



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**INJERTO EN RAQUETA PARA DEFINICION Y PROYECCION
DEL APEX NASAL**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DRA. DAFNE SERRANO OSENSTETTER

ASESOR:

DR. RAMON CUENCA GUERRA



MÉXICO DF, FEBRERO DE 2006



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.

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
PROBLEMA	9
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
TECNICA QUIRÚRGICA.....	14
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	19
CASOS CLÍNICOS.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21

RESUMEN

Objetivo: En este estudio se describirá el modelado y colocación de un injerto de cartilago en raqueta obtenido preferentemente del septum nasal, distinto a los descritos anteriormente, que por sus características creemos que brinda mayor estabilidad y posición a la punta nasal poco definida y con infraproyección.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

Material y Métodos: Se estudiaron a todos los pacientes sometidos a rinoplastia por presentar infraproyección y falta de definición de la punta nasal en un periodo de 10 años (1993-2005) analizando las variables: edad, sexo, antecedente de rinoplastia previa, características raciales, y evolución a 6 meses de postoperatorio .

Resultados: Se operaron 150 pacientes adultos con edades entre 18 y 56 años; de los cuales 53% (N=80) correspondieron al sexo femenino. De estos pacientes 60% (N=90) fueron sometidos a rinoplastia previa; 70 % (N=105) de los pacientes fueron incluidos en el grupo de pacientes con " nariz mestiza" ; el 30% (N=45) restante presentaron cartilagos nasales fuertes y piel nasal delgada. Hubo buenos resultados a los 6 meses de postoperatorio en el 98% de los casos.

Conclusión: El uso del injerto en raqueta a nivel del apex nasal ha demostrado ser óptimo y con resultados satisfactorios a corto y a largo plazo, siendo una

alternativa excelente para el tratamiento de la infraproyección, como en la falta de definición resultante de rinoplastias previas, y en la nariz mestiza.

INTRODUCCION:

Antropométricamente el largo de la nariz se mide mediante la distancia entre el nasion y el apex nasal. Sin embargo no existen parámetros exactos para considerar que una nariz sea corta o larga, pues varía de acuerdo a las proporciones faciales de cada persona. La verdadera apreciación de la proyección, la da el conjunto de tres unidades estéticas que son el dorso de la nariz, la punta nasal, y la columnella, donde se trazan puntos, líneas y ángulos que nos van a proporcionar medidas aproximadas según el análisis realizado por diferentes autores tomando en cuenta raza, edad y sexo.

A través de los años, se describieron diversos métodos para la corrección de la falta de proyección y definición de la punta nasal mediante el uso de injertos de cartilago o hueso, autólogos u homólogos, además de otros materiales, cuyo modelado y colocación dependía de las características propias de cada paciente, de la disponibilidad del material elegido y del gusto personal de cada cirujano.(4,6,7)

En la búsqueda del elemento ideal para conseguir este objetivo se fueron descartando distintos implantes alogénicos usados históricamente, como metales pesados o plásticos de diversa calidad, que después de una época de apogeo se comprobó que tanto en su forma

líquida o compacta producían cambios histológicos en los tejidos con presencia de microlesiones que aún mucho tiempo después de su colocación puede determinar exposición del mismo (Gubisch 1992)

Goldman (1957) describió su técnica para la corrección de la proyección

nasal, mediante la sección de la crura media de la lateral a nivel de los domos y reposicionamiento de los mismos mediante sutura interdomal.(8)

Posteriormente sin embargo, ésta técnica fue relegada a situaciones específicas como la nariz negroide o en cajetilla ,ya que la sección completa del rim nasal ,implica pérdida de la estructura nasal profunda (Peck 1986). Sheen (1975) describió el injerto en forma de escudo o de "molar" colocado Por delante de los domos en rinoplastias secundarias , obtenido de cartilago septal , vómer ,ó lámina perpendicular del etmoides, con un grado de angulación de 35 grados para lograr un buen contorno del lóbulo nasal. (4,6,7) McLure (1980) reporta que el injerto de cartilago en la punta nasal, tiende a sufrir reabsorción , especialmente si se encuentra morcializado, con riesgo de cambiar de posición si no se sutura a otras estructuras. Por lo que considera que el reposicionamiento de los cartilagos , manteniendo el pericondrio y la vascularización intacta, minimiza considerablemente estos riesgos (8).Peck (1983) modifico el diseño original de Sheen, describiendo un injerto de forma cuadrangular colocado por encima de los domos. Gruber en 1999 reporta que para lograr la definición del punto más alto del apex (borde cefálico de los domos) utiliza un injerto " anatómico" formado por una conjunción del injerto en escudo de Sheen (4,6) y el cuadrangular de Peck, cuya característica es la de seguir la angulación natural entre el borde caudal de los domos y las cruras medias.

Es de aceptación general que el injerto de cartilago en el apex nasal, constituye El método más efectivo para la definición de la punta e incremento de la proyección. (Sheen and Sheen) .

En este estudio se describirá la colocación de un injerto de cartilago obtenido preferentemente del septum nasal, distinto a los descritos anteriormente que por sus características creemos que brinda mayor estabilidad y posición a la punta nasal poco definida y con infraproyección.

PROBLEMA

En la mayoría de los casos en rinoplastias secundarias se usan los injertos de Cartilago en la punta nasal para resolver complicaciones, como acortamiento excesivo del septum caudal y formación de "supratip", que da el aspecto clásico de nariz " amputada".

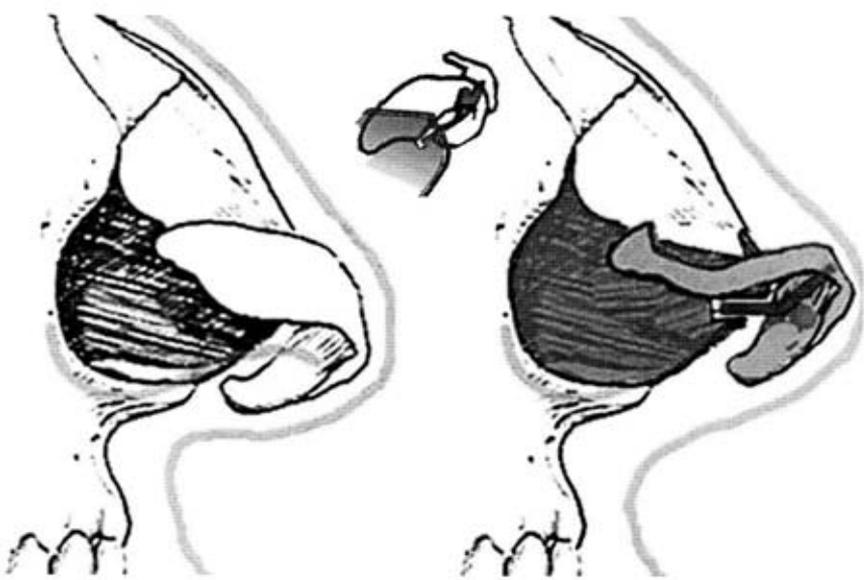
En otros casos se utiliza en la falta de proyección y definición que se presenta en forma primaria en pacientes por sus características raciales, tales como el grosor de la piel , cartilagos alares débiles y/o pequeños propios de la nariz mestiza. Estas características étnicas impiden lograr los mismos resultados con las técnicas diseñadas para narices caucásicas en donde la colocación de injertos -sin soporte -determina aumento de la proyección y definición ; por el contrario en nuestro medio este tipo de injerto provoca efecto de "caída" por presencia de mayor peso a nivel del apex nasal ,contrario a lo descrito por Sheen (7).Por estos motivos, se diseñó un injerto cartilaginoso en forma de Raqueta, que consta de un mango que se continúa con una parte mas ancha y superior con la característica importante de ser colocado por detrás de los domos y de encontrarse anclado en una escotadura del borde caudal del septum. De esta manera se logra "sostener" el peso de la punta alcanzando la proyección y definición deseadas. (Fig.1,2).

El cartilago adecuado para este tipo de diseño se obtiene del septum nasal a manera de injerto autólogo ó también de cartilago costal de donador vivo conservado en timerosal (*) que al ser fibrocartilagos tienen mayor resistencia, siendo adecuados para nuestro objetivo.

Fig.1



Fig.2



OBJETIVO

1. Demostrar que con la aplicación del injerto en raqueta en la punta nasal podemos dar proyección y definición del ápex logrando una apariencia natural tanto en rinoplastias primarias como secundarias.
2. Evaluar los resultados de la técnica de rinoplastia empleada a largo plazo y la incidencia de complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

El injerto de cartilago en raqueta fue usado en 150 pacientes en un periodo de Tiempo comprendido entre 1993 a 2005, con un rango de edad de 18 a 56 años, de los cuales 53% (80 pacientes) son de sexo femenino Y 47% (70 pacientes) del sexo masculino. Fig. 3.

Del total de los pacientes 60% (90 pacientes) de los casos corresponden a rinoplastia secundaria con resultados previos insatisfactorios (acortamiento nasal, formación de "supratip").y 40% (60 pacientes) con rinoplastia primaria. Fig. 4

El 70% (105 pacientes) presentaron las siguientes características: piel nasal gruesa, cartilagos alares débiles, columella corta ,ó angulo nasolabial agudo. Fig 5

Fig .3

Distribución según sexo

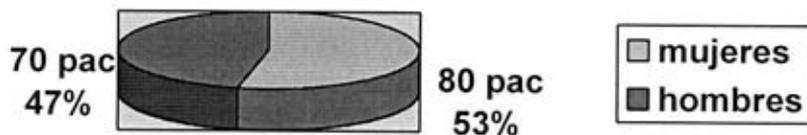


Fig. 4.

Rinoplastía Primaria vs Secundaria

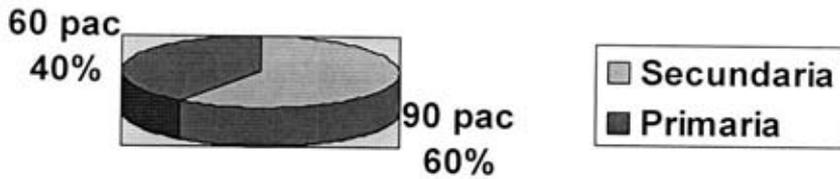
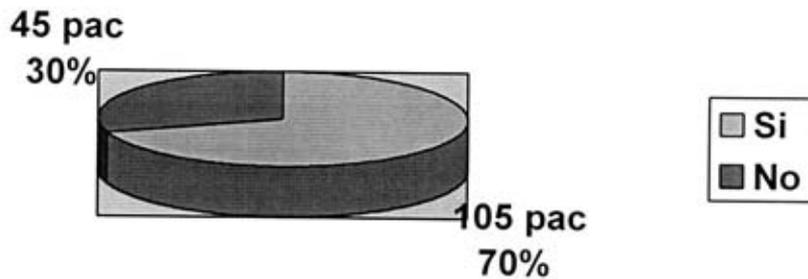


Fig. 5.

Nariz mestiza

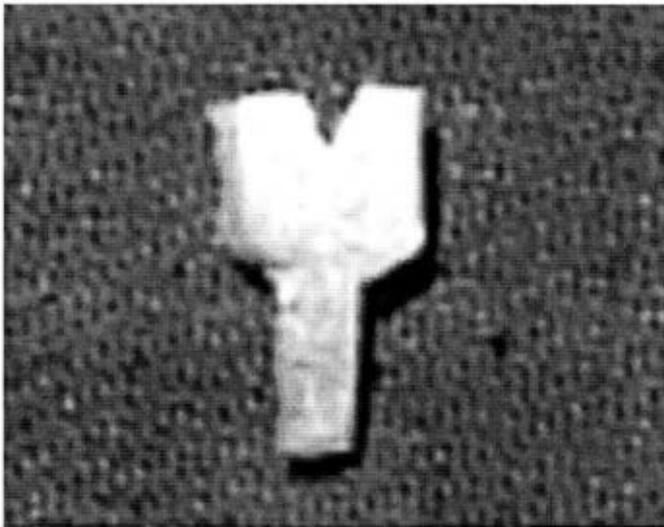


TECNICA QUIRURGICA

Con anestesia general o local se expone las estructuras nasales por incisión intercartilaginosa , se continua la incisión a través del septum membranoso para lograr la transficción completa siendo importante localizar previamente los puntos de mayor proyección sobre el apex que deben coincidir con los puntos luminosos para la colocación posterior del injerto.

El injerto se talla en cartilago septal o costilla, basado en el diseño original de Sheen en su porción superior con una medida en su eje transversal de 5 a 7 mm y en el eje longitudinal de 10 a 15 mm pudiendo existir variaciones en el tamaño de acuerdo al tipo de nariz (Fig. 6) .

Fig.6



Para su aplicación se utiliza la vía transfectiva, realizando una incisión de 1.5x 2 mm aproximadamente en el borde caudal del septum casi en el punto donde se une con el borde dorsal con una angulación de 120° a 150° , (Fig.7) dependiendo de la proyección deseada.

Finalmente se coloca el injerto de cartilago introduciendo su porción superior por detrás de los domos fijando el extremo inferior en la incisión previamente realizada en el septum caudal., con uno o dos puntos de maxon 6/00 (Fig. 8). Para evitar la exposición del cartilago se deben colocar puntos de afrontamiento de la mucosa nasal. No consideramos necesaria la colocación de tapones. El vendaje es a gusto del cirujano.

Fig.7

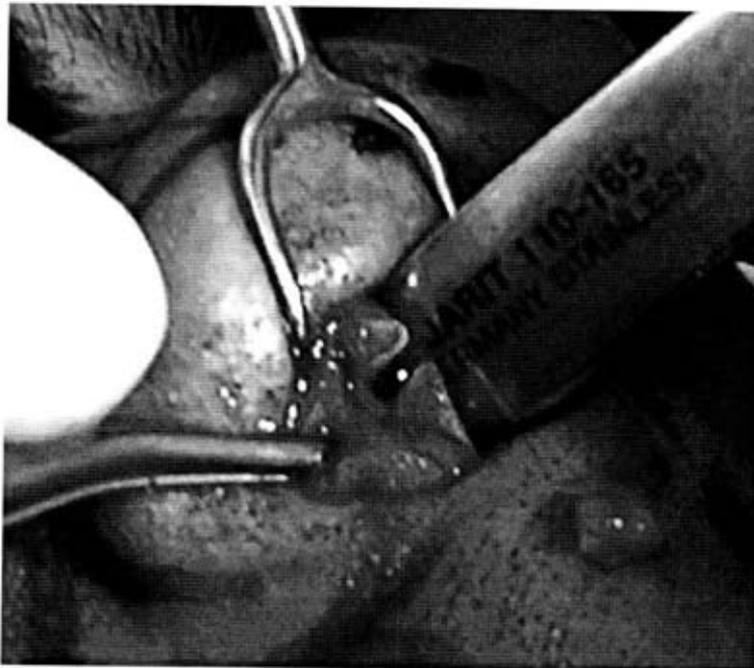


Fig.8



RESULTADOS:

La proyección de la punta nasal se logró satisfactoriamente en todos los pacientes. No se detectaron infecciones postoperatorias ni exposición del injerto en ninguno de los Casos. La sobrevida del cartilago injertado a 10 años de su colocación en nuestros primeros pacientes , ha sido óptima no encontrándose datos de reabsorción. En 4 pacientes, 3 de los cuales de rinoplastia secundaria y 1 con rinoplastia primaria se requirieron ajustes por movilización mínima del injerto, todos con historia de algún traumatismo sobre la nariz posterior a la rinoplastia. Estos procedimientos se llevaron a cabo en forma ambulatoria bajo anestesia local, o con anestesia general de acuerdo a las necesidades del cirujano y del paciente.

DISCUSION

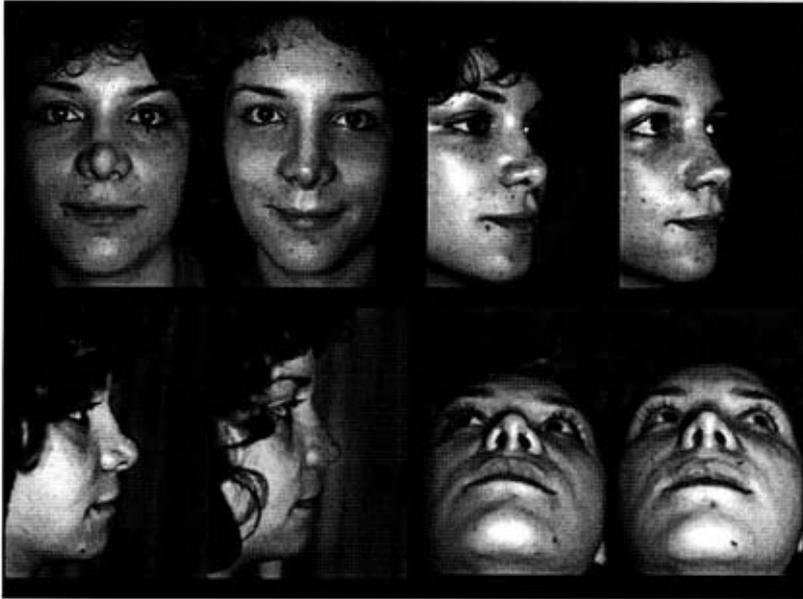
El uso de injertos a nivel del apex nasal ha sido controversial desde sus inicios, A pesar de los excelentes resultados que se han ido demostrando con las Diferentes técnicas quirúrgicas descritas. Esto porque se asocia a complicaciones tales como mala posición, asimetrías resultantes, sobreproyección ,y quizá la más importante visibilidad del injerto a travez de la piel (García Velazco).Tomando en cuenta estos aspectos, encontramos que es posible evitar dichas situaciones :

- Primero: al colocar el injerto por detrás de los domos ,logramos Proyectar la estructura cartilaginosa y los tejidos blandos al mismo tiempo , de tal forma que el grosor del colgajo impide la visibilidad del mismo ,evitando la apariencia artificial. .
- Segundo:Al encontrarse fijo en el septum caudal por su porción inferior y anclado en los domos por su porción superior se minimiza el riesgo de movimiento del injerto y por consecuencia de asimetrías posteriores.
- Tercero: En las narices mestizas además de corregir la infraproyección se puede lograr definición, pues la debilidad característica de los cartilagos alares les permite adecuarse a la forma del injerto , con la suficiente tensión para no producir exposición ni resorción, pero capaz de alzar el peso de la punta dado por el espesor de los tejidos.

CONCLUSION

Por lo tanto concluimos que si bien la forma del injerto descrito es una modificación del diseño original de Sheen , la diferencia radica en el sitio de colocación, que al encontrarse entre dos estructuras cartilaginosas (septum caudal y domos) acompaña a la dinámica nasal ,evitando la apariencia estática y poco natural que se puede alcanzar al tratar de definir y corregir la proyección de la punta nasal.

CASOS CLINICOS



BIBLIOGRAFIA

1. Alces.E, Corney.M. "Use of ear cartilage grafts for nasal tip reconstruction".*Plastic and Reconstructive surgery*. 50:147 -151,1972
2. Papadopulos.A, Harada.C,Papadopulos .A. "Biomechanics and classification of the Cartilaginous Structures to Project the nasal Tip".*Aesthetic Plastic Surgery* .24 :106-113, 2000
3. Lee.K, Kwon.Y, Park.J. " Nasal Tip Plasta Using Various Techniques in Rhinoplasty". *Aesthetic Plastic Surgery*.26:445-455, 2004
4. Sheen.J. " Secondary Rhinoplasty".*Plastic and Reconstructive Surgery*.56:137-145,1975.
5. Orak.F, Yücel.A, Aydın.Y. " A New Extrasupported Tip Graft in the Treatment of Bulbous Nasal Tip". *Aesthetic Plastic Surgery* 22:259-266,1998
6. Sheen.J. " Achieving More Nasal Tip Projectin By The Use of a Small Autogenous Comer or Septal Cartilage Graft"
Plastic and Reconstructive Surgery.56:35-40,1975
7. Sheen. J-H. M.D. "Tip Graft : A 20 Year Retrospective"
Plastic and Reconstructive Surgery. 91: 48-63,1993
8. T.MacLure, MD. " A Modified Goldman Nasal Tip Procedure for the Drooping Nasal Tip". *Plastic and Reconstructive Surgery*. 87: 254-260:1991