

11211
Zej.
16



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

“Centro Hospitalario 20 de Noviembre”

I. S. S. S. T. E.

NUEVO ENFOQUE QUIRURGICO PARA LA NARIZ BULBOSA.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de

ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

presenta

Dr. Jorge R. Atilano Montes de Oca



Asesor: Dr. Alfonso Valdivia Medina

ISSSTE México, D. F.

1988

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis queridos padres

quienes me enseñaron el camino de la lucha incansable para lograr todos mis propósitos.

A mis hermanos

Ramón, que tanto me ha apoyado; Rocío, Elena y Leonora, quienes son lo mejor que me ha sucedido.

A mis profesores

El Dr. Francisco Xavier Ojeda, quien me mostró a través de sus enseñanzas y disciplina, el camino de la especialidad.

El Dr. Angel González R., quien además de guía, ha sido un amigo incondicional.

El Dr. Jaime Planas G., quien me enseñó la necesidad de mantener la mente siempre abierta en un afán de superación continua.

El Dr. Alfonso Valdivia M., quien me formó en la confianza de crecer, siempre crecer.

Gracias por su confianza y apoyo.

Contenido

Resumen	3
Introducción y antecedentes	4
Objetivo	12
Objetivos específicos	13
Material y métodos	14
Observaciones y conclusiones	22
Bibliografía	23

Resumen

Ya que la nariz bulbosa (tan frecuente en nuestro medio), constituye un verdadero reto, debemos ser juiciosos ante la solicitud de mejora (Rinoplastia) de un paciente con tal afección, pues con el arsenal técnico vigente estamos incapacitados para brindar una real mejoría. De aquí que el presente trabajo haya sido enfocado a resolver esta problemática partiendo de la observación de que el punto de crisis es siempre la redundancia cutánea. Es por esta razón que presento un nuevo enfoque quirúrgico que ofrece solución a este tipo de nariz y que se basa substancialmente en el ajuste cutáneo mediante un abordaje externo.

Introducción y antecedentes

En las últimas décadas se han aportado un sinnúmero de posibilidades técnicas dirigidas a la nariz, sin embargo, cabe reconocer que no existe un abordaje integral para la Nariz Bulbosa, tan frecuente en nuestro medio, entendiéndose por tal, aquella rinomegálica de piel grasosa y redundante, déficit osteocartilaginoso, alas anchas y diversas modalidades en cuanto a forma y tamaño de narinas, y para las cuales una Rinoplastia convencional ofrece escasa o nulas posibilidades de mejoría, pues en su mayoría las técnicas quirúrgicas actualmente vigentes están destinadas a un grupo racial caucásico, en gran medida diferente de un grupo poblacional en nuestro medio.

Estimulado por esta observación, enfoqué mi estudio a la investigación de los recursos conocidos para la solución de este tipo de nariz problema, encontrándome con muy escasos reportes bibliográficos, de los cuales ilustro los más representativos a continuación:

Straith en 1936, propone una plastia del triángulo blando mediante la elaboración de dos colgajos triangulares a este nivel, seguidos de su rotación. Y aunque la indicaba en narices secundarias a fisuras labiales, resolvía la redundancia cutánea a este nivel, procedimiento que ilustro en las figuras 1, 2 y 3.

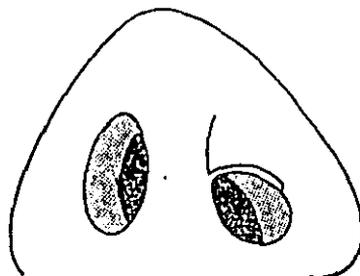


Fig. 1

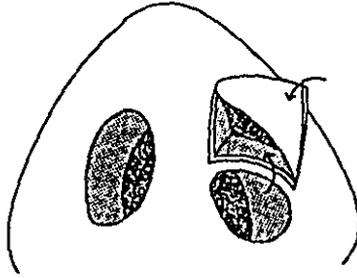


Fig. 2

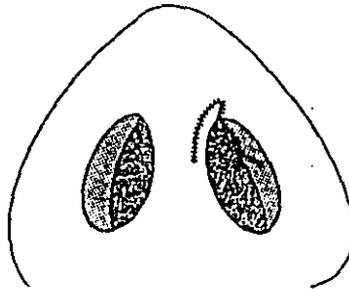


Fig. 3

Gillies en 1950, publica una plastia remodelante de las alas nasales mediante la elaboración de dos colgajos de éstas, de base superior, los cuales seguidamente eran colocados en la columela, logrando con esto un doble efecto. Procedimiento que se ilustra a continuación en las figuras 4 y 5.

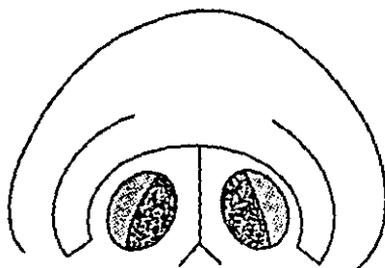


Fig. 4

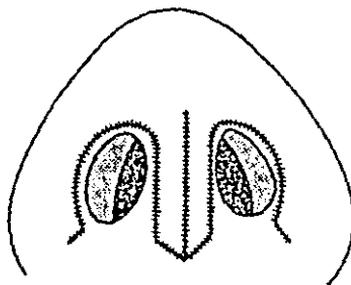


Fig. 5

Erich en 1953, aconseja las incisiones externas en alas de gaviota para abordar directamente el apex nasal y la columna, lo que permite una intervención sobre las estructuras nasales a cielo abierto, contemplando la posibilidad de resección cutánea en caso necesario. Figuras 6, 7 y 8.

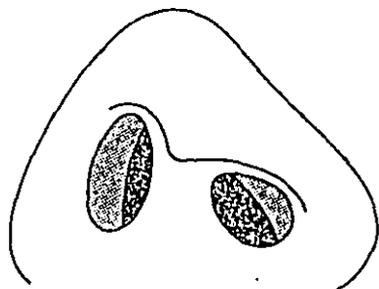


Fig. 6

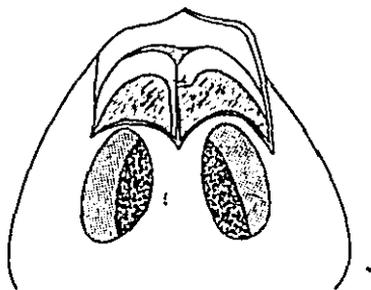


Fig. 7

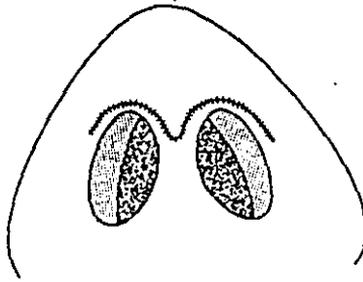


Fig. 8

Potter, Meyer y Ginestet, extienden las incisiones externas a los márgenes de la narina del triángulo blando a la base de la columela, con lo que obtenían un colgajo único de base superior y similares beneficios a la técnica propuesta por Erich. Sin embargo, no contemplan ajustes cutáneos. Figuras 9, 10 y 11.

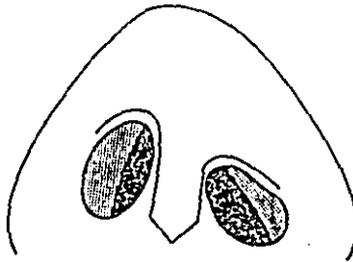


Fig. 9

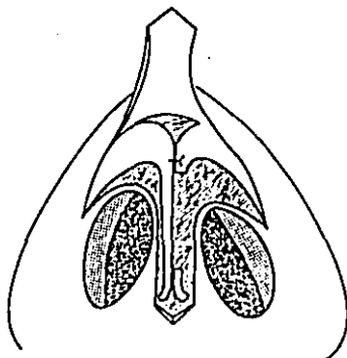


Fig. 10

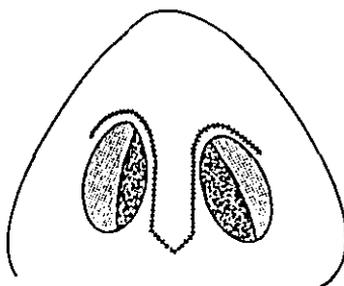


Fig. 11

Millard en 1960 y 1967, respectivamente, preconiza el remodelamiento alar mediante la exéresis del tejido redundante a este nivel, por medio de diferentes diseños que pretenden individualizar el tratamiento efectuando resecciones del espesor del ala o la base de la misma en forma aislada o conjuntamente, como se ilustra en las figuras 12 y 13.

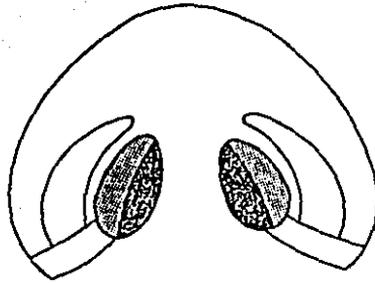


Fig. 12

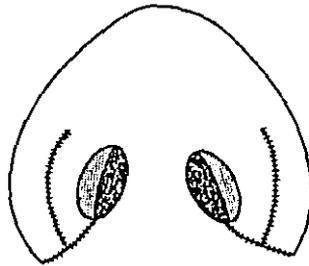


Fig. 13

Mario González Ulloa tiene gran participación en el abordaje de este tipo de nariz, definiéndola con el término de nariz gorda. Tratándola mediante resecciones externas a nivel de las paredes laterales de la pirámide nasal y a nivel del borde libre de la narina, técnica muy apreciada y con excelentes resultados, pero que en mi concepción personal no satisface plenamente las necesidades de la afección en cuestión. Figuras 14 y 15.



Fig. 14



Fig. 15

Weir, Denecke y Sheehan, entre otros, proponen plastias para reducir el piso nasal y el ala, y consisten básicamente en la resección de cuñas a este nivel con cierre lineal, con lo cual se interrumpe la continuidad del orificio nasal.

Todos estos recursos, a mi parecer, resultan francamente insuficientes para la solución de la compleja estructura de la nariz en cuestión. De aquí, la necesidad de un nuevo enfoque quirúrgico que ofrezca una solución efectiva encaminada a un ajuste cutáneo integral del tercio nasal inferior, considerando incisiones capaces de ser ocultadas.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo, es proponer un nuevo enfoque quirúrgico para las narices bulbosas tomando en consideración su naturaleza misma, modalidades y grados de afección, con el fin de ofrecer un tratamiento integral e individual, además de sencillo.

Objetivos Específicos

1. Remodelar la fosa nasal proporcionando un mejor balance de la narina con respecto al tercio nasal inferior.
2. Conservar al máximo la permeabilidad de la narina ante la indicación de resección de base alar.
3. Alargar la columela a expensas del triángulo blando.
4. Proporcionar un abordaje directo al tercio nasal inferior a través del cual se aplicarían los injertos necesarios para proveer soporte, pudiéndose completar la rinoplastia por esta vía, respetando entonces la cubierta endonasal.
5. Ajuste cutáneo, mediante la resección de la piel necesaria.

Material y métodos

Se estudiaron 30 pacientes referidos al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Regional "20 de Noviembre", en el período comprendido entre el 1o. de febrero de 1987 al 30 de noviembre del mismo año. De estos, diecisiete eran mujeres y trece hombres, con edades comprendidas entre los 17 y 45 años.

Todos estos pacientes presentaban la afección en cuestión, Nariz Bulbosa, diagnosticada en base a la presencia de Rinomegalia a expensas de piel redundante, gruesa y grasosa, aunada al déficit osteocartilaginoso, caracterizada por cartílagos alares débiles e hipoplásicos, dorso bajo, así como diversos grados de afección de alas y narinas, predominando las alas gruesas y narinas pequeñas. Veintiún casos fueron candidatos a Rinoplastia primaria y nueve a Rinoplastia secundaria, cumpliendo, estos segundos, un doble fin a saber:

1. Demostrar que el procedimiento propuesto en estos casos, es aplicable e igualmente efectivo que en los casos primarios, independientemente del número de Cirugías y presencia de cicatrices antiguas, tanto vestibulares como externas.
2. Actuar como testigo en cuanto a la efectividad del nuevo enfoque, pues éste resuelve el problema en un sólo tiempo quirúrgico, reduciendo substancialmente los gastos hospitalarios y humanos, ya que estos pacientes con deformidades secundarias, poseían varios antecedentes de intervenciones Rinoplásticas, en promedio tres, con múltiples citas subsiguientes sin lograr un resultado que satisficiera al paciente y lograra, aún con una estructura psicológica sana y estable, seguridad en sí mismos. Todos los pacientes fueron concentrados en el mes de febrero de 1987, e intervenidos en los dos meses siguientes, lo que permitió un control mínimo de seis meses.

Se tomó como criterio de eliminación a los pacientes que aún presentando la afección en cuestión, no aceptaran el tratamiento, presentaran alguna enfermedad local o sistémica capaz de influir en los

resultados, aquellos que tuvieran procedimiento Rinoplástico reciente de menos de seis meses de evolución, aquellos que por alguna razón impidieran un adecuado seguimiento o abandonaran el estudio y finalmente aquellos con desórdenes de la personalidad cuyas expectativas no fueran realistas.

El plan quirúrgico se inicia en la consulta externa con el diseño de lo que representaría la nariz ideal en fotografías tamaño natural, en su proyección de perfil (las cuales son colocadas en el negatoscopio y marcadas en su reverso). Las medidas del nuevo diseño cutáneo, se aplican a la nariz en estudio (anverso de la fotografía), lo cual mostrará el excedente cutáneo en milímetros y de este modo la porción a reseca. Una vez establecido el plan quirúrgico para el revestimiento cutáneo, se prevee la remodelación osteocartilaginosa adicional, con posibles aplicaciones de injertos.

Habiendo confirmado la normalidad de los exámenes de laboratorio y valoración cardio pulmonar en caso que por la edad del paciente así se indique, se procede a la intervención quirúrgica, la cual se realizó bajo anestesia local, más sedación en todos los casos.

El procedimiento se inicia con el marcaje cutáneo, el cual se extiende de la línea de unión del ala nasal y mejilla (a un milímetro ventral del surco formado a este nivel) y se continúa a un milímetro del borde libre de la narina, extiéndose hasta el triángulo blando, figuras 16 y 17, pudiéndose continuar hasta la base de la columela (siguiendo el borde mencionado) y unirse con el marcaje contra lateral, según nuestras necesidades, figura 17, específicamente exceso cutáneo a este nivel. Así mismo se diseña la porción a reseca del triángulo blando y ala, acorde a las estimaciones realizadas en la consulta externa.



Fig. 16



Fig. 17

Este tipo de diseño y resección tiene a bien conservar, en los casos de narinas pequeñas, al máximo la permeabilidad de éstas, evitando en lo posible extender nuestra incisión al piso nasal, con lo cual queda libre la piel vestibular unida al cartilago alar, de la piel alar, girando estos en sentido opuesto. Figuras 18 y 19.

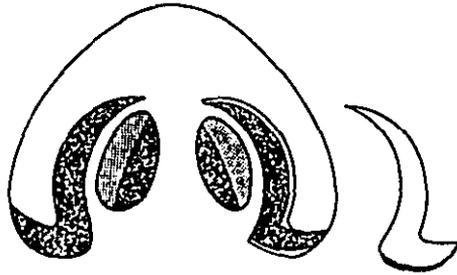


Fig. 18

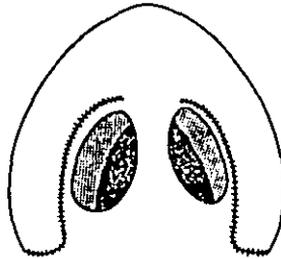


Fig. 19

En caso de que se desee resecar al mismo tiempo piso nasal, la incisión de resección del ala, puede extenderse hasta éste, procurando siempre un corte y cierre escalonado, lo que evita una cicatriz lineal con probable retracción. Figuras 20 y 21.

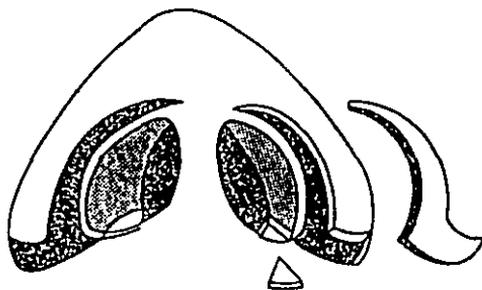


Fig. 20

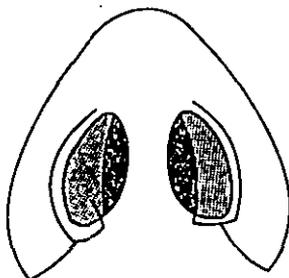


Fig. 21

Una vez decidida la incisión y la porción de resección, se procede a la exéresis cutánea, figuras 22 y 24, seguidas de la disección de la piel nasal, la cual toma la forma de dos colgajos alares laterales, figura 23, o uno único, figura 25, con base superior.

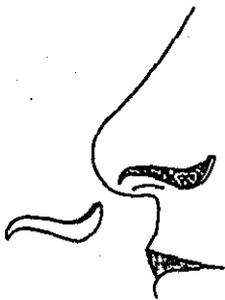


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25

Es en este momento que se inicia la remodelación osteocartilaginosa aunada a la aplicación de los injertos necesarios, así como osteotomías laterales si están indicadas, figuras 26 y 27.



Fig. 26

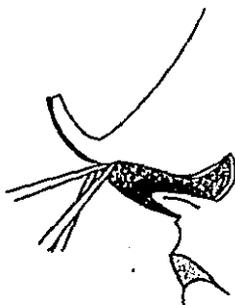


Fig. 27

Finalmente, se procede a la sutura en el caso de dos colgajos laterales, figura 28, mientras que cuando la incisión se extiende a la base de la columnela y se une con la contra lateral, se procede a reajuste cutáneo a nivel de la base de la columnela seguido de sutura con dermalón 6-0, figura 29. Una vez realizado lo anterior, la nariz se feruliza con esparadrapos y aparato de yeso por 10 días, así como taponamiento endonasal por 24 horas.



Fig. 28



Fig. 29

La estancia hospitalaria de estos pacientes es de apenas 6 horas. El retiro de sutura se realiza a los 5 días con la reintegración del paciente a sus actividades habituales a las 2 semanas.

Observaciones y conclusiones

Los resultados fueron satisfactorios en el 100% de los casos, partiendo de que implementé un verdadero ajuste cutáneo de todo el tercio nasal inferior, reduciendo la Rinomegalia de modo eficiente, mejorando la relación de la narina con respecto al lóbulo, aumentando la primera en caso necesario a expensas del triángulo blando para conseguir una relación 1.5/1 a favor de la narina, modificando simultáneamente la inclinación de la fosa nasal.

Ante narinas pequeñas y alas gruesas, se recomienda la resección en S de Millard (ilustrada en las figuras 18 y 19), condenando el tratar de resecar el piso nasal, pues esto podría comprometer la ventilación.

Cuando las narinas son grandes y simultáneamente se planea resecar piso nasal, sugiero un corte y cierre escalonado, lo que evitará interrumpir la continuidad de la narina interfiriendo notablemente con la luminosidad del área.

Aunque propongo considerar esta forma de abordaje para competir la Rinoplastia, lo cual fue realizado en todos los casos incluidos en el presente trabajo, observé que cuando se trata de un colgajo único, esto es muy factible, sin embargo cuando se trata de dos colgajos laterales puede resultar difícil, por lo que un abordaje vestibular adicional estará justificado.

Todos estos ajustes contemplan la realización de incisiones externas las cuales mostraron un noble comportamiento al ser imperceptibles a largo plazo pues siguen líneas naturales y se encuentran estratégicamente localizadas.

Así es como he propuesto una plastia nasal que pretende ser integral enfocada a la compleja nariz bulbosa, combinando el concepto de Rinoplastia de reducción cutánea y el de "aumento" frecuentemente empleado para el tratamiento de la nariz en cuestión con el fin de ofrecer soporte. Todo lo anterior sistematizado y capaz de ser individualizado para ofrecer un tratamiento preciso y sencillo, con mínima morbilidad si se toma como tal a las incisiones externas, un precio justo para quienes presentan la afección en cuestión.

Bibliografía

1. BRAUER RAYMOND. Another Method to Lengthen the Columella in the Double Cleft Patient. *Plastic and Rec. Surg.* Vol. 38 No. 1 Pág. 27, 1966.
2. COIFFMAN FELIPE. External Incisions on the Nose. *Aesthetic Plastic Surgery.* 1:363-370, 1978.
3. CRONIN D. THOMAS. Lengthening of the Short Columella Associated with Bilateral Cleft Lip. *Annals of Plastic Surgery.* Vol. 1 No. 1 Pág. 75, 1978.
4. GILLIES SIR HAROLD. *British Journal of Plastic Surgery.* Vol. II 192-195, 1950.
5. GORNEY MARK. Centripetal Rotation Advancement for Cleft Lip Nasal Deformation. *Annals of Plastic Surgery.* Vol. II No. 5 Pág. 374, 1979.
6. GINESTET G. L'Asymetric Narinaire du Bu de Lievre. Unilateral Correction Chirurgicale. *Annals Chirurgie Plastique.* Vol. VI No. 1 Pág. 39, 1963.
7. KRICKOON L.A. Contribution to Surgical Technique in Operations on the Septum Nose and other Nose Desfigurement. *Acta Chirurgiae Plasticae.* 6-2, 1964.
8. MAES JEAN. Partial Excision of Alae Nose Base of the Nostrils. *Aesthetic Plastic Surgery.* 3:271-277, 1979.
9. MILLARD RALPH. External Excisions in Rhinoplasty. *British Journal of Plastic Surgery.* XII-349, 1960.
10. MILLIARD RALPH. Alar Margin Sculpturing. *Plastic and Reconstructive Surgery.* Vol. 40 No. 4 Pág. 337, 1967.
11. MORALES DE AVELAR JUAREZ. Personal Contribution for the Surgical Treatment of Negroid Nose. *Aesthetic Plastic Surgery.* Vol. I:81-88, 1976.
12. STENTROM M. Cleft Lip Nasal Deformity in the Absence of Cleft Lip. *Plastic and Reconstructive Surgery.* Vol. 35 No. 2 Pág. 160. 1965.
13. VOGT TRUDY. Tip Rhinoplastic Operations Using a Transverse Columella Incisions. *Aesthetic Plastic Surgery.* 7:13-19, 1983.