

11236

21
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

“ IMPORTANCIA DE LAS INCISIONES
EN LA CIRUGIA NASAL ”

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A :

DRA. LAURA TERESA OCHOA GOMEZ

Director: Dr. Benjamín Vázquez Suverza



México, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

CAPITULO I	
RESUMEN	
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II	
REVISION HISTORICA.....	3
CAPITULO III	
PROPIEDADES FISICAS DE LA PIEL	7
CAPITULO IV	
INCISIONES DE ABORDAJE AL SEPTUM.....	10
CAPITULO V	
INCISIONES DE ABORDAJE A LA PIRAMIDE NASAL.....	15
CAPITULO VI	
INCISIONES DE ABORDAJE AL CARTILAGO LATERAL SUPERIOR.....	17
CAPITULO VII	
INCISIONES DE ABORDAJE AL LOBULO.....	21
CAPITULO VIII	
INCISIONES DE ABORDAJE A LA COLUMELA.....	28
CAPITULO IX	
INCISIONES DE ABORDAJE A LA MAXILA.....	30
CAPITULO X	
RINOPLASTIA EXTERNA.....	34
CAPITULO XI	
CIRUGIA PITUITARIA TRANSNASAL.....	36
CAPITULO XII	
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	38
CAPITULO XIII	
BIBLIOGRAFIA.....	40

IMPORTANCIA DE LAS INCISIONES EN LA CIRUGIA NASAL

RESUMEN

Se efectuó una revisión bibliográfica de las diferentes incisiones usadas para el abordaje del Septum y la Pirámide Nasal en la cirugía funcional y estética de éstas estructuras.

INTRODUCCION

Es importante para el cirujano otorrinolaringólogo conocer la importancia de las incisiones para el resultado final y permanente de la forma y función de la nariz. Las incisiones, las cuales deben de realizarse sobre la piel, no deben de dictar ni limitar la técnica que se piensa emplear, ya que uno de los objetivos es el de lograr exposición y con ello, la modificación de la forma y la función.

Su posición prominente en la cara hace a la nariz especialmente susceptible a traumas variados y frecuentes que pueden causar diversas deformidades. La nariz es un órgano complejo, y su función está relacionada con la función de los demás órganos del cuerpo, por ello, el acceso a la cirugía nasal se basa en un profundo conocimiento de su función y de su anatomía.

El objetivo de la tesis es poner en discusión las diferentes incisiones de la cirugía nasal, cuyo principal objetivo, ya mencionado anteriormente es el de exposición y con ello modificación de la forma y alte

ración de la función.

Se realizará una descripción y análisis de dichas incisiones, haciendo evidente sus ventajas, sus desventajas y las complicaciones que puedan surgir de una incisión en cuestión. Así mismo no se hará mención de técnicas quirúrgicas específicas, ya que se encuentran fuera del alcance y del propósito de esta tesis.

REVISION HISTORICA

A través de los siglos, la cirugía nasal era considerada como un procedimiento cosmético para la corrección de deformidades nasales externas, posteriormente evolucionó en dos tipos separados: (1) Rinoplastia, para la corrección cosmética externa y (2) Cirugía Septal para la remoción de anomalías internas y así restaurar una función adecuada. En la actualidad se han conjuntado los dos tipos y ahora es posible coordinar la corrección de anomalías septales con la corrección de defectos cosméticos.

El papiro de Ebers proporciona pruebas de que los egipcios practicaban la Cirugía Rinoplástica desde 3,500 años a. de c., aunque éste no hace ninguna mención específica de la técnica que ellos empleaban.

Los archivos de la India indican que los maridos algunas veces castigaban a las esposas infieles haciendo que les cortarían la nariz. Para el Hindú, la nariz era algo extremadamente importante. Ellos tenían una palabra especial "Nacta", lo cual significaba que el que tenía cortada la nariz era por castigo. Como se ve, en la India mucha gente requería de reconstrucción nasal. El primer libro de Rinoplastia fue escrito por Sushruta, quien vivió aproximadamente 1,600 años a. de c. El describió el uso de colgajos de mejilla para la reconstrucción nasal, más tarde otros cirujanos Indues usaron colgajos de frente.

Ingalls en 1882 y Kreig en 1886 fueron los iniciadores de la resección submucosa mediante abordajes endonasales. En 1889 Asch describió el uso de Incisiones Transfictivas cruzadas. John Orlando Roe fue otro de los pioneros de la cirugía nasal moderna, el describió en 1891 la corrección de la "Nariz Chata", haciendo énfasis mediante un abordaje con incisiones endonasales. En 1907 Mosher diseñó las osteotomías por vía externa.

El crédito de haber desarrollado la resección submucosa pertenece a Freer (1902) y a Killian (1905) y los procedimientos que ahora se usan son modificaciones de sus técnicas. La vía de acceso que utilizaba Freer era mediante una Incisión Hemitransfictiva en el bordedcaudal de septum, Killian usaba la Incisión 5-10 milímetros más cefálica que la de Freer. Después de elevar la membrana septal e incidir el cartílago en éste sitio, se elevaba un colgajo en el lado opuesto y se removían las porciones desviadas. Killian sugería la resección del septum cartilaginoso y óseo conservando un centímetro de cartílago bajo el dorso, para evitar una caída de la bóveda, así como conservar el borde caudal del septum para prevenir la retracción de la columela.

Durante ese mismo período Chevalier Jackson asentó: "En muchos casos, la operación del septum constituye solo un paso para la solución del padecimiento del paciente. Los casos septales no vienen con nosotros para que se les enderece el septum; ellos vienen para su alivio sintomá-

tico y el septum no es la única parte de la cámara nasal que se puede -- operar."

Joseph fue uno de los primeros en operar en el techo y en el Carti- lago alar, sus técnicas fueron básicas para la cirugía actual combinada Septum-Pirámide. Joseph también tiene el crédito de haber introducido la Incisión Intercartilaginosa para descubrir el dorso (1931). Además se le considera ser el padre de la "Rinoplastia", sin embargo fue Roe (1887) - el que diseñó la vía intranasal que Joseph no usó sino mucho después.

Para minimizar las deficiencias de las técnicas existentes en la - época, Foman y sus colaboradores insertaban una cuña de apoyo en la co- lumela y reconstruían el borde caudal del septum con una placa de carti- lago. Así mismo, Foman es el creador de la Incisión de Slot. Conociendo_ las limitaciones de estos anteriores autores, Cottle y Loring en 1946 -- concibieron la Hemitransficción, -incisión que se realiza 2-3 milímetros cefálico al borde caudal del septum - como vía de acceso lógica para re- parar las deformidades severas del extremo caudal del septum. Esta téc- nica no sólo conservaba las relaciones normales del septum y la colume- la, sino que también la movilidad del septum membranoso.

Años después, éstos mismos autores, en 1958 describieron el uso - de la Hemitransficción como un método para exponer o como una vía de -- acceso para la cirugía septal amplia. Esta combinada con la cirugía de_

corrección de la priamide es hasta ahora el mejor procedimiento para --
corregir todo tipo de deformidades septopiramidales. El mismo Cottle en_
1952 diseñó la Incisión Rim, la cual actualmente se prefiere no usar por
la retracción cicatrizal que ocasiona.

En 1979 el Dr. Fausto López Infante diseñó la Incisión en "M", cu-
ya principal utilidad estriba en romper la tensión cicatrizal de los te-
jidos, evitando retracciones cicatrizales posteriores.

Aunque muchos cirujanos han tomado parte en los adelantos de la --
cirugía nasal, tanto externa como interna, en una revisión bibliogáfica_
de éste tipo, sólo se pueden señalar las aportaciones más relevantes que
han influenciado las técnicas actuales.

PROPIEDADES FISICAS DE LA PIEL

La piel es un órgano protector e impermeable, que contiene terminaciones nerviosas y sensitivas y que colabora con la regulación de la temperatura.

La piel es distensible y elástica, varía de grosor según la región, oscilando de 0.5 a 3 milímetros. Consta de dos capas diferentes: (1) La Epidermis capa superficial de epitelio estratificado procedente de ectodermo y (2) La Dermis, capa subyacente de tejido conectivo de origen mesodérmico. En ésta se encuentran prolongaciones epidérmicas tales como folículos pilosos y glándulas, también contiene fibras colágenas y elásticas, junto con fibroblastos, células cebadas, macrófagos, vasos sanguíneos y linfáticos.

Como órgano, la piel es susceptible de enfermarse y de responder -- también ante diversos estímulos, tal como la cicatrización. Esta constituye una respuesta básica de los seres vivos, que generalmente produce un restablecimiento satisfactorio de la integridad de los tejidos, por ello, la cicatrización constituye la base y el fundamento de la práctica quirúrgica.

ACONTECIMIENTOS FISICOS: En la cicatrización ocurren una serie de importantes acontecimientos químicos y morfológicos (De los que no se --

hará mención detallada por ser del conocimiento básico del médico.) que nos llevan a una importante conclusión: Las heridas adquieren con el tiempo más vigor y fortaleza.

Por ello, el ritmo de fortalecimiento y la resistencia final de las heridas, determinan que material de sutura debe de utilizarse, cuando precede quitar los puntos y porqué ciertas incisiones son más adecuadas que otras.

La adquisición creciente de resistencia de las heridas incisas comienzan inmediatamente después de la sutura. En dos días, la resistencia a la rotura en heridas incisas en la piel llega a 50-100 gramos por cm. lineal. En este momento la cavidad de la herida contiene tan solo bandas de fibrina, algunas asas capilares, leucositos y unos cuantos fibroblastos. Con la aparición de fibras de colágena hacia el tercer día, aumenta rápidamente la resistencia. Hacia los 21 días de resistencia a la rotura llega hasta 1 kilogramo por cm lineal.

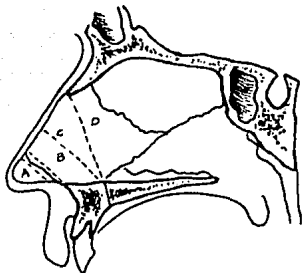
Sin embargo, el incremento de resistencia no se detiene aquí; las heridas de la piel continúan ganando resistencia a un ritmo relativamente rápido y constante durante más de cuatro meses, y a velocidad algo menor durante un año.

A pesar de la ganancia prolongada de resistencia, las heridas rara vez recuperan la resistencia normal de los tejidos. Esta resistencia, no es el único parametro físico importante de la cicatriz, en ésta se pier-

de la elasticidad normal, tan necesaria para la función de los tejidos.

En la nariz, la cicatrización de las heridas juega un papel muy importante, recordemos que la ganancia de resistencia se prolonga hasta un año o más, ello nos debe de hacer pensar que cambios funcionales y estéticos pueden ocurrir en ese lapso de tiempo. Por esta razón, el cirujano debe de ser muy cauteloso al planear y realizar una incisión y una excisión de tejido.

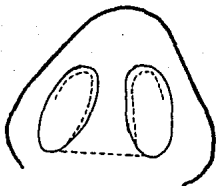
INCISIONES DE ABORDAJE AL SEPTUM



INCISIONES PARA CIRUGIA SEPTAL

- A: Hemitransfijión de Freer
- B: Hemitransfijión de Cottle.
- C: Killian
- D: Incision vertical.

A lo largo de la historia se han hecho intentos por corregir desviaciones y alteraciones del Septum y de su borde caudal. Entre los muchos intentos podemos mencionar el uso de la vía oral, directamente debajo del labio superior, daba excelente exposición de la espina y del borde caudal del Septum. También se usó la exposición de "Trompa de Elefante" de Gillies, también exponía adecuadamente, pero también trastornaba la circulación y ocasionaba una cicatriz externa.



INCISION DE "TROMPA DE ELEFANTE" DE GILLIES.

Posteriormente Freer y Killian desarrollaron la técnica de resección submucosa mediante una Incisión Hemitransfictiva justo en el borde caudal del septum a lo largo de éste (Freer) o a través de una incisión 5-10 milímetros cefálica al borde caudal del septum (Killian). Los cirujanos que actualmente optan por la resección submucosa, prefieren realizarla mediante la incisión de Freer o de Cottle, ya que la de Killian tiene el inconveniente de que al realizarse sobre la mucosa, es más fácil que ésta se fenestre por la poca resistencia existente.

Cottle desarrolló la Incisión Hemitransfictiva, ésta es realizada un octavo de pulgada (2-3 milímetros) cefálico al borde caudal del septum. La técnica descrita por él, ha eliminado muchos de los problemas existentes con las antiguas técnicas.

También existe la Incisión Hemitransflectiva Bilateral y la Incisión Transflectiva propiamente dicha, aunque muchos cirujanos consideran que es la misma, estrictamente hablando se realizan de manera diferente. Para la primera se realizan dos Incisiones Hemitransflectivas a 2-3 milímetros cefálico al borde caudal del septum, y posteriormente se unen con tijera de iris, en la segunda se realizan dos incisiones sobre el septum membranoso adyacente al borde caudal, posteriormente también se unen con tijera de iris.

Como se puede ver, la confusión respecto a éstas dos incisiones es de índole semántico, y nuevamente, estrictamente hablando, solo es deseable la Incisión Hemitransflectiva Bilateral.

Algunos cirujanos plásticos emplean la Incisión Transflectiva Parcial, aquí solo se realiza un tercio o la mitad dorsal de la incisión original, para abordaje del dorso, sola o combinada con otras incisiones.

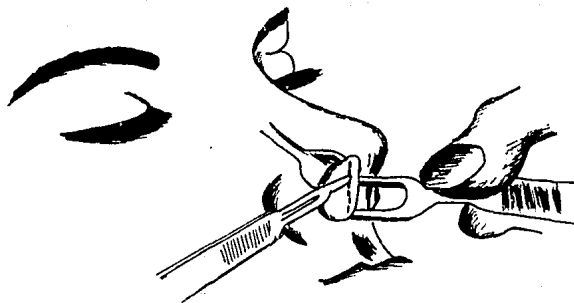
TECNICA: Para realizar la Incisión de Hemitransflectión, se tracciona con la pinza de columela de Cottle y se expone suavemente al borde caudal del septum. Jalando la columela hacia la izquierda, se da tensión a la mucosa, esto junto con la infiltración de la solución anestésica, asegura un mínimo sangrado en un área muy susceptible de hemorragia. Posteriormente se coloca un retractor de ala en el lado derecho, que es donde se realiza la incisión, aunque algunos cirujanos prefieren realizarla del lado en que se encuentra la desviación septal.

Se toma el bisturí con la mano derecha a manera de lápiz y se realiza una incisión 2-3 milímetros cefálica al borde caudal del septum; de dorsal a ventral, con la hoja de bisturí perpendicular al plano donde se realiza la incisión.

Al mismo tiempo que se realiza la incisión, se mantiene la tracción con la pinza de columela. Los límites de la Incisión son: Dorsalmente donde termina el borde caudal en el tegmen, pero nunca sobre éste y ventralmente la incisión termina a unos milímetros de distancia del piso nasal, a nivel de la espina.

VENTAJAS: La Incisión de Hemitransficción es la Incisión básica de acceso y de exposición de todas las partes del septum, además de que preserva el septum membranoso y evita la columela retraída. Permite tanto la cirugía conservadora del Septum y Pirámide. Casi cualquier procedimiento puede ser realizado mediante éste abordaje, exceptuando las osteotomías transversas. Aparte de su sencilla realización, otra de las ventajas es que se realiza sobre la piel y puede ser suturado fácilmente.

COMPLICACIONES: Cuando la Incisión llega a tocar el tegmen, puede este accidentalmente perforarse, sobre todo en las rinoplastias secundarias. Si la Incisión se realiza sobre el septum membranoso, puede ocasionar retracción de la columela por cicatrización.



LA INCISION DE HEMITRANSFICCIÓN

INCISIONES DE ABORDAJE A LA PIRAMIDE

El abordaje por excelencia a ésta región de la nariz es mediante una Incisión Intercartilaginosa. Esta Incisión es una apertura hecha entre el Cartilago Lateral Superior y Cartilago Lobular. Se emplea para -- facilitar procedimientos quirúrgicos en el Cartilago Lobular y para ganar entrada al dorso óseo y cartilaginoso.

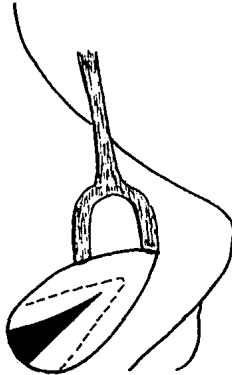
TECNICA: Con la mano derecha se toma el retractor de 4 garras de Cottle y se coloca en la orilla del ala; entonces se inspecciona por retracción. En éste tiempo se puede determinar la profundidad del Cul de Sac, la extensión del Cartilago Lateral Superior y del Cartilago Lobular, la movilidad del Lóbulo, la presencia o ausencia de tensión, etc. Con la mano derecha se toma el bisturí a manera de lápiz. El dedo medio de la mano izquierda actuará siempre como guía, al empujar suavemente el ala para dar mayor exposición. La Incisión se planea de lateral a medial, -- caudal al margen del Cartilago Lateral Superior y cefálico al margen del Cartilago Lobular, y más frecuentemente junto al cartilago Lateral Superior; porque así, habrá suficiente tejido para relabrar el Cul de Sec. La profundidad de la Incisión debe de ser calculada por el cirujano, teniendo cuidado no dañar el Cartilago Lateral Superior o el Lobular. La Incisión se extiende medial y caudalmente con movimientos visibles hasta el nivel de la terminación caudal del septum, teniendo cuidado de no dañar el dorso cartilaginoso o de perforar la piel. Este mismo procedimiento se repite en la otra fosa nasal.

Si existe una Incisión de Hemitransficción, la extensión medial de la Incisión puede ser acortada para no unir éstas dos incisiones. Aunque algunos cirujanos prefieren unir las cuando realizan Hemitransficción Bilateral, prolongado unos cuantos milímetros la extensión medial de la -- Incisión Intercartilaginosa, y posteriormente crear una Incisión de rela jación o en "M", de la cual se hará mención detallada en el capítulo de Incisiones de Abordaje al Cartilago Lateral Superior.

COMPLICACIONES: Si la Incisión Intercartilaginosa se realiza muy - junta al Cartilago Lateral Superior puede ocasionar colapso valvular o - daño al mencionado cartilago. En los casos de cirugía secundaria puede - llegar a perforarse la piel del dorso accidentalmente, ya que debido a - la cicatrización, los tejidos se encuentran atróficos en magnitud va - riable.

Para ver el dibujo de la Incisión Intercartilaginosa, consultar el Capítulo de Incisiones de abordaje al Lóbulo.

INCISIONES DE ABORDAJE AL CARTILAGO LATERAL SUPERIOR



INCISION DE JOSEPH

Las operaciones en el Cartilago Lateral Superior se realizan mejor en la fase inicial de la intervención, cuando el campo operatorio está todavía seco.

La hemostasia y la exposición de precisión son la clave de la cirugía del Cartilago Lateral Superior.

Aunque la Incisión intercartilaginosa sea la más usada para tener acceso al dorso, Anderson señala que también puede utilizarse la incisión de desdoblamiento del Cartilago - Cortando a través del Cartilago - Lobular - como vía de acceso para modificar tanto el dorso de la nariz - como los Cartilagos Lobulares sin lesionar la piel o la mucosa de la vál

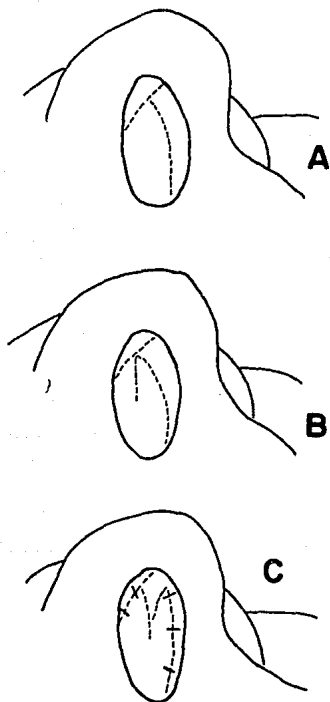
vula nasal. Gray fué el primero en laborar ésta técnica exacta. Se prefiere la Incisión Intercartilaginosa, puesto que permite el acceso más directo al Cartilago Lateral Superior.

El Dr. Fausto López Infante (1979) describe la incisión en "M", - para ello realiza una Incisión Intercartilaginosa prolongada medial y caudalmente y una Incisión Hemitransfictiva izquierda, uniéndolas, formando una "T" como se muestra en una de las figuras. Realiza el mismo procedimiento en la fosa nasal derecha y une ambas incisiones Hemitransfictivas con tijeras de iris.

Posterior a la corrección realizada sobre el Dorso, Cartilago Lateral Superior y Septum, se procede a realizar una Incisión de aproximadamente 5 milímetros en el vertice de la T, para entonces crear una "M". En este momento es cuando se puede realizar resección de piel, según lo amerite el caso. La sutura de aproximación se realiza con catgut crómico 4 ceros.

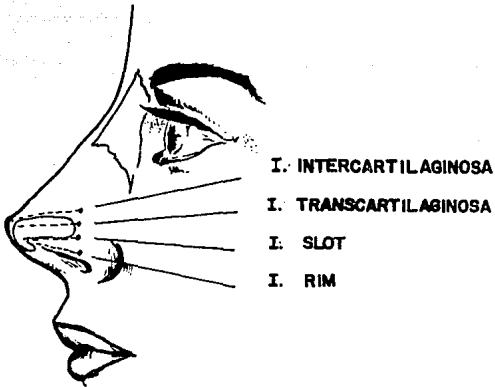
El colgajo en "M" aparte de permitir un acceso directo al dorso - y rotación de la válvula, rompe con la tensión de cicatrización subsiguiente, (Como la existente con una Incisión de Joseph o la de una Incisión Intercartilaginosa y una Hemitransfictiva no unidas.) siendo ésta la mayor de sus ventajas. Adicionalmente conlleva a cambios estéticos favorables aún con el paso de los años, y esto debido a la cicatrización, convirtiendo entonces a ésta en un aliado, y no un enemigo.

COMPLICACIONES: Las inherentes a una Incisión Intercartilaginosa - y a una Incisión Hemitransflectiva, ya descritas en los capítulos correspondientes.



INCISION DE RELAJACION O EN "M" DEL DR. FAUSTO LOPEZ INFANTE

INCISIONES DE ABORDAJE AL LOBULO



El lóbulo consiste de cartilago cubierto por tejidos blandos. Es - móvil y semi independiente del resto de la nariz, estando unido solo por aponeurosis, otros tejidos blandos y al septum membranoso. Sus movimientos están controlados por músculos voluntarios del séptimo par craneal.

Se recomienda que la cirugía del Lóbulo se efectue a seguir de la cirugía del septum y de la válvula, ya que a ésta altura de la operación el campo quirúrgico aún se mantiene seco, no hay edema importante de partes blandas y el cirujano aún no se encuentra cansado..

La Cirugía del Lóbulo tiene 3 finalidades:

- 1.- Rotación: Llevar la nariz más hacia arriba.
- 2.- Proyección: Llevar la punta hacia adelante o dorsalmente.
- 3.- Afinación: Hacer la punta más fina.

Existen varios tipos de incisiones para abordar el lóbulo: La Incisión Slot, Marginal o Infracartilaginosa; La Incisión Trascartilaginosa o Intracartilaginosa y la Incisión Intercartilaginosa. También existe la Incisión Trascartilaginosa Modificada, descrita por el Dr. Webster. Así -- mismo el Lóbulo puede ser abordado mediante una Incisión Anterógrada, o -- por la Incisión de la Rinoplastia Externa.

TECNICA: La Incisión Intercartilaginosa inicia todos éstos procedi mientos, es la Incisión básica para una adecuada exposición lobular y de la pirámide nasal. Para exponer el Cartilago Lobular, se combina con una Incisión de Slot, la técnica que permite separar la piel del Cartilago -- con disección roma hasta la orilla del ala; a través del borde cefálico -- o superior de la crura lateral.

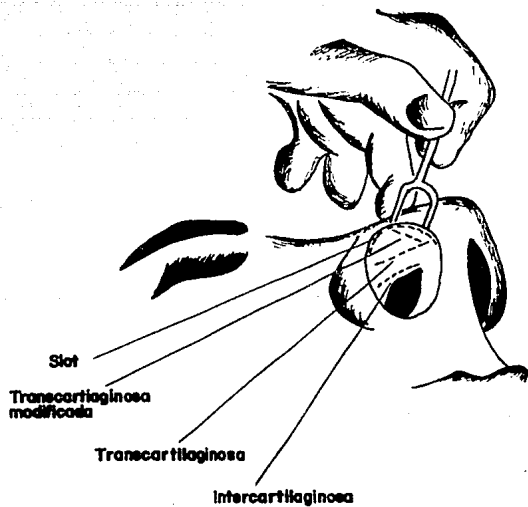
Foman enseñó la Incisión Circunferencial, ésta expone el borde cau dal del Cartilago Lobular y lo libera, permitiendo su modelaje. Por ello debe de tomarse la punta de la nariz, suave y firmemente con el pulgar -- izquierdo y los dedos, rotando para exponer la piel vestibular en la zo na del ala. Con un bisturí con una hoja nueva, se efectua una Incisión, -- caudal a la crura lateral y se continua hacia la punta, ésta se rota --

entonces en dirección opuesta y se efectúa una incisión similar sobre la piel y la porción medial de la nariz.

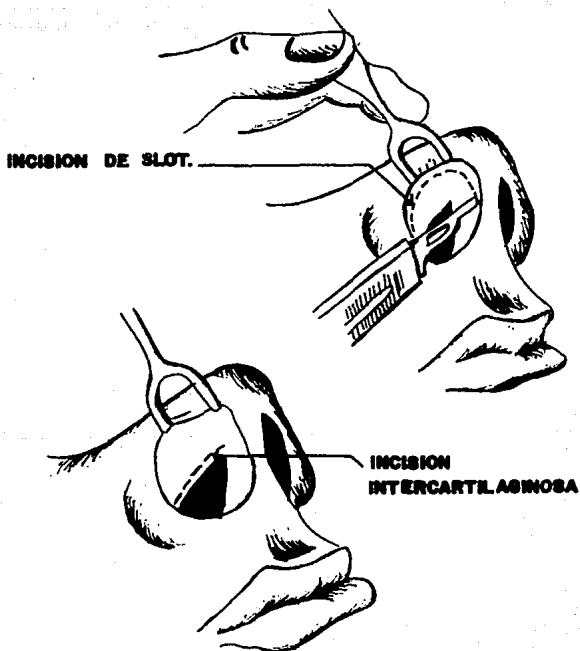
Posteriormente se coloca un retractor de 2 ramas en la orilla de -- ambas incisiones y se efectúa una incisión completa que sigue el borde -- caudal del Cartilago Lobular, es decir, la incisión termina en el tercio_ dorsal de la columela. La piel que cubre la crus y la cúpula se elevan -- mediante disección roma tan extensa como sea necesario y se continúa hasta que las tijeras entran en la Incisión Intercartilaginosa, lo cual indica el margen superior o cefálico del Cartilago Lobular, entonces se -- efectúa la corrección deseada.

Existe también la Incisión de Cúpula o Parcial Ranural (Slot Par- - cial) es un abordaje limitado, se utiliza en aquellos casos que requieren moldeado limitado de la punta nasal, o cuando es necesario preservar el resorte de Cartilago Lobular en la Cúpula, en la cirugía lobular limitada - en la infancia. Esta Incisión de ranura es de aproximadamente 5-6 milímetros en el área cupular, respetando siempre la piel vestibular.

Cuando la situación anatómica del caso requieren tan solo adelgazamiento y rotación conservadora o mínima de la punta, se prefiere realizar un abordaje mediante una Incisión Transcartilaginosa. Se deja intacta la_ mayor parte de la Crus Lateral en una tira completa, reseca solo unos_ cuantos milímetros de su porción medial cefálica, para lograr afinamiento.



INCISIONES DE ABORDAJE AL LOBULO



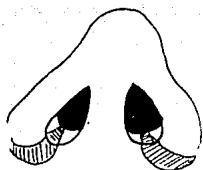
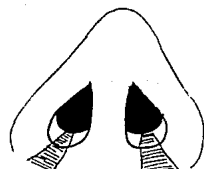
Este procedimiento es muy útil en muchos pacientes, porque tiende a imitar a la naturaleza, altera muy poco la anatomía normal de la punta y en consecuencia cicatriza de manera predecible, con mínima deformación.

Esta Incisión se realiza en la parte media de la Crura Lateral, -- equivale a la mitad de la distancia entre una Incisión Intercartilaginosa y una Incisión de Slot, se realiza de lateral a medial, hasta la cúpula, pero puede extenderse según convenga, dependiendo del tipo de corrección deseada.

Cottle describió en 1952 una modificación a la Incisión Circunferencial y la denominó Incisión en Ranura (Incisión Rim), siendo prácticamente la misma que describió Foman, solo que ésta es mas caudal a la Incisión Slot de Foman. Es estrictamente una incisión circunferencial -- en la orilla del ala, aunque muchos autores consideran que es la misma de Slot. Prácticamente no se usa. En las figuras se muestran los sitios donde deben de efectuarse las Incisiones ya anteriormente descritas.

Hay que recordar siempre que la elección de una incisión dependerá del tipo de deformación y de la técnica se piensa emplear, es decir, más fácilmente, dependerá de lo que se quiera hacer.

COMPLICACIONES: Colapso valvular para el caso de la Incisión Intercartilaginosa. Retracción cicatrizal con estenosis parcial del ala para las Incisiones Circunferenciales. El manejo inadecuado para cualquier -- tipo de Incisión de abordaje al lóbulo puede causar daño o corte a los Cartílagos Laterales Superiores y a los Lobulares.

**WEIR****SHEEHAN****SELTZER****JOSEPH
AUFRICH****HERLYN****CONVERSE**

En las figuras se muestran los diferentes tipos de resección del -
 piealar por diferentes autores. Los tres superiores son los mas usados, -
 sobre todo el tipo Weir. Los restantes se usan poco o se prefiere no --
 usarlos dada su complejidad y secuelas funcionales.

INCISIONES DE ABORDAJE A LA COLUMELA

La columela se define como la parte más caudal del septum que separa las narinas. Contiene las dos cruras medias.

Una de las deformidades más frecuentes en la columela retraída, que en muchas ocasiones solo se reconoce en casos severos. Generalmente es -- debida a traumatismo, otras veces por infección o por cirugía.

La Incisión Hemitransfictiva de Cottle y su técnica quirúrgica para la liberación de los tejidos de la base de la nariz, constituyen el procedimiento adecuado para el acceso de la región de la espina nasal, del - - área premaxilar y las porciones terminales de las cruras medias. En algunos casos, la realización de la Incisión de Hemitransficción cuando existe columela retraída es difícil, por lo que ésta se realiza más cefálica_ y más alta en la porción caudal del cartílago septal.

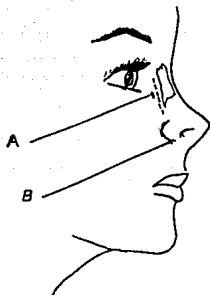
En la técnica de Columeloplastia para columela obstructiva, se dibu_ jan incisiones columelares en los límites laterales de la columela, a lo_ largo del borde caudal de la cruz media, en su longitud completa. La In-- cisión se realiza con bisturí y un retractor doble. Una vez hechas las -- incisiones en ambos lados, se disecciona la piel y el tejido blando, si es ne_ cesario se resecan pequeños fragmentos de cartílago de la cruz media en - forma bilateral. Cuando deseamos trabajar solamente las porciones poste-- riores de la Cruz media, realizamos incisiones similares, pero éstas si-- guen el borde mas cefálico de las cruras.

En algunos casos solo deseamos colocar un injerto en la columela - en este caso solo realizamos una Incisión, de la manera ya descrita.

Es muy importante saber que la corrección de una columela es mucho más que un problema localizado, ya que el acto quirúrgico afecta la crus medial y lateral, la Cúpula, la Base de la Nariz, el área de la Espina - Nasal y la Bóveda Cartilaginosa. Por lo tanto, el manejo adecuado de estas estructuras, mediante un abordaje y técnica adecuadas, será lo que nos permita obtener mejores resultados.

COMPLICACIONES: Incisiones visibles, Retracción de la Columela, -- Asimetría de los Vestíbulos Nasaes.

INCISIONES DE ABORDAJE A LA MAXILA

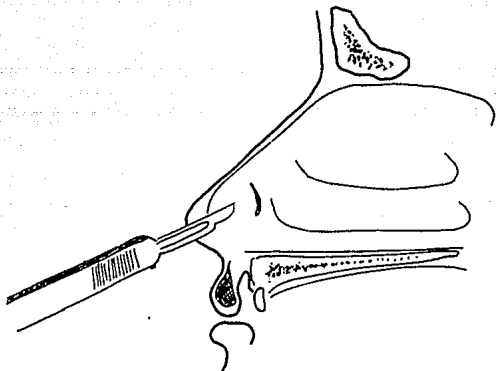


OSTEOTOMIAS

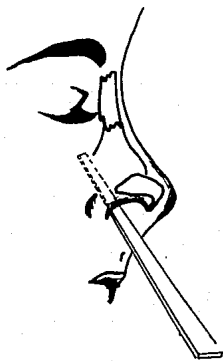
- A:- Vía externa**
B:- Vía Naso-alar

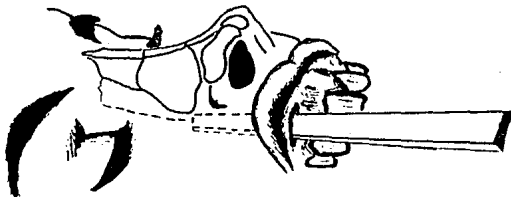
El manejo de la pirámide ósea mediante osteotomías realizadas a través de la rama ascendente del maxilar nos sirve para angostar dicha estructura, para movilizarla total o parcialmente, para proporcionarla, así también como para modificar sus deformidades, asimetrías, etc.

Las osteotomías laterales pueden presentar muchas variantes, la elección de alguna dependerá del tipo de problema al que nos enfrentamos. Estas pueden realizarse mediante diferentes vías: Vía vestibular, Vía gingivolabial y por Vía externa, en ésta última las osteotomías pueden realizarse en el surco nasolabial o sobre la piel de la cara lateral del dorso nasal. Algunos cirujanos plásticos emplean las osteotomías laterales por vía conjuntival.



**OSTEOTOMIAS
VIA VESTIBULAR.**





ACCESO DE OSTEOTOMIAS LATERALES POR VIA GINGIVAL.

VIA VESTIBULAR: Se coloca el rinoscopio en el vestíbulo nasal, tratando de localizar la cresta de la apertura piriforme entre las valvas, - se realiza una incisión de aproximadamente 10 milímetros, vertical, siguiendo el borde de la apertura piriforme.

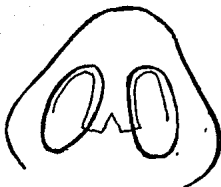
La referencia para realizar la incisión de la Osteotomía Vestibular es: A la altura del borde superior de la cabeza del cornete inferior. Si existen en otras incisiones, esta se acortará para no unir las accidentalmente.

VIA GINGIVOLABIAL: Estas se realizan mediante una incisión en la mucosa gingivolabial, a la altura del canino, de aproximadamente 10 milí-

metros. Al final esta incisión se sutura con catgut crómico 3 ceros.

VIA EXTERNA: Se realizan sobre la piel, a la altura del surco naso óptico, en un punto medio localizado entre el canto interno del ojo y - donde se palpa la apertura piriforme, en el surco mencionado. La vía - - alar es una vía poco usada, para ésta, la incisión se realiza en el surco naso alar, solo la suficiente como para que permita la entrada de un_ cincel. El bisturí se coloca en ángulo recto al pliegue, moviéndolo como si se estuviera aserrando, la incisión se profundiza hasta la cresta piriforme.

COMPLICACIONES: Las Incisiones Externas practicamente no dejan cicatriz visible, y menos aún las realizadas por vía vestibular o gingivolabial. Muy ocasionalmente estenosis parcial vestibular o cuando se realizan incisiones vestibulares. La mayoría de las complicaciones derivan_ de una inadecuada movilización, más que de las incisiones en sí.



INCISION EN "V" INVERTIDA DE LA RINOPLASTIA EXTERNA.

La Rinoplastia Externa es un método para exponer en forma clara y panorámica la infraestructura nasal (Pirámide, punta, septum, columela y espina nasal anterior.) permitiendo la corrección de éstas mencionadas estructuras. Todas las maniobras quirúrgicas excepto osteostomías laterales pueden ser efectuadas bajo visión directa.

Esta técnica permite una precisa manipulación de la nariz considerada como difícil, y, aunque la dificultad en la realización de la Incisión Externa atraumáticamente y la cicatriz resultante podrían ser dos problemas, ninguno otro método ofrece la exposición panorámica que permite la Rinoplastia Externa.

La Incisión en Mariposa no ha cambiado desde su primera aparición en 1973 en las publicaciones. Sin embargo, la técnica exacta de esta incisión ha sufrido algunas modificaciones y suele satisfacer todos los requisitos de exposición en la rinoplastia.

TECNICA: La primera Incisión que se hace es la crural interna. Para ello se coloca el bisturí en la parte alta del vestíbulo, o sea, en la región del domo. La Incisión se hace de dorsal a ventral, hasta el punto en la parte media de la columela, a lo largo del borde caudal de la rama interna (Crus media), se hace una incisión similar en el otro lado.

Posteriormente, una incisión en hendidura lateral o retrógrada, completa la exposición de la Crus Lateral del Cartilago Lateral Inferior. La Incisión se realiza colocando un retractor de Neivert en el ala en el extremo redondeado colocado en el ápice de la incisión crural media. Luego se abre la Incisión lateral cortando la piel vestibular, a lo largo del borde caudal del crus lateral, empezando medialmente y extendiéndose en sentido lateral hasta donde sea necesario, la Incisión se profundiza hasta el nivel de la superficie dorsal del crus lateral y se lleva a cabo la incisión contralateral, el punto de encuentro de las dos incisiones debe de ser exactamente caudal al domo.

Para completar la incisión, se hace una incisión transversal de la columela. Para hacer esta Incisión, se tensa en dirección cefálica la columela y, utilizando el bisturí se hacen dos incisiones de transfección en forma de "V" invertida en la columela. Las "V" invertidas deben de colocarse entre los crura mediales para poder hacer una incisión profunda. La elevación de la piel se realiza mediante disección cuidadosa. Se observan entonces las características anatómicas y se hace la corrección adecuada.

COMPLICACIONES: Cicatriz visible. Retracción de columela, asimetría vestibular si la incisión no es realizada en su sitio exacto. Raramente - necrosis del colgajo.

CIRUGIA PITUITARIA TRANSNASAL

En la actualidad existen muchos abordajes quirúrgicos al Seno Esfenoidal incluyendo el Septal (Sublabial, Rinoplastia Externa, Transeptal - con incisión alar) Etmoidal, Transantral y Rutas de Endoscopia nasal. Sin embargo el abordaje Transeptal es la vía más usada ya que es la más lógica y adecuada para alcanzar la silla turca y las estructuras adyacentes.

También es una vía de abordaje muy útil en el tratamiento de Fístulas de Líquido Cefalorraquídeo, Craneofaringeoma, Carcinoma Metastásico, Retinopatía Diabética, Mucocele, Meningioma e incluso Carcinoma del Seno Esfenoidal.

Con la técnica Transeptal, ya mencionada anteriormente, pueden utilizarse las Incisiones de Freer o la de Killian. Otros autores realizan una incisión vertical 2 mm anterior a la línea de unión del proceso maxilar del frontal y los huesos maxilares. Esta última incisión tiene la ventaja de que disminuye el tiempo operatorio y evita la necesidad de realizar alotomía, como en los casos de las narices pequeñas como la de los niños.

COMPLICACIONES: La Incisión de Killian y la Incisión Vertical tienen la desventaja de que se realizan sobre la mucosa nasal, pudiendo causar con ello alteraciones de la irrigación y la inervación. Así mismo la Perforación septal es más fácil que aparezca por la delgadez de la mucosa nasal en esa zona.

No hay que olvidar que si el bienestar y la seguridad del paciente están de por medio, este tipo de complicaciones bien puede quedar en un plano secundario, siendo más importante la solución del problema primario.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El Dr. Cottle mencionaba que antes de realizar cualquier incisión, la cirugía debía de estar ya en la mente del cirujano.

Parece redundante afirmar que el cirujano debe de poseer un conocimiento profundo de la anatomía y fisiología nasales antes de intentar cualquier corrección quirúrgica en la nariz. La experiencia, la habilidad y el respeto de nuestras limitaciones son factores que hay que tener en cuenta si es que queremos obtener buenos resultados.

Un abordaje nasal puede ser efectuado por diferentes incisiones. En general podemos decir que la elección de la incisión dependerá de la estructura que se quiere abordar, es decir, emplearemos aquella que nos proporcione una cercaña y una visibilidad tales, que nos permita trabajar adecuadamente sobre dicha estructura. Por ejemplo, un abordaje directo al Dorso o al Cartilago Lateral Superior es proporcionado por la Incisión Intercartilaginosa. En el caso del Septum, todos sabemos que la Incisión Hemitransfictiva es la más adecuada. Para otras estructuras como el Lóbulo, la Incisión dependerá de la modificación que se quiera efectuar, por ejemplo, cambios mínimos pueden realizarse mediante una Incisión Intercartilaginosa (Retrogradamente) o mediante una Incisión Transcartilagínosa. Si se requiere de mayor visibilidad para trabajar un Lóbulo que consideramos difícil, podemos utilizar un abordaje combinado mediante una Incisión Intercartilaginosa con una Slot, aunque hay quienes prefieren en estos casos exponer las estructuras mediante una Rino-

plastia Externa. La Incisión en "M" descrita por el Dr. López Infante - nos proporciona una excelente visibilidad de la Pirámide Osea y Carti--laginosa, a parte de las ventajas ya descritas en el capítulo correspon--diente.

No debemos de tener una técnica rutinaria para trabajar y abordar todas las narices, ya que no todas son iguales y no todas requieren de los mismos cambios, recordemos que cada Incisión, cada Excisión de tejido y cada Modificación son oportunas de la Rinoplastia el cirujano -- debe de limitarse a hacer lo imprescindible, corrigiendo unicamente lo -- que se necesita ser corregido. Pautas más definidas para el manejo solo nos las da la experiencia. Recordemos que la Cirugia Nasal en una Ciencia y es un Arte, por lo que no existen reglas precisas para su manejo, por ello, sigue siendo un reto al conocimiento y a la destreza aún para el Cirujano más experimentado.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Adamson PA, Smith O, Tropper G.J.: Incision and Scar Analysis in Open (External) Rhinoplasty. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 116:671-675, June 1990.
- 2.- Alatorre G, Fernández I.: Cirugía Nasal. Primera Edición por los autores, 1985.
- 3.- Brain DJ.: The Indian Contribution to Rhinoplasty. The Journal of Laryngology and Otology 102:689-693, August 1988.
- 4.- Burgess LP.: The External (Combination) Rhinoplasty Approach for the Problem - Nose. Journal of Otolaryngology 14:2:113-119, 1985.
- 5.- Cirillo DP.: Maxilla premaxilla Approach to Extensive Nasal Septum Surgery. Ann Plast Surg 21:2:49-54, July 1988.
- 6.- Converse JM. Reconstructive Plastic Surgery, Cap. 29:" Corrective and Reconstructive Surgery of the Nose". Vol 3. Second Edition, Philadelphia, 1977.
- 7.- Cottle MH.: Corrective Surgery Nasal Septum and External Pyramid. (The Yellow Course Book) Chicago: Amer Rhin Soc 1960.
- 8.- Cottle MH.: John Orlando Roe, Pioneer in Modern Rhinoplasty. Arch of Otolaryngol 80:22-27, July 1964.
- 9.- Cottle MH.: The Maxilla premaxilla Approach to Extensive Nasal Septum Surgery. Arch Otolaryngol (Chicago) 68:313-325, September 1958, USA.
- 10.- Crysedale WS, Thatam B.: External Septorhinoplasty in Children. Laryngoscope 95:12-26, January 1985.
- 11.- Davidson TM, Webster RC.: High Septal Transfixion Incision in Septal, Sinus and Nasal Surgery. Laryngoscope 97:1008-1013, 1979.
- 12.- Escajadillo R, Gortari E.: Transeptal Approach for the Treatment of Pituitary Lesions. Arch Otolaryngol 109:326-329, 1983.
- 13.- Fanous N.: Columelloplasty for the Wide Obstructing Columella. Laryngoscope 100:203-205, February 1990.
- 14.- Fitzpatrick T.: Dermatology in General Medicine. Book I. 3rd Edition. McGraw Hill, New York, 1987.
- 15.- Goode RL.: Surgery of the Incompetent Nasal Valve. Laryngoscope 95:546-555, May 1985.
- 16.- Goodman WS, Charbonneau PA.: External Approach to Rhinoplasty. Laryngoscope 84:2195-2201, May 1974.
- 17.- Healy GB.: An Approach to the Nasal Septum in Children. Laryngoscope 96: -- 1239-1242, November 1986.
- 18.- Hilger JA.: The Internal Lateral Osteotomy in Rhinoplasty. Arch Otolaryngol 88:119-120, August 1968.

- 19.- Hinderer KII.: *Fundamentos de Anatomía y Cirugía de la Nariz*. Tercera Edición (Latinoamericana) Aesculapius Publ. Comp Birmingham (Alabama) USA. 1978.
- 20.- Kamer FM, Churukian MII.: High Septal Transfixion for the Correction of Caudal Septal Deformities. *Laryngoscope* 94:391-394, March 1984.
- 21.- Kern EB.: Transnasal Pituitary Surgery. *Arch Otolaryngol* 107:183-190, March 1991.
- 22.- McCollough EG, Mangat D.: Systemic Approach to Correction of the Nasal Tip in Rhinoplasty. *Arch Otolaryngol* 107:12-16, January 1981.
- 23.- Mohamed EB.: A Modified Incision for the Trans-septal Trans-sphenoidal Adenectomy. *The Journal of Otolaryngol* 103:670-671, July 1989.
- 24.- Quilligan JJ.: External (Combination) Rhinoplasty Approach for the Trans-sphenoidal Adenectomy. *The Journal of Otolaryngol* 14;3:192-196, 1985.
- 25.- Ress TD.: *Aesthetic Plastic Surgery*. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1980.
Sabiston DC.: *Tratado de Patología Quirúrgica*. Tomo I, Cap. 13: "Cicatrización de las Heridas, Características clínicas y Biológicas". Undécima Edición Editorial Interamericana, 1981.
- 26.- Sawyer R.: Nasal Approach to the Sphenoid Sinus prior Septal Surgery. *Laryngoscope* 101:89-91, January 1991.
- 27.- Sheen AP, Sheen JII.: *Aesthetic Rhinoplasty*. Book I. Second Edition. San - Louis: Mosby. 1987.
- 28.- Stevens MI, Apfelbaum RI.: Transnasal Pituitary Tumor Surgery. *Laryngoscope* - 100:427-429, April 1990.
- 29.- Thomas JR, Freeman MS.: External Rhinoplasty: Intact Columellar Approach. *Laryngoscope* 100:206-208, February 1990.
- 30.- Thomas JR, Griner NR, Rembler DJ.: Steps for a Safer method of Osteotomies in Rhinoplasty. *Laryngoscope* 97:745-746, June 1987
- 31.- Triglia JM, Cannoni M, Pech A.: Septorhinoplasty in Children, Benefits of the External Approach. *The Journal of Otolaryngology* 19;4:274-278. 1990.
- 32.- Walter C.: The Evolution of Rhinoplasty. *The Journal of Laryngology and Otology* 102:1079-1085, December 1985.
- 33.- Wilson WR, Khan A, Laws ER.: Transeptal Approaches for Pituitary Surgery. *Laryngoscope* 100:817-819, August 1990.