus operaciones y que atribuye a la "MIO" son consecuencia de la buena RINOPLASTIA que ejecuta. Al alterar favorablemente las distancias de los puntos de inserción muscular y sus ángulos de contracción, se cambia, sin eliminar ni restar, la escasa, pero aún así importante, mímica nasal, con un resultado estético óptimo. ¡Enhorabuena!

DR. A. FERNÁNDEZ BLANCO
 DRA. ELSA PERTEJO MUÑOZ

Técnica quirúrgica para el tratamiento del pinzamiento primario de la punta nasal

El pinzamiento primario de la punta es una deformación producida por una agenesia de la crura lateralis del cartílago alar, o bien por una anomalía en el desarrollo de la misma, presentando, en mayor o menor grado, alteraciones en la convexidad natural de su cara externa. Se suele presentar en pacientes de raza blanca, de tipología étnica caucasiana.

cuela de una rinoplastia estética.

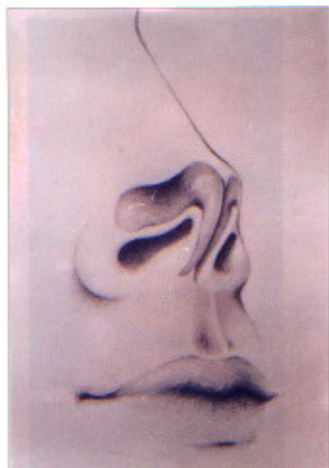
Tratamiento del pinzamiento alar en la literatura

El pinzamiento alar primario no se encuentra en la literatura como entidad patológica bien definida, y su tratamiento queda incluido dentro del grupo de técnicas destinadas a dar solución al pinzamiento alar secundario a una rinoplastia estética. Meyer en su libro "Secondary and Funcional Rhinoplasty" describe esta deformidad en un determinado tipo de nariz con la cavidad nasal muy estrecha, y propone para su tratamiento, la resección de la porción cefálica de la crura lateralis, además de la pars transversa del músculo nasal, mediante la técnica de eversión del cartílago. Sheen no hace alusión a esta anomalía al describir las deformidades primarias del cartílago lateral inferior en el libro publicado en 1978 "The Aesthetic Rhinoplasty".

Hay descritas diversas técnicas para el tratamiento secundario de esta deformidad, que pueden ser valaderas cuando su etiología es primaria. Los autores coinciden en dos puntos básicos para el enfoque del tratamiento para deformidades secundarias: (1) dar rigidez al ala nasal, y (2) solucionar el problema estético. Para ello se han propuesto soluciones dependiendo de la magnitud de la pato-

Texto:
Dr. Alfredo
Fernández Blanco
Dra. Elsa Pertejo
 Hospital
 Virgen de la Paloma
 Madrid

La raza blanca de tipología étnica caucasiana posee una cavidad nasal angosta, acompañada en ocasiones por una desviación septal. En este tipo de nariz la función nasal puede estar alterada, si el cartílago no posee la resistencia necesaria para vencer la presión negativa que se origina durante la inspiración, provocando al colapso alar, que aumenta con la inspiración forzada. La deformidad, que en la juventud es incipiente, en el transcurso de los años se hace más evidente, con la pérdida del tono muscular, aparentando ser se-



Descripción de las imágenes:

Superiores
 Fig. 1, izquierda: Alteración primaria de la cruz lateralis. Se enfatiza la ausencia de convexidad natural de la misma, y el compromiso de la función respiratoria al quedar disminuido el diámetro transversal de la narina.
 Fig. 2, derecha: Corrección quirúrgica relocalizando el cartilago alar remodelado con una rotación de 180° en su eje mayor, aprovechando la convexidad interna. Sutura anudada hacia el interior.



Descripción de las imágenes:

Fig. 3 y 4, izquierda y contra. Detalle intraoperatorio donde se muestra la cruz lateralis resecada en su totalidad y colocada sobre la piel de la nariz en su posición original. En estas imágenes se aprecia la falta de convexidad natural del cartilago.
 Fig. 5, derecha. Momento intraoperatorio donde se realiza la sutura del cartilago tallado al domo del cartilago alar.

logía. Así, cuando la deformación es severa o existe agenesia de la cruz lateralis, Fomon en 1960 propone la utilización de injerto de concha auricular. En 1964, Hage describe injertos en "ala de mariposa" para la corrección de esta deformidad y en 1979, Juri publica el diseño en forma de "ancla" en los casos de colapso alar, mediante un abordaje de Rethi. También por esta vía L. Ribeiro propone en 1989 la trasposición de las cruz lateralis, cruzándolas en el domo, llevándolas el lado opuesto, sin seccionar la unión con la cruz medialis. Otras técnicas han sido descritas (Marino 1968, Lewis 1987, Millard 1969), útiles para la solución de este problema, que tienen como denominador común la utilización de injertos de cartilago.

Técnica quirúrgica

La técnica que describimos a continuación la publicamos inicialmente en 1992 y desde entonces hemos realizado 34 casos con pequeñas variaciones de la misma. En el tratamiento de esta deformidad, necesitamos un abordaje que nos permita una completa visualización de la cruz lateralis de los cartílagos alares. Podemos utilizar técnicas a "Cielo Abierto", pero para minimizar estigmas cicatricia-

les sobre la colmuela preferimos comenzar el tratamiento de la punta con una incisión casi marginal, que comenzando en la zona del domo, se continúa hacia atrás a lo largo del borde anterior del cartilago.

La disección comienza cerca del domo, por la cara superior del cartilago. En esta zona es fácil encontrar su borde caudal. Una vez decolada la cara externa de la cruz lateralis, mediante la incisión del mucopericondrio continuamos el decolamiento con tijeras de Steven rectas en la cara interna del cartilago.

Terminada la exposición de la cruz lateralis, procedemos a separarla de la cruz medialis mediante una incisión en el cartilago, que procuramos respete la incipiente cúpula nasal de manera que no queden relieves agudos en esta zona. Una vez resecada la totalidad de ambas cruz lateralis, la colocamos sobre una plancha rígida para su tallado posterior.

El tallado de la cruz lateralis resecada, se realizará de forma elíptica aprovechando la zona de mayor convexidad. Para ello rotamos los cartílagos 180° sobre su eje mayor, de forma que mucopericondrio ahora sea externo. Una vez colocado en el lugar definitivo, el cartilago llevará la piel a una nue-

Descripción de las imágenes:

Preoperatorias y postoperatorias en pacientes operadas de nariz con técnica quirúrgica para el tratamiento del pinzamiento primario de la punta nasal. En este tipo de nariz la función nasal puede estar alterada si el cartilago no posee la resistencia necesaria para vencer la presión negativa que se origina durante la inspiración, provocando el colapso alar, que aumenta con la inspiración forzada.

va posición venciendo la memoria que tiende a reproducir el pinzamiento original.

En la fijación del cartilago utilizamos nylon 5/0 y dos tipos de suturas diferentes. La primera une el trozo modelado al cartilago remanente en el domo con los nudos hacia dentro, para evitar que hagan relieve en la piel. Y la segunda, puntos de transición que atraviesan todos los elementos del ala nasal sujetando el cartilago en su interior en la posición deseada, quedando anudados sobre pequeños ovillos de gasa.

Siempre procuramos respetar el sistema muscular que interviene activamente en la expansión nasal durante la inspiración.

El cierre de las incisiones realizadas en la piel de las ventanas nasales se lleva a cabo con nylon 5/0.

Discusión

El pinzamiento primario de la punta nasal es una deformidad que para su tratamiento exige utilizar técnicas que incluyan el uso de injertos cartilagosos que modifiquen la concavidad de la superficie de la punta nasal. Nos parece útil conocer este recurso técnico que permite la reutilización del material extraído, imitando la actuación quirúrgica a la zona afectada, sin necesidad de recurrir a otra zona para la obtención de material para injerto. Es de resaltar que la interrupción del arco cartilaginoso, al separar la cruz medialis de la cruz lateralis, y su posterior reconstrucción según esta técnica, no provoca disturbios en la función nasal.

**B****BIBLIOGRAFIA**

1. Secondary and Functional Rhinoplasty, R.Meyer: 1988 Editorial Grune & Stratton, Inc. Orlando, Florida. Pg.106.
2. Aesthetic Rhinoplasty, Jack H. Sheen 1978 Editorial The C.V. Mosby company. Saint Louis pg. 432.
3. Deformities of lower cartilaginous vault, S. Fomon Otolaryngol. 1948 26:117
4. The butterfly cartilage graft for correction of inadequate alae. J.Hage 1964 In Transactions of the 3er. International Congress of Plastic Surgeons, Amsterdam.
5. Collapsed alae strengthened by conchal cartilage (the butterfly cartilage graft).
6. Ear Cartilage Graft to the nose. J.Juri, C.Juri. 1979 Plast-Reconstr-Surg 63:377
7. Correction of the secondary nasal tip and of alar and/or columellar collapse. J.Juri, C.Juri, D. Grilli M.C. Zeaiter, G.D. Vázquez, Plast-Reconstr-Surg 1988 82:160.
8. Revising the nasal tip: A new approach. Ribeiro Lyacir. Plast-Reconstr-Surg 1989 84:671.
9. Contribución a la reparación de las alas nasales operadas, gravemente colapsadas. Marino E. Zeitschr HNO 1968 96:498.
10. Nasal Tip Projection, Counterpoint, J.R. Lewis Plast-Reconstr-Surg 1987 8:456.
11. Secondary corrective Rhinoplasty, Millard R. Plast-Reconstruc-Surg 1969 44:545.
12. Tratamiento quirúrgico del colapso alar primario. A.Fernández Blanco. Revista Argentina de Cirugía Plástica. 1992 2:143.

CONTESTACIÓN DEL DOCTOR JESÚS BENITO

al artículo "Técnica quirúrgica para el tratamiento del pinzamiento primario de la punta nasal" de los doctores Fernández Blanco y E. Pertejo Muñoz

Los autores exponen su experiencia en el tratamiento de una malformación de los cartilagos alares que da lugar a un pinzamiento del ala nasal, muy similar como ellos reconocen al que se produce secundariamente a una resección excesiva del cartilago alar en una rinoplastia.

La técnica que describen es sencilla en ejecución y lógica, utilizando el mismo cartilago alar pero tallado y reorientado de forma que la convexidad interna sea externa y obligar a un ensanchamiento de la narina.

Sin embargo echo en falta algunas imágenes de pacientes con una evolución a largo plazo, para ver cómo se comporta este cartilago. Todos sabemos que en la rinoplastia los resultados a corto plazo no tienen nada que ver con los que se pueden ver al año, especialmente cuando usamos injertos (técnicamente, los autores describen un autoinjerto de cartilago alar).

En ocasiones el cartilago alar tiene un grosor importante pero si no es así, cabe la posibilidad que su manipulación quirúrgica y su recolocación no resista las fuerzas de retracción cicatriciales y se produzca un colapso secundario. Los autores no comentan si han tenido que reintervenir a alguno de estos pacientes y solucionarlo con algun tipo de injerto obtenido de tabique y de cartilago auricular.

DR. DÍAZ TORRES

Rinoplastia

Hablan los psiquiatras de algo tan complejo como son las dismorfofobias. Esta patología, psiquiátrica en sí, es producto de la aceptación o no de nuestro contexto corporal, que parte de nuestra propia percepción ante el espejo y en último término del tacto. Todo ello son fuentes de información a nuestro cerebro, en definitiva, es el puchero donde se cuece el guiso de nuestras formas. Por tanto, con nuestros bisturís, actuando en la periferia, llevamos los resultados a nuestro cerebro para lograr así la aceptación de la nueva anatomía.

Texto:
Dr. Díaz-Torres
Hospital Ramón
y Cajal

Lógicamente, en casos de perturbación cerebral, hagamos lo que hagamos los cirujanos plásticos, el resultado será el no deseado. Pues bien, las mamas, las orejas, las caderas, el abdomen... y otras partes de nuestra anatomía pueden ser hábilmente disimuladas con alguna prenda interpuesta; sin embargo, la nariz, pirámide nasal, siempre está ahí, en el centro de la cara, convirtiéndose en el centro de nuestras miradas y por

ello siendo un reto para el cirujano, cielo e infierno de nuestros procesos quirúrgicos.

Nuestra actuación sobre ella, al margen de controversias y técnicas (abierto, cerrado, toroda, recta, caballete, punta, etc...), es la remodelación de las estructuras para evocar a los cánones exigidos en el contexto de las razas y la armonía facial, independientemente del factor común como es el sentido de la lógica que debe presidir en nosotros.

La rinoplastia básica

La rinoplastia básica es un partido a jugar de tres tiempos, punta, dorso y septum, el cual debemos jugar en el orden que consideremos más idóneo.

En este trabajo tan solo quiero apuntar sobre la rinoplastia clásica.

En ocasiones, debemos actuar independientemente de forma secundaria o primaria con elementos de aposición que obtendremos fundamentalmente de nuestro propio cuerpo, que es una fuente inagotable de recursos.

A su vez, debemos contar con técnicas y procesos complementarios que mejoran el resultado como es la dermoabrasión de la piel, fundamentalmente de la punta y la exéresis grasa del celular subcutáneo.

La anaplastología

Con la aparición de cirugía ablativa de origen diverso, la anaplastología nos ofrece un cartucho en la recámara de resultados estéticos sorprendentes y coste mínimo en el contexto de la cirugía compleja reconstructiva.

