

11211
2ej.
2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

TRATAMIENTO DE PUNTA NASAL BULOSA. ELEVACION DE
PUNTA POR RESECCION DE LIGAMENTO FIBROCUTANEO
DE PITANGUY

T E S I S

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P r e s e n t a

Dr. Oscar Franz Avila Ugarte

Asesor: Dr. Alfonso Valdivia Medina



ISSSTE

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



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.

C O N T E N I D O

Antecedentes	1
Objetivos	3
Material y Métodos	4
Resultados	13
Bibliografía	15

A N T E C E D E N T E S

Considerando la gran variedad de enfoques quirúrgicos existentes para, la -
reconstrucción de punta nasal en pacientes anglosajones; las primeras refe-
rencias reportan los Drs. Kasanjian y converse sobre lesiones faciales - --
(1947) utilizando colgajos de crura lateral y, en 1977 con colgajos catila-
ginosos de ala volada, procedimiento 2 años mas tarde modificados por Loza.
Rethi Digman y Holmes, estos dos últimos autores dejan el margen de la cru-
ra lateral en su posición natural preservando el soporte de la punta, previ
niendo así de una depresión valvular y deformidad nasal (en pellisco) - - -
Straith en 1936 propone plastia del triángulo blando mediante la elevación-
de dos colgajos triangulares a este nivel regidos a su rotación. Cuilles en
1950, plastica de alas nasales con dos colgajos de base superior, colocando
estos en la columela. En 1936 Erich realiza incisiones externas en alas de
gabiota en apex nasal y columela.

Una vez revisada minuciosamente la literatura y teniendo en cuenta las ca--
racterísticas de la nariz porblema; En contraste con la gran gama de proce-
dimientos antes mencionados para anglosajones, comprobamos que existe una -
carencia de procedimientos para pacientes con nariz bulbosa y punta caída de
raza mestiza, lo que representa la evidencia no solamente de la complejidad
del problema, sino también de la investigación inadecuada para acercarse a
una solución de la misma.

Los únicos reportes de la literatura mundial refieren en 1965, a Pitanguy -

quien relievra la importancia de un cartilago fibrocuteaneo en nariz bulbosa - en pacientes de raza negra indicando, que la resección de éste, proporciona una elevación de la punta nasal, teniendo en cuenta todos estos antecedentes en este trabajo nos abocamos a la solución de este tipo de nariz problema

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo, es proponer una nueva técnica quirúrgica para narices bulbosas con punta caída, procedimiento seguro, de fácil realización y que ocasiona un mínimo de molestias al paciente con una estancia hospitalaria corta. Considerando la naturaleza de este tipo de nariz con el fin de ofrecer un tratamiento aislado o integral.

Ahora bien consideraremos los Objetivos Específicos en los que se debe conservar al máximo la funcionalidad de la nariz, lograr una buena elevación de la punta nasal a expensas de resección del Ligamento Fibrocútaneo de Pitanguy y finalmente proporcionar una buena proyección de la punta nasal.

MATERIAL Y METODOS

En el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Regional -- 20 de Noviembre, se estudiaron 36 pacientes con edades comprendidas entre - 14 y 35 años, perteneciendo 22 al sexo femenino y 14 al sexo masculino respectivamente; en un período comprendido del primero de abril de 1988 al 31- de octubre del mismo año.

Todos los pacientes presentaban punta nasal bulbosa y descendida, cuya forma y dimensiones estaban exageradas a expensas de piel redundante y gruesa, -- cartilagos alares débiles, alas nasales anchas y con presencia o nó de ji-- ba osteocartilaginosa.

A todos los pacientes a su ingreso se les elaboró una Historia Clínica, - - exámen físico general y regional nasal tomando en cuenta todas las caracte-- rísticas antes detalladas; (Ver Cuadro 1).

Los 36 pacientes se dividieron en tres grupos de 12 cada uno, de ambos - -- sexos y con las mismas características de punta nasal del grupo en estudio, sometiendo al grupo "A" una rinoplastia clásica mas resección de ligamento-- fibrocutaneo de Pitanguy.

El grupo B resección de la porción caudal de cartilagos alares, mas resecc-- ción de ligamento fibrocutaneo, para obtener resultados comparativos con el grupo problema en el que solo se resecó el ligamento fibrocutaneo únicamen-- te.

En este estudio se incluyeron pacientes mayores de 15 años y menores de 45 años, sin ningún procedimiento previo para corrección de punta nasal y cuya punta nasal esté descendida y ancha, con jiba osteocartilaginosa; se excluyeron pacientes con rinomegalia con punta nasal aceptable, no descendida, -- con antecedentes de rinoplastia previa, con o sin manejo de cartilagos alares, con antecedentes de rinitis de cualquier etiología y enfermedades sistémicas de tipo degenerativo, y finalmente se eliminaron a aquellos pacientes que presentaron negación al manejo quirúrgico.

CUADRO 1

		Femenino	Masculino
TIPO DE NARIZ	- Leptorrina		
	- Mesorrina		
	- Platirrina	100%	100%
CARACTERISTICAS	- Punta Bulosa	100%	100%
	- Punta descendida	100%	100%
	- Piel gruesa	100%	100%
	- Cartilagos alares débiles	100%	100%
	- Alas anchas	10%	20%
	- Jiba: Cartilaginosas	65%	40%
	Osteocartilagi nosas	35%	60%
	- Narinas: Redondas	60%	80%
	Triangular	10%	--
	Ovalada	30%	20%
	- Columela: Grande	--	--
	Pequeña	80%	70%
	Colgante	10%	15%
Retraida	10%	5%	

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Una vez elaborada la Historia Clínica y verificados los resultados de los exámenes de laboratorio pre-operatorios, los pacientes son sometidos a intervención quirúrgica por el mismo cirujano utilizando material habitual para cirugía de la nariz.

- 1.- Se realiza asepsia y antisepsia de la manera habitual.
- 2.- Marcaje con azul de metileno, de acuerdo al caso; en punta nasal, cartilagos alares y áreas de ostotomias de huesos propios de la nariz.
- 3.- Infiltración de anestésico local (xilocaína con adrenalina, con una dilución de 10.000, se espera 15 minutos hasta conseguir su efecto anestésico y vasoconstrictor.
- 4.- Posteriormente se procede a hacer una insisión intercartilaginosa hemitransfictiva (Fig. 1), continuando hasta el septum membranoso del lado derecho para liberar éste en caso necesario.

Una vez separado el septum cartilaginoso del membranoso, se procede a la liberación de tejidos blandos del dorso nasal (Fig. 2).

Posteriormente se liberan los cartilagos alares tanto en su cara dorsal como ventral (Fig. 3). Posteriormente liberación total de el ligamento fibrocútaneo de Pitanguy y finalmente evertirlo y resecarlo (Fig. 4). Una vez reseca éste, podemos apreciar la elevación de la punta nasal (Fig. 5). -- Posteriormente se procede al cierre de la incisión con cat-gut No. 4/0, se

coloca ferula con cinta de microporo de media pulgada; únicamente, o mas --
ferula de yeso cuando el procedimiento va acompañado de rinoplastia conven-
cional con resección de jiba osteocartilaginosa mas osteotomias.

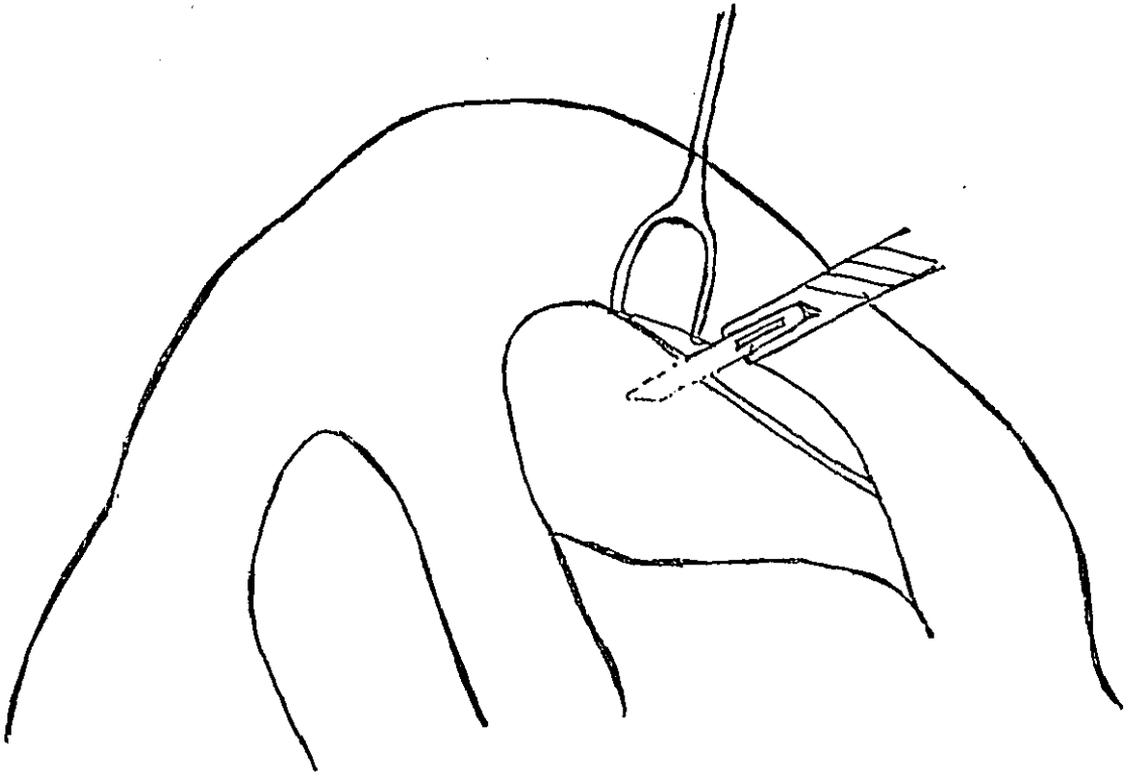


FIG. 1

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

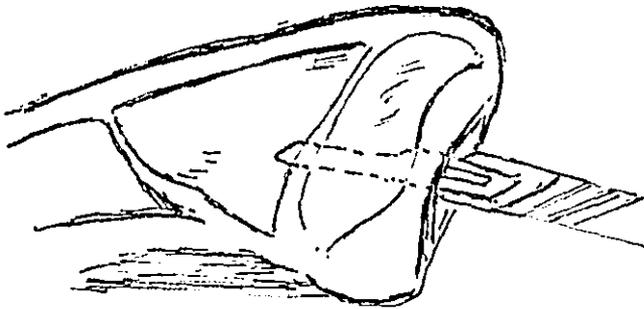


FIG. 2

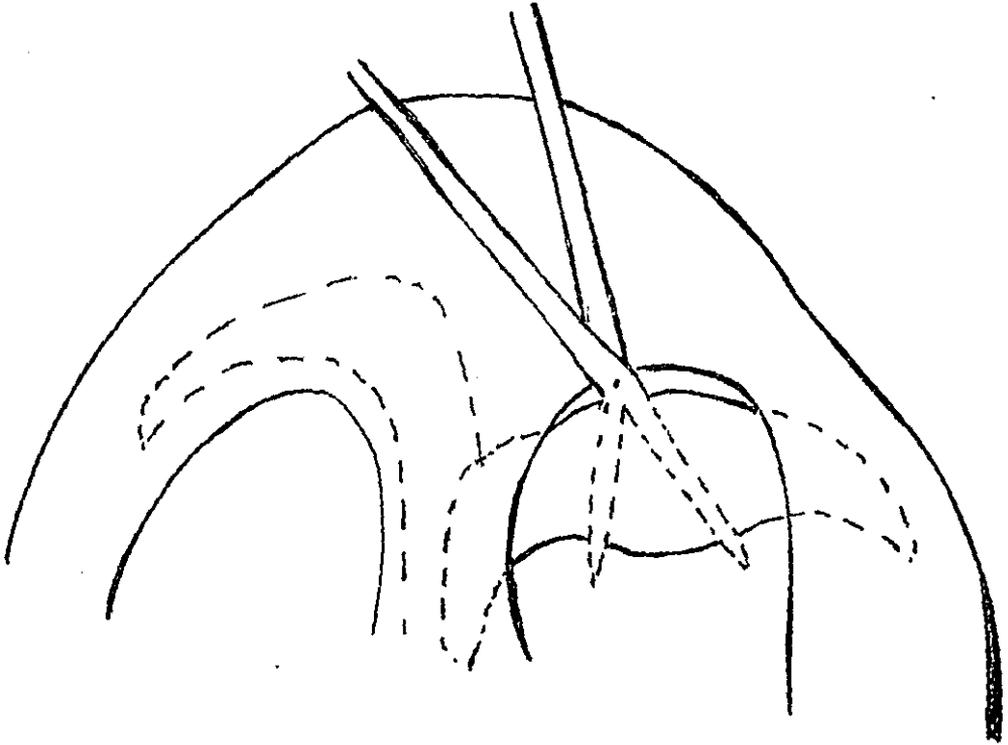


FIG. 3

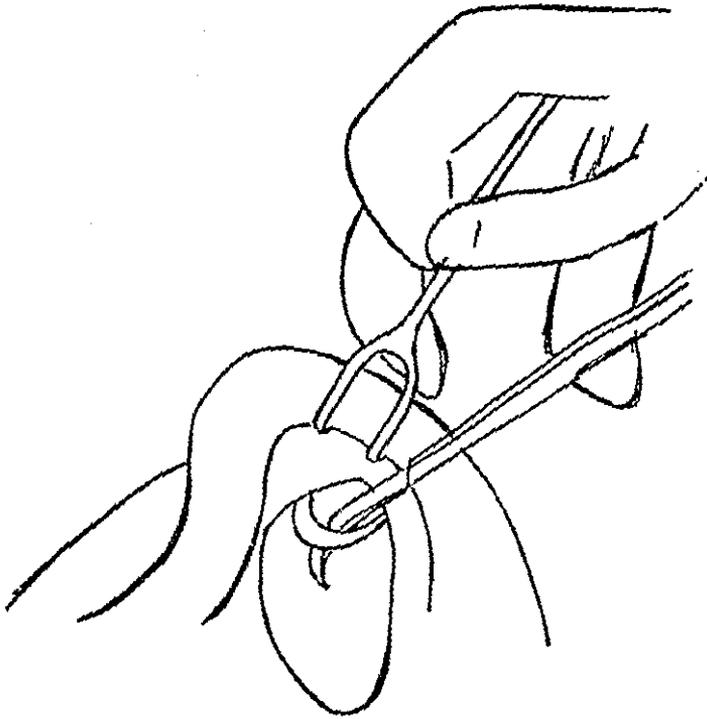


FIG. 4

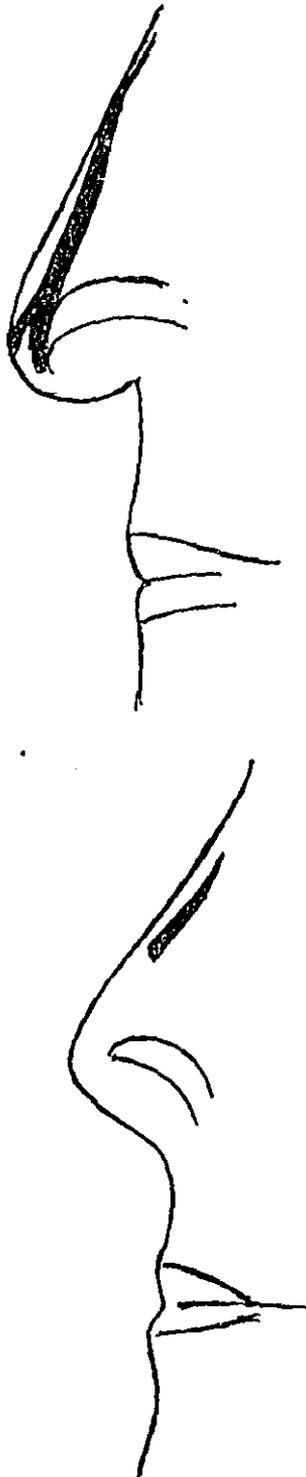


FIG. 5

R E S U L T A D O S

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en el 60% de los casos e insatisfactorios en el 40%. Tomando en cuenta que la conducta quirúrgica, fue combinada en los casos A y B reduciendo la rinomegalia, realizando rotación de las alas nasales consiguiendo de esta manera una buena elevación y proyección de la punta nasal.

Ante una rinomegalia con una punta nasal bulbosa y descendida solamente recomendamos que puede ser una solución, únicamente la resección de ligamento fibrocútaneo de Pitanguy, lo cual proporciona buenos resultados el 60% de los casos, sin comprometer absolutamente la funcionalidad nasal.

Cuando las narices bulbosas van acompañadas de jibas oseas y osteocartilaginosas moderadas recomendamos realizar resección de la parte caudal del cartilago alar mas resección del ligamento fibrocútaneo de Ptanguy, proporcionandonos buenos resultados en un 55% de los casos.

Finalmente cuando los pacientes presentan nariz bulbosa mas jiba osteocartilaginosa muy prominente, recomendamos una rinoplastia convencional mas resección de ligamento fibrocútaneo de Pitanguy obteniendo buenos resultados en un 65% de los casos.

Aunque propongo considerar la vía de abordaje intercartilaginosa solamente para los casos testigo, esta incisión se puede continuar hacia el septun -

para completar la rinoplastia como en el caso A y B; En los casos en que -- los pacientes presentaban narinas anchas fue necesario el cierre de estas -- para que de esta manera darle a la nariz una mejor proyección y elevación -- de la punta, siendo éste el único ajuste con insición externa y solo en ca- sos especiales, con resultados cicatriciales poco perceptibles puesto que -- quedan en las líneas naturales.

Es así como propongo una alternativa quirúrgica para elevación de punta na- sal bulosa mediante resección de ligamento fibrocutaneo. Pudiendo efectuarse en forma integral combinada con rinoplastia clásica con el fin de proporció- nar un mejor resultado de la nariz en cuestión.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Barsky, A. J.: Principles and practice of Plastic surgery. Baltimore. The Williams & Wilkins Company 1950, pág. 243.
- 2.- Brauer Raymond, Another Method to Lengthen The Columella in the Double Cleft Patient. Plastic and Rec. Surg. Vol. 38 No. 1 pág. 27, - 1966.
- 3.- Coiffman Felipe. External Incisions on the Nose. Aesthetic Plastic Surgery, 1:363-370, 1978.
- 4.- Converse, J. M. (1977). Reconstructive Plastic Surgery Vol II, - - Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders and Company.
- 5.- Cronin D. Thomas. Lengthening of the Short Columella Associated -- with Bilateral Cleft Lip. Annals of Plastic Surgery. Vol 1 No. 1 - pág. 75, 1978.
- 6.- Denecke, H. J. and Meyer: Plastic Surgery of the Head and Neck. - Vol. I Corrective and Reconstructive Rhinoplasty. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg.
- 7.- Digman, R. O. 1956. Corrections of nasal deformities due to defects of the septum. Plastic & Reconstructive Surgery, 18, 291.
- 8.- Falces and Gorney M. Use of cartilage graft for nasal tip corrections. Plastic and Reconstructive Surgery. 50, 147, 1972
- 9.- Gillies Sir Harold, British Journal of Plastic Surgery. Vol. II - 192-195, 1950.
- 10.- Gorney Mark. Centripetal Rotation Advancement for Cleft Lip Nasal Deformation. Annals of Plastic Surgery. Vol. II No. 5, pág. 374, 1979.
- 11.- Ginestet G. L'Asymetric Narinaire du Bu de Lievre, Unilateral Correction Chirurgicale. Annals Chirurgie Plastique. Vol. VI No. 1 pág. 39, 1963.

- 12.- Kazanjian, V. H. & Converse, J. M. (1949). The Surgical Treatment of Facial Injuries. 1st. edition, Baltimore: The Williams & Wilkins Company.
- 13.- Kazanjian, V. H.: Plastic repair of defects about lower part of the nose, resulting of the lose of tissue. Amer. Academy Ophtal. and Otolaryng. 42:338, 1937
- 14.- Krickoon L.A. Contribution to Surgical Technique in Operations on the Septum Nose and other Nose Desfigurement. Acta Chirurgiae - Plasticae. 6-2, 1964.
- 15.- Lipset E.: A new approach to surgery of the lower cartilaginous vault. Arch. Otolaryngology. 70:42, 1959.
- 16.- Millard Ralph. External Excisions in Rhinoplasty, Britis Journal of Plastic Surgery. XII-349, 1960.
- 17.- Millard Ralph. Alar Margin Sculpturing. Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 40 No. 4 pág. 337, 1967.
- 18.- Millard, D. R. (1976). Craft, volume I, The unilateral deformity. 1st. Edition, Boston: Little, Brown and Company.
- 19 Morales de Avelar Juárez. Personal Contribution for the Surgical Treatment of Negroid Nose. Aesthetic Plastic Surgery. Vol. 1:81-88, 1976.
- 20.- Ortíz Monasterio F.: Use of cartilage grafts in primary aesthetic rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, 67:597, 1981.
- 21.- Peck G. (1975). Surgery of nasal tip. In Millard, D.R. (ed.). Symposium on aesthetic surgery of the nose, ears and chin. St, Luis Mosby.
- 22.- Peck G.: The difficult nasal tip. Clinic Plastic Surgery, 4: 103,- 1977.
- 23.- Pitanguy ivo (1965). Reconsructive plastic surgery Vol.36, N° 2. Surgical importance of a dermocartilaginous ligament in bulbous noses.