

11211 28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"**

**"RINOPLASTIA ESTETICA CON POSTE
INTERCRURAL Y TIPO ESCUDO LARGO A
TRAVES DE ABORDAJE MARGINAL
EXPERIENCIA EN LA CRUZ ROJA MEXICANA .**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN: CIRUGIA PLASTICA
ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A
DR. JUAN LEONIDES PARRA GARCIA

291389



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.

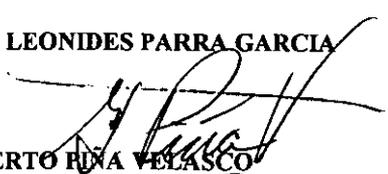
HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TITULO

**RINOPLASTIA ESTETICA CON POSTE INTERCRURAL
Y TIPO ESCUDO LARGO A TRAVEZ
DE ABORDAJE MARGINAL
EXPERIENCIA EN LA CRUZ ROJA MEXICANA**

DR. JUAN LEONIDES PARRA GARCIA


DR. GILBERTO PIÑA VELASCO

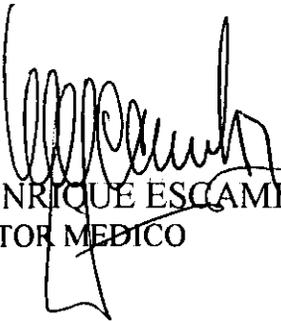
TUTOR


DR. GILBERTO PIÑA VELASCO

TUTOR DEL CURSO

HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
"DR. GUILLERMO BARROSO CORICHI"

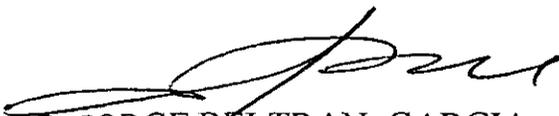
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DR. ENRIQUE ESCAMILLA AGEA
DIRECTOR MEDICO



HOSPITAL CENTRAL
CLINICA MEDICA



DR. JORGE BELTRAN GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



HOSPITAL CENTRAL
CATEDRA DE ENSEÑANZA

DEDICATORIA

A MI PADRE: Q.E.P.D.

SU RECUERDO ES EL ESTIMULO CONTINUO PARA MI SUPERACION.

A MI MADRE:

*PORQUE ES MI ALTAR, Y MI EJEMPLO DE BONDAD, DIOS HA PERMITIDO
BRINDARLE ESTA ALEGRIA.*

A QUIQUIS: Q.E.P.D.

RECUERDO SIEMPRE PRESENTE PARA ALCANZAR LOS SUEÑOS DESEADOS

A MI ESPOSA

GRACIAS Cecy POR BRINDARME TU AMOR Y TU APOYO SIN LIMITES.

A MI HIJO JUAN MIGUEL

PORQUE ERES EL PRINCIPAL MOTIVO DE MI VIDA

A MI HERMANA CARMEN:

POR SU APOYO CONSTANTE Y DESINTERESADO.

A MIS HERMANOS

GRACIAS POR SU APOYO Y SUS CONSEJOS

A MIS SOBRINOS:

CON AMOR.

MAESTRO

DR. GILBERTO PIÑA VELASCO

**BRINDO A USTED MI MAS SINCERO
AGRADECIMIENTO Y MI AMISTAD
POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD
Y LAS ENSEÑANZAS PARA FORMARME
COMO CIRUJANO PLASTICO.**

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES HISTORICOS	5
DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES	17
OBJETIVOS	24
JUSTIFICACION	25
MATERIAL Y METODOS	27
CRITERIOS	28
TECNICA QUIRURGICA	29
RESULTADOS	30
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	32

RESUMEN

La frecuencia de rinoplastia secundaria estetica se estima en 15%, de acuerdo a reportes de Instituciones Nacionales y de otros Países, de las secuelas mas comunes para corrección quirúrgica, el descenso de la punta nasal es motivo frecuente de repetidas visitas por inconformidad de los pacientes.

Ante ésta inquietud, hemos desarrollado una tecnica para rinoplastia diferente a las tecnicas habituales utilizando un abordaje marginal modificado sin incisión en la columela o en su base, colocando un poste de cartilago septal intercrural y un injerto tipo escudo largo fijándolos entre si, para evitar dicha secuela .

El objetivo de dicho estudio es que ante cualquier tipo de nariz, con esta técnica se obtengan resultados estéticos y funcionales altamente satisfactorios para el cirujano y el paciente.

En el servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Guillermo Barroso Corichi" de la Cruz Roja Mexicana, se llevó a cabo el estudio prospectivo de "RINOPLASTÍA ESTÉTICA CON POSTE INTERCRURAL Y TIPO ESCUDO LARGO A TRAVES DE ABORDAJE MARGINAL", a partir del 1º. de enero de 1999 al 30 de noviembre de 1999. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 2 meses. y el máximo de 11 meses.

Se intervinieron quirúrgicamente a 40 pacientes, con esta técnica, de los cuales 31 (77.5%) eran del sexo femenino y 9 (22.5%) del sexo masculino; La edad oscilo entre los 15 a 48 años con un promedio de 27.6 años.

37 pacientes presentaban nariz mestiza (92.5%) y 3 pacientes nariz caucásica (7.5%), la piel de 3 pacientes era del tipo "A" correspondiéndole el

7.5%. 29 de ellos presentaban piel tipo "B" ocupando el 72.5% y 8 pacientes con piel tipo "C" representando el 20.0%. Los pacientes con punta bulbosa fueron 37 (92.5%) y con punta delgada 3 pacientes (7.5%).

El procedimiento de rinoplastia primaria se llevó a cabo en 35 pacientes (87,5%) y la rinoplastia secundaria se realizó en 5 pacientes (12.5%).

Los resultados estéticos con respecto a la proyección de los puntos nasales fueron *excelentes* en 35 pacientes manteniendo un ángulo nasolabial de 105°, en 3 pacientes fue *bueno* logrando un ángulo nasolabial de 90° y en 2 pacientes *regular* presentando ángulo nasolabial de 80° y 85° respectivamente. La proyección de los puntos luminosos se consideró excelente en 37 pacientes, siendo buena en 3.

En 4 casos (10%) se presentaron complicaciones, estas consistieron en sufrimiento de la piel de la punta nasal, en forma severa en 1 paciente sin embargo epitelizó satisfactoriamente después de 3 semanas y en otro caso el sufrimiento de la piel fue leve sin dejar ninguna secuela, en 2 casos se produjo laterorrinia derecha.

La técnica utilizada, es diferente a las técnicas de rinoplastia habituales descritas hasta el momento. Es una técnica innovadora con la cual se resuelve el problema del descenso de la punta nasal.

Se lleva a cabo un abordaje marginal a través del cual se colocan injertos de cartilago septal, aplicando un poste intercrural largo fijándolo a las cruras y un injerto tipo Sheen el cual se fija a las cruras y al poste intercrural, obteniendo con ella resultados estéticos altamente favorables, ya que además se hace el manejo quirúrgico de todas las estructuras de la nariz y sobre todo se

consigue que la proyección y rotación de la punta nasal sea permanente y armónica con el resto de la nariz.

Es importante mencionar que en los pacientes con piel tipo B o C la textura de la piel adquirió un aspecto mas terso y fino, esto probablemente secundario a la resección de tejido graso, lo cual provoca atrofia de las glándulas sebáceas.

Los pacientes refieren estar satisfechos con los resultados estéticos obtenidos y en ningún caso han manifestado inconformidad.

INTRODUCCIÓN

La frecuencia de complicaciones en pacientes operados de rinoplastia se estima entre el 7 al 15%, de acuerdo a reportes nacionales e internacionales. El descenso de la punta nasal es una de las complicaciones más frecuentes, lo cual provoca inconformidad en los pacientes, y puede ser debido a varios factores como son las características propias de la nariz, la experiencia y conocimientos del cirujano, la reacción cicatrizal, formación de edema y fibrosis, movilización y reabsorción de los injertos, y evolución propia del paciente. ⁽⁵⁾

Los mejores resultados se obtienen en narices que no han sido intervenidas quirúrgicamente y está en relación con la técnica aplicada y la experiencia del cirujano, así como con el tipo de nariz, siendo menos favorable en nariz de características negroides y mestizas, y con piel tipo "C".

La nariz mexicana presenta características muy especiales debido a una mezcla de rasgos de las diferentes razas, convirtiéndola en una nariz mestiza, lo cual amerita técnicas quirúrgicas también diferentes, para poder conseguir resultados estéticos favorables y que vayan de acuerdo a la armonía de la raza mexicana.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Rinoplastia estética surge como consecuencia de la evolución de múltiples procedimientos quirúrgicos para mejorar el aspecto de la nariz, debido a diversas causas que provocan alteraciones en dicha estructura, teniendo como fundamento los conocimientos de anatomía y fisiología. Innumerables personajes de diversas nacionalidades han participado en el desarrollo de la cirugía de la nariz a lo largo de la historia del hombre

Los primeros reportes de tratamiento de fracturas nasales se atribuyen a la civilización Egipcia y se encuentran descritos en el Papiro de Edwin Smith 2200 años a. de J.C.

En la civilización Hindú 1500 años a. de J.C en el Rig Veda y Atharva Veda se describe la reconstrucción nasal con colgajos de mejilla, motivados por la pérdida de la nariz probablemente por castigos.^(1,2)

En Sicilia Italia año 1430 Los hermanos Branca llevaron a cabo la reconstrucción de la punta nasal con colgajo braquial, posteriormente este procedimiento continuo realizándolo y difundiéndolo el profesor de Cirugía Gaspar Tagliacozzi de Bolonia Italia y fue publicado en Venecia "Decortorum chirurgica per insitionem" en 1597. este médico es considerado además como el segundo padre de la Cirugía Plástica.^(1,2)

Leonardo da Vince en el siglo XV dividió la unidad facial en 3 segmentos equidistantes, marcando así una pauta importante en los cánones de belleza humana , esas premisas han sido respetadas por los artistas de todos los tiempos y aun vigentes, son guías de gran valor para el cirujano plástico en

cuanto a la apreciación del paciente y su futura corrección nasal. (2)

Tiene gran mérito mencionar al cirujano Ambrosio Paré quien en el siglo XVI informo de un caso de reconstrucción nasal operado exitosamente con el colgajo de Tagliacozzi. (2)

No es hasta 1794 cuando aparece en una revista de Londres una carta proveniente de la India en la cual se informa acerca de la reconstrucción de la nariz con un colgajo medio frontal, dicha investigación se le atribuye al cirujano Londinense Joseph C. Carpue en 1816. (2)

En Alemania Von Graffe realiza rinoplastias y utiliza por primera vez el termino de "Plastic" en su monografía titulada "Rhinoplastic" Berlin, año 1818 (1)

Considerado uno de los más grandes maestros de la Cirugía Plástica Juan Federico Dieffenbach en el año 1845 dedica en su libro "Cirugía operatoria" mas de 100 paginas a la descripción detallada de la reconstrucción nasal por medio de colgajos, y la corrección de una nariz torcida. Así mismo una larga lista de eminentes cirujanos que contribuyeron notablemente al perfeccionamiento de las técnicas de rinoplastia. (1,2,3)

Jhon Roe en 1887 - 1891 fue el primer cirujano que utilizo un abordaje intranasal para corrección de deformidades nasales, el cual según publicaciones este autor tenia conocimiento tanto de los aspectos funcionales como psicológicos de las rinoplastias correctivas.

Publico sus experiencias obtenidas en la cirugía de la punta nasal globosa, la incisión intranasal, la reducción de la giba y el uso de anestesia local con cocaína (4)

En 1892 Robert Weir de Nueva York describe la técnica de rinoplastia y subraya la importancia de la incisión intranasal para reseca la giba. ^(1,2)

Monks de Boston en 1898 describe las incisiones en la base de las alas nasales y la columela para levantar la nariz y obtener mejor visualización, esta idea fue secundada por Gillies en 1923 con su técnica. ^(1,2)

Von Mangold en 1900 lleva a cabo la toma de cartilago costal para dar soporte al dorso nasal. ^(1,2)

Los cirujanos Nelaton y Ombredanne en el año 1904 publican su libro "La rinoplastia" mencionando los posibles métodos de reconstrucción nasal. ^(1,2)

Gullies ideó en 1920 el colgajo de cuello y tórax con hueso de la mastoides para reconstrucción de la nariz. ^(1,2)

Rethy en 1929 propuso la rinoplastia con técnica abierta llevando a cabo la incisión directamente sobre la columela para brindar mejor exposición de las estructuras nasales internas (incisión de Rethy). ⁽⁴⁾

Corresponde a Joseph 1931, el mérito de haber popularizado la cirugía correctora nasal a través de incisiones internas. ⁽⁴⁾

Peck lleva a cabo la plastia de la punta nasal colocando injertos de cartilago, en forma apilada sobre las cruras para proyectar la punta.

Sheen en 1978 describió aspectos esenciales que se deben considerar al realizar cirugía estética de la nariz, para lograr una nariz bien definida, dando una conformación especial al cartilago que se utiliza como injerto en la punta y la columela. ⁽⁴⁾

Uno de los pilares de la cirugía plástica en nuestro país es el

Dr. Fernando Ortiz Monasterio, ha realizado innumerables aportaciones a la especialidad en diferentes ámbitos, habiendo trascendido a nivel internacional por los estudios realizados en cirugía cráneo facial, manejo del labio y paladar hendido y cirugía nasal. escribió su libro sobre rinoplastia en 1996. ⁽⁶⁾

El Dr. José Guerrerosantos ha hecho múltiples aportaciones a la cirugía plástica y en 1990 escribe un artículo sobre “rinoplastia estética con técnica open tip sin incisión de la columela” consiguiendo con ello proyección y rotación adecuada de la punta nasal sin cicatrices externas. ⁽¹³⁾

Yukio Shirakabe y cols. en 1981 llevaron a cabo un estudio sobre rinoplastias aplicando prótesis de diversos materiales en la punta nasal y en el dorso para lograr proyección de la punta nasal, observaron que gran numero de estos pacientes presentaron exposición del material y en muchos de ellos tuvo que ser removida la prótesis, sin embargo la prótesis de silicón se aplico en 1600 pacientes con resultados satisfactorios con un seguimiento de 5 años. ⁽⁷⁾

Mark B. Constantian 1984 refiere que muchos de los pacientes buscan refinamiento de la nariz posterior a rinoplastia para afinar la punta, remover un poste o estrechamiento de la nariz. Sin embargo cualquier retoque o refinamiento de la nariz es un aspecto desafiante y muchas veces se trata de eludir; debido a los diversos límites del esqueleto y las deformidades de los tejidos blandos, la complejidad de la cirugía nasal y los cambios postoperatorios .

Por ello describe 3 interrelaciones principales que pueden ayudar a lograr el refinamiento tanto en la rinoplastia primaria o secundaria

- 1.- Crear o regularizar en lo que sea posible los planos nasales
- 2.- Respetar los reflejos luminosos nasales laterales
- 3.- Mantener o expandir el tamaño de la cubierta cutánea ⁽⁸⁾

Liacyr Ribeiro en 1989 describe un nuevo abordaje para corregir la punta nasal posterior a rinoplastia cuando ha sufrido pinchamiento o pelliscamiento sobre todo por manejo inadecuado de los cartílagos alares o por resección equivocada de los mismos lo cual conlleva a alteraciones estéticas y funcionales.

El procedimiento lo lleva a cabo realizando una incisión de Rethi en la columela y marginal y a través de ella realiza la disección de los cartílagos alares traslapando las cruras laterales invirtiendo su posición evitando el efecto de pelliscamiento. ⁽⁹⁾

Jack P. Gunter y cols. en 1989, mencionan que una nariz corta se define como una deformidad adquirida en la cual la nariz parece achicada . está caracterizada por una distancia disminuida a partir del ángulo nasofrontal a los puntos que definen la punta y un incremento en el ángulo nasolabial con aumento de los orificios nasales. Ellos describen un método para aumentar la nariz estéticamente corta, por medio de rotación de la punta nasal en una dirección inferior, por medio de una reposición de los cartílagos de las cruras laterales en una posición mas inferior, la rotación de la punta produce un aumento efectivo así como una ilusión de una nariz aumentada. ⁽¹⁰⁾

Mark B. Constantian y cols. 1989, apoya que la posición del dorso influye directamente en el tamaño aparente de la base nasal: entre mas alto sea

el puente, más pequeña parece la base nasal. Esta ilusión óptica poderosa proporciona al cirujano una alternativa estratégica para crear armonía en la nariz con un dorso bajo y recto, y la base nasal desproporcionadamente muy grande. En lugar de reducir la nariz inferiormente el cirujano puede aumentar el tamaño de la nariz superiormente. Esta alternativa estratégica limita la cantidad de reducciones esqueléticas nasales, limitando a su vez los cambios por distorsión de los tejidos blandos e incrementa el control del cirujano sobre sus resultados. ⁽¹¹⁾

Rollin K. Daniel 1990 refiere que los puntos o reflejos luminosos en la nariz son de gran importancia para indicar las características anatómicas y evaluar los resultados clínicos, sin embargo Sheen hace una crítica a este concepto mencionando que él no usa los reflejos luminosos para cuantificar los resultados quirúrgicos. ⁽¹²⁾

El Dr. José Guerrerosantos en 1990 propone llevar a cabo la rinoplastia abierta sin realizar incisión en la piel de la columela, empleando esta técnica para corregir la punta nasal en rinoplastia primaria o secundaria con excelentes resultados. ⁽¹³⁾

Mark B Constantian en 1990 comenta que el ángulo septal puede ser un punto cardinal dentro de las estrategias para la rinoplastia porque el septum alto en el ángulo indica 1.- el tamaño de la base nasal en relación con un dorso alto y 2.- la proporción del soporte de la punta corresponde con el puente nasal. La forma del dorso sirve de guía para el tratamiento de la punta nasal. ⁽¹⁴⁾

Zhang Xuetong y cols. 1990 reportaron un estudio de las medidas de la nariz y la cara así como sus correlaciones en el adulto joven, de

nacionalidad China, discutiéndose las correlaciones entre una nariz alta y grande, y las características morfológicas de la cara. encontrando diferencias significativas entre las diferentes razas y sexos. Dándole gran importancia a los ángulos nasofaciales. ⁽¹⁵⁾

En un estudio sobre complicaciones de la cirugía nasal John F T. en 1990 refiere 259 pacientes sometidos a cirugía nasal de los cuales a 35 de ellos se les practico rinoplastia y en 13 de estos casos presentaron serias complicaciones como son hemorragia en 5 casos, perforación septal en 4, infección en 3 y neumoencefalo en 1, todos los pacientes tenían asociados procedimientos como septumplastia o cirugía de cornetes. Concluyendo que la tasa de complicaciones fue del 5% en pacientes sometidos a rinoplastia. ⁽¹⁶⁾

Rollin K. Daniel 1992 basándose en observaciones anatómicas de 50 pacientes refiere que en la punta nasal, se definen fácilmente 3 ángulos siendo estos: El ángulo de rotación de la punta, ángulo de definición del domo y ángulo de divergencia del domo, los cuales pueden ser creados quirúrgicamente. ⁽¹⁷⁾

En 1992 Mark B. Constantain describe diversos efectos en el dorso y la punta nasal que se consiguen con los injertos cartilagosos y óseos para el manejo de diversas configuraciones nasales. ⁽¹⁸⁾

H. Steve Byrd y cols en 1993 describe que existe un balance del polígono nasal correspondiendo; a la unidad el dorso nasal, 1/3 de la longitud del dorso a nivel del radix y 2/3 de la longitud del dorso desde la base de las alas nasales a la punta. ⁽¹⁹⁾

Sam T. Hamra 1993, subraya que la posición anómala de la crura

lateral es una variante normal de los cartílagos alares nasales como lo describió Sheen. La crura lateral posicionada cefalicamente deja al rim alar sin soporte, causando deformidad y desestabilización potencial de la competencia de la vía aérea. Describe un procedimiento modificando la técnica de Sheen y con ello puede hacer que aumente o disminuya el ángulo de divergencia de la crura lateral mejorando la proyección de la punta nasal, dicho procedimiento lo lleva a cabo a través de abordaje abierto con incisión de Rethi. ⁽²⁰⁾

Ronald P. Gruber 1993 hace mención que la nariz de longitud corta es uno de los problemas mas difíciles de la rinoplastia y hace 2 sugerencias; Primero considerar la relación substancial de tejidos blandos y Segundo la técnica de exposición que involucra (1) relaciones entre el mucopericondrio septal bilateralmente, (2) relaciones del septum superior con el cartílago lateral inferior y (3) uso de injerto cartilaginoso septal para aumentar la longitud septal caudalmente fijando dicho injerto. El lleva a cabo el abordaje abierto con incisión en bayoneta o escalera en la columela. ⁽²¹⁾

Jack H. sheen en 1993 reportó sus resultados de un estudio retrospectivo sobre rinoplastia estética durante 20 años. en dicho estudio menciona que los injertos cartilagosos los utiliza para conseguir proyección de la punta nasal y aumentar el ángulo de la unión columelo lobular, en casos de rinoplastia secundaria y posteriormente lo utilizó en rinoplastias primarias con inadecuada proyección de la punta nasal.

El injerto colocado en la punta era notorio sin embargo posteriormente llevó a cabo el machacamiento del cartílago con lo cual se hacia menos aparente.

También se menciona que el primer tipo de injerto cartilaginoso era obtenido

de la concha auricular pero fue abandonado como injerto primario, además de haberse disminuido con ello la incidencia de infección.

Conforme evolucionaba y perfeccionaba su técnica se diseñaron múltiples formas del injerto. ⁽²²⁾

Aparece una muesca comúnmente en el punto medio del dorso nasal cuando el puente se reseca excesivamente y se pierde la capacidad de los tejidos blandos para contraerse. Esta muesca se ve comúnmente en pacientes con rinoplastia secundaria y aparece en el área del supratip o cefalicamente y puede aparecer, se haya o no reseca el supratip. La muesca corresponde al centro de una deformidad en V invertida y como signo se encuentra colapso valvular, y puede ocurrir incluso cuando la mitad de la válvula ha sido reconstruida.

Mark B. Constantaian 1993 refiere que la ablación de la muesca en el dorso y la aplicación de injerto cartilaginoso es efectivo en pacientes con rinoplastia primaria o secundaria. ⁽²³⁾

Antonio de la Fuente y cols. 1995 hacen mención que la desviación septal es muy común en pacientes operados de rinoplastia funcional y estética. El recomienda que siempre se debe conservar un poste en L de cartilago septal pero si es necesario se puede reseca parcialmente o totalmente el sostén de esta área siempre y cuando se restablezca un injerto columelar y en el dorso. Además recomienda una disección mucopericondríca y mucoperiosteal bilateral del septum hasta el borde caudal para manejar en su totalidad la desviación septal. ⁽²⁴⁾

Russell W. y cols. 1995 mencionan ciertas consideraciones

psicologicas, financieras y legales implicadas cuando se realiza un procedimiento de rinoplastia secundaria. ⁽²⁵⁾

E. Gaylon McCollough y cols. 1995 hacen mención que uno de los problemas mas difíciles de resolver posterior a una rinoplastia es el descenso de la punta nasal, y que el objetivo de cualquier cirujano plastico es conseguir el balance y armonía, pero existen factores de tipo anatómico, técnicos y iatrogenicos influyen en los cambios que sufre la punta de la nariz. Ellos mencionan ciertos parámetros geométricos que se deben considerar al realizar el procedimiento esquematizando las estructuras de la nariz en forma de un tripode, que al perder su configuración produce las alteraciones ya conocidas en la punta nasal. A través de un abordaje de Rethi colocan un poste intercrural y fijación del mismo a las cruras. ⁽²⁶⁾

Mark J. Glasgold y Alvin Y. Galsgold (1995) Analizan las deformidades de la punta nasal mas comunes posteriores a la rinoplastia y describen una técnica para la conformación y colocación de injertos en la punta nasal a través de una incisión transcolumelar, con lo cual consiguen proyección y conformación de los puntos luminosos. ⁽²⁷⁾

Raymond J. Konior (1995) menciona que el descenso de la punta nasal posterior a una rinoplastia primaria ocurre a menudo por una perdida iatrogenica del soporte de la punta nasal, y que para corregir esta deformidad el cirujano debe restablecer el soporte y la estabilidad de la nariz, describe la técnica de rinoplastia abierta para corregir este problema, utilizando injertos de cartilago autólogo y fijándolo con suturas. ⁽²⁸⁾

M. E. Tardy y cols. (1995) hacen referencia a la corrección estética de

la desproporción columelo-alar, lo cual de acuerdo a los reportes puede ser una variante anatómica, la retracción alar y la deformidad columelar puede resultar como consecuencia de una cirugía no bien realizada, y ellos describen el procedimiento para corregir esta deformidad ⁽²⁹⁾

L. Salay y cols. 1996 La rinoseptumplastia es sin duda una de las cirugías mas difíciles de la cirugía plástica facial y que hasta en un 6 a 9% de los casos es necesario realizar corrección de las complicaciones. Mencionan que el porcentaje de complicaciones se incrementa cuando la cirugía es realizada por cirujanos sin experiencia. Sin embargo la cirugía secundaria no deberá realizarse antes de 12 meses. ⁽³⁰⁾

Ramón Cuenca Guerra (1998) hace una recopilación de las diversas técnicas empleadas en rinoplastia cosmética en México, desde 1936; menciona personalidades como el Dr. González Ulloa, Dr. Ortiz Monasterio, Dr. José Guerrerosantos, Dr. Jarada, entre otros. Da un enfoque sobre todo a las técnicas utilizadas para resolver el problema de la punta nasal descendida, utilizando injertos de cartilago autologo y materiales aloplasticos. ⁽³¹⁾

William P. Adams y cols. (1999) Describen las bases anatómicas y las implicaciones clínicas para el soporte de la punta nasal en rinoplastia abierta o cerrada. La rinoplastia exitosa depende del soporte de la punta nasal y tiene influencia en la proyección de la punta nasal. Los factores involucrados en la proyección de la punta nasal son numerosos; sin embargo el papel del septum anterior versus los cartilagos alares han sido motivo de debate en la literatura, ellos cuantificaron los elementos críticos para el soporte de la punta nasal con técnicas de rinoplastia abierta versus cerrada en cadáveres, en la comparación

de las técnicas observaron que en la técnica cerrada había pérdida de la proyección de la punta nasal. ⁽³²⁾

Mark B Constantian 1999 A pesar del valor del injerto en la punta en muchos casos de rinoplastia secundaria e inclusive primaria no se puede contar con cartilago septal útil para la plastia debido a daño del cartilago previamente o a calcificación del mismo. Reporta una técnica para proyección de la punta nasal utilizando injerto de cartilago segmentario de la concha auricular presentando una experiencia de 405 casos, se talla de acuerdo a la técnica propuesta por Sheen. ⁽³³⁾

Arturo Regalado-Briz 1999 reporta su experiencia con 52 casos sobre rinoplastia estética con preservación máxima de los cartilagos alares. El lleva a cabo modificaciones a la técnica de Tebbetts realizando rinoplastia abierta con incisión en la base de la columela, en todos los casos preserva la porción cefalica de los cartilagos alares y posteriormente plica los cartilagos alares modificando el ángulo de rotación de las cruras con lo cual se consigue la proyección de la punta nasal, los resultados fueron evaluados estéticamente y por cefalometria. ⁽³⁴⁾

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

Leonardo da Vinci en el siglo XV dividió la unidad facial en 3 segmentos equidistantes, marcando así una pauta importante en los cánones de belleza humana.

Sheen en 1978 describió cuatro puntos esenciales para determinar una nariz bien definida

- 1.- Proyección lateral del domo izquierdo
- 2.- Proyección lateral del domo derecho
- 3.- Diferenciación de la punta de la nariz del dorso nasal
- 4.- unión columelo-lobular

Estos puntos forman dos triángulos con una base común la “distancia intercrural”, en forma ideal deben observarse tres reflejos luminosos sobre la punta de la nariz, dos sobre los domos y otro en el arco central que los une.

Fig 1, Fig 2 y Fig 3

Hay que considerar que la punta nasal es el componente más sutil de la nariz y en muchas formas es responsable de su elegancia y definición. La punta nasal también puede ser la ruina de cualquier técnica quirúrgica ya que integra el dorso, la columela, los domos y los orificios nasales.

La topografía de la cara se caracteriza por una serie de líneas y curvas interconectadas, definidas por el esqueleto subyacente. La nariz debe surgir en forma natural entre esas líneas y curvas. ⁽⁴⁾

La migración de poblaciones ha determinado la mezcla de diferentes

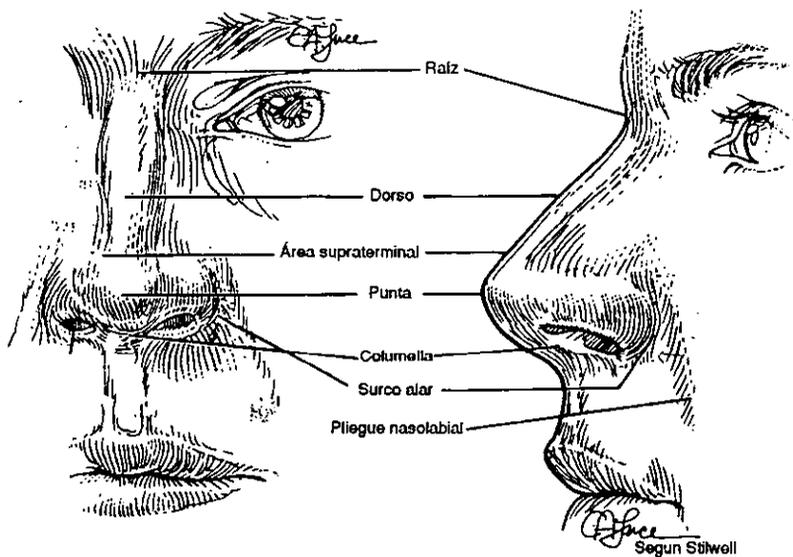


Fig. 1

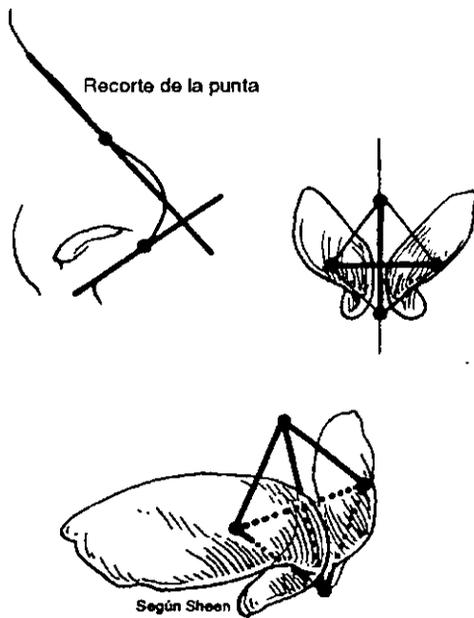


Fig. 2. Sheen (1978) ha definido cuatro puntos de reparo esenciales propios de una nariz refinada: proyecciones de los domos derecho e izquierdo, punto correspondiente a la punta nasal bien diferenciado del dorso y lugar de unión de la columella con el lóbulo. La línea existente entre los domos es denominada distancia intercrural.

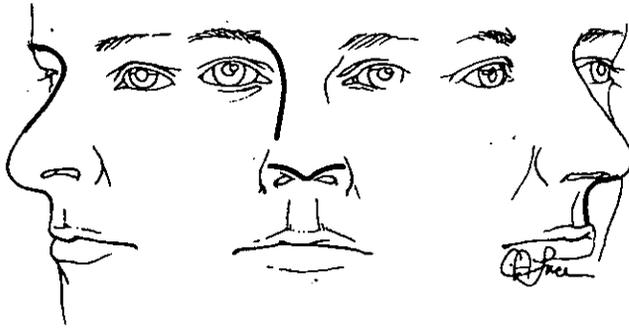


Fig. 3 Curvas topográficas. Existe una curva natural e ininterrumpida que va desde la parte interna de la ceja hasta la parte lateral de la nariz (según Sheen). Otras curvas incluyen la unión nasofrontal, el reborde tobular-alar y la unión nasolabial.

grupos étnicos y la interacción de factores genéticos, condicionando con ello innumerables variaciones en las características de las estructuras de la nariz.

Wen en 1921 estudio la ontogenia y filogenia de los cartílagos nasales en los primates y en el hombre, y noto diferencias estructurales en los cartílagos nasales de los individuos blancos y negros.

Es difícil establecer un estereotipo de nariz acorde con el origen étnico entre los habitantes del pueblo Occidental. Los Caucásicos (caucasoides) tienen narices que varían desde la nariz corta de los Irlandeses, la delgada y recta de los Escandinavos y la gran nariz de los Franceses, hasta la mas aquilina de los Italianos.

La población de Oriente Medio (Armenoides) presentan un dorso convexo. Los Sabras de Israel, presentan un aspecto diferente de los Judíos de la Europa Central o de Rusia, tienen la característica de presentar dislocación de los cartílagos alares del ángulo septal.

Los huesos nasales tienden a ser mayores en los europeos occidentales, pero muestran una disminución progresiva de tamaño en los europeos del Este, en los Orientales y en la raza negra.

Existen también diversos tipos de orificios nasales dependiendo de la raza.

Leptorrina o caucásica: los orificios verticales se encuentran en los blancos.

Mesorrina o mestiza: los orificios nasales son oblicuos .

Platirrina o negroide: orificios nasales son anchos y aplanados.

La nariz de los negros presentan una raíz plana, deprimida y ancha, con un dorso recto o ligeramente deprimido. La punta es gruesa y bulbosa, pero los cartílagos alares son en forma paradójica pequeños y delgados. ⁽⁴⁾ Fig 4

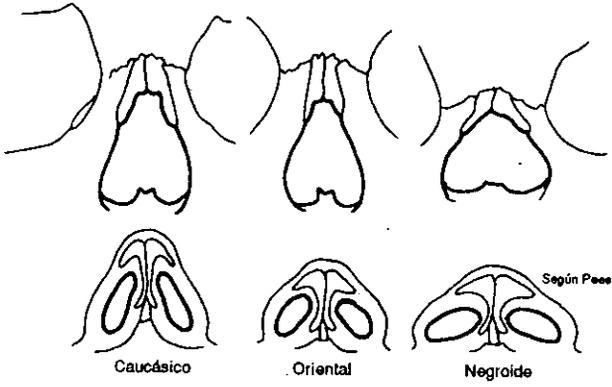


Fig. 4

Esta clasificación es limitada ya que no incluye a otros grupos raciales y no valora las desviaciones y deformidades de cada uno de ellos.

Rogers en 1974 ha definido los siguientes tipos de nariz

1. *Nórdico*: Perfil convexo, raíz estrecha, punta aguda. alas y orificios nasales estrechos.
2. *Báltico oriental*: menos estrechas que las narices nórdicas, menos convexidad dorsal, cartílagos alares mas gruesos y punta mas ancha.
3. *Alpino (Europa Central y del Este)*: nariz mas cóncava y acortada y punta de tamaño medio.
4. *Dinámico (Balcanes)*: nariz ancha y larga con punta inclinada.
5. *Armenoide (Oriente Medio)*: nariz grande, convexa, de gran altura y longitud con punta ancha. Los cartílagos alares se curvan hacia atrás y se exponen, vistos de perfil, en la cara interna de la columela.
6. *Mediterráneo (Italia, España)*: nariz recta con dorso convexo, raíz y punta delgadas. ⁽²⁾

Estudios antropométricos han demostrado que existen por lo menos siete tipos de orificios nasales (Farkas, Hreczko y Deutsch 1983) así como las variaciones étnicas que se presentan en el lóbulo nasal. Tomando en cuenta la raza y las características de los orificios nasales se han clasificado en:

1. *Nariz Caucásica tipo I o II*: con ángulos de inclinación entre 55 y 90° y con una altura de la columela de aproximadamente equivalente al 60% de la altura total del lóbulo. El valor promedio de ésta ronda los 20 mm y el ancho medio, en la zona de las alas y en su máxima expresión es de 35 mm, variando la relación de la altura con el ancho de 0.57 a 1.

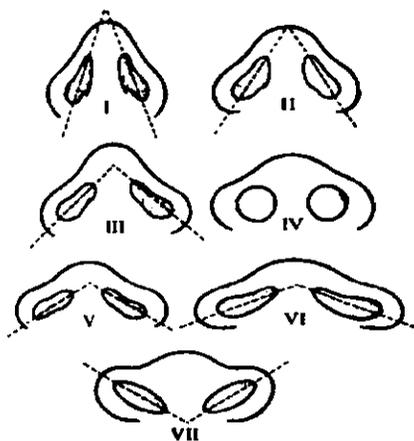


Fig. 5 Orificios nasales tipos I a VII, que muestran, cada uno de ellos, la inclinación media del eje longitudinal mediano, el ancho medio de la base alar y el ancho y altura medios de la columella. (Tomado de Farkas, L. G., Hreczko, T. A. y Deutsch, C. K.: Objective assesment of standard nostril types - a morphometric study. *Ann. Plast. Surg.* 11:381, 1983.)

2. *Nariz Asiática tipo III a V*: presentan ángulos de inclinación entre 25 a 54°, algunos asiáticos presentan orificios nasales redondeados, con lo que se impide la medida del ángulo, y en general presentan lóbulos menos proyectados y alas mas anchas que los caucásicos.
3. *Nariz Negra tipo VI o VII*: la mayoría presentan orificios nasales tipo VI o VII y solo pocos presentan orificios tipo IV, la altura del lóbulo tiende a ser la misma que la del grupo asiático, aunque el ancho de la nariz es mayor. ⁽²⁾ Fig. 5

Existen otras clasificaciones establecidas por ejemplo la de Topinard ⁽²⁾ fig.11-10 pag 764. describe 15 variedades diferentes dentro de 8 grupos. 5 en relación a la forma del dorso y 3 según la orientación y forma de la base.

La verdadera corrección artística de la nariz debe considerar las variaciones raciales y étnicas, así como las diferencias sutiles de cada estructura para planificar el tratamiento. ⁽²⁾

Independientemente del patrón establecido, deberá enfocarse la corrección para lograr el equilibrio y la armonía de la nariz de acuerdo con cada caso en particular. ⁽²⁾

Según Schadow la nariz se ve armoniosa cuando su longitud corresponde a la mitad de la distancia entre el borde del mentón y la glabella, y cuando el ala se extiende lateralmente hasta una línea que dibujada verticalmente pasa por el canto interno del ojo. En el perfil el dorso nasal debe ser paralelo al eje mayor de la oreja.

Se han establecido cifras promedio respecto a las dimensiones lineales de la nariz así se tiene que la longitud de la nariz es aproximadamente de 55 mm, tomada desde la raíz a la punta nasal. La altura de la nariz que se traza desde el punto central de la raíz al punto subnasal tiene un promedio de 51 mm. La profundidad nasal es de 28 mm y va desde el punto subnasal hasta la punta; es esta la que representa la línea de la base y la proyección de la punta nasal. La base de la nariz de forma triangular tiene dimensiones que varían en el hombre y en la mujer con diferencia de pocos milímetros; en general se considera para la línea de la unión alar facial entre 27mm en la mujer y 31 mm en el hombre; en el límite superior de las narinas entre 19 y 22 mm, y en la línea lateral de la punta a la unión alar facial es de 30 y 31mm. (2)

La interpretación de la belleza es una apreciación subjetiva y personal, y no siempre corresponde a la realidad.

Las bases que nos sirven para calificar la punta nasal dentro de una escala de belleza, fue propuesto por el Dr. Wright, para establecer un pronóstico y son:

1. *Nariz deforme*: Es poco frecuente dentro de la población general; sus medidas, ángulos, índices y proporciones salen completamente de la curva de la normalidad, se trata de grandes y ostensibles alteraciones que hacen de la nariz una monstruosidad; en este grupo se incluyen las hendiduras, quemaduras, amputadas y las que presentan grandes tumoraciones.
2. *Nariz fea*: Es mas frecuente dentro de la población; la mayoría de sus medidas, ángulos, índices y proporciones salen de la curva de la normalidad: Aunque el defecto no es tan importante, existe una marcada desarmonía entre la punta y el resto de la nariz y de la cara. En este grupo encontramos

puntas muy anchas y abalonadas, asimétricas y desviadas con cartílagos lobulares sobrerrotados o amorfos y de piel muy gruesa.

3. *Nariz estándar*: Corresponde a la mayoría de la población, sus medidas, ángulos, índices y proporciones se encuentran dentro de la curva de la normalidad, pero cercano a sus límites pueden existir algunos pequeños defectos que pasan desapercibidos para la mayoría. En este grupo incluimos la nariz racial, con punta ligeramente abalonada, descendida o con falta de definición, y columela colgante o corta.
4. *Nariz bella*: Son pocos los que se encuentran en este grupo. Sus medidas, ángulos, índices y proporciones se aproximan al centro de la curva de la normalidad; la punta está en armonía y proporción con respecto al resto de la nariz y de la cara. Es simétrica, alineada y tiene la piel delgada que permite vislumbrar los cartílagos lobulares, que están bien ubicados e insertados y su grosor es aceptable. El domo está bien definido y se continúa hacia las alas nasales con una suave concavidad, marcando un ángulo de rotación y divergencia entre las cruras medias y laterales. Al ser vista bajo el efecto luminoso se forman dos triángulos equiláteros unidos por sus bases y sus puntas corresponden a los domos y al punto donde se rota el cartílago y al borde anterior del septum. Entre la columela y el labio hay un ángulo de 90° en el hombre y 105° en la mujer.
5. *Nariz muy bella*: Es un fenómeno extraordinario de la naturaleza y por tanto es raro encontrarla. Sus medidas, ángulos, índices y proporciones se encuentran exactamente en el centro de la curva de la normalidad. ⁽⁵⁾

De acuerdo a los conceptos anteriores y a la teoría del Dr. Wright, un cirujano puede aspirar a subir solo uno o dos peldaños de la escala; así, una nariz deforme podrá aspirar a ser fea o estándar, nunca ser bella; mientras que una estándar puede aspirar a ser bella o muy bella.

Según Farkas, en los rostros no atractivos la principal alteración radica en las áreas sensibles de la cara, a saber; ojos, boca y nariz. La punta nasal por ser prominente y ocupar el centro facial es la más frecuentemente afectada y la que más llama la atención, por ello la mayor parte del esfuerzo en la cirugía estética de la nariz está enfocado a conseguir la proyección y rotación adecuada de la punta nasal.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

1. Obtener resultados estéticos favorables en pacientes operados de rinoplastia independientemente del tipo de nariz
2. Disminuir las secuelas estéticas provocadas por las técnicas de rinoplastia habituales
3. Evitar reintervenciones

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Desarrollar una técnica quirúrgica para rinoplastia estética llevando a cabo modificaciones a la técnica "Open tip" para dar proyección y rotación a la punta nasal en forma permanente, independientemente del tipo de nariz.
2. Conseguir adecuada armonía y equilibrio en las narices operadas obteniendo resultados estéticos satisfactorios para el paciente y el cirujano
3. Evitar cicatrices visibles en la columela o en su base
4. Identificar las complicaciones y secuelas más frecuentes al utilizar la técnica open tip modificada con poste intercrural
5. Disminuir los costos de atención a los pacientes al evitar reintervenciones.
6. Elaborar una tesis para obtener el Título de Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.
7. Presentar los resultados del trabajo de tesis en los Congresos de Cirugía Plástica Nacionales e Internacionales.
8. Publicar los resultados en una revista médica indizada.

JUSTIFICACIÓN

Durante el procedimiento de rinoplastia estética gran parte de las técnicas están encaminadas a dar proyección a la punta nasal sin conseguir un sostén adecuado y permanente, lo cual origina que la punta nasal descendida sea una de las secuelas mas comunes, y es causa frecuente de reintervenciones por inconformidad de los pacientes. Esta alteración se acentúa y se observa con mayor frecuencia en la raza mexicana dadas las características de la nariz mestiza

Analizando la anatomía de la nariz, así como diversas técnicas y resultados sobre rinoplastia estética, observamos que el sostén de la punta nasal esta dado principalmente por los cartílagos crurales y que si estos no son reforzados en forma adecuada permitirán el descenso y adelantamiento de la punta nasal con deformidad del ángulo nasolabial por abajo de los parámetros establecidos provocando alteraciones estéticas desde leves a severas en la nariz.

Por ello consideramos necesario desarrollar una técnica quirúrgica basados en las características particulares de la nariz mestiza, así como en conceptos anatomofuncionales y de biomecánica; enfocada principalmente a conformar y mantener la proyección de la punta nasal con injertos cartilaginosos obtenidos del septum nasal y fijados a las cruras, con plicatura de las mismas para conseguir un soporte resistente y adecuado en forma permanente, independientemente de las características propias de cada punta

nasal y del ángulo nasolabial, el abordaje se realiza a través de incisión marginal sin incisión en la piel de la columela. Esta técnica la nombramos “RINOPLASTIA ESTETICA CON POSTE INTERCRURAL E INJERTO TIPO ESCUDO A TRAVEZ DE ABORDAJE MARGINAL”, la cual además nos permite el manejo de otras estructuras de la región nasal logrando con ello el equilibrio y armonía de la nariz; y conseguir resultados estéticos altamente satisfactorios para el paciente y el cirujano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 40 pacientes en el servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi" los cuales presentaban nariz de tipo mestiza y caucásica, y piel tipo "A" "B" y "C", así como alteraciones estéticas muy severas por lo que requerían ser intervenidos quirúrgicamente para realizar el procedimiento de "Rinoplastia estética con poste intercrujal e injerto tipo escudo con abordaje marginal".

El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre el 1^o. de enero de 1999 al 30 de noviembre de 1999 , el tamaño de la muestra fue de 40 pacientes 31 femeninos y 9 masculinos, en edad entre 15 y 48 años. con nariz de tipo mestiza 37 pacientes y 3 con nariz de tipo caucásica.

Se identificaron los pacientes con cirugía nasal previa pero con septum integro, ya que el injerto de cartilago septal es el punto cardinal para poder dar proyección a la punta nasal. Quedaron excluidos los pacientes con cirugía previa con septum operado.

Se tomaron fotografías en papel y diapositivas, de control preoperatorias y postoperatorias a todos los pacientes

El tiempo de seguimiento mínimo fue de 2 meses y el máximo de 11 meses.

Se diseñó una hoja de recolección de datos estadísticos

Se realizaron cuadros de distribución y se graficaron los resultados

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes con la inquietud de mejorar estéticamente el aspecto de su nariz
2. Pacientes con nariz mestiza u otro tipo.
3. Pacientes con piel tipo “A”, “B” y “C”
4. Pacientes en edad entre 15 a 50 años
5. Pacientes masculinos y femeninos
6. Pacientes con cirugía nasal previa pero con cartilago septal conservado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con septum operado y extirpado previamente
2. Pacientes con antecedentes de trauma
3. Pacientes con enfermedades subyacentes

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El procedimiento quirúrgico se puede llevar a cabo bajo anestesia general o local esto ultimo utilizando xylocaina con epinefrina al 2% sin sedación. Cuando utilizamos exclusivamente anestesia local se bloquean los nervios supratrocleares, infraorbitarios y la mucosa septal. dando un tiempo de latencia de aproximadamente 10 a 15 minutos

La antisepsia de la región de la cara y de la región nasal es indispensable y para ello utilizamos solución de cloruro de benzalconio (benzal) o yodopovidona (Isodine).

Se recortan las vibrisas, y se colocan tapones nasales de gasa bilateralmente.

A nivel de la mucosa septal por atrás de las cruras medias se realiza una incisión unilateral a través de la cual se disecciona el cartilago septal y se extirpa un segmento suficiente para dar proyección a la punta nasal y que alcance para conformar el poste intercrural y el injerto tipo Sheen largo o en escudo.

Con bisturí se realiza incisión marginal bilateral lo mas baja posible a nivel de las cruras medias y siguiendo el borde caudal de los cartilagos crurales los cuales se disecan en forma roma cortante sin lesionarlos y al mismo tiempo se disecciona la punta nasal y el dorso, resecando tejido graso de la zona caudal del dorso, intercrural y sobre las cruras. Posteriormente se reseca un segmento de cartilago alar en su porción cefalica.

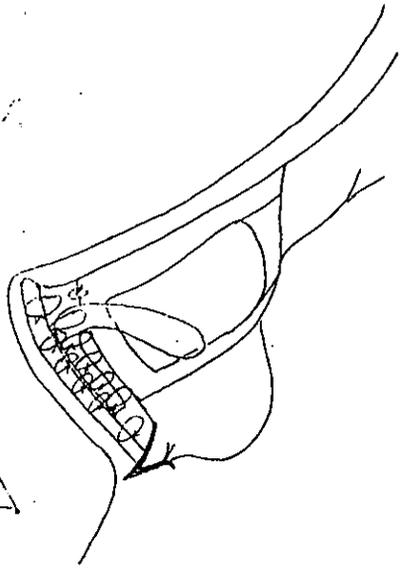
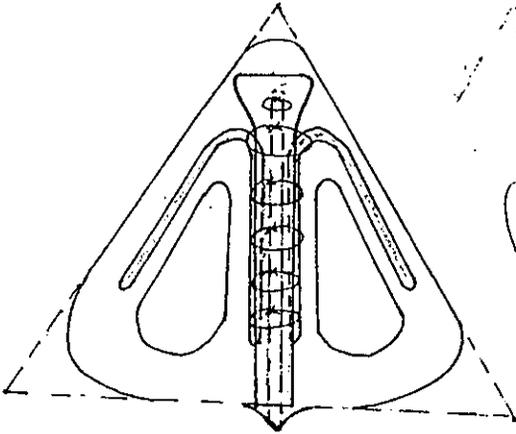
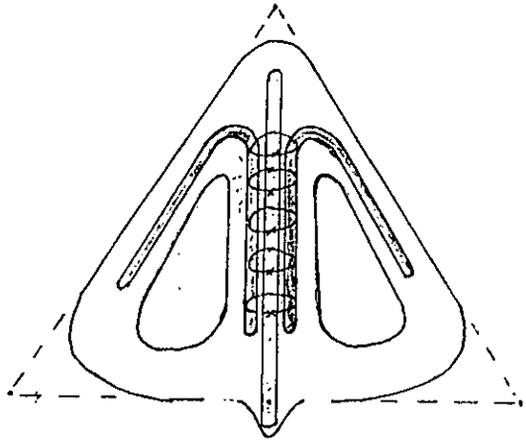
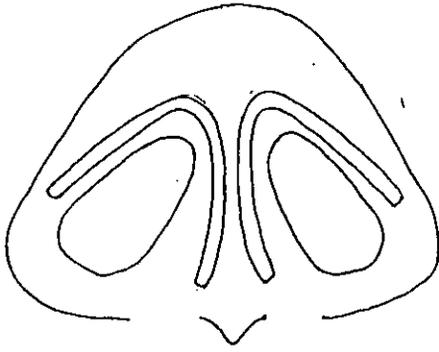
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

El siguiente paso es resecar o rimar la giba existente o simplemente realizar osteotomías medias, se procede a conformar el poste intercrural y el injerto tipo escudo, el poste se coloca en el espacio intercrural fijándolo con sutura inabsorbible con aguja atraumática y posteriormente el injerto tipo escudo, se fija por delante o caudalmente a las cruras con sutura inabsorbible atraumática. una vez fijos los injertos se introducen y se observa la proyección de la punta nasal y la conformación de los puntos luminosos, es importante siempre sobre corregir el ángulo nasolabial aproximadamente 5° ó 10° .

Otro de los pasos es aumentar el dorso o realizar osteotomías laterales bajas, rimado del dorso y colocación de tapones nasales de gasa bañados con crema antibiótica.

Se valorara la resección parcial de alas nasales dependiendo de cada nariz y se colocan férulas de micropore y yeso.

La férula de yeso se debe mantener de 5 a 10 días, y la férula de micropore por un tiempo de 30 a 60 días para evitar crecimiento de tejido fibroso y deformidad de la nariz por la formación de supra tip o laterorrinia.



RINOPLASTIA ESTETICA

TOTAL : 40 PACIENTES

★ 31 FEMENINOS: 77.5%

★ 9 MASCULINOS: 22.5%

EDAD DE LOS PACIENTES:

★ 15 - 48 años

★ EDAD PROMEDIO: 27.6 año

RINOPLASTIA ESTETICA

TIPO DE NARIZ:

★ 37 MESTIZA:92.5%

★ 3 CAUCASICA: 7.5%

RINOPLASTIA ESTETICA

TIPO DE PIEL:

★ "A" FINA	3.....7.5%
★ "B" INTERMEDIA	29 72.5%
★ "C" GRUESA	8.....20.0%

RINOPLASTIA ESTETICA

T IPO DE PUNTA:

★ 37 BULOSA:92.5%

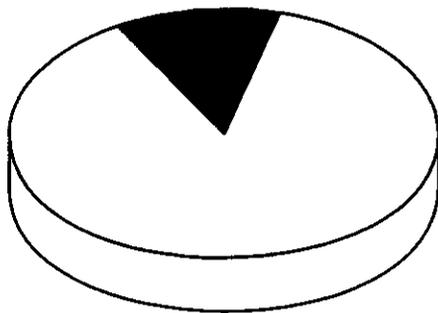
★ 3 DELGADA: 7.5%

RINOPLASTIA ESTETICA

★ 35 PRIMARIA:87.5%

★ 5 SECUNDARIA:12.5%

SECUNDARIAS 5



PRIMARIAS 35

RESULTADOS

PROYECCION DE LA PUNTA NASAL

- ★ 35 EXCELENTE: (105 G)
- ★ 3 BUENA: (90 G)
- ★ 2 REGULAR: (80 - 85 G)

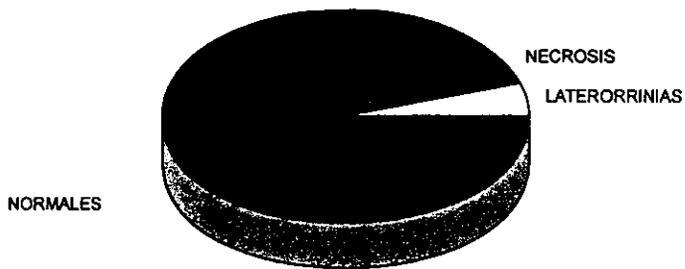
RESULTADOS

PROYECCION DE LOS PUNTOS LUMINOSOS

**★ EXCELENTE:
35 PACIENTES**

**★ BUENA:
5 PACIENTES**

COMPLICACIONES
4 PACIENTES: 10%



CONCLUSIONES

- ★ PROYECCION DE LA PUNTA NASAL EN FORMA PERMANENTE EN EL 98% DE LOS CASOS
- ★ TECNICA EXCELENTE PARA PLASTIA DE NARIZ MESTIZA.
- ★ ALTERNATIVA EN PLASTIA DE PUNTA NASAL DESCENDIDA
- ★ PUEDE UTILIZARSE EN CUALQUIER TIPO DE NARIZ CON RESULTADOS EXCELENTES
- ★ EXPERIENCIA EN LA TECNICA
- ★ NO ESTA LIBRE DE COMPLICACIONES.

CONCLUSIONES

La técnica de rinoplastia estética aplicada en este estudio, es una técnica innovadora, diferente a las técnicas de rinoplastia cosmética descritas hasta el momento, con la cual se resuelve el problema del descenso de la punta nasal de cualquier tipo de nariz y sobre todo de la nariz mestiza, consiguiendo que la proyección de la punta nasal y la conformación de los puntos nasales sea en forma permanente hasta en un 98% de los casos.

Se considera como una técnica excelente para plastia de nariz mestiza y como una alternativa para plastia de punta nasal descendida en narices ya operadas, permite por supuesto el manejo de todas las estructuras nasales logrando con ello el equilibrio y la armonía, nasal y facial

Esta técnica debe realizarse por cirujanos altamente capacitados, con lo cual el porcentaje de complicaciones es mínimo.

Los costos para el paciente se disminuyen en forma importante al evitar reintervenciones.

Los resultados estéticos que se obtienen con esta técnica son excelentes y altamente satisfactorios para el paciente y el cirujano.

BIBLIOGRAFIA

1. Ricardo Salazar. Historia de la Cirugía Plástica en: Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Barcelona Salvat Editores. pp. 14 - 17. 1997.
2. Guillermo Marín. Historia de la Rinoplastia, Cirugía de la nariz, en Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Barcelona Salvat Editores. pp. 759 - 765. 1997.
3. Dieffenbach J. F. Die Operative Chirurgie, Leipzig Brockhaus FA, 1845.
4. Joseph G. McCarthy y Donald Wood Smith. Rhinoplasty en: McCarthy Plastic Surgery "The Face II" pp. 1785- 1923. 1990.
5. Cuenca P. J. Bases para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las deformidades de la punta nasal. Cirugía Plástica, Vol. Núm. 1, Ene - Abr. 1992. pp. 11- 27.
6. Ortiz Monasterio F. Rinoplasthy. W. B. Saunders Company. 1994.
7. Yukio S. Takehiro S. A new type of prothesis for augmentation rhinoplasty: our experience in 1600 cases. British Journal of Plastic Surgery Vol. 34 pp. 353-357. 1981.
8. Mark B. Constantian. Toward Refinement in Rhynoplasty, Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 74, No. 1, pp 19 - 31. July 1984.
9. Liacyr Ribeiro. Revising the Nasal tip: A New Approach. Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 84, No. 4 , pp 671 - 676. October 1989.
10. Jack P. Gunter et al. Lengthening the Aesthetically Short Nose, Plastic and

- Reconstructive Surgery. Vol. 83, No. 5. pp 793 - 800. May 1989.
11. Mark B. Constantian. An Alternate Strategy for Reducing the Large nasal Base. Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 83, No.1 pp. 41 - 52. January 1989.
 12. Rollin K. Daniel et al. Rhinoplasty: The light Reflexes. Vol 83, No 1. pp 861- 868. June 1990.
 13. Guerrerosantos J. Open Rhinoplasty Without Skin-Columella Incision. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 85, No. 6. pp 955 - 960. June 1990.
 14. Mark B. Constantian. The Septal Angle: A Cardinal Point in Rhinoplasty. Plastic and reconstructive Surgery, Vol. 85, No. 2. pp 187 - 195. February 1990.
 15. Zhang Xuetong et al. Measurement and Study of the Nose and Face and Their Correlations in the Young Adult of Han Nationality. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 85, No. 4. pp 532 -536. April 1990.
 16. John F. Teichgraeber et al. Nasal Surgery Complications. Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 85, No. 4. pp 527 - 531. April 1990.
 17. Rollin K. Daniel, et al. The Nasal Tip: Anatomy and Aesthetics. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 89, No. 2. pp 216 - 224. February 1992.
 18. Mark B. Constantian. Distant Effects of Dorsal and Tip Grafting in Rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 90, No. 3 pp 405 - 418. September 1992.
 19. H. Steve Byrd, et al. Rhynoplasty: A Practical Guide for Surgical Planning. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 91, No. 4. pp 642 - 656. April 1993.

20. Sam T. Hamra. Repositioning the Lateral Alar Crus. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 92, No. 7. pp 1244 - 1253. December 1993.
21. Ronald P. Gruber. Lengthening the Short Nose, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 91, No. 7. pp. 1252 - 1258. June 1993.
22. Jack H. Sheen. Tip Graft: A 20 Year Retrospective, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 91. No. 1. pp 48 - 63. January 1993.
23. Mark B. Constantian. The Middorsal Notch: An Intraoperative Guide to Overresection in Secondary Rhinoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 91, No. 3. pp 477 - 484. March 1993.
24. Antonio de la Fuente, et al. Management of the Septum During Rhinoplasty, *Aesthetic Plastic Surgery*, 19: pp 455 - 461, 1995.
25. Russell W. et al. Psychological, Financial, and Legal Considerations in Secondary Rhinoplasty, *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, Vol. 3, No. 4. pp 347 - 352. November 1995.
26. E. Gaylon McCollough, et al. Nasal Tip Asymetries: A Systematic Approach, *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, Vol. 3, No. 4. pp 353 - 366. November 1995.
27. Mark J. Glasgold et al. Tip Grafts and Their Effects on Tip Position and Contour. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, Vol. 3, No. 4. pp 367 - 380. November 1995.
28. Raymond J. Konior, Nasal Tip After Rhinoplasty, *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, Vol. 3, No. 4. pp 381 - 394. November 1995.
29. M. E tardy et al. Aesthetic Correction of Alar-Columellar Disproportion. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, Vol. 3, No. 4. pp 395 -

406. November 1995.

30. L. Szalay. Early Secondary Corrections after Septorhinoplasty, *Aesthetic Plastic Surgery*, 20: pp 429 - 432, 1996.
31. Cuenca Guerra R. et al. La Rinoplastia Cosmética en la Cirugía Plástica Mexicana. *Cirugía Plástica*, Vol. 8, No. 3, pp 103 - 110. Septiembre - Diciembre 1998.
32. William P. Adams, et al. Anatomic Basis and Clinical Implications for Nasal Tip Support in Open versus Closed Rhinoplasty, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 103, No. 1. pp 255 - 264. January 1999.
33. Mark B. Constantian. Elaboration of an Alternative, Segmental, Cartilage-Sparing Tip Graft Technique: Experience in 405 cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 103, No. 1. pp 237 - 254. January 1999.
34. Arturo Regalado-Briz. Aesthetic Rhinoplasty with Maximum Preservation of Alar Cartilages: Experience with 52 Consecutive cases. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Vol. 103, No. 2. pp 671 February 1999.