

Citar este artículo como:

Gómez B., K., Suarez O., D., Escobar U., R. (2022). Tratamiento de punta nasal mestiza en rinoplastia secundaria. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(9), 45–51. <https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n9.2022.80>

ARTÍCULO CIENTÍFICO

TRATAMIENTO DE PUNTA NASAL MESTIZA EN RINOPLASTÍA SECUNDARIA

TREATMENT OF MESTIZE TIP NOSE IN SECONDARY RHINOPLASTY

Dra. Kathia Gómez Borja

Universidad autónoma del Estado de México UAEM, Hospital Martin Dockwailer Santa Cruz de la Sierra, Bolivia
katygomez01@hotmail.com

Dr. Dario Suarez Ohyamburú

Hospital de la Real Beneficencia de Sao Paulo; Hospital Martin Dockwailer Santa Cruz de la Sierra, Bolivia
dariocirujano@yahoo.com.ar

Dr. Raúl Escobar Ugarte

Universidad del Bosque Colombia, Hospital Oncológico del Oriente Boliviano, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia
rauladriancesobar@icloud.com

RESUMEN

Antecedentes:

La nariz mestiza constituye un reto en la adecuada transformación estética y funcional de la rinoplastia, más aún cuando esta se realiza en una segunda intervención y los tejidos nasales ya se encuentran alterados, no pudiendo hacer una adecuada reconstrucción de las estructuras anatómicas sin el uso de injertos cartilagosos de otras áreas del cuerpo.

Objetivo:

El propósito de este trabajo es de evaluar los resultados obtenidos de una reconstrucción de la punta nasal, realizada en pacientes que ya fueron sometidos a una rinoplastia sea esta secundaria o cuaternaria.

Metodología:

Estudio retrospectivo, de casos de pacientes que se sometieron a una nueva intervención para mejorar aspectos estéticos y funcionales nasales, que ya fueron operados en más de 1 oportunidad.

Hallazgos:

Se tiene un universo de 10 pacientes en los que se realizó una rinoplastia secundaria o cuaternaria donde se utilizó injerto costal para conformar el esqueleto cartilaginoso y el uso de un injerto de extensión septal, todo esto para mejorar la estética y funcionalidad nasal.

Palabras clave: *mestize nose; extention graft; graft rib.*

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

El tratamiento de la punta nasal de un paciente mestizo es de ya un reto que engloba el uso de un adecuado soporte para mantener un resultado que perdure en el tiempo⁽¹⁾, además de estructuras propias de la nariz que no pueden modificarse como la piel. Ahora en pacientes ya sometidos a 1 o varios procedimientos donde estas estructuras ya fueron alteradas, ¿de qué manera podemos crear un adecuado soporte, forma y definición de la punta nasal?

Marco teórico

La punta nasal es una de las estructuras de la nariz que representa muchas veces una inconformidad del paciente después de haberse sometido a una rinoplastia. Esta punta nasal está conformada por el llamado trípode de soporte conformado por los cartílagos alares o cartílagos inferiores a través de la crura media, la porción caudal del septum junto con los ligamentos de sustentación y las dos cruras laterales.^(1,3) (Figura 1).

Uno de los principales pasos para una adecuada rinoplastia es justamente el control y la adecuada proyección de la punta nasal⁽⁴⁾. Cuando se presenta un desbalance de estas estructuras o estas son cortas, delgadas o no tiene el soporte necesario^(1,2,4), se presentan alteraciones de la proyección y rotación de la misma, y tomando en cuenta la calidad y el peso de los tejidos blandos de las narices mestizas que presentamos en nuestra región, es que se requiere un cartílago que tenga la fuerza y la resistencia para generar el cambio esperado.

En aquellos pacientes sometidos a una o varias rinoplastias previas en quienes con el pasar del tiempo presentan estas alteraciones y no se cuenta con el suficiente material para poder proporcionar un soporte adecuado y prolongado en el tiempo, se recurre a los injertos cartilagosos de otras áreas anatómicas del cuerpo y el injerto de cartílago costal es una herramienta versátil y adecuada para tratar rinoplastias secundarias cuando no se tiene el adecuado soporte, y la cantidad de cartílago para generar una punta nasal proyectada sobre todo en narices de piel gruesa y mestiza que pueden ya tener algún daño como fibrosis, infiltraciones previas o permanecer engrosadas.

Justificación

Este estudio se centra en pacientes sometidos a rinoplastias previas que acuden con alteraciones en la punta nasal y que no cuentan con el suficiente tejido cartilaginoso o este es débil para poder proporcionar un soporte adecuado y prolongado en el tiempo para una adecuada proyección de punta nasal.

Objetivos

El objetivo de este estudio es dar a conocer los resultados obtenidos en el tratamiento de la punta nasal en pacientes de nariz mestiza sometidos a 1 o varias rinoplastias anteriores.

Formulación de hipótesis

El cartílago costal es un tejido adecuado para poder reemplazar y reestructurar la conformación de la punta nasal que nos puede brindar una adecuada proyección, soporte y estabilidad prolongada en el tiempo.

METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de casos de pacientes que se sometieron a una nueva intervención para mejorar aspectos estéticos y funcionales nasales, que ya fueron operados en más de 1 oportunidad.

Se tiene una serie de 10 pacientes con antecedente de cirugía nasal de 2 años de posoperatorio de noviembre de 2020 a septiembre de 2022, donde su principal queja o molestia era la falta de proyección y la estructura de la punta nasal. (Figura 4 y 5)

El abordaje en todos los pacientes fue abierto trascolumnellar de los cuales 3 se les practicó incisión tipo V para ampliar la longitud de columnella en V-Y ya que presentaban columnellas cortas, y el uso de incisión transcartilaginosa en mucosa nasal en todos los casos.

En los 9 pacientes se toma el injerto de arco costal 7mo lado derecho 1 paciente del 8vo arco (Figura 2,3), ya que fue sometida ya a una reconstrucción costal previa (Figura 6), se procede a tallar el injerto de extensión septal tipo Teo Strut modificado, (con un vértice del injerto de extensión septal un como más ensanchada antero posterior para mayor soporte), puntos transdomales e interdomales, fijados al extensor septal.

Cuatro pacientes se realizan tallado de batten graft y 2 injerto spreader graft.

En los 10 pacientes se apertura un espacio para el ingreso del injerto de extensión septal unilaterial y la respectiva fijación con puntos antirotacionales y de fijación con prolene 6/0, además de fijación de batten graft y spreader graft en los casos correspondientes. (Figura 4 y 5)

Se tomó en cuenta calidad de piel en todos los pacientes, 9 de los cuales presentaron piel gruesa y 1 paciente con piel extradelgada en punta nasal y columnella por múltiples procedimientos, en este paciente se trabaja con injerto de tejido graso previamente en 2 oportunidades con intervalos de 2 meses cada uno antes de proceder con la rinoplastia con costilla (Figura 6 y 7).

Control y seguimiento de los pacientes hasta los 16 meses promedio.

HALLAZGOS

En 5 pacientes se aprecia tejido celular subcutáneo con infiltración de material amarillento indurado que dificulta el ingreso y disección de planos.

En todos los casos se observó modificaciones del tabique nasal con, toma y aplicación de injerto de septum, de los cuales 6 presentaban resección de porción caudal de septum, y en 4 presentaban toma completa de injerto de septum con conservación de marco en L y poste Columnellar, en 6 pacientes injerto de punta y en 1 paciente fijación mediante sutura con nylon 3/0 de domos a porción caudal de septum.

De los 10 pacientes todos presentaron una adecuada proyección de la punta nasal, y 1 paciente se tiene un supratip ligeramente proyectado de coincide con el paciente en el cual se observo material extraño indurado que dificultaba el tratamiento de la piel. (Figura 8)

En un paciente se observó una inflamación e infección de la columnella, secundaria a una foliculitis de base de nariz a los 2.5 meses de su cirugía que fue tratada con drenaje oportuno y antibióticos, observando a los 12 meses de su posoperatorio una ligera rotación caudal de punta nasal.

DISCUSIÓN

Los cambios a futuro de la proyección y rotación de la punta nasal posterior a una rinoplastia pueden presentarse si no se estructura de manera adecuada una punta nasal⁽⁷⁾, tomando en cuenta la función del trípede y alineando estos tres soportes, además de una fijación adecuada de un buen injerto de extensión septal que pueda ser lo suficientemente largo, fuerte y resistente de acuerdo a un adecuado tallado^(5,6), pero al mismo tiempo delgado para no obstruir el ingreso de aire al alguna de las fosas nasales⁽²⁾, por ende una herramienta adecuada es el injerto costal que provee estas características a la hora de trabajar una punta nasal ya operada. Generando además el material para corregir otras estructuras que componen la punta nasal. No olvidando tomar en cuenta las características de la piel que presenta cada paciente con pieles gruesas que ya fueron adelgazadas

previamente o que presenten fibrosis sienten el injerto graso un instrumento adecuado y útil para tratar estos casos ^(1,3).

CONCLUSIONES

El cartílago costal es una adecuada herramienta a la hora de planear una cirugía secundaria de rinoplastia⁽⁴⁾, el cual ofrece grandes beneficios a la hora de dar soporte y proyección, no olvidando las características propias de la piel de la zona a trabajar y el uso del injerto graso como apoyo a la hora de planificar y realizar una rinoplastia secundaria abierta para corrección de punta nasal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Cemal Cingi:** Nasal Tip Grafts, *J Craniofac Surg* 2018 Oct;29(7):1914-1921, doi: 10.1097/SCS.0000000000005044
2. **Nazim Cerkes, M. D.:** Nasal Tip Deficiency, *Clin Plastic Surg* 43 (2016) 135–150 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2015.09.011>
3. **Yasser El Badawy:** Effect of Modified Septal Extension Grafts on the Nasal Tip in Rhinoplasty, *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021 Oct 19;9(10):e3880. doi: 10.1097/GOX.0000000000003880. eCollection 2021 Oct.
4. **J. B. Duron:** Cartilaginous graft in rhinoplasty, *Ann Chir Plast Esthet.* 2014 Dec;59(6):447-60. doi: 10.1016/j.anplas.2014.07.008
5. **Gibson T., Dawis W. B.:** The distortion of autogenous cartilage grafts: its causes and prevention. *Br J Plast Surg* 1958;10:257.
6. **Rohrich R. J., Raniere J. Jr., Ha R. Y.:** Alar contour graft: correction and prevention of alar rim deformities in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:2495.
7. **Teoman Dogan:** Teorhinoplasty, minimalist approach, ofset yapimevi.

ANEXO



Figura 1. *Trípode nasal*



Figura 2. *Cartilago costal*



Figura 3. *Lecho de cartilago costal*



Figura 4. Pre y posoperatorio de paciente con seguimiento de 18 meses.



Figura 5. Pre y posoperatorio de paciente con seguimiento de 12 meses.



Figura 6. Paciente con secuelas de Labio Hendido con 3 intervenciones previas presenta piel adelgazada, múltiples cicatrices en punta nasal, colapso alar izquierdo, columnella retraída por fibrosis y múltiples cicatrices.



Figura 7. Resultados posoperatorios a los 6 meses de cirugía aún con conformadores nasales.



Figura 8. Cambio de rotación punta nasal. Supratip pronunciado por presencia de material extraño que podría corresponder con modelantes permanentes que dificulta su retirada en el transoperatorio por posible daño vascular de punta nasal.