



11211
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES TRATADOS
QUIRURGICAMENTE DE RINOPLASTIA ESTETICA EN
EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
*CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y
RECONSTRUCTIVA*

P R E S E N T A :
DRA. REYNA NERI CAZARES



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1995

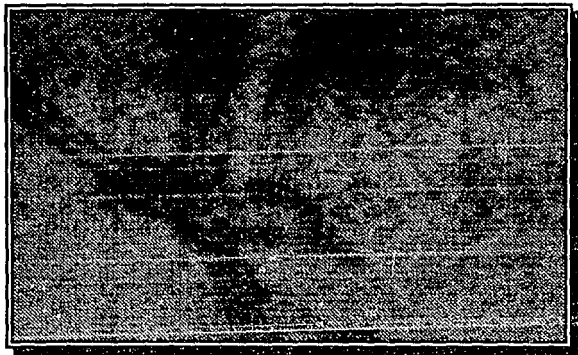


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE
ISSSTE

**EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES TRATADOS QUIRURGICAMENTE DE RINOPLASTIA
ESTETICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE
NOVIEMBRE**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA**

PRESENTA
DRA. REYNA NERI CAZARES

MEXICO D.F.

1994

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES TRATADOS QUIRURGICAMENTE DE RINOPLASTIA ESTETICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE

[Signature]
Vo. Bo.
DR. ROBERTO REYES-MARQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

[Signature]
Vo. Bo.
DR. RAMON CIENCA GUERRA
JEFE DEL SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

[Signature]
Vo. Bo.
DR. ROBERTO REYES MARQUEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE LA DIVISION DE
CIRUGIA.

[Signature]
Vo. Bo.
DRA. AURA ERAZO VALLE
JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION Y DIVULGACION

[Signature]
Vo. Bo.
DR. EDUARDO LLAMAS GUERRER
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



I. TITULO DE LA INVESTIGACION

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES TRATADOS QUIRURGICAMENTE DE RINOPLASTIA ESTETICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE



II. MARCO TEORICO

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

ES FACTIBLE REALIZAR UN SEGUIMIENTO DETENIDO DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE RINOPLASTIA ESTETICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA EN EL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE ?

ENTENDIENDOSE COMO MANEJO PERIOPERATORIO AQUEL QUE COMPRENDE:

- * INDICACIONES
- * EVALUACION PREOPERATORIA DE ANALISIS FACIAL COMPLETO
- * COMPLICACIONES
- * TECNICA QUIRURGICA
- * EVALUACION POSTOPERATORIA DE RESULTADOS

2. ANTECEDENTES

LOS CONCEPTOS ACTUALES ACERCA DE LO QUE ES UN PERFIL ESTETICO SE REMONTAN PROBABLEMENTE A LOS EGIPCIOS, SE CONTINUAN CON LOS GRIEGOS Y SE PERFECCIONAN GRACIAS A LEONARDO DA VINCI DURANTE EL RENACIMIENTO, YA QUE ELABORA UNA VERDADERA CIENCIA DE LAS PROPORCIONES HUMANAS EN EL ANALISIS FACIAL (1)

DURANTE LA ULTIMA DECADA DEL SIGLO XIX Y LA PRIMERA PARTE DEL SIGLO XX LOS PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS NASALES SE REALIZABAN A TRAVES DE INCISIONES EXTERNAS, Y ES CON ROE EN 1887 CON QUIEN COMIENZA EL ABORDAJE QUIRURGICO INTRANASAL, CEDIENDO EL LUGAR A JOSEPH EN 1931 QUIEN POPULARIZARA EN SU CLINICA DE BERLIN LAS INCISIONES INTRANASALES, TECNICA QUE ES INTRODUCIDA EN NORTEAMERICA POR AUFRICH Y SAFIAN. DESDE ENTONCES LA HISTORIA DE LOS AÑOS MAS RECIENTES HA TOMADO ENFASIS EN MODIFICAR LAS TECNICAS QUIRURGICAS CON DEPURACION EN LAS INCISIONES, INSTRUMENTOS E INJERTOS CARTILAGINOSOS. (2)

SIENDO LA NARIZ EL RASGO MAS DISTINTIVO Y CARACTERISTICO DE LA CARA HUMANA, ES DE PARTICULAR RELEVANCIA PARA LA CIRUGIA ESTETICA NASAL UN PROFUNDO CONOCIMIENTO ANATOMOFISIOLOGICO, UN ENTRENAMIENTO TECNICO ADECUADO Y UNA HABILIDAD ARTISTICA POR PARTE DEL CIRUJANO QUE REDUNDE EN UN CONTROL TOTAL DE LAS DINAMICAS TRANS Y POSTOPERATORIAS CON EL FIN DE OBTENER OPTIMOS RESULTADOS ESTETICOS.

UN CONCEPTO UNIFICADO DE LO QUE ES FORMA Y FUNCION FORMA LA PIEDRA ANGULAR DE TODA CIRUGIA ESTETICA, YA QUE LA NARIZ ES EN FORMA PRIMARIA UN ORGANO VENTILATORIO RESULTA ENTONCES DE PRIMORDIAL IMPORTANCIA ASEGURAR SU FUNCION Y RECALCAR EL HECHO QUE EL BINOMIO DE FORMA Y FUNCION ESTAN INTEGRALMENTE RELACIONADOS, DE TAL FORMA QUE EL CIRUJANO DEBE MANEJARLO COMO ALGO INDIVISIBLE. (1)

LA OPTIMA VENTILACION DEPENDE DE UNA ANATOMIA NASAL NORMAL, ANATOMIA QUE COMPROMETE AL ANGULO NASOLABIAL, LOS MUSCULOS ALARES, LAS NARES, LOS CARTILAGOS ALARES Y CARTILAGOS LATERALES SUPERIORES, LA VALVULA INTERNA, LOS CORNETES Y LAS COANAS, DE LOS CUALES SOLO ESTOS DOS ULTIMOS COMPONENTES NO SON INVOLUCRADOS DURANTE LA CIRUGIA ESTETICA NASAL. (1,3,4, 5)
TOMANDO EN CUENTA LA ARQUITECTURA NASAL Y SUS PROPORCIONES, QUE RESULTAN EXTREMADAMENTE VARIADAS EN CADA INDIVIDUO, ES DEMANDANTE UNA CUIDADOSA VALORACION DE LA ANATOMIA Y NECESIDADES FUNCIONALES DE CADA PACIENTE, DE TALFORMA QUE EL RESULTADO FINAL DE UN PROCEDIMIENTO RINOPLASTICO ES LA CONSECUENCIA DIRECTA TANTO DE LA ANATOMIA DEL PACIENTE COMO DE LA HABILIDAD DEL CIRUJANO.

2.1. MARCO DE REFERENCIA

CADA EVALUACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE DEBE ESTAR CARACTERIZADO POR UNA ORDENADA EVALUACION DE LA NARIZ Y DE LAS PROPORCIONES FACIALES RELACIONADAS. UN METODO UTIL PARA EVALUAR LAS PROPORCIONES DERIVA DEL CONCEBIR A LA NARIZ COMO UNA SERIE DE COMPONENTES ANATOMICOS INTERRELACIONADOS QUE ABARCAN A LA PIEL, A LA PIRAMIDE NASAL (PROCESO ASCENDENTE DE LA MAXILA, HUESOS NASALES PROPIOS DE LA NARIZ Y SEPTUM OSEO), LA PIRAMIDE CARTILAGINOSA (CARTILAGO CUADRANGULAR Y CARTILAGOS LATERALES SUPERIORES) Y LA PUNTA NASAL (CARTILAGOS ALARES Y TEJIDOS BLANDOS CIRCUNDANTES).

LA CALIDAD DE LA PIEL ES UN INDICADOR ESENCIAL DEL RESULTADO QUIRURGICO Y JUEGA UN ROL SIGNIFICATIVO EN EL PLANTEAMIENTO PREOPERATORIO. LA PIEL IDEAL MEDIA ENTRE DOS EXTREMOS, NO SIENDO DEMASIDA GRUESA Y GRASOSA O MUY DELGADA Y DELICADA (1,2,3)

EL TAMAÑO, FORMA Y RESILIENCIA DE LOS CARTILAGOS ALARES SE ESTIMA POR PALPACION DE LA CRURA LATERAL TOMANDO ENTRE DOS DEDOS SUS MARGENES CEFALICO Y CAUDAL. LA MAGNITUD Y FORTALEZA DE SOPORTE DE LOS CARTILAGOS LATERALES SUPERIORES SE DETERMINA PALPANDO SU ADECUADA RESISTENCIA A LA RETRACCION CUANDO EL PACIENTE INSPIRA EN FORMA TRANQUILA Y FORZADA. LA LONGITUD DE LOS HUESOS NASALES SE DETERMINA CON RELATIVA FACILIDAD PALPANDOLOS, AL IGUAL QUE EL GROSOR Y LONGITUD DE LA COLUMNELA. (3,4.) UN EXAMEN CUIDADOSO DE LAS FOSAS NASALES ES FUNDAMENTAL, ANTES Y DESPUES DEL USO DE VASOCONSTRICTORES, PARA DESCUBRIR CUALQUIER DESVIACION SIMTOMATICA DEL SEPTUM, CONFIRMAR LA CONDICION DE LAS VALVULAS NASALES INTERNAS Y SU ASOCIACION CON LOS CARTILAGOS LATERALES SUPERIORES, ASI COMO TAMBIEN DETERMINAR SI LOS CORNETES REQUIEREN REPARACION PARA INCREMENTAR DE ESTA FORMA LA FUNCION NASAL. (4,6,7)

FINALMENTE SE CONSIDERAN OTRAS CARACTERISTICAS DURANTE EL ANALISIS NASAL Y QUE A CONTINUACION SE ENLISTAN

* ANGULO NASOFACIAL

FORMADO POR LA INTERSECCION DEL PLANO FACIAL Y EL PLANO DORSAL, USUALMENTE DE 30°. (1)

* RAZ NASAL (RADIX)

CONSTITUYE PARTE DE UNA CURVA CONTINUA IMAGINARIA QUE INICIA EN EL PUENTE NASAL INTERORBITARIOO Y SE CONTINUA A LO LARGO DE LA PARED LATERAL NASAL, ESTO EN BASE AL PRINCIPIO ESTETICO DE QUE LA NARIZ NO DEBE TENER UN INICIO DISCERNIBLE. SINO QUE DEBE DE SER UNA CONTINUACION DE LAS LINEAS FACIALES EN ARMONIA. (1,6)

• DORSO

CONECTA LA RAIZ CON LA PROYECCION LATERAL DE LA CRURA DE LOS CARTILAGOS ALARES A TRAVES DE DOS LINEAS CONCAVAS DIVERGENTES QUE SE EXTIENDE NATURALMENTE DESDE LOS ARCOS SUPERCILIARES- (1,7)

• PUNTA NASAL

EN LA CUAL SE EVALUA QUE LOS DOMOS ESTEN EQUIDISTANTES DE LA LINEA MEDIA, DEBEN DIFERENCIARSE BIEN DEL RESTODE LA NARIZ Y ESTAR BIEN DEFINIDA. (6,7)

• ALARES

SU FORMA Y TAMAÑO NO DEBE REBASAR LATERALMENTE UN PAR DE LINEAS VERTICALES IMAGINARIAS TRAZADAS DESDE LOS CANTOS INTERNOS HACIA ABAJO. (6)

• ANGULO NASOLABIAL

ES EL ANGULO QUE RESULTA ENTRE LA COLUMNELA Y EL LABIO SUPERIOR SIENDO EN LOS VARONES DE 85 A 90° Y EN LAS MUJERES DE 95 A 105°. (8)

• ANGULO NASOFONTAL

ES EL ANGULO QUE RESULTA DE UNA LINEA QUE VA DE LA GLABELA AL MENTON, CON OTRA QUE INICIA EN LA RAIZ DE LA NARIZ Y SE EXTIENDE A LO LARGO DEL PUNTO MAS PROMINENTE DEL DORSO NASAL. SU VALOR PROMEDIO ES DE 30 A 36°. (8)

• COMPLEJO COLUMNELA ALAR

LA COLUMNELA DEBE SER PARALELA Y NO ESTAR MAS DE 2 Ó 3 mm POR ABAJO DE LOS ALARES

• **RELACION NARES-LOBULO NASAL**

LA LONGITUD DE LAS NARES NO DEBE SER MENOR A 1:1 NI MAYOR A 2:1 VECES EL TAMAÑO DEL LOBULO NASAL. (1)

• **PROYECCION DE LA PUNTA NASAL**

QUE CORRESPONDE A LA PROYECCION MAS ANTERIOR DE LOS CARTILAGOS ALARES. POR LO GENERAL LA DISTANCIA ENTRE LA BASE DE LA COLUMNELA HASTA LA PUNTA DE LA NARIZ DEBE SER APROXIMADAMENTE IGUAL A LA DISTANCIA ENTRE EL ANGULO NASOLABIAL Y EL BERMELLON DEL LABIO SUPERIOR. (7)

• **BASE NASAL**

EN LA CUAL LA COLUMNELA DEBE OCUPAR LOS DOS TERCIOS DEL LARGO DE LA BASE Y EL LOBULO DEBE OCUPAR EL TERCIO SUPERIOR. (7)

DEBE AFIRMARSE EN FORMA CATEGORICA QUE EL ANALISIS SISTEMATICO INDIVIDUALIZADO ES LA CLAVE DE UNA RINOPLASTIA EXITOSA.

EN LO TOCANTE PARA LA TECNICA QUIRURGICA BASICA EN LA ELABORACION DEL PERFIL NASAL SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

• **ESQUELETONIZACION**

CONSISTE EN TENER ACCESO A LA ESTRUCTURA OSEA NASAL

• **DORSO OSEO**

SU MODIFICACION REQUIERE LEVANTAMIENTO DEL PERIOSTIO DE LOS HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ Y DEL PERICONDRIO DE LOS CARTILAGOS LATERALES SUPERIORES, OBSERVANDOSE EL DORSO NASAL CON UN RETRACTOR DE AUFRICH Y PROCEDRIENDO A QUITAR LA GIBA OSEA CON UNA RASPA QUIRURGICA. TOMANDO EN CUENTA QUE UNA VEZ QUE SE HA ELIMINADO LA GIBA, HABRA UN TECHO ABIERTO EN EL DORSO NASAL. (8)

• **DORSO CARTILAGINOSO**

SE REALIZA UNA INCISION INTERCARTILAGINOSA Y SE LEVANTA EL PERICONDRIO DE LOS CARTILAGOS LATERALES SUPERIORES, EXPONRIENDO EL DORSO CON UN RETRACTOR DE AUFRICH Y RESECANDOLO CON UNA HOJA DE BISTURI DEL NUMERO 11. (8)

• **OSTEOTOMIAS**

TIENEN COMO OBJETIVO ESTRECHAR LA PIRAMIDE NASAL Y CERRAR EL TECHO ABIERTO QUE SE PRODUJO EN EL DORSO DESPUES DE RESECAR LA GIBA OSEA Y CARTILAGINOSA. (1)

• PUNTA NASAL

SU MODIFICACION SE REALIZA EN GENERAL GRACIAS A TRES DIFERENTES ABORDAJES. EL ABORDAJE SIN EXPOSICION (no delivery) ES ELEGIDO EN AQUELLOS PACIENTES EN LOS CUALES LA ANATOMIA NASAL ES FUNDAMENTALMENTE SATISFACTORIA, REQUIRIENDO UNICAMENTE UNA REDUCCION DE VOLUMEN DE LOS MARGENES MEDIAL O CEFALICO DE LA CRURA LATERAL. EL ABORDAJE CON EXPOSICION (delivery) ES PARA REALIZAR MODIFICACIONES SIGNIFICATIVAS EN LA ORIENTACION Y TAMAÑO DEL CARTILAGO ALAR EN PACIENTES CON PUNTA BULBOSA O AMORFA. EL ABORDAJE EXTERNO O ABIERTO ES EN REALIDAD UN ABORDAJE CON LIBERACION PERO MAS AGRESIVO EN CASOS EN QUE LA PUNTA NASAL SEA MUY ASIMETRICA, SEVERAMENTE SOBREPROYECTADA, MARCADAMENTE SIN PROYECCION O CON UNA ANATOMIA NO DISCERNIBLEMENTE ADECUADA. (1,2,5,6,7) RECIENTEMENTE GUERERO SANTOS HA ESTABLECIDO UNA MODIFICACION A LA TECNICA DE RINOPLASTIA ABIERTA SIN REALIZAR INCISION EN LA COLUMNELA. (6)

LAS TECNICAS ADYUVANTES PARA LA ELABORACION DEL PERFIL NASAL INCLUYEN:

*** RESECCION DE ALARES**

CUANDO ES CUTANEA ES TIPO I Y CUANDO ADEMAS DE CUTANEA ES VESTIBULAR SE CONSIDERA TIPO II. (1,2,7)

*** AUMENTO DE MAXILAR O MENTON (3,4)**

*** TURBINECTOMIA (1)**

*** SEPTUMPLASTIA (1,7)**

*** INJERTOS**

QUE PUEDEN SER OSEOS, DERMICOS, DE FASCIA, AURICULARES Y COSTALES. (1,7)

AL FINALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS TODAS LAS INCISIONES SON SUTURADAS CON CATGUT 5-0, NO SIENDO NECESARIOS LOS TAPONAMIENTOS EN LA RINOPLASTIA DE RUTINA Y LA FERULA DE YESO QUE SE COLOCA EN FORMA EXTENSA SE RETIRA PARA SU CAMBIO EN EL 5o DIA POSTOPERATORIO. EL CUIDADO EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE RINOPLASTIA ESTA DIRIGIDO A CONSERVAR EL COMFORT, REDUCIR EL EDEMA Y A LA COMPRESION-ESTABILIZACION NASAL. LA LITERATURA COINCIDE CON EL USO DE ESTEROIDES EN EL PERIOPERATORIO YA QUE SE ENCONTRO UNA REDUCCION OSTENSIBLE DEL EDEMA PALPEBRAL, PERIANASAL Y UNA DISMINUCION IMPORTANTE EN LA EQUIMOSIS Y DEL EDEMA INTRANASAL. DE LAS SEQUELAS Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA RINOPLASTIA PODEMOS AFIRMAR QUE SON EN EXTREMO PERTURBADORAS PARA EL MEDICO Y EL PACIENTE YA QUE ESTE TIPO DE CIRUGIA ESTA CONSIDERADO COMO "ELECTIVA". EN LA LITERATURA SE MENCIONA QUE LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POST-RINOPLASTIA ES DE APROXIMADAMENTE 10%, SIENDO LA PRINCIPAL LA INFECCION CON UNA FRECUENCIA DE 3%. LA EPISTAXIS ES OTRA COMPLICACIONES BASTANTE FRECUENTE Y QUE PUEDE PERSISTIR O PRESENTARSE INCLUSIVE HASTA LOS DIAS 10 A 14 POSTOPERATORIOS (1,7) DEBIDO A QUE LOS VASOS LESIONADOS SUFREN UNA DILATACION COMPENSADORA DURANTE LA FASE DE CICATRIZACION. EL EDEMA Y LA EQUIMOSIS NASALES Y PERIORBITARIAS POSTOPERATORIAS SE CONSIDERAN INEVITABLES, PERO PUEDEN REDUCIRSE SIGNIFICATIVAMENTE CON ELEVACION DE LA CABEZA Y COMPRESAS FRIAS. EN LO CONCERNIENTE A LAS COMPLICACIONES ESTETICAS DEBE MENCIONARSE QUE LOS MAYORES ERRORES EN UNA RINOPLASTIA PRIMARIA TAL COMO LO MENCIONAN VARIOS AUTORES SON DEBIDO A UNA REDUCCION EXCESIVA DEL DORSO O DEL SEPTUM CAUDAL.

BAJO ESTOS ASPECTOS COMENTADOS ES IMPORTANTE RECALCAR QUE LA NATURALEZA Y EXTENSION DE LOS CAMBIOS LOGRADOS ESTETICAMENTE DESPUES DE UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RINOPLASTICO SON VARIABLES DESDE UN MES HASTA LOS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO, SIN EMBARGO ESTO NO QUIERE DECIR QUE DICHOS CAMBIOS SEAN IMPREDECIBLES, YA QUE SE PUEDE PLANTEAR EL AXIOMA QUE ENTRE MAS SOPORTE ESQUELETICO SEA PRESERVADO, RESTAURADO O SUPLEMENTADO LOS CAMBIOS QUE OCURRIRAN SERAN DEFINITIVAMENTE MENORES. LOS CAMBIOS MAS COMUNES ESPERADOS SON LOS SIGUIENTES:

- * DECREMENTO DEL ANGULO NASOLABIAL
- * DESCENSO DE LA PUNTA (ESPECIALMENTE EN PACIENTES CON PIEL REDUNDANTE
- * EL DORSO SE ESTRECHA GRADUALMENTE, SI SE COLOCAN INJERTOS GRANDES, PUEDE TOMAR HASTA UN AÑO PARA LOGRAR SU ESTRECHAMIENTO FINAL
- * LA PIEL GRUESA TIENDE A RETENER SU GROSOR ORIGINAL. (1)

SOLO RESTA POR MENCIONAR QUE NO OBSTANTE AL SER LA RINOPLASTIA LA MAS DIFICIL Y DELICADA DE LAS CIRUGIAS FACIALES ESTETICAS, SE PUEDE LLEGAR A REDUCIR AL MINIMO EL RIESGO DE COMPLICACIONES MAYORES MEDIANTE LA VALORACION PREOPERATORIA PRECISA DE LOS PROBLEMAS ANATOMICOS, LA FORMULACION DE UN PLAN QUIRURGICO BASADO EN DICHAS CARACTERISTICAS Y EN LOS DESEOS DEL PACIENTE CON TECNICAS QUIRURGICAS BIEN ESTABLECIDAS

3. JUSTIFICACION

YA QUE LA RINOPLASTIA ESTETICA ES CONSIDERADA COMO LA MAS DIFICIL Y DELICADA DE LAS CIRUGIAS ESTETICAS FACIALES Y DADO QUE EN LA PROGRAMACION QUIRURGICA DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA EN EL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE SE ENCUENTRAN UN PROMEDIO DE 10 RINOPLASTIA EN FORMA SEMANAL, ES NECESARIO CONDUCCIR UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO CON EL FIN DE EVALUAR EN FORMA OBJETIVA LA REALIDAD DEL MANEJO PERIOPERATORIO, LOS RESULTADOS DE ESTOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y LA COMPLICACIONES MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADAS EN NUESTRO SERVICIO, LO QUE REDUNDARA EN UNA OPTIMA CALIDAD DE ATENCION A LOS PACIENTES QUE ACUDEN SOLICITANDO UNA RESOLUCION QUIRURGICA ESTETICA NASAL.

4. HIPOTESIS

CON LOS EXPEDIENTES CLINICOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE SI ES POSIBLE RECARBAR LOS DATOS CONCERNIENTES AL MANEJO PERIOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A RINOPLASTIA

5. OBJETIVO GENERAL

CONOCER EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A RINOPLASTIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 6.1 CONOCER LAS INDICACIONES MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADAS EN LAS CIRUGIA DE RINOPLASTIA ESTETICA
- 6.2 EVALUAR SI EXISTE UN DETENIDO ANALISIS FACIAL PROPERATORIO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RINOPLASTIA ESTETICA
- 6.3 DETERMINAR LA FREUENCIA Y TIPO DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN LOS PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDOS DE RINOPLASTIA ESTETICA
- 6.4 DETERMINAR QUE TIPO DE TECNICA Y ABORDAJE SE EMPLEA CON MAYOR FRECUENCIA
- 6.5 PRECISAR SI EXISTE UNA EVALUACION POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES OPERADOS EN ESTE SERVICIO POR RINOPLASTIA ESTETICA
- 6.6 PROPONER UN PROTOCOLO DE EVALUACION PERIOPERATORIO OPTIMO DE ACUERDO A LOS RESULTADOS QUE SE OBTENDRAN POR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION PARA LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE RINOPLASTIA ESTETICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE

III. MATERIAL Y METODOS

7 Y 8. DISEÑO Y DEFINICION DEL UNIVERSO

SE REALIZARA UNA REVISION DE TODOS LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LA TOTALIDAD DE PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1993. SE RECABARAN TODOS LOS ASPECTOS QUE COMPETEN AL PRESENTE TRABAJO EN EL FORMATO DE COLECCION DE DATOS QUE SE ANEXA

9. TAMAÑO DE LA MUESTRA

POR EL TIPO DE ESTUDIO NO SE REQUIERE

10. DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION

POR EL TIPO DE ESTUDIO NO SE REQUIERE

11. DEFINICION DEL GRUPO CONTROL

POR EL TIPO DE ESTUDIO NO SE REQUIERE

12. CRITERIOS DE INCLUSION

- PACIENTES QUE UNICAMENTE HAYAN SIDO INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO 20 DE NOVIEMBRE
- PACIENTES QUE UNICAMENTE PRESENTEN DEFORMIDAD NASAL
- PACIENTES DE TODOS LOS GRUPOS ETARIOS, SEXO O ESTRATO SOCIOECONOMICO
- PACIENTES SOMETIDOS UNICAMENTE A RINOPLASTIA ESTETICA PRIMARIA

13. CRITERIOS DE EXCLUSION

- AQUELLOS PACIENTES QUE NO SATISFACEN LOS CRITERIOS DE INCLUSION
- PACIENTES CON RINOPLASTIA SECUNDARIA
- PACIENTES CON PATOLOGIA SEPTAL
- PACIENTES CON CUALQUIER SINDROME CONGENITO

14. CRITERIOS DE EXCLUSION

- * AQUELLOS EXPEDIENTES QUE NO REUNAN LOS DATOS SUFICIENTES COMO PARA SER INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

15. DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

VARIABLES DEPENDIENTES

EN CUANTO A LAS INDICACIONES DE RINOPLASTIA

- * DEFORMIDAD NASAL CONGENITA
- * DEFORMIDAD NASAL ADQUIRIDA

EN CUANTO A LA EVALUACION PREOPERATORIA

- * ANALISIS FACIAL COMPLETO

EN CUANTO A LAS COMPLICACIONES

- * EPISTAXIS
- * INFECCION
- * ISQUEMIA
- * NECROSIS

EN CUANTO A LA TECNICA EMPLEADA

- * DORSO OSEO
- * DORSO CARTILAGINOSO
- * OSTEOTOMIAS
- * ABORDAJE PARA LA PUNTA NASAL
 - " DELIVERY "
 - " NO DELIVERY "
- EXTERNA

- * PROCEDIMIENTOS ADYUVANTES
 - RESECCION DE ALARES
 - MENTOPLASTIA
 - INJERTOS
 - SEPTUMPLASTIA
 - TURBINECTOMIA

- *TIPO DE ANESTESIA
 - GENERAL
 - LOCAL

TODAS LAS VARIABLES SERAN MEDIDAS EN ESCALA NOMINAL COMO PRESENCIA O AUSENCIA

VARIABLES INDEPENDIENTES
SEXO

MEDIDA EN ESCALA NOMINAL COMO MASCULINO O FEMENINO

EDAD

MEDIDA EN ESCALA DE INTERVALOS EN AÑOS

NIVEL SOCIOECONOMICO

MEDIDA EN ESCALA ORDINAL COMO BAJO, MEDIO O ALTO

16. PRESENTACION DE LA INFORMACION

SE UTILIZARAN PROCEDIMIENTOS DE ESTADISTICA DESCRIPTIVA Y GRAFICAS EN PASTEL Y COLUMNAS

17. TIPO DE INVESTIGACION

DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, ABIERTO, OBSERVACIONAL Y TRANSVERSAL

18. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

VER ANEXO 1

IV ASPECTOS ETICOS

19. RIESGO DE LA INVESTIGACION

SIN RIESGO

20. CONSENTIMIENTO INFORMADO

NO SE REQUIERE

V. BIOSEGURIDAD

21. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD (CONSIDERACIONES BIOETICAS)

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ESTARAN DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. TITULO II, CAPITULO I, ARTICULO 17, FRACCION I: INVESTIGACION SIN RIESGOS

VI. ORGANIZACION

22. PROGRAMA DE TRABAJO

VER ANEXO II

23. RECURSOS HUMANOS

PERSONAL DEL ARCHIVO CLINICO Y EL PROPIO INVESTIGADOR

24. RECURSOS MATERIALES

EXPEDIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

25. PRESUPUESTO (RECURSOS FINANCIEROS)

LOS DEL PROPIO INVESTIGADOR

VII. RESULTADOS

SE REVISARON 387 EXPEDIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE DE PACIENTES ATENDIDOS POR NUESTRO DEPARTAMENTO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE DEFORMIDAD NASAL EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL MES DE ENERO DE 1991 AL MES DE DICIEMBRE DE 1993. DE ESTA CANTIDAD DE EXPEDIENTES 162 FUERON EXCLUIDOS DEL PRESENTE ESTUDIO POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PREVIAMENTE EXPLICITADOS.

CABE MENCIONAR QUE DEL NUMERO TOTAL DE EXPEDIENTES REVISADOS SOLO EL 5% DE ELLOS NO TENIAN NOTAS MEDICAS DE SEGUIMIENTO POST OPERATORIO.

LA EDAD PROMEDIO DE NUESTROS PACIENTES SE OBSERVO EN LOS 24.5 AÑOS SIENDO EL DE MENOR EDAD DE 18 AÑOS Y EL DE MAYOR EDAD DE 45 AÑOS. LA DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES UBICADOS POR GRUPO ETARIO SE ENCONTRABA DE LA SIGUIENTE FORMA: ENTRE LOS 10 A 19 AÑOS (33.6%), ENTRE LOS 20 A 29 AÑOS (42.3%), SEGUIDOS POR 30 A 39 AÑOS (20.9%) Y 40 A 49 (3.1%).

LA RELACION POR SEXO RESULTO SER DE 3:1, FEMENINO:MASCULINO CON UN TOTAL DE 169 PACIENTES MUJERES (75.5%) Y DE 56 PACIENTES VARONES (24.5%).

SE PRESENTO UN FRANCO PREDOMINIO CASI DEL DOBLE EN LO CONCERNIENTE AL RUBRO DE INDICACIONES YA QUE LA ETIOLOGIA DE DEFORMIDAD DESDE EL NACIMIENTO CON 147 PACIENTES (65.3%) CASI DUPLICO A LOS 78 PACIENTES CON ETIOLOGIA ADQUIRIDA (34.6%)

EL CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ES UNA INSTITUCION QUE PRIORITARIAMENTE DA ATENCION A POBLACION BUROCRATICA, LO ANTERIOR SE CONSTATO EN EL PRESENTE ESTUDIO, DONDE EL 60% DE LOS PACIENTES FUERON DE ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO (135 PACIENTES); EN COMPARACION CON EL ESTRATO BAJO 34% (76 PACIENTES) Y EL ESTRATO ALTO 6% (14 PACIENTES).

OBSERVAMOS QUE EN CUANTO A LA EVALUACION PREOPERATORIA EL ANALISIS FACIAL INCLUIA DESCRIPCION DE LA PIEL EN 11% (20 PACIENTES); ALARES INFERIORES Y SUPERIORES EN 94% (211 PACIENTES), HUESOS NASALES EN 98% (220 PACIENTES) Y SEPTUM EN 95% (214 PACIENTES), CON FOTOGRAFIAS PREOPERATORIAS EN EL 100% (225 PACIENTES).

LA TECNICA ANESTESICA EN SU VASTA MAYORIA, DADA LA MAGNITUD DE LA DEMANDA DE ESTE TIPO DE CIRUGIA EN NUESTRO SERVICIO, ES DE ORDEN LOCAL CON XILOCAINA AL 2% Y EPINEFRINA 1:50 000 EN CONJUNTO A UNA SEDACION CON MEPERIDINA Y DIAZEPAM EN UN 95% DE LAS INTERVENCIONES (214 PACIENTES)

DESTACAREMOS QUE ES BASTION DE NUESTRO SERVICIO EN LA INTERVENCION DE CORRECCION DE DEFORMIDAD NASAL PRIMARIA NO LLEVAR A EFECTO CIRUGIAS RINOPLASTICAS COMPLETAS, SINO INDIVIDUALIZAR Y SOLO HACER ENFASIS EN LA DEFORMIDAD PECULIAR DE CADA PACIENTE.

DE LA TOTALIDAD DE NUESTROS PACIENTES DE ESTE ESTUDIO EL 40% (90 PACIENTES) REQUIRIERON UNA INTERVENCION DE RINOPLASTIA COMPLETA, UN 20% (45 PACIENTES) SOLO NECESITO CIRUGIA DE AUMENTO Y EL RESTANTE 40% (90 PACIENTES) SE LES REALIZO SOLAMENTE PLASTIA DE PUNTA NASAL.

LA TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA EN NUESTRO SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA PARA RESOLVER LA DEFORMIDAD NASAL, EN LAS RINOPLASTIAS COMPLETAS (90 PACIENTES), ES LA PROPUESTA POR JOSEPH EN UN 40% (36 PACIENTES) CON LA VARIANTE DE ABORDAJE TIPO DELIVERY PARA LA PUNTA CON UNA INCISION INTERCARTILAGINOSA Y DISECCION RETROGRADA DE LOS ALARES INFERIORES EN UN 80% (72 PACIENTES).

EN LO QUE RESPECTA AL TIPO DE ABORDAJE PARA LA PUNTA DE TODOS LOS PACIENTES QUE LO REQUIRIERON INCLUIDOS EN EL ESTUDIO, ADEMAS DE LO EXPUESTO EN LINEAS ANTERIORES TAMBIEN SE UTILIZA EL TIPO NO DELIVERY EN UN 20% (36 PACIENTES), RESALTA EL HECHO QUE EN NUESTRAS INTERVENCIONES RINOPLASTICAS PRIMARIAS NO EMPLEAMOS EL ABORDAJE EXTERNO.

PARA EL MANEJO DEL DORSO OSEO DE TODOS LOS PACIENTES QUE LO AMERITARON, TAMBIEN SE UTILIZAN EN NUESTRO SERVICIO EN UN 30% (27 PACIENTES) LA REDUCCION CON RASPA Y EN OTRO 30% (27 PACIENTES) LA UTILIZACION DE KASANJIAN. DESTACAREMOS EL HECHO QUE EN EL 100% DE NUESTROS PACIENTES QUE AMERITARON TRATAMIENTO DE DORSO EN LAS RINOPLASTIAS COMPLETAS EMPLEAMOS OSTEOTOMIAS LATERALES INTRANSALES.

EN LO CONCERNIENTE AL DORSO CARTILAGINOSO EL MANEJO DE LOS PACIENTES QUE LO AMERITARON, ADEMAS DE LO CITADO CON LA TECNICA DE JOSEPH, RESALTA EL HECHO QUE LA MAYORIA FUE REALIZADA CON KASANJIAN EN UN 87% (144 PACIENTES).

LA TURBINECTOMIA DEL TOTAL DE PACIENTES SE LLEVO A CABO EN EN 2% (5 PACIENTES) EN LA FORMA DE CAUTERIZACION DEL CORNETE INFERIOR Y UN 5% (11 PACIENTES) A TRAVES DE LA LUXACION DEL CORNETE INFERIOR, CON SEPTUMPLASTIA EN UN 95% (214 PACIENTES), CON AUMENTO DE MENTON 10% (23 PACIENTES), MALARES 5% (11 PACIENTES) Y EXERESIS DE BOLSAS DE BICHAT OTRO 5% (11 PACIENTES).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DE LOS 45 PACIENTES QUE NECESITARON UNICAMENTE CIRUGIA DE AUMENTO, EL 80% (36 PACIENTES) SE OBTUVO DE INJERTO AUTOLOGO COSTAL Y EL RESTANTE 20% (9 PACIENTES) SE COLOCO INJERTO HOMOLOGO COSTAL DE BANCO.

LA RESECCION DE ALAS NASALES SE LLEVO A CABO EN UN 10% (23 PACIENTES) DE LA TOTALIDAD DE INTERVENCIONES RINOPLASTICAS.

EN LO QUE RESPECTA AL RUBRO DE COMPLICACIONES ANALIZADAS EN EL NUMERO TOTAL DE NUESTRA POBLACION ENCONTRAMOS SOLO 2 CASOS DOCUMENTADOS (0.9%). DE ESTE TOTAL DE COMPLICACIONES LA INFECCION FUE LA CATEGORIA DE PREDOMINIO, POR EL EMPLEO DE HOMOINJERTOS, DE LOS CUALES SE RESOLVIERON EN FORMA POSITIVA EN BASE A MANEJO DE ANTIBIOTICO ESPECIFICO.

POR ULTIMO ACERCA DE LA EVALUACION POSTOPERATORIA TODOS LOS PACIENTES LLEVAN POR ESCRITO NOTAS DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCION POSTOPERATORIO ASI COMO EVALUACION FOTOGRAFICA POSTOPERATORIA, YA QUE SON REQUISITOS INDISPENSABLES Y CARACTERISTICA ESENCIAL DE NUESTRO SERVICIO.

VIII. DISCUSION

TOMANDO A LA CIRUGIA NASAL ESTETICA COMO LA PIEDRA ANGULAR PARA LA RESOLUCION DE ALTERACIONES EN LA FORMA DE LA NARIZ, ES DE PRIMER ORDEN EN IMPORTANCIA QUE EL ESPECIALISTA CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTIVO CONOZCA EN SU FASE DE PREPARACION Y ENTRENAMIENTO LAS VARIABLES MAS RELEVANTES DE LA RINOPLASTIA ESTETICA, LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS-TERAPEUTICOS Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES, ASI COMO EL GRADO DE AFECCION, LAS AREAS MAYORMENTE INVOLUCRADAS Y GRUPOS ETARIOS MAS AFECTADOS.

DICHOS CONOCIMIENTOS REDUNDARAN EN UNA VISION GLOBAL DE LA PATOLOGIA NASAL EN SU DIAGNOSTICO, ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO, PARA QUE CON ELLO EL MEDICO RESIDENTE QUE INICIA SUS PRIMERAS INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN LO CONCERNIENTE AL CAMPO DE LA DEFORMIDAD NASAL, RECONOZCA DE MANERA OBJETIVA EL COMPORTAMIENTO GENERAL DE LOS MULTIPLES ASPECTOS QUE CIRCUNDAN UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO TERAPEUTICO NASAL.

EL PRESENTE ESTUDIO DENOTA TALES ASPECTOS EN FORMA ESPECIFICA AL REVIZAR UN NUMERO DE 387 EXPEDIENTES CLINICOS DE IGUAL NUMERO DE PACIENTES SOMETIDOS A UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NASAL, A LO LARGO DE LOS ULTIMOS TRES AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE". DE LOS RESULTADOS AQUI OBTENIDOS Y QUE COINCIDEN PLENAMENTE CON LA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA, DESTACA COMO ASPECTO MAS SOBRESALIENTE EL HECHO DE QUE ESTE TRABAJO DA MARGEN A LA COMUNICACION DE LOS DATOS OBTENIDOS A LOS PROPIOS RESIDENTES ADSCRITOS A ESTE SERVICIO Y CON ELLO CONSEGUIR EL FIN PRIMORDIAL DE TODO ESTUDIO: LA DIVULGACION DEL CONOCIMIENTO.

IX. CONCLUSIONES

* EL PACIENTE FEMENINO Y EN EDAD PRODUCTIVA RESULTO SER EL DE MAYOR FRECUENCIA EN SOLICITAR UN PROCEDIMIENTO RINOLOGICO QUIRURGICO, FACTIBLEMENTE DEBIDO A SU ROL SOCIO-CULTURAL Y CON ELLO AL DE MAYOR EXPOSICION A LA CRITICA DE SU PECULIAR MICROAMBIENTE.

* LAS COMPLICACIONES PRESENTADAS EN NUESTRA POBLACION ATENDIDA FUERON EN SU TOTALIDAD MENORES Y TEMPORALES.

* EL ANALISIS PREOPERATORIO ASI COMO LOS LINEAMIENTOS TECNICOS QUIRURGICOS QUE SE LLEVAN A CABO EN NUESTRO SERVICIO SON LOS OPTIMOS Y SE APEGAN EN FORMA FIDEDIGNA A LOS CANONES CONSULTADOS EN LA LITERATURA.

* EXISTE UN SEGUIMIENTO VERAZ Y CONFIABLE EN EL EXPEDIENTE CLINICO DE LA EVALUACION POST OPERATORIA DE NUESTROS PACIENTES INTERVENIDOS DE RINOPLASTIA ESTETICA.

* NO EXISTE UN RESULTADO POR ESCRITO DEL ASPECTO ESTETICO ALCANZADO EN LA CIRUGIA, NI EL SENTIR DEL PACIENTE MISMO.

* ES MANDATORIO EL ANALISIS ESTETICO POST OPERATORIO POR ESCRITO EN EL EXPEDIENTE CLINICO DE CADA PACIENTE SOMETIDO A RINOPLASTIA ESTETICA, ASI COMO DE LA ADECUADA ESPECIFICACION DE LA TECNICA QUIRURGICA REALIZADA.

BIBLIOGRAFIA

1. JACK H. SHEEN: AESTHETIC RHINOPLASTY, 2nd EDITION, VOL I Y II C.V. MOSBY COMPANY
2. J.M. CONVERSE: RHINOPLASTY IN RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY, VOL 2 2nd EDITION PHILADELPHIA 1977 W.B. SAUNDERS
3. MC CARTHY J.G. PLASTIC SURGERY VOL 3 PART 2 PHILADELPHIA 1990. 1785-1894 W.B. SAUNDERS CO.
4. PECK G.C.: BASIC PRIMARY RHINOPLASTY IN CLINICS IN PLASTIC SURGERY VOLUME 15/NUMBER 1 JANUARY 1988 W.B. SAUNDERS COMPANY
5. REES T. D. AESTHETIC PLASTIC SURGERY VOLUME I 1980 W.B.SAUNDERS COMPANY
6. GUERRERO SANTOS J. OPEN RHINOPLASTY WITHOUT SKIN COLUMNELLA INCISION PLAST RECONSTR SURG 1990, 85 (6): 955'60.
7. HOFFMANN D.F. STEROIDS AND RHINOPLASTY ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG 1992, 117: 990-3
8. SKOOG T. PLASTIC SURGERY 1974 PHILADELPHIA, W.B. SAUNDERS COMPANY

ANEXO I

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No. DE REGISTRO _____ No. DE CASO CLINICO _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
NIVEL SOCIOECONOMICO _____

I. INDICACIONES

A. DEFORMIDAD DESDE EL NACIMIENTO SI NO
B. DEFORMIDAD ADQUIRIDA SI NO
ESPECIFIQUE _____

II. EVALUACION PREOPERATORIA

A. EXISTE ANALISIS DE :

PIEL SI NO
ALARES SI NO
LATERALES SI NO
H. NASALES SI NO
SEPTUM SI NO
OTRAS: _____

B. SOLICITUD DE FOTOGRAFIAS SI NO

C. TIPO DE ANESTESIA GENERAL LOCAL

III. COMPLICACIONES

A. EPISTAXIS SI NO TRATAMIENTO _____
B. INFECCION SI NO TRATAMIENTO _____
C. ISQUEMIA SI NO TRATAMIENTO _____
D. NECROSIS SI NO TRATAMIENTO _____

IV. TECNICA QUIRURGICA

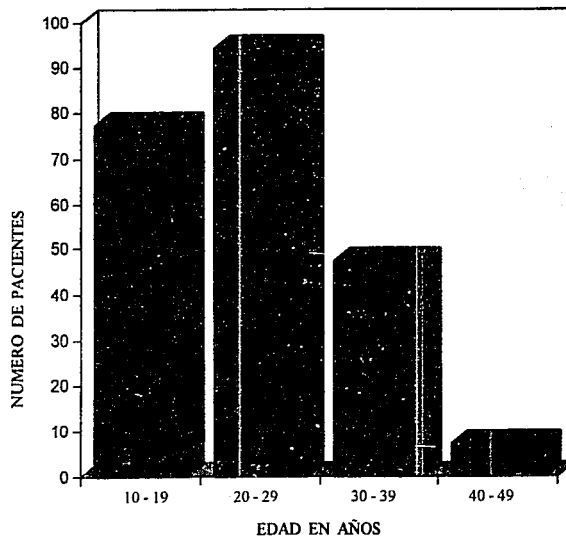
A. TIPO DE ABORDAJE PARA LA PUNTA
DELIVERY SI NO
NO DELIVERY SI NO
EXTERNA SI NO
B. TURBINECTOMIA SI NO
C. AUMENTO DE MAXILAR O MENTON. SI NO
D. SEPTUMPLASTIA SI NO
E. INJERTOS SI NO
F. DORSO OSEO SI NO
G. DORSO CARTILAGIINOSO SI NO
H. OSTEOTOMIAS SI NO
I. ALOTOMIA SI NO

V. EVALUACION POST-OPERATORIA

A. FOTOGRAFIAS POST-OPERATORIAS SI NO
B. EXISTEN NOTAS DE SEGUIMIENTO P.O. SI NO
EN EL EXPEDIENTE CLINICO

RINOPLASTIA

EDAD

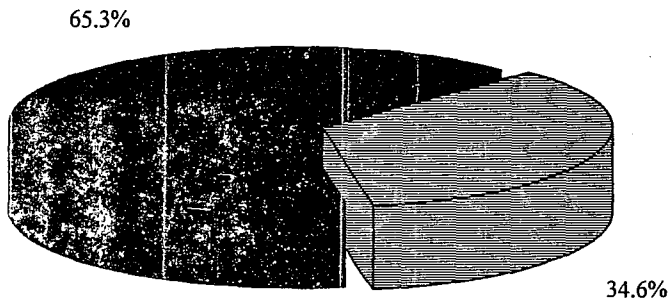


RINOPLASTIA

ETIOLOGIA

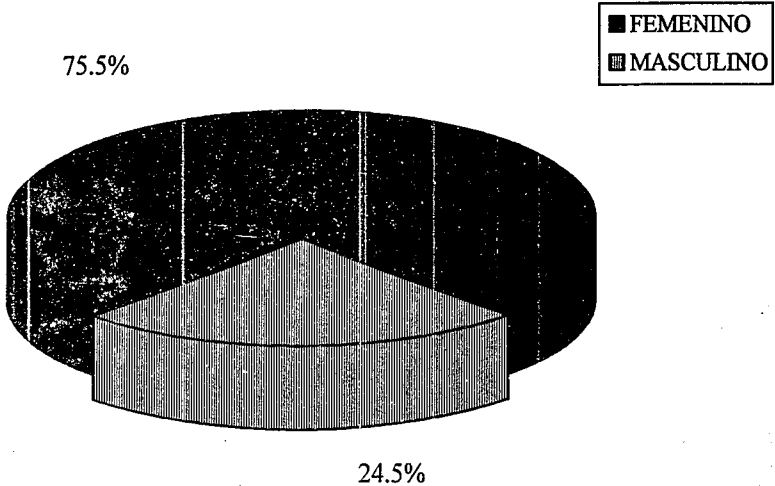
▣ ADQUIRIDA

■ DE NACIMIENTO



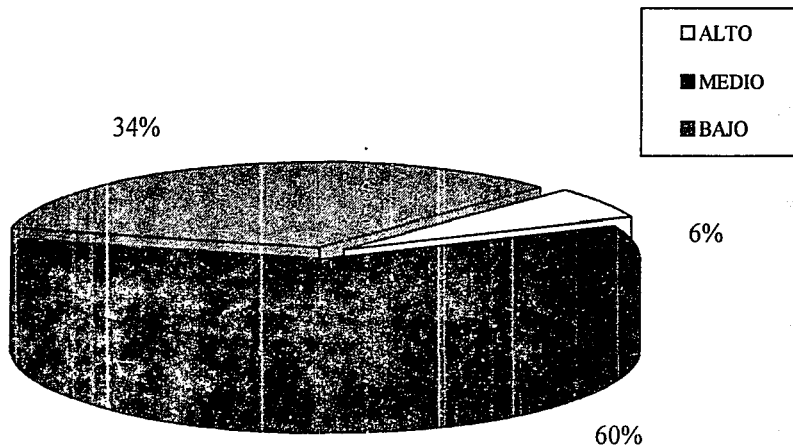
RINOPLASTIA

SEXO



RINOPLASTIA

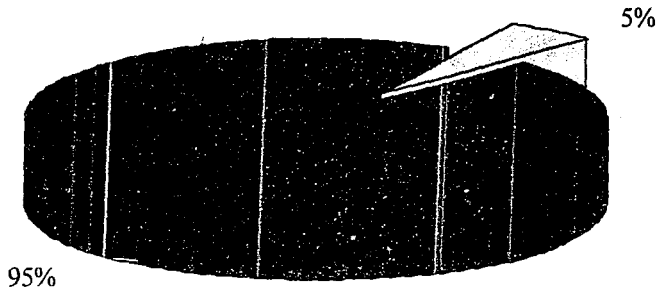
ESTRATO SOCIOECONOMICO



RINOPLASTIA

ANESTESIA

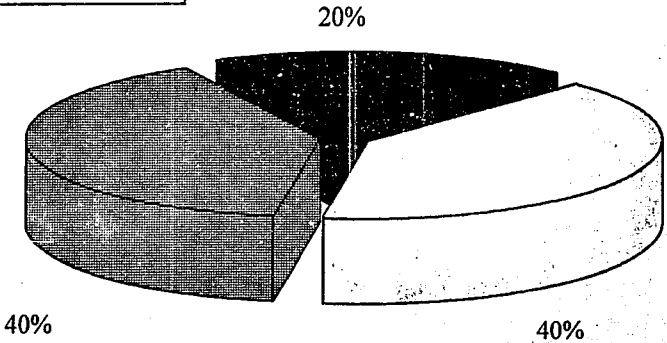
■ LOCAL
□ GENERAL



RINOPLASTIA

TIPO DE CIRUGIA

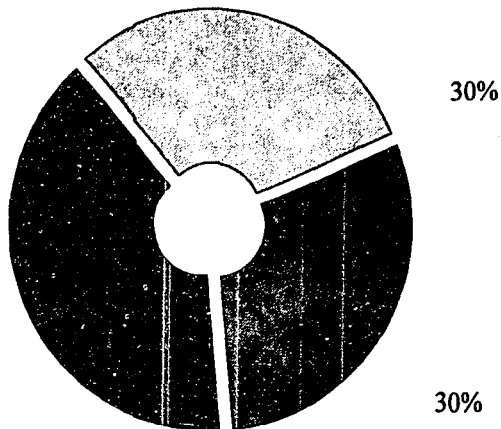
- RINOPLASTIA COMPLETA
- ▨ PLASTIA DE PUNTA
- CIRUGIA DE AUMENTO



RINOPLASTIA

MANEJO DEL DORSO OSEO

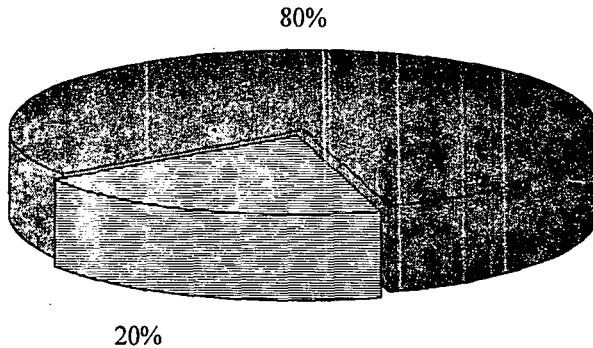
■ TECNICA JOSEPH
□ RASPAS
■ KASANJIAN



RINOPLASTIA

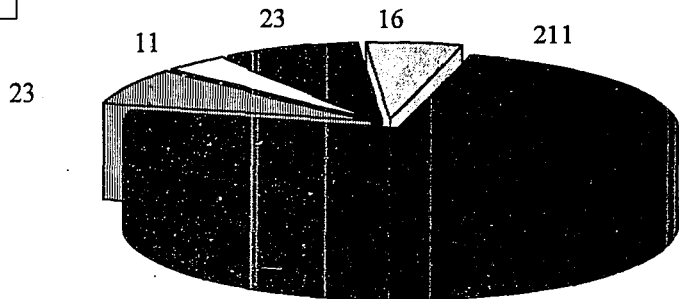
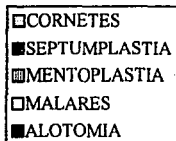
ABORDAJE PUNTA NASAL

■ DELIVERY MODIFICADO
▨ NO DELIVERY



RINOPLASTIA

PROCEDIMIENTOS AUXILIARES EN NUMERO DE PACIENTES



INDICE

I.	TITULO DE LA INVESTIGACION	3
II.	MARCO TEORICO	3
II.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
II.2	ANTECEDENTES	4
II.2.1	MARCO DE REFERENCIA	5
II.3	JUSTIFICACION	11
II.4	HIPOTESIS	11
II.5.	OBJETIVOS	12
III.	MATERIAL Y METODOS	12
IV.	ASPECTOS ETICOS	15
V.	BIOSEGURIDAD	16
VI.	ORGANIZACION	16
VII.	RESULTADOS	17
VIII.	DISCUSION	21
IX.	CONCLUSIONES	22
X.	BIBLIOGRAFIA	24
XI.	ANEXOS	25