

3
24

11211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
I. M. S. S.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

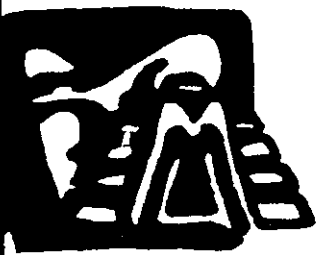
EVALUACION DE LA PROYECCION Y DEFINICION DE PUNTA
NASAL CON PLASTIA DE ALARES EN TREBOL
DE 4 HOJAS.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P R E S E N T A :

DR. JOSE ANTONIO BARBA GASTELUM



MEXICO, D. F.

209794

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



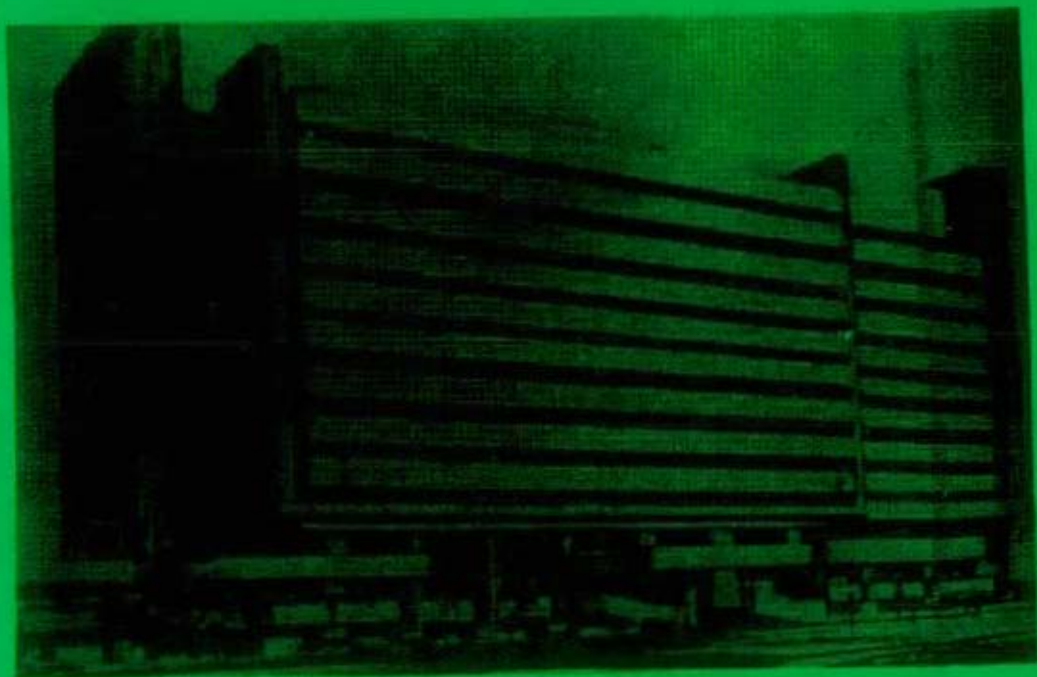
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

CENTRO
MEDICO
PARAZA



1° Marzo 1994 - 28 Febrero 1997

TITULO

EVALUACION DE LA PROYECCION Y DEFINICION DE PUNTA NASAL CON PLASTIA DE ALARES EN TREBOL DE 4 HOJAS.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ.

ADSCRIPCION: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA". I.M.S.S.

GRADO ACADEMICO: 4.

MATRICULA: 61131168

INVESTIGADORES:

DR. JOSE ANTONIO BARBA GASTELUM.

ADSCRIPCION: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES. CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA". I.M.S.S.


GRADO ACADEMICO: 2.

MATRICULA: 9488065

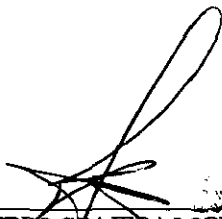
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES. CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA". I.M.S.S.

SERIS Y ZAACHILA S/N. COL. LA RAZA. DEL. AZCAPOZALCO. MEXICO D.F., C.P.:02990 TEL (915)7245900 EXT. 1510

TLACOTALPAN 59-302 COL. ROMA SUR. MEXICO D.F. TEL:(915)5843962.



DR. ARTURO ROBLES PARAMO.
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ
JEFE DE SERVICIO
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

EVALUACION DE LA PROYECCION Y DEFINICION DE PUNTA NASAL CON PLASTIA DE ALARES EN TREBOL DE 4 HOJAS. Grajeda-López P., Barba-Gastélum JA., Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza". Instituto Mexicano Del Seguro Social.

De las diferentes deformidades de la punta nasal, la falta de proyección, la deformidad en paréntesis, la punta cuadrada y las secuelas de labio hendido, comparten una forma y disposición alterada de los cartílagos alares. Las técnicas quirúrgicas usuales realizan la corrección de la deformidad mediante la colocación de injertos de cartílago septal, concha auricular cartílago costal. Las desventajas de dichas técnicas es el riesgo de morbilidad de las zonas donadoras, un grado impredecible de absorción cartilaginosa, la necesidad de disecar una bolsa receptora del mismo con un mayor edema de la zona. En este estudio se evalúan los resultados de la plastia de alares en trebol de 4 hojas. Se estudiaron 25 pacientes de edad promedio de 22.8 (20-30), 9 con proyección inadecuada, 7 punta cuadrada, 6 deformidad en paréntesis y 3 con secuelas de labio hendido. Tuvieron un seguimiento de 12 a 18 meses. Se evaluaron los resultados mediante la satisfacción del paciente (subjetivo) y mediante la comparación gráfica por el cirujano (objetivo) de las fotografías pre y postoperatorias. La técnica quirúrgica consiste en una plastia de cartílagos alares en la cual, mediante técnica convencional de rinoplastia, con abordaje marginal bilateral se extraen ambos cartílagos alares por el mismo lado, se divide la porción cefálica de ambos alares sin researse por completo, se plican las cruras medias y se refuerza la plicatura mediante el uso de las porciones cefálicas de los alares rodeando la zona de la plicatura a manera de cinturón. Se concluyó que la técnica propuesta es capaz de corregir dichas deformidades, de producir adecuada definición y acentuar la rotación de la punta nasal, no presenta las desventajas del uso de los injertos cartilaginosos, es fácil de realizar, limita el edema de la región, no siendo recomendada en casos de rinoplastias secundarias.

EVALUATION OF NASAL TIP PROJECTION AND DEFINITION WITH FOUR LEAF CLOVER ALAR PLASTY. Grajeda-López P., Barba-Gastélum JA. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

From the different nasal tip deformities, lack of projection, parenthesis deformity, box tip and cleft lip nose, share an altered form and position of the alar cartilages. The traditional surgical techniques perform the correction by the use of cartilage grafts from septum, ear or ribs. The disadvantages of these techniques are the risk of morbidity in such donor sites, an unpredictable resorption of the graft, the need of dissecting a receptor bag with its intrinsic trauma and edema. This study evaluates the results of the nasal tip plasty with four leaf clover alar plasty. 25 patients were evaluated, with an average age of 22.8 years (20-30) 9 with lack of projection, 7 with box tip, 6 with parenthesis deformity and 3 with cleft lip nose. They had a follow up from 12 to 18 months. The results were evaluated by patient satisfaction (subjective) and graphic comparison by the surgeon (objective) from the pre and postoperative photographs. The technique consists in an alar cartilage plasty in which through a conventional rhinoplasty, with bilateral marginal approach, both alar cartilages are exposed through the same incision, its cephalic portion is divided, but not sectioned in the medial part, the medial crura are *plicated* and this part is reinforced by the use of the cephalic portion of the alar cartilages fixing it around the plication zone as a belt. It was concluded that this technique is capable of correct such nasal tip deformities, to produce a good definition and accentuate the rotation angle of the nasal tip. It doesn't have the disadvantages of the use of cartilage grafts, it's easy to perform, it limits the edema, but it isn't recommended in cases of secondary rhinoplasty.

INTRODUCCION.

En el plano de la estética facial, la nariz desempeña un papel fundamental como estructura que debe armonizar con el resto de la cara. Por lo tanto es de gran importancia para el cirujano plástico el conocimiento exacto de su anatomía, y las alteraciones anatómico-fisiológicas de la misma para poder indicar y realizar adecuadamente un procedimiento quirúrgico que se traduzca en una mejoría estética y que mantenga a la nariz en armonía con el resto de la cara.

Dentro de las diversas estructuras que conforman la unidad nasal, es la punta la que determina muchas de las características estéticas de la misma, y presenta una configuración particular y propia. Sin embargo debe conservar una armónica integración con el cuerpo de la nariz y consecuentemente con toda la expresión facial.

La punta es responsable de la elegancia y definición de la nariz y se tienen descritas las relaciones anatómicas ideales de la misma. La punta nasal tiene 4 puntos esenciales:(1)

- 1- El de la proyección lateral del cartílago alar izquierdo.
- 2- El de la proyección lateral del cartílago alar derecho.
- 3- El de diferenciación de la punta con el dorso.
- 4- El de unión de la lóbulo con la columna

Estos puntos son la expresión en la superficie, de las estructuras cartilagosas internas. Los domos (puntos 1 y 2) son producidos por la unión de la porción lateral de la crura media con la crura lateral. (2)

Todos los anteriores deben de formar dos triángulos equiláteros con una base común correspondiente a la distancia intercrura (1). El apex del triángulo superior debe corresponder al punto de diferenciación con el dorso, y el apex inferior corresponde a la unión del lóbulo con la columnela. Así mismo, la parte mas alta de la punta debe corresponder al nivel de la línea que conecta ambas cruras.

El lóbulo nasal esta determinado por la dirección y forma de los cartílagos alares, en especial la crura media. Idealmente el ángulo de divergencia de la crura media debe ser de 50° a 60° lo que corresponde a la desviación lateral de los mismos, mientras que la desviación cefálica determina el ángulo de rotación el cual debe ser de también de 50° a 60° (1). El aumento o disminución del ángulo de divergencia produce variaciones en la punta nasal, haciendola ancha o angosta respectivamente. Cuando el ángulo de rotación aumenta produce una punta cuadrada en la vista lateral y una desproporción en la relación lóbulo-columnela, mientras que si el ángulo disminuye producirá una punta sin proyección y carente de definición.

Al sitio donde termina el dorso y empieza la punta se le denomina punto de despegue (1,3), diferenciando a la estructura de la punta por ser idealmente 2-3 mm. mas alta que el dorso(1).

Al igual que las demás estructuras nasales, la punta es susceptible de no poseer las relaciones anatómicas ideales y de presentar deformidades propias y bien descritas, lo que ha dado lugar a la creación de diversas técnicas para su corrección.

En este trabajo se propone una técnica quirúrgica para la corrección de las deformidades específicas de la punta nasal que a continuación se describen.

INADECUADA PROYECCION NASAL.

Una nariz con inadecuada proyección es aquella en que la punta no se eleva por arriba del dorso. Puede estar causada por una columela corta, un inadecuado arco de los cartílagos alares o ambos(4). Otra característica importante es la dirección caudal de la punta apesar de tener un ángulo nasolabial abierto. Estas alteraciones pueden presentarse solas o acompañarse de otras deformidades que acentuan la inadecuada proyección, como lo sería un dorso alto.

PUNTA CUADRADA (Box Tip).

La forma cuadrada de la punta nasal es causa de la posición de los cartílagos alares, manifestando la inclinación de la crura lateral y el ángulo de divergencia entre las cruras medias. Un ángulo ampliamente abierto produce una situación lateral de los domos, reflejandose como las esquina de una caja (4). Esta deformidad puede estar acompañada de un punta con adecuada o deficiente proyección. En la vista basal la punta pierde su forma piramidal y se presenta rectangular (5).

DEFORMIDAD EN PARENTESISIS.

La deformidad en paréntesis esta causada por una posición inadecuada de los cartílagos alares. Idealmente en la mayoría de los casos los cartílagos alares corren paralelos al margen de las alas nasales, dándoles sostén a las mismas. Cuando éstos se encuentran desplazados en dirección cefálica producen una

biconvexidad en la parte superior de la punta (4). La forma de paréntesis es una manifestación de los bordes caudales de las cruras laterales. Las alas pueden aparecer deprimidas debido a la falta de sostén de las partes laterales de las alas.

DEFORMIDAD NASAL DEL LABIO Y PALADAR HENDIDO.

Los pacientes con labio y paladar hendido presentan una deformidad nasal cuyas alteraciones comprenden una gran variedad, tanto en la estructura y posición de los alres como en las estructuras adyacentes (septum, maxila y labio). De acuerdo con la descripción de Huffman y Lierle (1949) en la deformidad secundaria a labio hendido se presenta desviación de la punta nasal hacia el lado sano, el domo del lado hendido esta colocado en posición posterior, el ángulo entre la crura medial y lateral en la lado hendido, esta excesivamente amplio, la narina en lado hendido esta mas posterior y la crura medial esta desplazada hacia el lado hendido (7)(8). Una de las causas en la perdida de altura y proyección en el lado hendido es debida a la posición inadecuada de la cura lateral, la que esta rotada en forma cefálica, debido a que la hendidura evita su fijación a el proceso frontal de la maxila (4).

Cuando el defecto es bilateral usualmente las alteraciones son simétricas y se presentan con una columela corta, las curas mediales están desplazadas inferiormente, los domos están lateralizados dando un aspecto de nariz bífida, los angulos entre las cruras mediales y laterales están aplanados (7).

Podemos afirmar que asociadas a las alteraciones del labio y del maxilar, el componente cartilaginoso practicipa determinantemente en producir una nariz en la cual la proyección y la defnición están severamente alterada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todas las alteraciones antes mencionadas, si bien son distintas entre ellas, comparten una anatomía alterada de los cartílagos alares. Existen diversas técnicas para la corrección de dichas deformidades, en especial las de colocación de injertos cartilagosos en la punta nasal (2,3,4). En dichas técnicas se requiere de tomar injertos de cartilago ya sea del septum nasal, de concha auricular, o en última instancia de cartilago costal. Esto produce un aumento en el trauma quirúrgico, así como la presencia de morbilidad en las zona donadoras. Además, se requiere de disecar una bolsa receptora del cartilago en la región nasal lo que aumenta la agresión en los tejidos, produciendo un edema mas prolongado. Otra desventaja de dichas técnicas es que existe la posibilidad de reabsorción del cartilago o el desplazamiento del mismo dentro de la bolsa produciendo una deformidad nasal. De todo lo anterior surge la siguiente pregunta: ¿ La plastía de alares en trébol de 4 hojas corrige las deformidades de definición y proyección nasal?

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es el de evaluar los resultados a corto plazo de la plastía de alares en trebol de 4 hojas para el tratamiento de deformidades nasales bien determinadas, en comparación con las técnicas tradicionales.

HIPOTESIS

La plastía de alares en trebol de 4 hojas corrige las deformidades de la punta nasal, causadas por alteraciones en la forma y colocación de los cartílagos alares.

MATERIAL Y METODOS

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes de 15 a 40 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de: proyección nasal inadecuada, punta cuadrada, deformidad en paréntesis, y secuelas de labio hendido. Intervenido entre marzo de 1996 y febrero 1997.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Pacientes con cirugía nasal previa.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes sin seguimiento mínimo de 12 meses. Pacientes con traumatismo nasal en el periodo de seguimiento postquirúrgico. Pacientes que fallecieron. Pacientes con expediente clínico extraviado.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Deformidades de la punta nasal: Inadecuada proyección nasal, punta cuadrada, deformidad en paréntesis, deformidad nasal del labio y paladar hendido. Todas estas variables están definidas en la Introducción.

Son nominales, discretas y finitas.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Plastia de alares en trebol de 4 hojas.

Plastia con injerto tipo Sheen.

Plastia con injerto tipo Peck.

Son Nominales, discretas y finitas.

DEFINICION DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES:

Plastia de punta nasal tipo Sheen (9):

Se realiza una insición marginal que inicia a nivel del apex de la narina o en la unión lóbulo-columnela. Se extiende la insición anterolateralmente. Dos consideraciones deben tomarse en cuenta: Preservar el triángulo blando, y preservar suficiente "hombro" para permitir un cierre sin tensión y no deformante de la bolsa. El tamaño de la insición es solo lo suficientemente grande para permitir la disección de la punta nasal y la introducción del injerto. La bolsa se disecciona en lo profundo del plano subdérmico. El injerto cartilaginoso obtenido de concha auricular o septum nasal se talla de manera similar a la forma del corte sagital de un molar (fig.1), ajustando el tamaño de acuerdo a la punta nasal de individuo. El injerto cartilaginoso se introduce en la bolsa y se coloca a 30-35° de

inclinación cefálica, con su porción caudal a nivel de la unión lóbulo-columnela.
Se cierra la incisión con material absorbible 0000 ceros, puntos simples.



Figura 1

Plastia de punta nasal tipo Peck (10):

Se realiza incisión marginal en la piel vestibular, varios milímetros laterales a la marca horizontal de la piel. A través de esta incisión se pasa una tijera de punta curva y de manera perfectamente horizontal se disecciona una bolsa, solo lo suficientemente grande para albergar al injerto. El injerto se obtiene de cartilago de concha auricular preferentemente y se talla con unas dimensiones de 4 x 9mm aproximadamente. El injerto se introduce con la porción convexa hacia la piel y exactamente sobre los domos de los alares (fig.2). Este puede ser hecho en una 2 o 3 capas de cartilago dependiendo el paciente. Una vez colocado el injerto se cierra con material absorbible 4 ceros, con puntos simples.



Figura 2

Plastia de alares en trebol de 4 hojas:

Consiste en una plastia de cartilagos alares. Mediante una insicion marginal bilateral, se disecan ambos cartilagos alares y se exponen a través de la misma narina (fig.3).



ESTO TESIS NO DEBE ^{Figura 3}
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se divide la porción cefálica de la porción caudal de cada cartilago sin researse, semejando un trébol de 4 hojas (fig. 4).

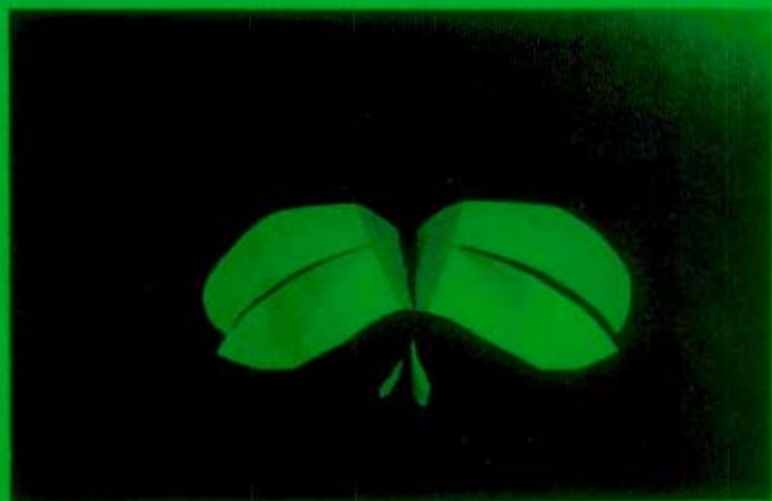


Figura 4

Se plican las cruras medias, y se refuerza la plicatura con las porciones cefálicas de los cartílagos alares, rodeandola a manera de cinturón (fig.5).



Figura 5

fijandose con sutura inabsorbible 5 ceros (fig.6). Se procede a cerrar la insición de abordaje con material absorbible 4 ceros, puntos simples.



Figura 6

METODO:

Se obtendrá el estudio fotográfico pre y postoperatorio de los pacientes incluidos en el estudio. Se realizará una evaluación entre dichos resultados y se compararán la técnica tipo Peck y la tipo Sheen (estandar de oro) con la técnica de plastía de alares en trebol de 4 hojas. En aquellos casos en que no se cuente con fotografías postoperatorias o que éstas no hayan sido tomadas con un mínimo de 12 meses postoperatoriamente, se citará al paciente y se le realizará estudio fotográfico nuevo.

Se analizará gráficamente el resultado, evaluando la definición y la proyección de la punta nasal (ver introducción).

RECURSOS MATERIALES

Computadora con procesador de textos y scanner.

Cámara fotográfica 35mm.

Rollos de diapositivas asa 100.

Expedientes clínicos.

RECURSOS HUMANOS

Investigador.

Asesor de tesis

RESULTADOS

En el presente trabajo se estudiaron 25 pacientes que se les había realizado plastía de alares en trebol de 4 hojas que cumplían con los criterios ya expuestos, 15 mujeres (60%) y 10 hombres (40%), los cuales se encontraban entre los 20 y 30 años de edad, con promedio de 22.8 años. Todos los pacientes habían sido intervenidos entre marzo de 1995 y marzo de 1996, con un seguimiento que varió de los 12 a los 18 meses. Se revisó el estudio fotográfico preoperatorio y el postoperatorio, así como la apreciación por el paciente mismo. De los 25 pacientes, 9 (36%) presentaban proyección nasal inadecuada, 7 (28%) presentaban punta cuadrada, 6 (24%) presentaban deformidad en paréntesis y finalmente 3 (12%) presentaban secuelas de pabio hendido.

De manera objetiva todos los pacientes demostraron un buen resultado, corrigiéndose su deformidad. En todos los casos la proyección nasal y la definición mejoró de manera notable.

DISCUSION

La punta nasal desempeña un papel primordial en la estética facial. Consideramos que ésta técnica es útil para la corrección de los defectos de la punta nasal causados por alteraciones en la disposición y tamaño de los cartílagos alares. Cuenta con el gran beneficio de utilizar material autólogo y que se encuentra en el mismo sitio del area quirúrgica. Esta técnica utiliza el mismo cartílago para reforzar la plicatura realizada a los alares **manteniendo de una manera segura la ganancia en proyección.** Con el volumen obtenido en la zona de la plicatura e inmediatamente inferior a los domos, **se acentúa el ángulo de rotación de la punta mejorando su definición.** Además, al no utilizar el cartílago septal o de concha auricular, permite que éstos últimos sean usados en otras zonas nasales en caso de ser necesario (ej. dorso o radix). A diferencia de las técnicas en las que se usan injertos cartilagosos para la punta nasal en esta técnica no es necesario el disecar una bolsa receptora para los mismos, lo cual limita el traumatismo nasal, y lo que es importante, no se corre el riesgo de que se desplacen.

Una limitante para esta técnica es cuando se realiza una rinoplastía secundaria, debido a que es casi seguro que los cartílagos alares ya han sido manipulados y se encontrarán incompletos, por otra parte si se interviene un paciente con secuelas de labio hendido es de esperarse que el cartílago alar del lado afectado sea hipoplásico, por lo que solo se podrá utilizar el cartílago del lado sano. Debemos recalcar que en estos pacientes asi como aquellos con nariz mestiza esta técnica es útil, pero por las grandes deformidades que estas dos últimas patologías presentan, deberá acompañarse de otros procedimientos

CONCLUSIONES

Con este trabajo podemos afirmar que se cuenta con un técnica efectiva para la corrección de deformidades de punta nasal. Consideramos que **este método goza de utilidad clínica**, y que aporta una ayuda para el cirujano enfrentando los problemas de las alteraciones de esta particular zona nasal. **Es una técnica sencilla y con resultados palpables.**

CASOS CLINICOS REPRESENTATIVOS



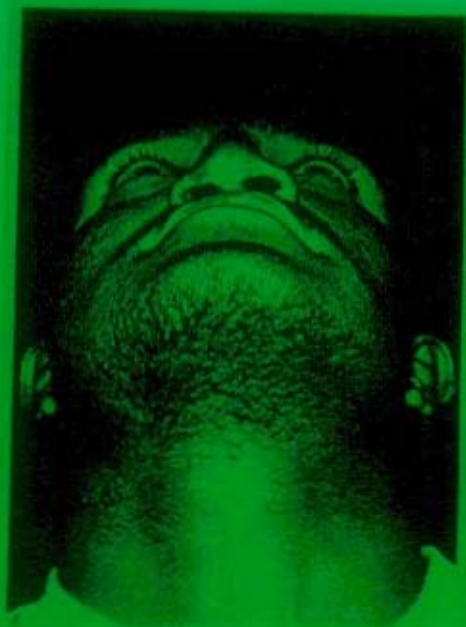














BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Sheen J.H., Aesthetics. in Sheen J.H., Aesthetic Rhinoplasty, Vol 1, 2th Edition, 1987, The C.V. Mosby Company, St. Louis.
- 2.- Daniel R.K., Farkas L.G., Rhinoplasty: Image and Reality. in Peck C.G. editor. Clinics in Plastic Surgery. Vol 15, no 1, Jan 1998. Saunders, Philadelphia.
- 3.- McCarthy J.G. Wood-Smith D. Rhinoplasty, in McCarthy editor Plastic Surgery. cap 35, vol 3, 1990. Saunders, Philadelphia.
- 4.- Sheen J.H. , Special Problems, in Sheen J.H. Aesthetic Rhinoplasty, vol 2, 2th Edition, 1987, The C.V. Mosby Company, St. Louis.
- 5.- Baker T.J. Correction of the Boxy Nasal Tip. in Rees T.D. Editor, Rhinoplasty. Problems and controversy. cap 7, 1988, Mosby, St. Louis.
- 6.- Garramone R.R., Sullivan P.K., Devaney K., Bulbous Nasal Tip: An Anatomical and Histological Evaluation. Ann Plast Surg 1995;34:288-291.
- 7.- Jackson I.T., Fasching M.C., Secondary Deformities Of Clef Lip, Nose, and Cleft Palate, in McCarthy J.G. editor Plastic Surgery. cap 56, vol 4, 1990. Saunders, St. Louis.
- 8.- Ortiz-Monasterio F. Rhinoplasty in the Cleft-Lip Patient. in Ortiz-Monasterio F. Rhinoplasty. cap 13. 1994. Saunders. Philadelphia.

- 9.- Sheen J.H. Adjuntive Tecniques. in Sheen J.H. Aesthetic Rhinoplasty. vol 1, 2th Edition,1987. The C.V. Moshby Company, St. Louis.
- 10.- Peck G.C. Secondary Rhinoplasty. in Peck G.C de. Rhinoplasty. Clinics in Plastic Surgery. vol 15,no 1, January 1988. W.B. Saunders Company. Philadelphia.