

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

"USO DE INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR EN FORMA DE H PARA
PROYECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LA PUNTA NASAL"

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

AUTOR:

DRA. IRIS EUGENIA SEGURA MARTINEZ

ASESOR:

DR. JAVIER RIVAS JIMENEZ

MÉXICO DF, FEBRERO DE 2006



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.

DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

DR. JAVIER RIVAS JIMENEZ
ASESOR DE TESIS

DRA. IRIS EUGENIA SEGURA MARTINEZ
AUTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

... Gracias a Dios por haberme permitido todo lo que he vivido hasta este momento...

... Pá gracias por tu apoyo, me has hecho entender lo que es correcto ...

....A VECES TIENES LA RAZÓN!!!

... Má aunque ya no estás...gracias por haberme enseñado a vivir con fortaleza y honestidad...

... Mely y Jenny gracias por su apoyo...y por las carcajadas que me han hecho feliz hasta el los días más difíciles...

... Edgar...hermano necio y noble!!...pero el único que tengo.....

... Mamá Lú gracias por tu apoyo y cariño...

... Al Dr.Cuenca por haberme permitido tener un lugar en este mundo de la Cirugía Plástica, que a partir de ahora será mi modo de vida.....

... Mis maestros de antes: Dr.Fernández del Valle, Dr.Fernández Rivera, Dr. Velasco, Dr.Torres, Dr.Cruz, Dr. Márquez, gracias por haberme enseñado Cirugía y...a ser Cirujana.

... Mis maestros de ahora: Dr. Rivas, Dr. Duarte, Dra. Herrán, Dr. Lugo, Dr. Crespo y Dr.Shturman por exigirme y... haber compartido conmigo sus conocimientos.

...Marisol y Laura gracias por estar conmigo siempre que he necesitado un consejo y hablar...

...Héctor Cruz... hampón!!...gracias por ser mi mejor amigo...

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIONES	18
FIGURAS	19
CASOS CLINICOS	29
BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN

Objetivo: Comprobar que un injerto de cartílago auricular en forma de H fijo a septum proporciona proyección y definición de la punta nasal en rinoplastia primaria y secundaria.

Sede: Hospital de tercer nivel en la Ciudad de México

Diseño: Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo

Material y métodos: Se estudiaron 10 pacientes pertenecientes a la Clínica de Cirugía Craneofacial (2003- 2005) con déficit estético por falta de proyección y/o definición de la punta nasal, se realizó rinoplastia empleando un injerto cartilaginoso de concha auricular en forma de H apoyado en el ángulo septal. Se analizaron las variables: déficit estético, antecedentes de rinoplastía previa y, datos postoperatorios a 6 meses.

Resultados: Se operaron 10 pacientes (7 mujeres,3 hombres) con rangos de edad de 20 a 40 años. Siete rinoplastías primarias (70%), 3 rinoplastias secundarias (30%), en todos los pacientes se usó el injerto en forma de H. Los resultados estéticos a 6 meses fueron satisfactorios.

Conclusión: A 6 meses de postoperatorio, los resultados estéticos son satisfactorios, se recomienda seguimiento a mayor plazo de los pacientes.

Palabras clave: rinoplastía, punta nasal, cartílago auricular, injerto en forma de H

ABSTRACT

Objective: To prove using a conchae cartilage graft in H, placed in septal angle provides projection and definition of nasal tip in primary and secondary rhinoplasty.

Setting: Third level health care hospital

Design: Prospective, observational and descriptive study

Material and Methods: We studied 10 cases operated (2003-2005) without projection neither definition of nasal tip. A rhinoplasty was made and added a conchae graft in H situated on septal angle. We analyzed : age, estetic deficiency, rhinoplasty history, postsurgery data after 6 months.

Results: 10 patients were operated (7 female,3 male) with average of age between 20 and 40 years. Seven primary rhinoplasty (70%), 3 secondary rhinoplasty (30%), in all cases the H conchae graft was used. The estetic results alter 6 months were good.

Conclusion: Our cases present good results over 6 months alter surgery, we recommend long term follow up of patients.

Key words: rhinoplasty, nasal tip, conchae cartilage

INTRODUCCIÓN

La proyección y definición de la punta nasal ha ganado reconocimiento como una característica visual que tiene el mayor impacto en los resultados de la rinoplastia estética.

Las contribuciones de la Cirugía Plástica Mexicana a la rinoplastia cosmética han tenido gran trascendencia a nivel mundial. En los artículos nacionales publicados desde 1936 por los doctores González Ulloa, Torres Estrada y Hernández Ramírez se describieron las deformidades nasales adquiridas y congénitas y las técnicas para su corrección, además hicieron análisis sobre la armonía y estética facial.(14)

Posteriormente en los años 60 y 70, González Ulloa creó la perfiloplastia e implantó acrílico en la nariz, mientras que Guerrero-Santos describió una técnica para corregir el ángulo nasolabial agudo. Ortiz-Monasterio propuso la solución para la corrección de la nariz mestiza. (15, 16)

En los años 80, los doctores García Velasco, Papadópulos, Cuenca Guerra y Ortíz Osoy, iniciaron con el uso de injertos de diferentes formas para dar definición y proyección al ápex nasal. (14, 15)

Al iniciar la última década del siglo, Ojeda describió su colgajo dorsal de septum y su injerto en resorte para proyección del ápex nasal; el doctor Cuenca Guerra describió los colgajos de cartílagos alares para proyectar la punta nasal, de la

misma forma, García Velasco describió también un colgajo de cartílagos alares para el mismo fin. (16)

El injerto de punta nasal con cartílago se emplea desde inicios del siglo pasado en diversas técnicas para incrementar la proyección y contorno de la punta nasal durante la rinoplastía tanto en cirugía reconstructiva como estética, datos que muestran las descripciones de Goldman en 1930, y Millard en 1950. (2,1)

Una gran variedad de injertos para punta nasal se han desarrollado hasta la actualidad para dar mayor proyección a la punta nasal.

En el resto del mundo, los principales tipo de injertos han sido atribuidos a la influencia de cirujanos como Sheen (1975), Ortiz Monasterio (1974 y 1977), y Peck (1976).

La necesidad del empleo de injertos para mejorar la proyección y definición queda definido en el estudio realizado por Ira y cols. en el el Hospital John Hopkins en donde se operaron 450 pacientes de rinoplastía de los cuales 309 pacientes requirieron injerto de cartílago. Los tipos de injerto que se usaron con mayor frecuencia fue el poste en columnela en 114 pacientes, y múltiples injertos en 85 pacientes. En este estudio se concluyó que además de la necesidad de proyección de la punta nasal también se debe tomar en cuenta en la planeación factores tales como las características de la piel, el soporte de la punta y la armonía con el resto de estructuras faciales. Además se observó que sólo hubo pequeñas diferencias en cuanto al tipo de cirugía abierta o cerrada, y que aún los pacientes con múltiples cirugías presentaron resultados aceptables. (2)

En otro estudio, realizado por Peck y cols. en San Francisco California se llevó a cabo una revisión de 18 años de experiencia con el uso de injerto de cartílago en

punta nasal en 1300 pacientes, se concluyó que la falta de proyección de la punta nasal es un problema muy común en la rinoplastía tanto primaria como secundaria pues la mayoría de los pacientes en este estudio tenían rinoplastías previas con resultados estéticos no aceptables. En otro estudio realizado por Adham et al, en Oklahoma se evaluaron varias técnicas para injerto de punta nasal y sus modificaciones. El autor de este estudio mencionó el uso previo de injertos para la punta nasal en todos los casos; sin embargo menciona que es más frecuente el uso de injertos de la punta nasal para refinamiento que para proyección.

También se consideró en este estudio que un injerto grande tiene problemas inherentes a la reabsorción y deformidad. (4,6)

Aplicar injertos de cartílago se considera sólo un paso de la rinoplastía, sin embargo ha sido comentado por varios autores que el fracaso en éste procedimiento compromete el resultado de manera dramática. (6)

JUSTIFICACIÓN

La amplia variedad de presentaciones del déficit estético en pacientes sometidos a rinoplastia tanto primaria como secundaria ha condicionado el desarrollo de múltiples técnicas quirúrgicas. (1,2)

En la literatura se encuentran técnicas quirúrgicas de diversos tipos para el embellecer la punta nasal mediante una adecuada proyección y definición de la punta nasal, aplicado a rinoplastías primarias como secundarias, las cuales se utilizan según la necesidad en cada caso. (5) De la misma forma se requiere efectuar un seguimiento a corto, mediano y largo plazo para poder valorar su resultado estético.

En el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, se practican diversos métodos para lograr proyección y definición de la punta nasal dirigido a embellecer la nariz de tipo mestizo, que encontramos en la mayoría de la población en América Latina, con piel gruesa y cartílagos débiles. Ante esta premisa consideramos que la opción que aquí se presenta, puede ser empleada con buenos resultados. Aunque se han descrito diversas técnicas que emplean el cartílago septal para este fin, este estudio ofrece un procedimiento sencillo y fácil de reproducir cuando no se puede utilizar cartílago del septum. En casos seleccionados se emplea cartílago auricular que debido a sus características, se asemeja más a los cartílagos de la punta nasal.

OBJETIVOS

1. Comprobar que el injerto de cartílago auricular en forma de H fijo a septum proporciona proyección y mejora la definición de la punta nasal en casos de rinoplastia primaria y secundaria
2. Diseñar y describir la fabricación del injerto de cartílago en H
3. Describir la técnica quirúrgica para la colocación y fijación del injerto de cartílago auricular en H
4. Reportar y evaluar los resultados postquirúrgicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, prospectiva, descriptiva y longitudinal de Abril de 2003 a Diciembre de 2005, se operaron 10 casos en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" pertenecientes a la Clínica de Cirugía Craneofacial. Se incluyeron los pacientes derechohabientes mayores de 15 años que solicitaron mejoría de la estética nasal, de sexo indistinto y que, además presentaban déficit en la proyección y/o definición de la punta nasal y que aceptaron incluirse en el estudio. De los diez pacientes 7 fueron mujeres y 3 hombres con rangos de edad entre 20 y 40 años. Siete rinoplastias primarias (70%), 3 rinoplastias secundarias (30%). Se incluyó una paciente con patología craneofacial con malformación osteocartilaginosa nasal con fisura facial 0-14.

No se incluyeron pacientes con malformación auricular bilateral, ni pacientes en quienes se contraindicó la toma de injerto de cartílago auricular por cualquier causa, así como pacientes que no aceptaron ingresar al estudio. Se eliminaron los pacientes en quienes el tamaño de la concha no permitió la toma de concha suficiente para la fabricación del injerto de cartílago en H y pacientes en quienes durante el transoperatorio se decidió cambiar la técnica quirúrgica por cualquier motivo.

Se operaron a los pacientes que reunieron los criterios de inclusión analizando las variables: déficit estético, antecedentes de rinoplastía previa y datos postoperatorios a 6 meses.

Debido a que la apreciación del resultado de una cirugía estética es subjetivo, el análisis empleado se realizó con la apreciación del cirujano y el paciente conforme a la hoja de recolección de datos. A los pacientes que reunieron los criterios de inclusión se les realizó una rinoplastia, todos los procedimientos fueron cerrados. A la técnica empleada, se agregó la toma de un segmento de cartílago de concha auricular de 8 x 8-12 mm (dependiendo de la longitud necesaria en cada caso), el cual se dividió en dos láminas de 4 mm de ancho, se fijaron una contra otra formando una H con concavidad exterior con un punto de sutura de nylon 4/0 dejando 4mm de un lado y 4 a 8 del otro (según la longitud necesaria). La cara posterior auricular se cerró con un surgete continuo de nylon 4/0, el cual se retiró a los 8 días postquirúrgicos. El injerto se colocó con el lado corto de la H apoyado en septum a nivel del ángulo con una lámina de cada lado del mismo y se fijó con un punto en U de nylon 4/0; el lado largo de la H se dirigió hacia los puntos luminosos (una punta de cada lado) previamente marcados quedando fijos a través de la piel con un punto de nylon 6/0 el cual en todos los casos se retiró 10 días después de la cirugía. El manejo después de la cirugía incluyó vendaje con micropore y férula plástica. También se incluyó vigilancia postquirúrgica: exploración física en las primeras cuatro consultas y, a partir de la cuarta semana la aplicación de una encuesta acerca de los resultados de su cirugía cada mes durante los siguientes 6 meses.

RESULTADOS

En el tiempo comprendido de abril de 2003 a Diciembre de 2005 se operaron 10 pacientes con déficit estético por falta de proyección y definición de la punta nasal en los que se utilizó el injerto en forma de H tomado de concha auricular, de los cuales 7 fueron mujeres (70%) y 3 fueron hombres (30%). Figura 1. El rango de edad fue de 20 a 40 años, con un promedio de edad de 30 años. Se realizaron 7 rinoplastías primarias y 3 rinoplastías secundarias. Figura 2. De las rinoplastías secundarias, dos pacientes acudieron a consulta en su quinto y noveno mes postquirúrgico respectivamente, posterior a un procedimiento convencional de rinoplastía, refiriendo deseo de mayor proyección, incluyendo en este rubro a la paciente con malformación nasal por fisura 14 la cual ya había sido sometida a una rinoplastía, la tercer paciente acudió con secuelas de dos procedimientos previos de rinoplastía (no operada en nuestro servicio) , contando con muy pobre proyección y definición de la punta nasal, además de piel muy gruesa. En todos los pacientes se utilizó el injerto en H como ha sido descrito previamente, únicamente en un caso se utilizó el segmento de injerto tomado con una variación de 2 milímetros menos de lo convencional.

Los resultados se reportaron en dos rubros: los parámetros del cirujano y los parámetros reportados por el paciente. Con respecto a los parámetros evaluados por el cirujano a los 6 meses de seguimiento en 7 casos se encontró adecuada proyección, en 2 casos se observó más proyección de la deseada y en un caso menor proyección de la deseada. Figura 3

Con respecto a la definición lograda fué buena en nueve casos, regular en un caso y no hubo casos de definición insuficiente. Figura 4

El resultado estético reportado por el cirujano fué bueno en 9 pacientes y regular en un paciente la cual no presentó máxima definición por su malformación osteocartilaginosa derivada de su padecimiento de base, la fisura 0-14, en el postoperatorio este déficit solo se manifestó como retracción alar izquierda.

Figura 5

De acuerdo con los resultados reportados por los pacientes: la proyección se reportó como buena en 9 pacientes y regular en un paciente. Figura 6

La definición se reportó como buena en 9 pacientes y regular en un paciente.

Figura 7

El resultado estético final fué bueno para 9 pacientes y regular para un paciente solamente. Figura 8

Se podría considerar como complicación sólo un caso con falta regular de definición y un caso con falta regular de definición, resultado estético final regular sólo en un caso. Fig 9

Con respecto a la zona donadora sólo se encontró equimosis en la cara posterior de la oreja, sin otras complicaciones. Fig 10

DISCUSIÓN

Lograr una punta nasal bien definida, atractiva por medio de un procedimiento quirúrgico, a partir de una nariz con deficiente aspecto estético en la raza latina es un reto para el cirujano plástico, esta situación ha estimulado a diversos autores para la realización de múltiples trabajos al respecto con utilización de numerosos tipos de injertos. (15, 16, 17)

La nariz además de ser un elemento con importancia anatómica y funcional, aporta características estéticas básicas a la estructura facial. (14)

El manejo de la nariz mestiza ha sido motivo de múltiples estudios y uso de múltiples injertos en la punta nasal para su manejo y se encuentra hasta en un 80% en la población en México y América Latina, haciéndose evidentes sus características de igual manera en el sexo masculino y el femenino: piel gruesa y grasa, cartílagos alares débiles, alas nasales anchas así como pobre definición y déficit en la proyección de la punta.

En nuestro estudio se recopilaron casos de típicos pacientes con nariz mestiza similares a los revisados por otros autores en varias publicaciones, el deseo de corrección del déficit estético en pacientes con esta característica es predominante en el sexo femenino. Los grupos de edad incluídos en nuestro estudio se encuentran a la par a los revisados en la literatura mundial y en México con rangos aproximados hacia los 20 y 45 años. (14,15)

El amplio conocimiento de la anatomía nasal es básico para el manejo de cualquier tipo de nariz, sin embargo el conocer las características de la nariz mestiza, es de vital importancia para elegir el tipo de procedimiento quirúrgico adecuado en cada caso. De acuerdo con lo reportado en la literatura nacional e internacional han existido múltiples técnicas de colocación de cartílago septal, cartílagos alares y cartílago de concha auricular para la corrección de la punta nasal, sin embargo en nuestra experiencia se obtuvieron buenos resultados y menor morbilidad con el uso de injertos cartilaginosos autólogos de concha auricular para la proyección y definición de la punta nasal, logrando su posicionamiento en el septum. Otra ventaja encontrada fué un aspecto más natural y mayor elasticidad a la punta nasal. De acuerdo a los pacientes en los que no se logró la adecuada definición un caso fue por la dificultad parcial para el manejo de la punta específicamente por la malformación cartilaginosa encontrada en la paciente fisura facial, los mejores resultados se obtuvieron en pacientes con rinoplastías primarias. Por lo anterior, es importante en el transoperatorio tener especial cuidado en la fabricación y colocación del injerto y en el postoperatorio vigilar la adecuada fijación para evitar movilización del injerto y por lo tanto obtener el resultado esperado.

CONCLUSIÓN

El manejo de la punta nasal en pacientes con déficit estético por falta de proyección y definición de la misma requiere de adecuada valoración preoperatoria, experiencia del cirujano para la toma, fabricación y fijación del injerto en forma de H para asegurar buenos resultados estéticos.

En todos los casos se recomienda seguimiento de mediano a largo plazo de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adham M., New Technique for Nasal Tip Cartilage Graft in Primary Rhinoplasty. *Plas.Reconstr.Surg.* Vol 110, Aug 2002
pp 693-696
2. Peck, G., A 18- Year Experience with the Umbrella Graft in Rino Plasty.*Plas.Reconstr. Surg.* Vol.102 (6) , Nov 1998, pp 2158-2165
3. Sheen, JH. *Aesthetic Rhinoplasty* . 1986
4. Sheen, J.h Tip graft: A 20 year retrospective. *Plas. Reconstr. Surg.* 1993
5. Peck, G The onlay graft for nasal tip projection.
*Plast. Reconstr.Surg.*71:27,1983
6. Ira D. A Graduated Method of Tip Graft Fixation in Rhinoplasty
*Arch. Otolaring.*Vol. 121 (6) , June 1995 , pp 623-626
7. Escobar, SA. Cartilaginous grafts in rhinoplasty
Acta Otorrinolaringol Esp. 2002 Dec:53 (10): 736-40
8. Pitanguy I, Pelle C. Secondary rhinoplasty. *Aesth Plat Surg.* 1982; 6:47-54

9. Menick FC. Anatomic reconstruction of the nasal tip cartilages in secondary and reconstructive rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Dec;104(7):2187-98
10. Dingman R. Use of composite ear grafts in correction of the short nose. *Plast.Reconst.Surg.*1969;43:117
11. Juri J, Juri C. Rinoplastias secundarias. Tratamiento quirúrgico: (275): 2292-95. En: Coiffman F. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética*, 2ª ed. Salvat, 1994
12. Tardy ME. Practical surgical anatomy. In: *Rhinoplasty. The art and the science.* Philadelphia: W.B Saunders Company, 1997. p. 115-117
13. Cuenca Guerra, Crespo . La rinoplastía cosmética en la cirugía plástica Mexicana. *Cirugía Plástica .* Vol.8 No.3, 1988. p. 103- 110
14. Duarte A, Atilano J, Cuenca Guerra. Apex- Columnellar cartilage graft. *Aest.Plast.Surg.*1988, 12 : 217
15. Ortiz Osoy L, Caballero E. “ Injerto estrella un nuevo método para mejorar la punta

nasal " Cir.Plast.Iberolat. 1988; 14: 143

16. Cuenca Guerra R. Plástia del apex nasal: diseño personal. Cir.Plast. 1996,
6:98