

Cirugía Estética Plástica

Revista de la Asociación Española
de Cirugía Estética Plástica

Número 10
Julio - Diciembre 2009

AECEP

Disponible:
www.aecep.es

Rinoplastia: nuestro concepto



Dr. Héctor Gustavo Pinta

Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPRE)

Objetivos: presentamos nuestro concepto personal de diagnóstico y tratamiento de los diferentes signos nasales que se apartan del ideal anatómico caucásico de belleza.

Métodos: se evaluaron los resultados obtenidos en 28 años de experiencia con diferentes técnicas de embellecimiento nasal, ya sean cerradas o abiertas.

Resultados: se establece un método de diagnóstico y tratamiento para los defectos simples de diagnosticar y de tratar, así como aquellos otros, tanto primarios como secundarios, en los que fue necesario realizar el diagnóstico a cielo abierto y tratamientos de gran complejidad.

Discusión: este amplio concepto de rinoplastia nos permite clasificar las rinodeformaciones en simples y complejas, según la dificultad de su diagnóstico y tratamiento. Esto nos proporciona la libertad de aplicar las diferentes técnicas quirúrgicas, tanto en rinoplastias cerradas como abiertas y de obtener resultados predecibles y evitar o minimizar las complicaciones postquirúrgicas.

Palabras clave: rinodeformaciones primarias, rinodeformaciones secundarias, rinoplastia cerrada, rinoplastia abierta, rinoplastia.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos planteamos una rinoplastia partimos del concepto de que para obtener un resultado excelente debemos tener en mente cuatro factores fundamentales: 1) el claro conocimiento de los cambios deseados por el paciente; 2) el diagnóstico detallado de las múltiples variantes anatómicas, naturales o adquiridas, observadas en el paciente; 3) el conocimiento de técnicas que puedan modificar dichas alteraciones produciendo un efecto prolongado; y 4) realizar la cirugía de manera correcta en cuanto a la técnica.

En primer lugar, es fundamental interpretar el defecto señalado por el paciente para poder decidir de forma realista su posible corrección, sin alentarle falsas expectativas.

En el segundo punto, y como en cualquier especialidad quirúrgica, damos por sentado el estudio anatómico básico, haciendo hincapié en la apreciación estética y en el reconocimiento de las variantes anatómicas. Para la raza blanca nos basamos en el ideal caucásico, que creemos está en el subconsciente de la mayoría de nuestros pacientes. Hemos comprobado que a medida que aumentó nuestra capacidad de diagnosticar diferentes defectos, tanto primarios como secundarios, hemos debido buscar,

idear y aprender nuevas técnicas para solucionarlos, aumentando así nuestro arsenal de procedimientos quirúrgicos. Esto nos ha llevado a que, en la actualidad, casi en más de un 90% de los casos recurramos a la rinoplastia abierta para poder realizar el tratamiento adecuado de las estructuras. Por tanto creo que debemos esforzarnos en aprender a diagnosticar, más y mejor, los defectos nasales para así no correr el riesgo de tratarlos indebidamente o dejarlos pasar de forma inadvertida lo cual, probablemente, nos reclamará nuestro paciente o nuestra propia conciencia.

En cuanto a la técnica que debe usarse cabe decir que, después de más de veintiocho años de experiencia, hemos variado de acuerdo con nuestra evolución y la de nuestros maestros. En la actualidad la elección de la técnica se basa única y exclusivamente en nuestro meticuloso diagnóstico previo o intraoperatorio.

Por tanto, no estamos de acuerdo con una limitada y dogmática forma de tratamiento sino que, por el contrario, empleamos selectivamente las diversas variantes técnicas, de acuerdo con las necesidades presentadas en cada caso, que nos han proporcionado el resultado deseado, en la forma prevista y de manera prolongada.

Sin embargo, no son pocas las veces que debemos variar durante la cirugía nuestro presunto tratamiento, obligándonos a revisar mentalmente nuestra capacidad terapéutica y, muchas otras veces, a improvisar sobre la marcha alguna solución al problema presentado.

Con esta actitud tendremos posibilidades de enfrentarnos con éxito a las más diversas rinoplastias. Por ejemplo, en algunas ocasiones podemos encontrarnos con pacientes que consultan para tratar la giba dorsal o una punta caída en los que, tras un diagnóstico cuidadoso, no encontramos ninguna otra alteración nasal más que una hipertrofia de su músculo depresor de la punta. La sección o la resección parcial de este músculo hipertrofico puede ser suficiente para corregir los defectos aparentes mencionados. Por otra parte, en aquellos casos que presentan una punta ancha con piel muy gruesa podremos obtener un mejor resultado si, en vez de proceder a un tratamiento de resección importante de los cartílagos alares, optamos por aumentar la proyección de la punta con un injerto, de manera que se haga menos necesaria la reducción de su anchura. De la misma manera, en pacientes donde no tengamos duda alguna sobre su simetría, tanto ósea como cartilaginosa, con giba y punta ligeramente globosa realizaremos, sólo en estos raros casos, rinoplastias convencionales cerradas como clásicamente venimos haciendo, es decir, procederemos a la resección del dorso nasal ósteo-cartilaginoso y del borde cefálico de las crura laterales y a las osteotomías laterales.

Por el contrario, en la mayoría de las rinoplastias secundarias nos veremos obligados a corregir las alteraciones anatómicas y devolver o reponer aquellas estructuras extraídas de manera abusiva o inadecuada. Uno de los defectos iatrogénicos más frecuentes es la retracción narinaria (Fig. 1). La utilización de

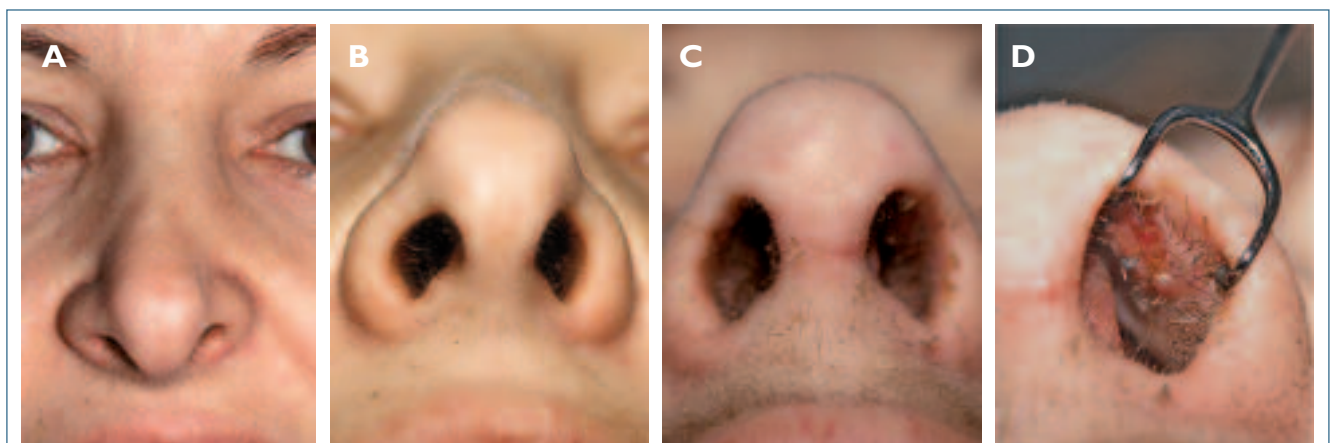


Fig. 1. A, B. Preoperatorio. Pinzamiento de la punta con retracción narinaria izquierda (grado III de la clasificación de Gunter). **C.** Postoperatorio de rinoplastia abierta: visión basal. **D.** Detalle del injerto compuesto de mucosa y cartílago septal en el vestíbulo nasal.

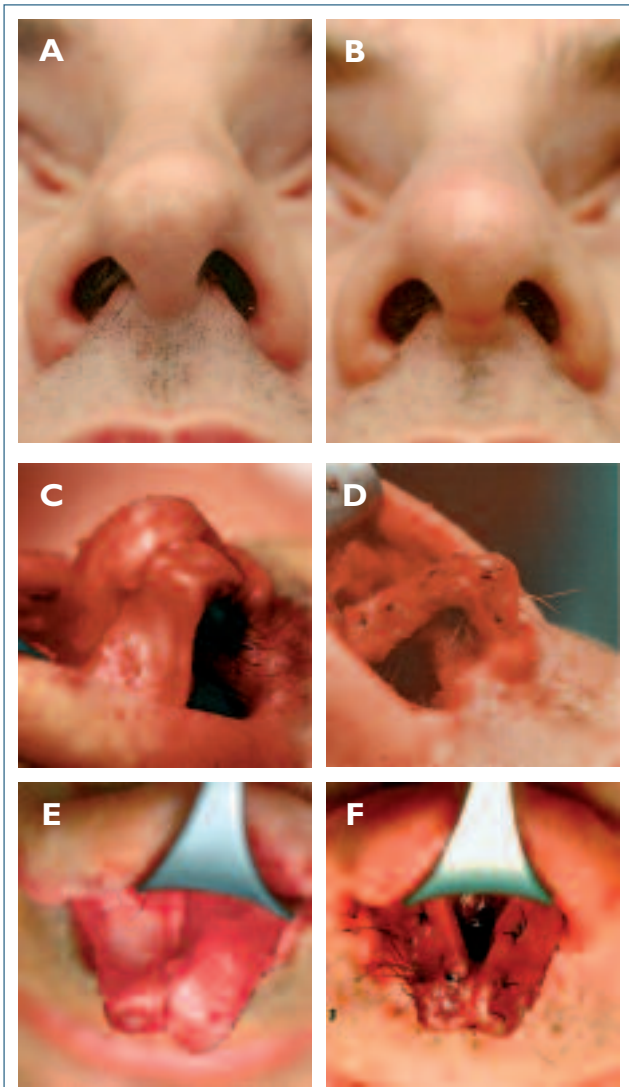


Fig. 2. A, B. Pre y postoperatorio de rinodefomidad secundaria con punta asimétrica. **C, E.** Peroperatorio (rinoplastia abierta) mostrando la asimetría de los cartílagos alares y domus. **D, F.** Una vez realizado el tratamiento de los cartílagos alares con suturas *mattress* y después de la colocación de *struts* en columela y alares.

un injerto compuesto de mucosa y cartílago septal nos será de gran utilidad para descender el borde de una narina retraída, mientras que los de cartílago los utilizaremos para aumentar un dorso sobrerreseado o alargar una nariz corta.

Las rinoplastias secundarias son una verdadera incógnita para todo cirujano plástico pero aún más para aquellos que, con poca experiencia, pretenden tratar todas las rinodefomidades que se les presentan con una rinoplastia cerrada clásica (Fig. 2). Si la resección de los bordes cefálicos alares ha sido simétricamente correcta, entonces, ¿en qué se ha fallado para obtener semejante asimetría? La respuesta es el fallo basado en el concepto. Se puede observar que, con gran frecuencia, los cartílagos alares no sólo son de tamaños diferentes sino que presentan diferentes grados de convexidad y concavidad, de manera que, si no se han tenido en cuenta, el paciente sufrirá invariablemente una rinodefomidad secundaria. Nosotros llevamos en nuestra mente permanentemente el concepto del Dr. Diamond que decía: «Si una nariz luce bien por dentro lucirá bien por fuera».

El empleo de suturas nos será de gran utilidad para corregir la anchura de la punta, el exceso de concavidad o convexidad de los cartílagos alares o favorecer la rotación superior de una punta caída.

MATERIAL Y MÉTODOS

A continuación haremos una descripción de nuestra técnica de diagnóstico y tratamiento empleada en algunos casos clínicos, que nos ayudará a resaltar el concepto antes señalado.

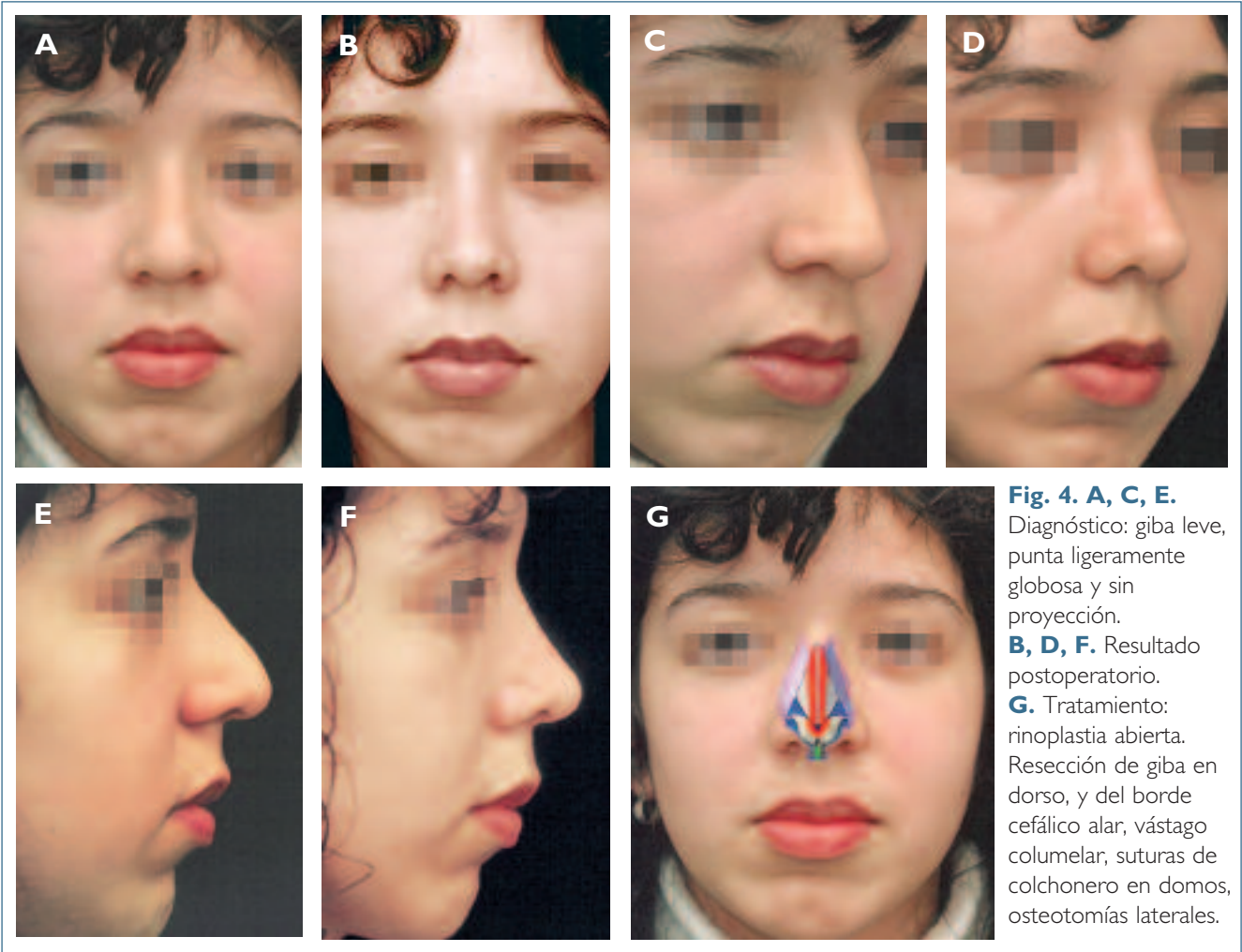


Fig. 3. A, C, E. Diagnóstico: punta nasal sin proyección, ángulo nasolabial agudo.
B, D, F. Resultado postoperatorio.
G, H. Antes y después de la intervención quirúrgica.
I, J. Tratamiento: rinoplastia abierta, *strut* invisible columelar, suturas *mattress* en punta, ninguna osteotomía, ningún injerto «visible» en punta.

Caso I

En pacientes en los que diagnosticamos alteraciones en la forma y en la posición de las estructuras anatómicas (Fig. 3), preferimos su manipulación y modelado a través de una rinoplastia abierta, evi-

tando realizar osteotomías o resecciones que nos llevarían a una disminución del volumen. Preferimos, en estos casos, proceder a técnicas de aumento con injertos que, en lo posible, tratamos que sean «invisibles», es decir, no subdérmicos.



Caso 2

En pacientes que necesiten algún grado de disminución del dorso nasal siempre tenemos en cuenta su equilibrio con la punta puesto que, en muchas ocasiones, en vez de reducir sus estructuras colocamos injertos y puntos buscando una mayor pro-

yección de la punta, lo que hace disminuir drásticamente la cantidad de dorso a resecar. Este procedimiento (Fig. 4) ayuda a evitar el defecto que hemos encontrado de forma más frecuente en las rinodeformidades secundarias: la sobre-resección de dorso.

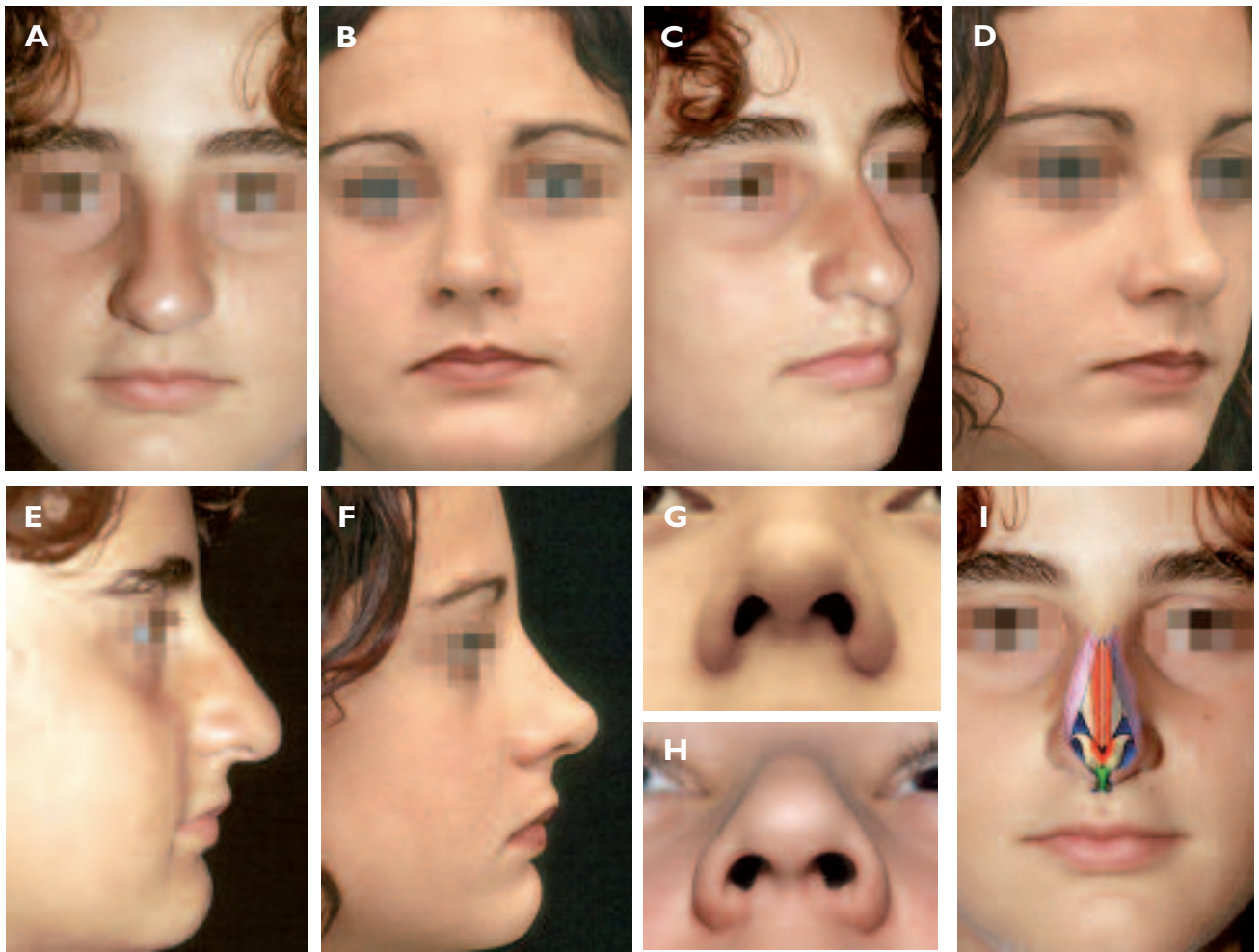


Fig. 5. A, C, E. Diagnóstico: punta globosa, giba leve, ángulo nasolabial agudo. **B, D, F.** Resultado postoperatorio. **G, H.** Antes y después de la intervención quirúrgica. **I.** Tratamiento: rinoplastia abierta, reducción del dorso, resección del borde cefálico del crus lateral, puntos de colchonero en domos, injerto «visible» de cartílago septal en punta, osteotomías laterales.

Caso 3

En pacientes con pieles gruesas en las que se hace necesario obtener una mayor definición de su punta no tendremos otra alternativa que incluir algún

injerto visible, además de tratar las otras alteraciones que le acompañen. De esta manera podemos lograr un resultado predecible y duradero como lo muestra esta paciente trascurridos ocho años desde la operación (Fig. 5).

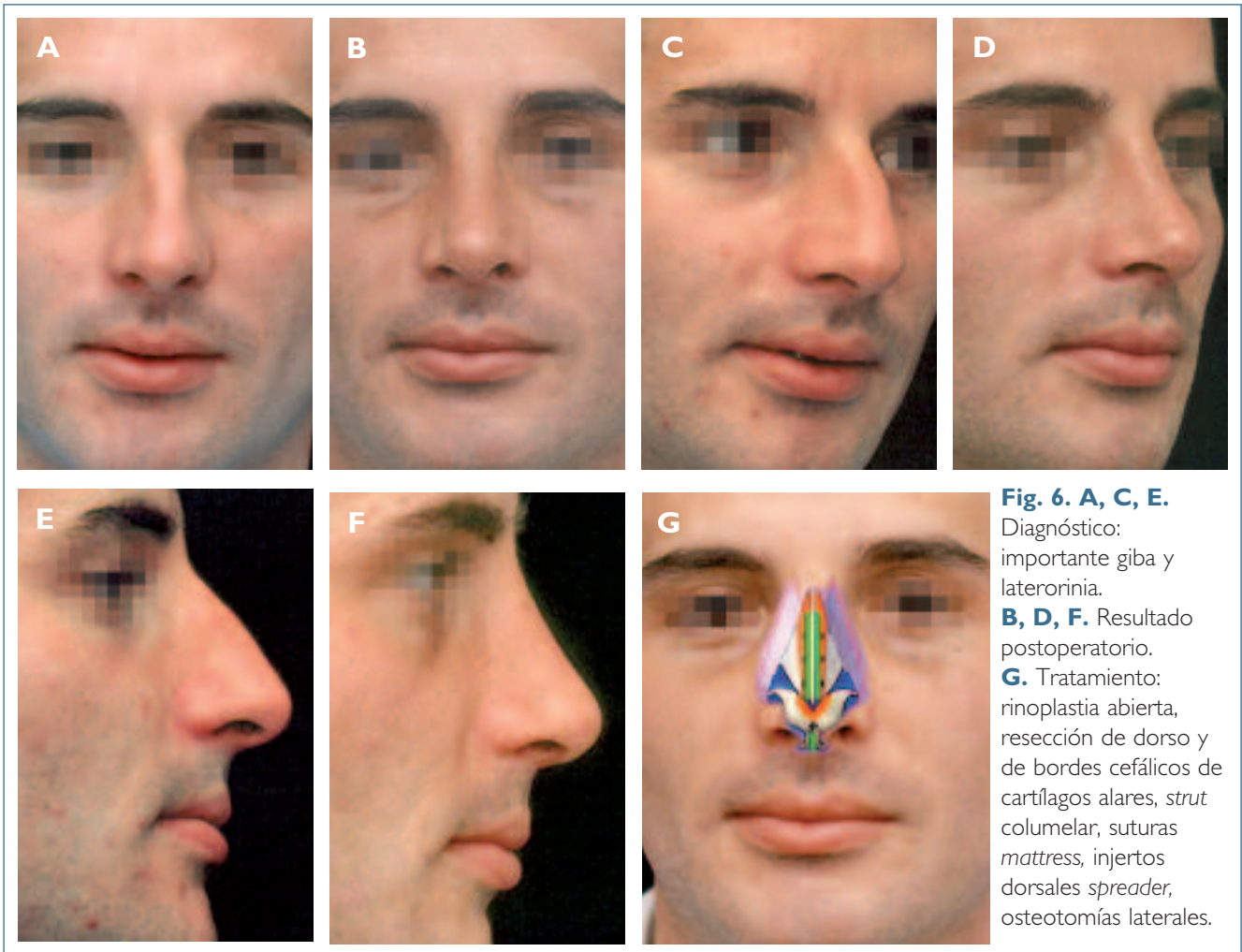


Fig. 6. A, C, E. Diagnóstico: importante giba y laterorinia.
B, D, F. Resultado postoperatorio.
G. Tratamiento: rinoplastia abierta, resección de dorso y de bordes cefálicos de cartílagos alares, *strut* columelar, suturas *mattress*, injertos dorsales *spreader*, osteotomías laterales.

Caso 4

En las laterorrinias primarias (Fig. 6) severas no dudamos en hacer una rinoplastia abierta y tratarlas con técnicas que nos permitan prevenir futuras deformaciones. Para ello utilizamos injertos separadores septales, los cuales nos permiten obtener y fijar, con un máximo de estabilidad, los reposicionamientos obtenidos. Además, deberemos proceder a las modificaciones ya citadas en los casos anteriores.

Caso 5

Lo más importante para quien se enfrenta a una rinoplastia secundaria es contar con un rico arsenal quirúrgico que proporcione diferentes tipos de alternativas para solucionar la gran variedad de alteraciones que pueden presentar. La elección de cada uno de los procedimientos ha de hacerse según la experiencia de cada cirujano y, en un gran número de ocasiones, el resultado esperado sólo se consigue después de varios intentos o pruebas. En este caso (Fig. 7) usamos, además de las resecciones necesarias para lograr una adecuada simetría, algunos de los diferentes puntos preconizados por Tebbets, muy laboriosos de hacer y no siempre con buenos resultados.

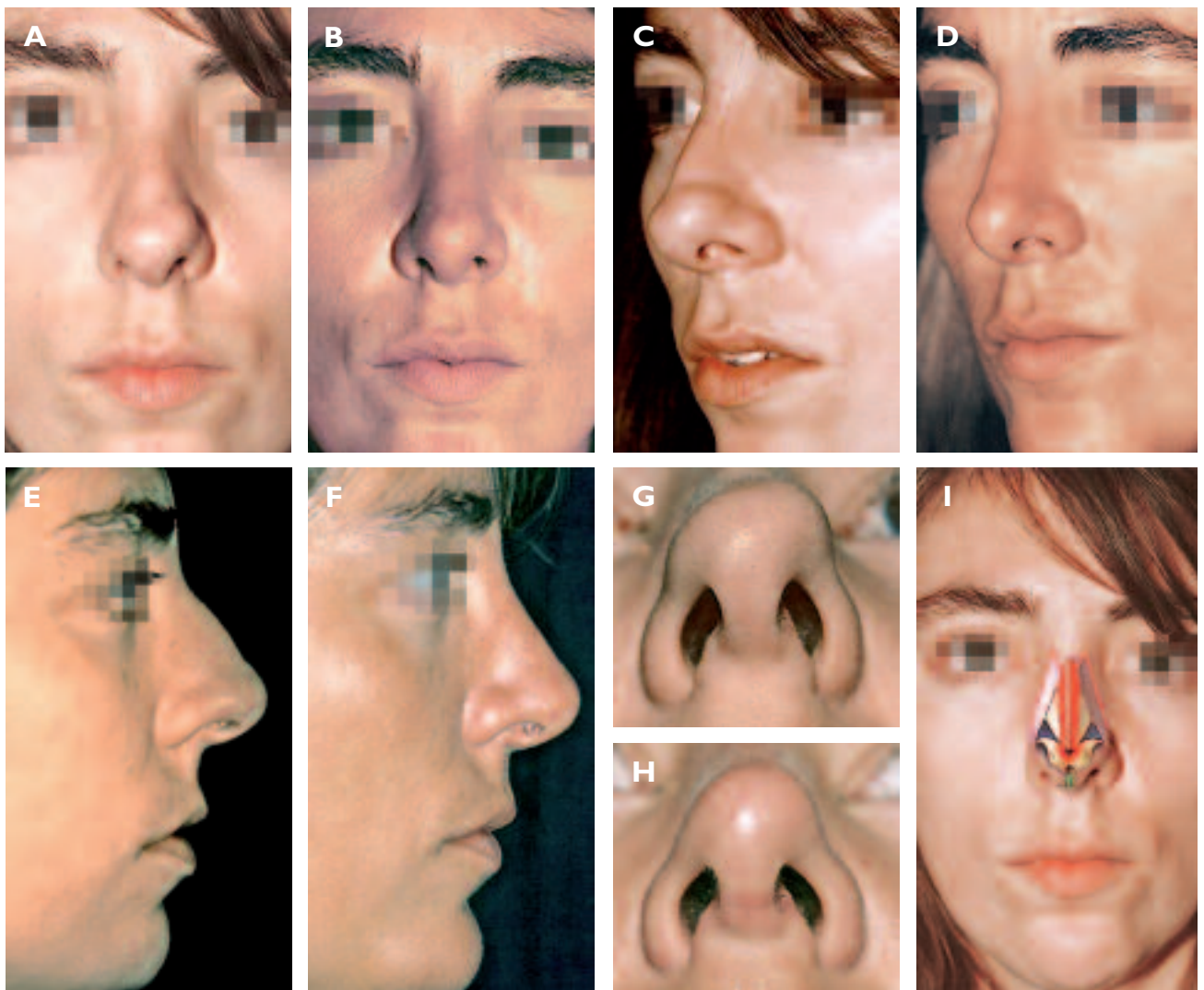


Fig. 7. A, C, E. Diagnóstico: rinodeformación secundaria, punta cuadrada y asimétrica, giba leve. **B, D, F.** Resultado postoperatorio. **G, H.** Antes y después de la intervención. **I.** Tratamiento: rinoplastia abierta, reducción del dorso, resección del borde cefálico de las crus lateral, vástago columelar, puntos de colchonero en domos, puntos *spanning* en crus laterales, osteotomías laterales.

Caso 6

En casos más graves (Fig. 8), como en este en el que la paciente ya había sufrido tres intervenciones previas, utilizamos diferentes tipos de injertos invisibles, tanto en columela como en las crus laterales, y diferentes tipos de puntos aprendidos del Dr. Gunter, que nos dan resultados predecibles y duraderos. Como vemos, se puede dejar la estructura cartilaginosa simétrica y firme que resistirá la fuerza de retracción cicatrizal de la piel (Toriumi). En este caso, además, fue necesario realizar una zeta-plastia en la mucosa para liberar una sinequia cicatrizal que disminuiera el caudal de aire en el lado derecho.

Caso 7

Día a día nos sorprendemos con la creatividad en las diferentes formas de amputar inadecuadamente estructuras necesarias para una forma nasal normal. Afortunadamente, no son ya tan comunes los casos de resecciones alares inadecuadas, completas o asimétricas. Es decir, debemos estar preparados para lo peor y haber considerado la obtención de materiales nobles para la posible reposición de los tejidos necesarios para una óptima solución del problema presentado. Es decir, que se debe prever la utilización y disposición del cartílago septal, auricular, costal, mucosa, etc. (Fig. 9).

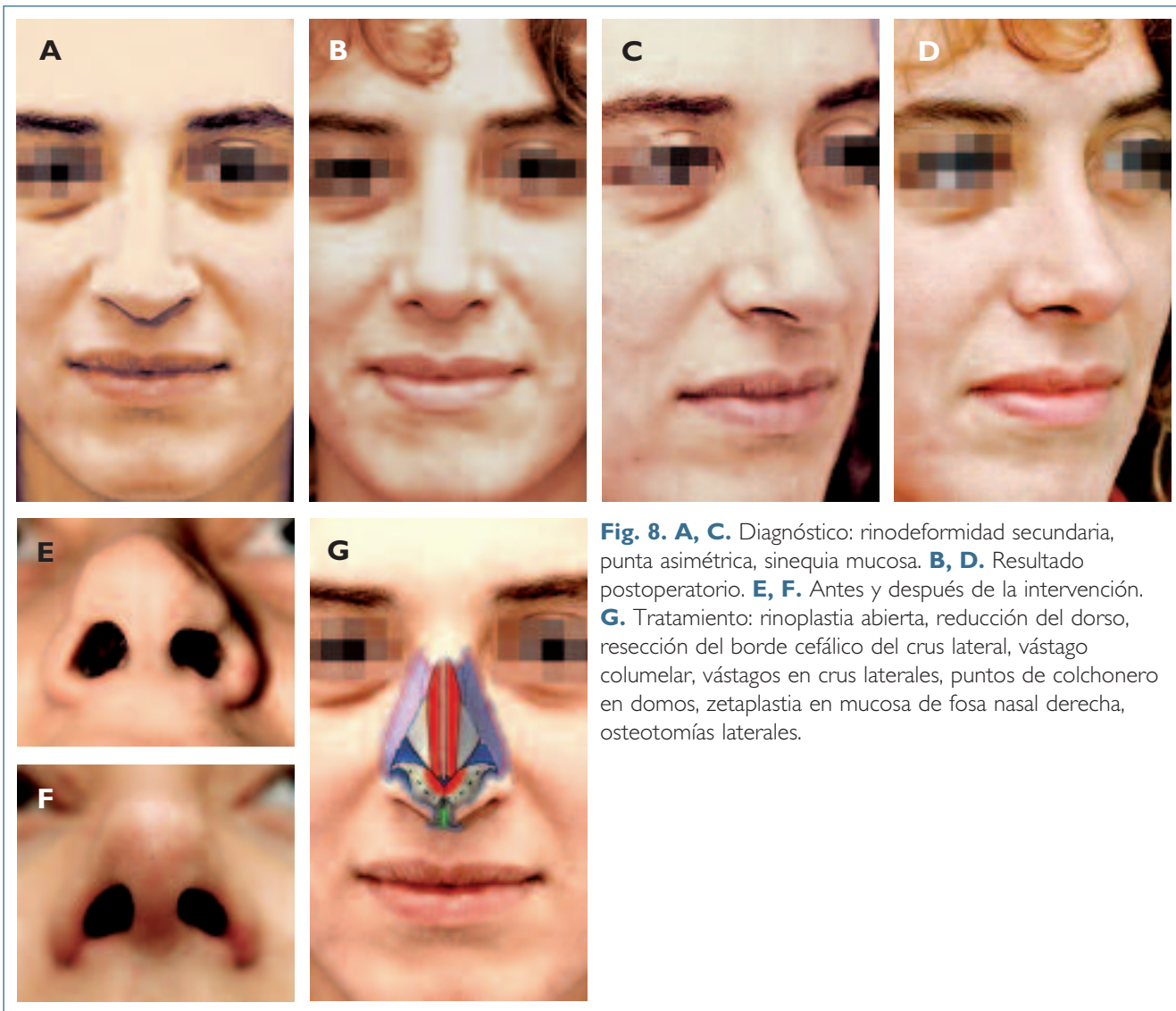


Fig. 8. A, C. Diagnóstico: rinodeformidad secundaria, punta asimétrica, sinequia mucosa. **B, D.** Resultado postoperatorio. **E, F.** Antes y después de la intervención. **G.** Tratamiento: rinoplastia abierta, reducción del dorso, resección del borde cefálico del crus lateral, vástago columelar, vástagos en crus laterales, puntos de colchonero en domos, zetaplastia en mucosa de fosa nasal derecha, osteotomías laterales.

CONCLUSIÓN

Creemos importante alejarnos de la idea de que la rinoplastia debe realizarse con una técnica abierta o cerrada, es decir, «abierta *versus* cerrada». También consideramos absurdo tanto el empeñarse en tratar cualquier defecto únicamente con una rinoplastia cerrada, dejando la alternativa de «abrir una nariz» para corregir un defecto secundario o leporino, como en abrir la nariz por «escuela». La rinoplastia es para nosotros un medio para tratar desde un defecto menor que puede requerir incisiones mínimas hasta

la posibilidad de corregir problemas de gran complejidad que requerirán técnicas de mayor envergadura y que muchas veces necesitan abrir la cobertura dérmica nasal. Además, y por último, hemos de tener en cuenta que la rinoplastia abierta es más que una simple incisión trans-columelar. Es una «filosofía de acción». Ya que amplía nuestro armamento técnico y nos conduce a un camino de evolución permanente en busca de «esa maniobra» que nos permita corregir de modo previsible y definitivo un determinado defecto diagnosticado.



Fig. 9. A, C, E. Diagnóstico: rinodeformación secundaria, giba leve, punta asimétrica, globosa y sin proyección, laterorrinia.
B, D, F. Resultado postoperatorio.
G. Tratamiento: rinoplastia abierta, reducción del dorso, resección de bordes cefálicos, vástagos en columela y alares, puntos de colchonero y escudo en punta, osteotomías.

BIBLIOGRAFÍA

- Daniel RK. Rhinoplasty. Little Brown and Company; 1993.
 Gunter J. Concepts in rhinoplasty, Curse. American Congress of Aesthetic Surgery, Los Angeles; 1991.
 Gunter J. Dallas Rhinoplasty Symposium; 1997.
 Gunter J. Dallas Rhinoplasty Symposium; 1998.
 Sheen JH. Aesthetic rhinoplasty. The C.V. Mosby Company; 1987.
 Tebbetts J. Shaping and positioning the nasal tip without structural disruption: a new systematic approach. *Plast Reconstr Surg.* 1994; 94: 61.
 Toriumi D. Open structure rhinoplasty. W.B. Saunders Company; 1990.
 Toriumi D. Rhinoplasty dissection manual. Lippincott Williams and Wilkins; 1999.

Dirección de contacto:
 Billinghursts 1684 PB 2 (1425) CABA, Buenos Aires, Argentina
 Teléfono/fax: 4821-5418
 Móvil: 153-166-9573
 Correo electrónico: hgpinta@intramed.net