

11211
2e)
6



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E.

PLASTIA DE APEX NASAL CON COLGAJOS
DE CARTILAGOS ALARES

T E S I S

Que para obtener el título de la Especialidad en

CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA

presenta

DR. FAUSTO CARLOS DE LOS COBOS DE LEON



ISSSTE México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN** 1988



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.

INTRODUCCION

LA GRAN MAYORIA DE LA GENTE NO SABE EN REALIDAD LO QUE ES LA "CIRUGIA PLASTICA", TODOS CONSIDERAN Y CONFUNDEN ESTE "ARTE QUIRURGICO" COMO UNA RAMA INUTIL DE LA MEDICINA, YA QUE CREEN - QUE SE DEDICA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE A "VENDER VANIDAD". DEFINITIVAMENTE NO HAY CONCEPTO MAS ALEJADO DE LA REALIDAD. LOS PACIENTES SUELEN SER PERSONAS SANAS, QUE BUSCAN MEJORAR SU FORMA, - NO RECUPERAR SU SALUD; LO QUE PARA UNA PERSONALIDAD RESULTA SER UNA DEFORMIDAD RARA, PARA OTRA PUEDE SER SOLO UN LEVE IMPEDIMENTO DE BELLEZA. POR LO TANTO, LA "CIRUGIA PLASTICA" DA FORMA Y - FUNCION A REGIONES FALTANTES DE LA ECONOMIA HUMANA YA SEAN DE - TIPO CONGENITO O ADQUIRIDO, QUE PRODUCEN UNA INCAPACIDAD FISICA O UN SUFRIMIENTO MENTAL. LA "CIRUGIA PLASTICA" ES CREAR, ES --- HACER EL ARTE EN VIVO; EL CIRUJANO PLASTICO HA DE SER VANO EN - RELACION A SU TRABAJO, PUES PERSIGUE LA PERFECCION YA SEA DE DEFORMIDADES CONGENITAS O ADQUIRIDAS; POR ESTO, BIEN SE PODRIA -- DECIR, SIN TEMOR A EXAGERAR, QUE NO HAY REGION DEL ORGANISMO -- HUMANO EN EL CUAL LA "CIRUGIA PLASTICA" NO PUEDA CON SU INGENIO Y TESON, CORREGIR ALGUN DEFECTO.

"EL CIRUJANO CONSAGRA SU VIDA
AL MAS DIVINO DE TODOS LOS
TRABAJOS.....
CURAR SIN HACER MILAGROS Y ...
HACER MILAGROS CALLADAMENTE.."

ANTECEDENTES

La plastía de la punta nasal ha sido de interés constante de todos los cirujanos plásticos desde el inicio de las -- intervenciones rinoplásticas. Esto ha motivado que los avances más recientes en rinoplastia estén enfocados a la cirugía del ápex nasal (FIG. 1).

Las primeras referencias de la utilización de colgajos -- cartilagosos de la crura lateral, aparecen en el libro de -- Kazanjian y Converse sobre "Lesiones faciales" (1949), y han sido subsecuentemente referidos para la cirugía de corrección de "Silla de montar"; también la técnica de Converse y Kazanjian con colgajo cartilaginoso de "Ala volada" (Flying wing, Converse 1977), (FIG. 2); así como las modificaciones ha éste procedimiento por Loza, Kethi, Dignman y Holmes, (Dignman, -- 1965 - Holmes, 1959). Los dos últimos autores refinan la técnica dejando el margen inferior de la crura lateral en su posición natural, así se preserva el soporte a la punta, previniendo la lesión valvular y evitando la deformidad nasal característica de resección de demasiada crura lateral (Deformidad en pellisco).

En las reparaciones de deformidades alares por secuela -- de fisura labio/palatina unilateral, Barsky en 1952, describe la rotación de la mitad cafálica de la crura lateral suturandola al cartilago lateral superior de mismo lado; así mismo --

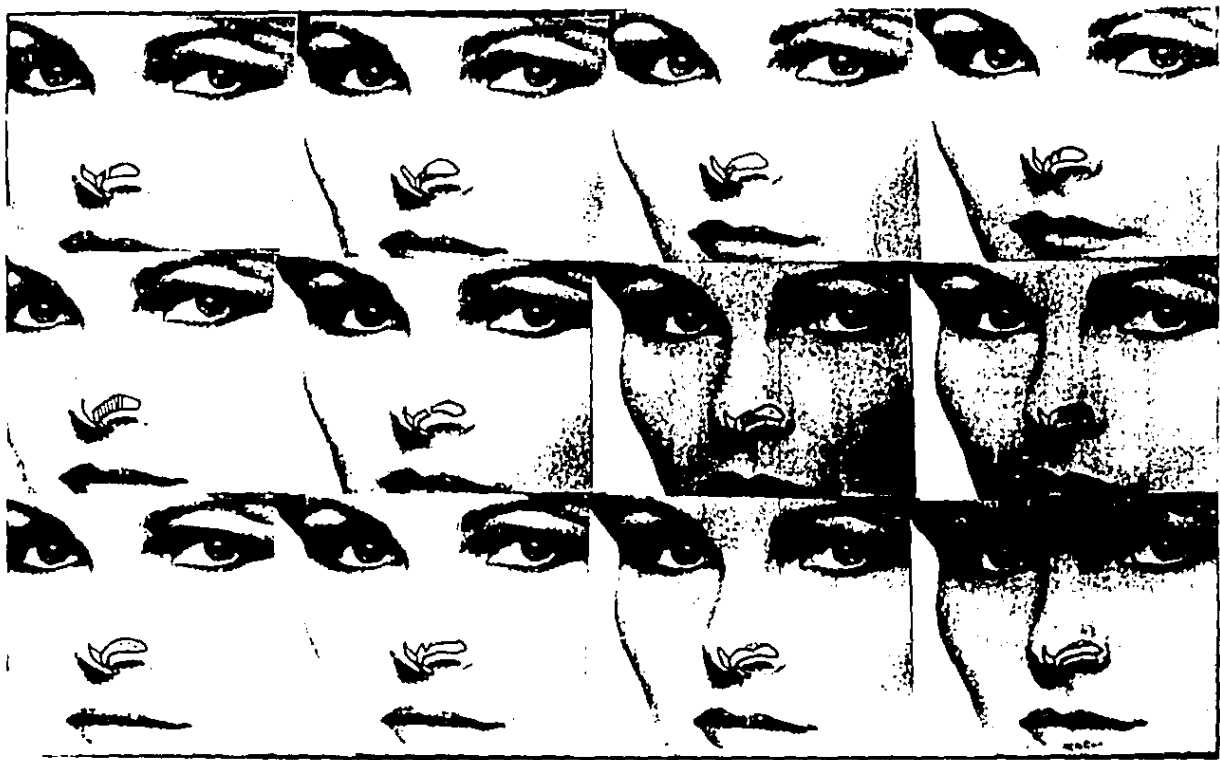


FIGURA 1



FIGURA 2

Erich en 1958, realiza la sección de la crura media del cartilago afectado suturandola al mismo nivel que el opuesto. Ver FIG. 3.

En la técnica de colgajo alar con pódiculo único se menciona que es necesario liberar toda la crura lateral hasta su continuación con la crura media para permitir su remodelación describiendose diversas formas de abordaje, así como las modificaciones dadas por Pollet, Lipset, Williams, Gordon y Baker M.J. Earloy y Lendrum en 1984, que modifican la técnica de -- Converse y Kazanjian para corrección de suprapunta (Supratip) llevando cefálicamente enrolladas en si mismas las cruras laterales. Ninguno de estos autores mencionan reabsorción parcial ó total de los cartilagos alares llevados como colgajos.



OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES.

A través de un protocolo quirúrgico preestablecido que nos permita actuar de una manera dirigida y razonable en el manejo de la plastia de la punta nasal, para ésto, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- a) Utilización de tejidos locales con las mismas características.
- b) Obtener mejores resultados, en proyección y definición de la punta nasal, en contraposición de injertos cartilagosos ó la utilización de materiales aloplásticos.
- c) Resultados estéticos y de naturalidad superiores a los materiales aloplásticos, así como a los injertos cartilagosos.
- d) Evitar mayor riesgo de infección, fibrosis, exposición el cual conllevan los materiales aloplásticos, ó el rechazo de injertos homologos.
- e) Evitar otro manejo quirúrgico extra, como sería la obtención de los injertos cartilagosos.
- f) Mostrar una técnica nueva de plastia de ápex nasal, mediante una modificación del colgajo alar, disminuyendo los inconvenientes antes referidos con los materiales aloplásticos ó los injertos cartilagosos.
- g) Obtener un resultado permanente en su resultado estético.

MATERIAL Y METODOS

Se trataron a diéz pacientes, de ambos sexos con un rango de edad comprendido entre los 17 y 45 años que acudieron a el servicio de cirugía Reconstructiva del H. R. "20 DE NOVIEMBRE", en el periodo de tiempo comprendido de marzo de 1986 a diciembre de 1987, por presentar una punta nasal que no cumplía con los requisitos internacionales estéticos establecidos.

Así mismo se tomo un grupo comparativo ó testigo de diéz pacientes, de ambos sexos con el mismo rango de edad y con -- mismas características de la punta nasal del grupo en estudio a los cuales se les practicó una rinoplastia de tipo convencional para obtener resultados comparativos al grupo problema (TABLA 1).

El total de estos pacientes presentaban una punta nasal cuya forma, proyección, situación y dimensión no cumplían con los parámetros internacionales de estética de la Cirugía Plástica y Reconstructiva. (VER RESULTADOS).

A todos los candidatos a su ingreso se les practicó un -- historial clínico enfocado a su problema nasal, así como a -- los antecedentes tanto heredo-familiares como personales de -- importancia para el estudio en cuestión. (VER CREDULA DE RECOPIACION DE DATOS).

[7]
 TABLA 1

		PAC. PROLEMA	PAC. TESTIGO
NO. DE PACIENTES EN ESTUDIO	HOMBRES	2	5
	MUJERES	8	5
	EDAD PROMEDIO	28.3	21.6
	ANTEC. TRAUMATICOS	1	1
TIPO DE NARIZ	LEPTORRINA	4	5
	MESORRINA	5	3
	PLATIRRINA	1	2
GIBA NASAL	% GIBA OSEA No.	46%	45%
	% GIBA CARTILAGINOSA	54%	55%
TIPO DE PIEL	GRASOSA	4	7
	GRUESA	4	8
	SECA	6	2
	FINA	6	3
PUENTE NASAL	ANCHO	5	7
	REGULAR	4	3
	DELGADO	1	0
PROYECCION PUNTA NASAL	ALTA	1	5
	MEDIA	5	5
	BAJA	4	0
CARTILAGO ALAR	FUERTE Y ELASTICO	3	6
	FINO Y DEBIL.	7	4
BORDES ALARES	ANCHOS	5	3
	REGULARES	3	5
	DELGADOS	2	2
NARINAS	ELIPTICA	3	6
	TRIANGULAR	2	2
	REDONDAS	5	3
COLUMELA	GRANDE	4	4
	PEQUEÑA	6	4
	COLGANTE	0	2
	RETRAIDA	0	0
ESPINA NASAL	MUY PROYECTADA	2	4
	MEDIANAMENTE	5	2
	POCO PROYECTADA	3	4

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes mayores de 17 años y menores de 45 años.
- Ningun procedimiento quirúrgico sobre los cartilagos alares.
- Pacientes cuya punta nasal no cumplen los requisitos internacionales previamente establecidos de tipo estético.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes menores de 16 años ó mayores de 46 años.
- Punta nasal estéticamente aceptable.
- Rinoplastia previa, con manejo de cartilagos alares.
- Rinitis de cualquier etiología de tipo severo.
- Enfermedad sistémica de tipo degenerativo.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Negación del manejo quirúrgico por el paciente.
- Sección del pedículo del colgajo durante el acto quirúrgico.
- Cartilago alar con espesor en demasia delgado.

CEDULA DE RECOPIACION DE DATOS
SERVICIO DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA
H.R. 20 DE NOVIEMBRE
I.S.S.S.T.E.

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
CEDULA _____ DIRECCION _____
FECHA ENTREVISTA _____ FECHA QUIRURGICA _____ TELEFONO _____

HISTORIAL CLINICO:

ANTECEDENTES: H.F. RELEVANTES _____

PERSONALS PATOLOGICOS: TABAQUISMO _____ ETHILISMO _____ FARM.D. _____

HIPERTENSIVOS _____ DIABETICOS _____ LUETICOS _____

FIMICOS _____ ALERGICOS _____ TRANSFUCIONALES _____

CARDIOLOGICOS _____ TRAUMATICOS _____

QUIRURGICOS _____ DISCR. SANGUINEAS _____

EXPLORACION GENERAL: T/A _____ TEMP. _____ FREC. CARD. _____ FREC. RESP. _____

CRANEO Y CARA _____

TORAX _____

ABDOMEN _____

EXTREMIDADES _____

NARIZ:

TIPO: LEPTORRINA _____ MESORRINA _____ PLATIRRINA _____

PIEL: GRASOSA _____ SECA _____ DELGADA _____

PRESENCIA DE GIBA: PORCENTAJE DE OSEA _____ PORCENTAJE DE CARTILAGINOSA _____

PUENTE NASAL: GUESO O ANCHO _____ MEDIO _____ DELGADO _____

PUNTA NASAL

PROYECCION: ALTA _____ MEDIA _____ BAJA _____

CARTILAGO ALAR: FUERTE Y ELASTICO _____ FINO Y DEBIL _____

BORDES ALARES: ANCHOS _____ REGULARES _____ DELGADOS _____

NARINAS: ELIPTICA _____ TRIANGULAR _____ REDONDA _____

COLUMELA: GRANDE _____ PEQUEÑA _____ COLGANTE _____ RETRAIDA _____

ESPIÑA NASAL: MUY PROYECTADA _____ MEDIANAMENTE _____ POCO PROVEC. _____

ANGULO GLABELAR _____ ANGULO NASOLABIAL _____

DIFICULTADES RESPIRATORIAS _____

MENTON: NORMAL _____ PROGNATICO _____ RETRAIDO _____

MATERIAL FOTOGRAFICO PREOPERATORIO _____

CIRUGIA:

TECNICA QUIRURGICA:

COMPLICACIONES:

MATERIAL FOTOGRAFICO POSTOPERATORIO A CORTO Y LARGO PLAZO:

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Una vez que, se le explica de una manera clara al paciente, y que ha aceptado el manejo quirúrgico, se sigue los lineamientos siguientes:

1) Historia clínica enfocada principalmente al problema en cuestión, en hoja de recolección de datos, se toman fotografías, radiografías y se valoran estudios preoperatorios de laboratorio.

2) Se practica lavado con solución jabonosa de área quirúrgica de forma convencional.

3) Se procede a hacer el marcaje de área nasal con violeta de genciana, que son: dorso nasal, zonas de osteotomías, punta nasal, situación de cartílagos alares, área caudal de septum, ya que éste último nos sirve de referencia para la colocación futura de los colgajos pericondríocartilaginosos.

4) Se aplica sedación de forma tanto I.M. como I.V. con -- Meperidina ($\frac{1}{2}$ amp. I.M. y $\frac{1}{2}$ amp. I.V. diluida en 250cc de solución glucosada al 5% a goteo lento). Se procede a la aplicación del anestésico local (xilocaína con adrenalina a una dilución de 1:100,000) en área nasal.

5) Posterior a una espera de 15' para permitir que tanto anestésico como vasoconstrictor actúen, se procede hacer insición intercartilaginosa, continuandose hasta septum membranoso, de donde se libera dicho septum empezando en punta nasal

y terminando en espina nasal, teniendo así separado septum - cartilaginosa del membranosa; posteriormente se procede a la liberación de tejidos blandos de estructura osteo-cartilaginosa en dorso nasal, para resección de giba nasal (FIG. 4); -- hecho esto se practican osteotomías bajas externas de forma - convencional como lo describen Shoen y Rees (1975 - 1980). Se procede a la plástica de la punta nasal, con la liberación del septum membranosa en un inicio, con dicha maniobra tendremos rotación de la punta nasal cefálicamente, así mismo una mejor proyección de la punta; se continúa con la liberación de la - crura lateral en su totalidad hasta su unión con la crura media exceptuando el "rim" de cartilago alar que dará forma y - soporte al ala nasal evitando el colapso de dicha ala durante la inspiración (FIG. 5), se hace el pintado del futuro colgajo pericondríocartilaginosa en el cartilago liberado, siendo sus dimensiones de 9mm. de tal forma que quede un cuadrilátero, como nos refiere Peck (1975), para obtener una punta nasal definida, proyectada y elegante (FIG. 6).

Se procede a la fenestración del pedículo cartilaginosa para romper la memoria del cartilago, y así evitar su rotación a su situación primitiva (FIG. 7); se practica mismo manejo en el lado contralateral de colgajo. Se hace una bolsa - cutánea donde dará cavidad a dichos colgajos; se rotan los colgajos (FIG. 8), y se introducen en la bolsa de piel, el rim - que quedará en ala nasal será de aproximadamente 3mm. en espesor, el cuál se recoloca en su sitio original, manteniéndose unido con la crura media (FIG. 9).

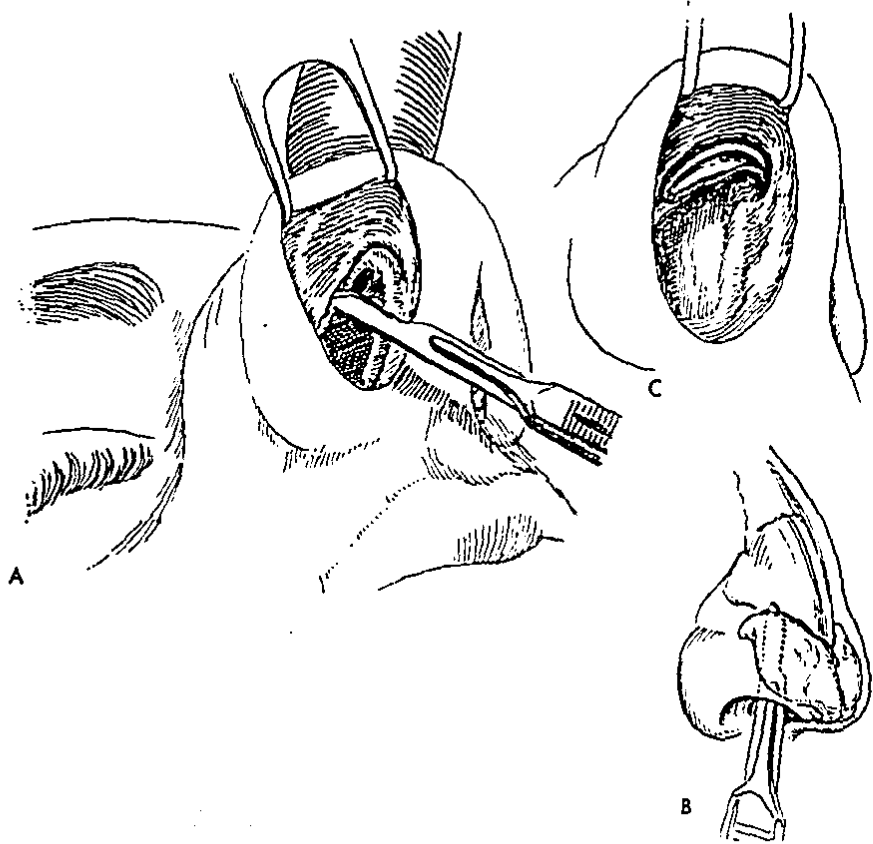


FIGURA 4

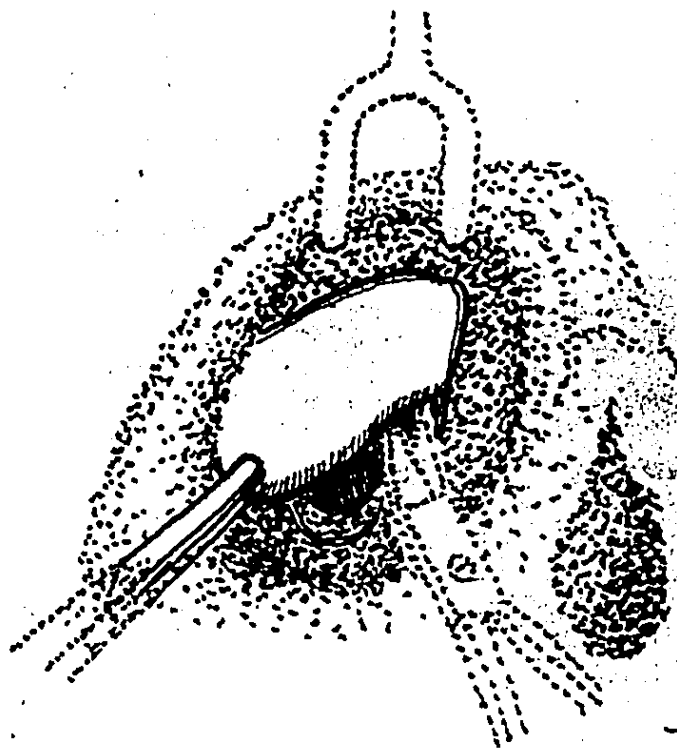


FIGURA 5.

[14]



86 II

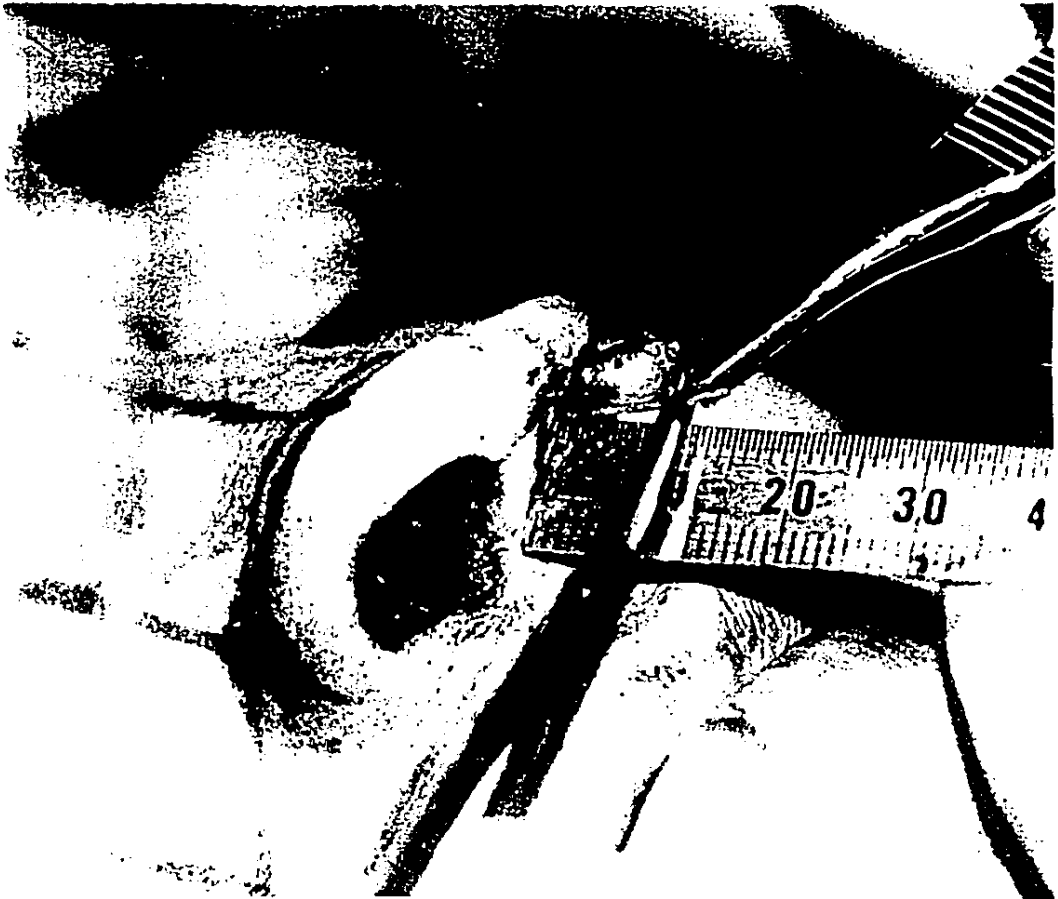


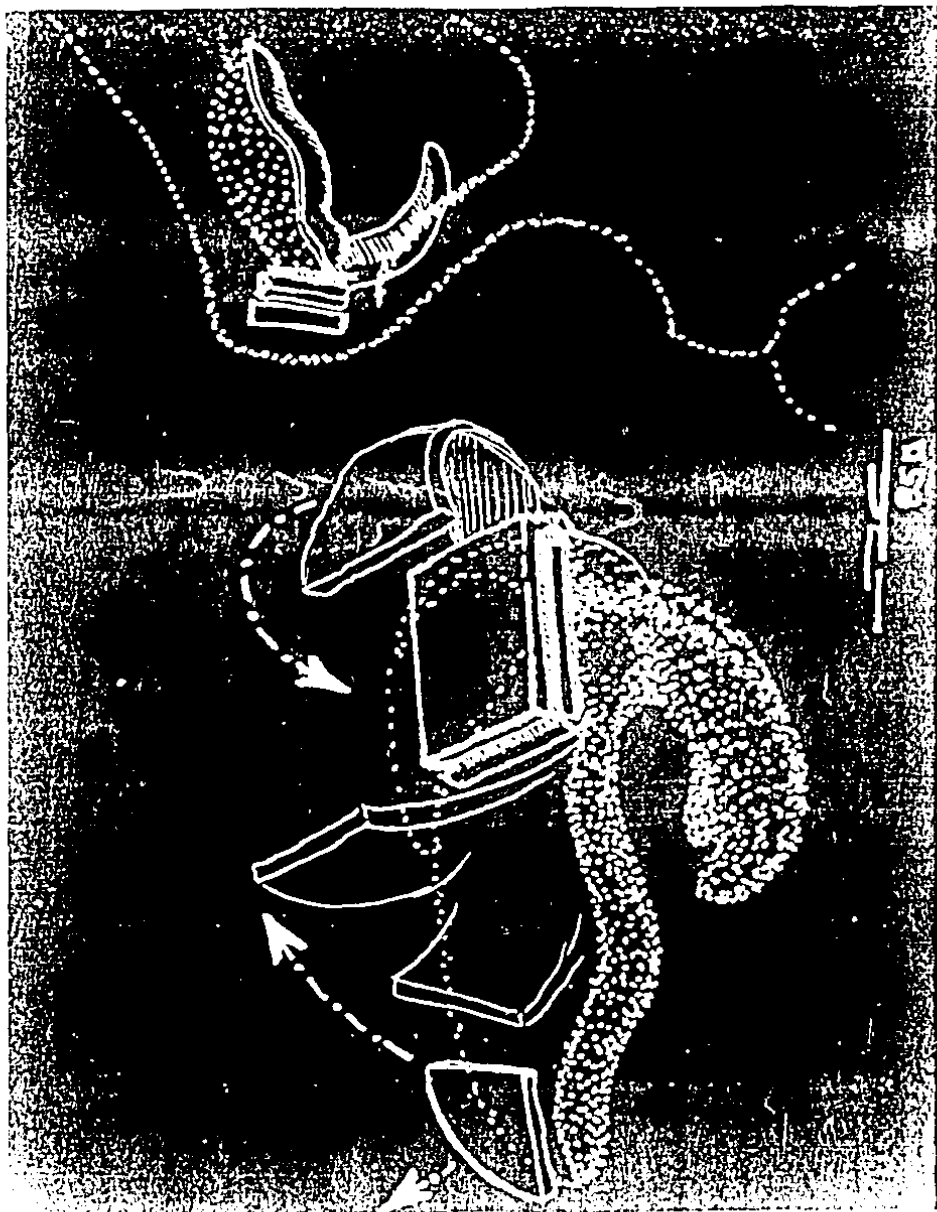
FIGURA 6





FIGURA 8

FIGURA 19



Hecho esto se procede al cierre de heridas con catgut crómico, 4 ceros; y se da un punto de soporte a septum cartilaginoso y membranoso con Dormalon 2 ceros, se aplica vendaje de dorso nasal con esparadrapo de micropor y así mismo la aplicación de férula de yeso para inmovilización de osteotomías, dando por terminado acto quirúrgico. (FIG. 10).

6) Se toman fotografías post-operatorias a las 4 semanas, 6 meses, al año y al 1½ año de evolución.

FIGURA 10



RESULTADOS

Se trataron a 20 pacientes cuya punta nasal no cumplen con los requisitos estéticos establecidos; presentan de todos ellos características nasales diversas como se muestran en la TABLA 1. A los pacientes problema se les practicó rinoplastia convencional con plastia de ápex nasal con colgajos pericondriocartilaginosos, habiendo sido el resultado bueno en el 100% de los casos (TABLA 2). En los 10 pacientes testigo que se manejaron con rinoplastia convencional o injerto cartilaginoso tipo Shoen, se encontró un resultado bueno en el 70% de los casos y regular en el restante 30% de los casos (TABLA 2).

A la fecha de terminación de este estudio (seguimiento máximo a 1 año), no se han detectado complicaciones tales como fibrosis, exposición, infección ó reabsorción (TABLA 3).

Con esto se concluye que la utilización de colgajos pericondriocartilaginosos constituye un nuevo recurso para el manejo del ápex nasal que cumple los criterios estéticos internacionales (FIG. 11):

- En la proyección frontal, los brillos luminosos laterales, deben de llegar hasta la punta terminando en la proyección de las cúpulas cartilaginosas.
- En la proyección oblicua, la cúpula lateral del lado opuesto debe de ser la parte más alta de la silueta nasal.
- En la proyección lateral, el ápex debe de formar un ángulo

gulo armónico en su unión con la columela y otro en el sitio donde el ápex se transforma en dorso.

Así mismo como características de la técnica quirúrgica se obtuvo lo siguiente:

- Se mantuvo la posición de los colgajos alares, sin datos de asimetría.
- La apariencia lograda fue natural, así como su proyección.
- En ninguno de los casos se presentó compromiso circulatorio de la piel.
- No se presentó reabsorción ni parcial ni total de los colgajos alares a largo plazo.

DISCUSION

Ya que el resultado fue valorado de una forma subjetiva a doble ciego con la ayuda y experiencia de 2 Cirujanos Plásticos, los cuales no estando enterados de la técnica utilizada para las rinoplastias, dieron veredicto en base al resultado de tipo estético tomando en cuenta los parámetros internacionales antes referidos, siendo los resultados mostrados en la tabla 2 de las valoraciones de ambos grupos.



TABLA 2

	NARIZ PROBLEMA			NARIZ TESTIGO		
	HUENA	REGULAR	MA LA	HUENA	REGULAR	MA LA
PROYECCION	10	-	-	7	3	-
ASPECTO NATURAL	10	-	-	7	3	-
ESTETICO	10	-	-	7	3	-
SIMETRIA	10	-	-	7	3	-

TABLA 3

	COMPLICACIONES DE PACIENTES ESTUDIADOS
REABSORCION	NO EXISTE
FIBROSIS	NO REQUIEREN
EXPOSICION	NO EXISTE
INFECCION	NO EXISTE

CASOS CLINICOS:

1) Fem de 22 años de edad que presentava a su ingreso:

Nariz leptorrina, giba osteocartilaginosa 50%/50%, piel delgada y grasosa, puente nasal regular, con proyeccion nasal media, cartilago alar fuerte y elastico, bordes alares anchos, narinas elipticas, columela pequena y espina nasal medianamente proyectada
FIG. 12. Observandose el resultado postoperatorio a los 8 meses.
FIG. 13.

2) En este segundo caso presentamos a dos pacientes de edad semejante, asi como las caracteristicas nasales, con excepcion de color de piel. FIG. 14. Y SU POSTOPERATORIO A LOS 6 MESES. -- FIG. 15.

3) Fem con antecedente traumatico en dorso nasal, con nariz leptorrina con giba osteocartilaginosa de 40%/60%, piel morena y siendo seca y fina, con puente nasal delgado, con proyeccion de punta nasal baja, cartilagos alares finos y debiles, borde alar delgado, narinas triangulares, columela grande y espina nasal -- poco proyectada. Pudiendo observar en la FIG. 16 el preoperatorio y postoperatorio a un año.

4) El 5º caso de nariz mestiza en una mujer es comparada -- con otra nariz mestiza en sexo masculino al cual se le aplicó un injerto cartilaginoso tipo Sheen; siendo la FIG. 17 más explicita que cualquier comentario.



FIGURA 12



FIGURA 13

FIGURAS 14 a 15



FIGURA 16



FIGURA 17



BIBLIOGRAFIA

- 1] Barsky, A.J.: Principles and practice of Plastic surgery. Baltimore. The Williams & Wilkins Company 1950, pag. 243.
- 2] Converse, J.M. (1977). Reconstructive Plastic Surgery Vol II, Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders and Company.
- 3] Denecke, H.J. and Meyer: Plastic Surgery of the Head and Neck. -- Vol I Corrective and Reconstructive Rhinoplasty. Springer-Verlag-Berlin-Heidelberg.
- 4] Dignman, R.O. 1956. Corrections of nasal deformities due to deflection of the septum. Plastic & Reconstructive Surgery, 18, 291.
- 5] Falcos and Gorney M. Use of cartilage graft for nasal tip corrections. Plastic and Reconstructive Surgery, 50, 147, 1972.
- 6] Kazanjian, V.H. & Converse, J.M. (1949). The Surgical Treatment of Facial Injuries. 1st. edition, Baltimore: The Williams & Wilkins Company.
- 7] Kazanjian, V.H.: Plastic repair of defects about lower part of the nose, resulting of the loss of tissue. Amer. Academy Ophthal. and Otolaryng. 42:338. 1937.
- 8] Lipset E.: A new approach to surgery of the lower cartilaginous vault. Arch. Otolaryngology, 70: 42, 1959.
- 9] Millard, D.R. (1976). Cleft Craft, volume I, The unilateral deformity. 1st. Edition. Boston: Little, Brown and Company.
- 10] Ortiz Monasterio F.: Use of cartilage grafts in primary aesthetic rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, 67: 597, 1981.
- 11] Peck C. (1975). Surgery of nasal tip. In Millard, D.R. (ed). Symposium on aesthetic surgery of the nose, ears and chin. St. Luis Mosby.

- 12] Peck G.: The difficult nasal tip. Clinic Plastic Surgery, 4: 103, 1977.
- 13] Rees, T.D. (1980). Aesthetic Plastic Surgery, Vol I, 1st. Edition Philadelphia, W.B. Saunders and Company.
- 14] Sheen J.: Achieving more nasal tip projection by use of a small - autogenous bone or cartilage graft. Plastic and Reconstructive S. 56: 35, 1975.
- 15] Sheen J.: Absorption of small bone graft on nasal tip. Plastic -- and Reconstructive Surgery. 56: 332, 1975.
- 16] M.J. EARLEY and J. Lendrum: The alar swing technique in the correction of the saddle nose deformity. British Journal of Plastic Surgery, 1984, pag. 307-12, Vol I.