



11236  
**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“SECUELAS POST-RINOPLASTIA ABIERTA”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL**

**Dr. Rigoberto García López**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA**

**ASESOR DE TESIS**

**Dr. Daniel Antonio Rodriguez Araiza**

**MEXICO, D.F., AÑO 2003**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México




**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

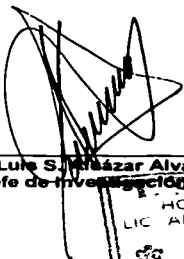
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

2

  
 Dr. Julio César Díaz Becerra  
 Coordinador de Capacitación,  
 Desarrollo e Investigación.

**I. S. S. S. T. E.**  
 HOSPITAL REGIONAL  
 LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
 ★ SET. 19 2003 ★  
 COORDINACIÓN DE CAPACITACION  
 DESARROLLO E INVESTIGACION

  
 Dr. Luis S. Méndez Álvarez  
 Jefe de Investigación

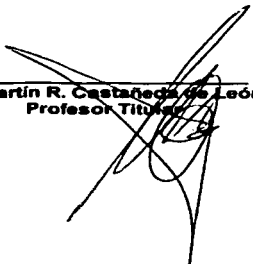
**I. S. S. S. T. E.**  
 HOSPITAL REGIONAL  
 LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
 SET. 22 2003  
 JEFATURA DE  
 INVESTIGACION

  
 Dr. Gabriela Salas Pérez  
 Jefe de Enseñanza

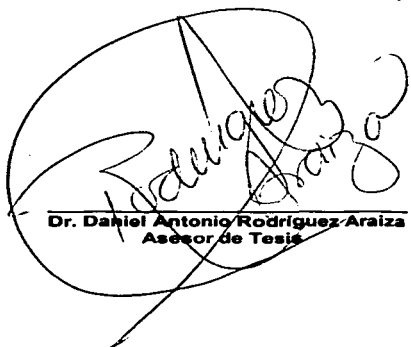
**ENTRADA**  
 24 SET. 2003  
 Subdirección de  
 Enseñanza e  
 Investigación

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

~~Dr. Martín R. Castañeda de León  
Profesor Titular~~



~~Dr. Daniel Antonio Rodríguez Araiza  
Asesor de Tesis~~



~~Dr. José Gpe. Sevilla Flores  
Vocal de Investigación~~



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **AGRADECIMIENTOS.**

**Deseo agradecer a Dios por permitirme cumplir una etapa más en mi vida; a mis padres y a mis hermanas por brindarme su apoyo incondicional y guiar mi educación; a mi esposa por brindarme su cariño y amor; a mis maestros que además de proporcionarme la enseñanza profesional me otorgaron su amistad; y a mis compañeros que hicieron nuestra residencia más amena y productiva.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

5

# **"SECUELAS POST-RINOPLASTIA ABIERTA"**

**Dr. Rigoberto García López**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6

**INDICE.**

I.	Introducción.....	1
II.	Justificación.....	7
III.	Hipótesis.....	7
IV.	Objetivos.....	8
V.	Material y Métodos.....	8
VI.	Resultados.....	10
VII.	Conclusiones.....	11
VIII.	Bibliografía.....	12
IX.	Anexos.....	15

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **I. INTRODUCCION. DEFINICION.**

El término rinoplastía externa o abierta es motivo de controversia, ya que todas las rinoplastías, sin importar la técnica utilizada, son abiertas, y en todas se exponen las estructuras nasales a la vista, en mayor o menor medida, específicamente se refiere a la vía de abordaje externo mediante incisiones transcolumellares.

## **ANTECEDENTES.**

La rinoplastía externa es antigua; se ha vuelto a retomar como arma eficaz para el rinólogo. En el Sushruta Ayurdeva, en la India, alrededor del año 600 a.C., se describían métodos externos para tratar las deformidades nasales.

Guillies describió en 1920 una "incisión en trompa de elefante" para lograr acceso a la punta nasal y denudarla. En 1934 Rethi, un cirujano húngaro, describió una incisión alta a través de la columella, para exponer la punta y trabajar sobre ella con fines estéticos. Un poco más tarde Meller incluía en la incisión el corte de la crura medial para abordar el septum. Sercer, en 1956, amplió la exposición hasta llegar a la pirámide nasal y la denominó "decorricación nasal".

En 1970 Padowan, la introdujo en Norteamérica, cuando ya en Europa se utilizaba con cierta frecuencia. Padowan fue discípulo sobresaliente de Serser, y logró intuir la idea de Goodman quien fue el primero en publicar los resultados de este abordaje en Canadá. Desde entonces numerosos autores han descrito al respecto, sobresaliendo los cirujanos como Anderson, Wright, Adamson, Johnson y Toriumi.

## **VENTAJAS.**

Las ventajas del abordaje transcolumellar se centran tanto en el diagnóstico como en la técnica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**En cuanto al diagnóstico.**

1. Se obtiene una perfecta exposición de los cartílagos alares sin deformarlos.
2. Por la vía intranasal, la anatomía de las estructuras cartilaginosas subyacentes solo se adivina en función de las anomalías del relieve, y esto no siempre es fácil cuando la piel es gruesa. Además ciertas alteraciones que no se aprecian con la inspección se liberan con el despegamiento y pueden manifestarse secundariamente por una deformación o una asimetría.
3. El abordaje externo permite observar directamente las zonas que no pueden verse utilizando otras técnicas, en particular la región supraapical, donde existe normalmente una depresión cartilaginosa más acentuada que la línea de perfil cutáneo (ligada al espesor de los tejidos blandos y a la convexidad de las cruras laterales).
4. Una desviación mínima del tabique es apreciada con más perfección por esta vía que por la intranasal.

**En cuanto a la técnica.** El abordaje transcolumellar permite:

1. la resección exacta del exceso de la crura lateral dejando simétricos ambos cartílagos; en visión directa, el alcance de las resecciones puede ser mejor valorado en función de las características de los cartílagos y la resección puede efectuarse con una sola pieza, lo que tiene su utilidad para aprovecharla como injerto.
2. La reposición de los cartílagos que pueden suturarse manteniéndolos en la posición deseada. La convexidad excesiva de estos cartílagos no precisa necesariamente ser resecada y puede en ocasiones corregirse por el acercamiento mutuo de las dos cruras laterales suturándolos. La resección de la cúpula puede efectuarse con precisión y eventualmente ir seguida de un

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3. restablecimiento del arco alar por cabalgamiento de los extremos cartilagosos.
4. Cuando las cruras intermedias son largas y divergentes, es posible aumentar la proyección de la punta acercando la cúpulas y suturándolas en la posición deseada, puede igualmente llevarse a efecto un desangrado de la cara interna de la cubierta cutánea apreciándose su grosor al pinzar la piel entre el pulgar y el índice.
5. El abordaje externo permite reconstruir la anatomía normal, a menudo con la ayuda de injertos cartilagosos que son colocados y estabilizados con precisión en la mitad inferior de la pirámide nasal: a nivel de la punta del tercio medio donde los injertos aplicados en el dorso pueden ser saturados con mayor facilidad e igualmente los injertos del ala de la nariz o un puntal columellar pueden ser mantenidos de manera simple y precisa así como es posible realizar con cierta facilidad sofisticados montajes.
6. La exposición de las deformidades y su gran variedad permiten su apreciación más eficaz haciendo posible la correlación entre la anatomía real de las estructuras subyacentes y la anatomía observada en superficie.
7. En las rinoplastias secundarias y particularmente a nivel de la punta, las reconstrucciones más delicadas se ven favorecidas por la mejor exposición del campo y un diagnóstico más exacto.

### **DESVENTAJAS.**

Dentro de las desventajas, la más frecuente, es la cicatriz visible, del 2 al 4%, sin embargo, con una técnica cuidadosa disminuye el problema. La necesidad de mayor tiempo quirúrgico también es una desventaja, ya que en promedio se necesitan de 15 a 20 minutos más. Otra desventaja es la posibilidad de tener mayor edema en la punta y una resolución más lenta del mismo. Así mismo, se puede producir mayor isquemia de la piel.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **INDICACIONES.**

Constituye una buena indicación, la presencia de orificios nasales pequeños. Igualmente la existencia de un segmento columello apical largo que dificulta la evasión de los cartilagos o su exteriorización en "asa de cubo".

Las desviaciones muy acentuadas del tabique en especial de su borde inferior cuya corrección es mucho más fácil. La aplicación de láminas de injerto cartilaginoso cuyo objetivo es corregir una curvatura muy visible del borde septal o mantener en posición y bien acomodados los fragmentos que han sido muy movilizados por las incisiones cartilaginosas.

Las asimetrías de la punta y en particular las deformidades nasales del fisurado, cuyo abordaje externo ha tenido desde hace tiempo una indicación de elección.

Las pequeñas perforaciones del tabique, pues su cierre es fácil, ya que las suturas profundas pueden realizarse con mayor facilidad que por vía intranasal.

Las deformidades consecutivas a rinoplastias primarias, en particular las localizadas en la punta y las alas, constituyen una de las indicaciones más frecuentes.

Cuando la hemorragia operatoria es persistente, al poder efectuarse una hemostasia por coagulación fina y selectiva gracias a la sección de la columella y elevación del colgajo cutáneo. La operación puede proseguir entonces en mejores condiciones.

## **TECNICA QUIRURGICA.**

La rinoplastia externa se puede realizar bajo anestesia local o general, pero con infiltración de un anestésico local y un vasoconstrictor, como la lidocaína con epinefrina; se debe de infiltrar con mucho cuidado el área de la punta nasal, incluyendo la columella, ya que ahí se hará la incisión. Es recomendable esperar de 10 a 15

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

minutos antes de iniciar las incisiones para permitir que ocurra la vasoconstricción y se realice la cirugía con el menor sangrado posible.

Se han descrito diversas incisiones. La más frecuente es la de "V" invertida que rompe la línea de la cicatriz y se evitan las hendiduras, de la columella, secundarias a contracturas. Últimamente se ha propuesto la incisión transversa denominada en "ala de gaviota", a través de la columella. En cualquier caso, las incisiones deben llegar hasta el margen anterior de las cruras laterales. De hecho es la misma que la incisión por el borde para la técnica de la ranura (Slot) o Delivery.

El sitio exacto para realizar la incisión de la columella esta en discusión, hay quienes piensan que es mejor realizarla aproximadamente en la porción media de la columella, pues ahí tiende a ser mas angosta y resulta menos visible que si se hace más baja o mas alta.

Cuando la incisión en forma de "V" invertida se hace en la parte más baja, tiende a ser mas largo y quizá a ensancharse, y si se hace sobre las cruras mediales, puede aparecer pellicamientos laterales. Es muy importante considerar esto en personas de piel oscura en quienes cualquier defecto de la piel será muy notoria.

Por otro lado, las incisiones que quedan altas en la columella hacen difícil exponer las zonas inferiores de ella, como en la espina nasal y la base de las cruras medias.

En casos de columellas muy angostas o cuando se desea un colgajo más ancho es conveniente prolongar la incisión transversal hacia el margen caudal de la crus media, lo que permite que haya suficiente remanente de piel para suturar.

La incisión en la columella se hace con un bisturí del número 11 o 15, estabilizando la punta entre el pulgar y el índice. Es importante tener cuidado en no cortar accidentalmente las cruras mediales. Para la rama vertical de la incisión (la marginal) se emplea preferentemente una hoja de bisturí del número 15, haciendo el corte hasta la unión de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

las cruras mediales y laterales (domo), cuidando de no cortarlas, sobre todo en pacientes con piel delgada.

Se inicia el levantamiento del colgajo en la incisión transversal con tijeras y disección roma superficial hacia las cruras mediales y hasta el domo. Con la técnica habitual se despegan las cruras laterales hasta el domo uniendo de esta manera ambas disecciones. Se debe tener cuidado en no cortar accidentalmente los cartílagos. Con la ayuda de un gancho doble, para levantar todo el colgajo de la columella y la punta nasal y bajo visión directa, se continúa la disección hasta el dorso si así se requiere. Es importante en todos los casos que el despegamiento de los tejidos incluya el pericondrio, lo que facilitará el trabajo sobre los cartílagos. En ocasiones es difícil realizar una disección limpia debido a una cicatrización previa provocada por cirugías anteriores. Es útil contar con cauterio bipolar para cauterizar los vasos sangrantes y así mantener el campo quirúrgico limpio. En este momento se puede retirar el tejido cicatrizal, y algunas veces se podrá adelgazar el tejido subcutáneo del área de la punta, teniendo cuidado de no ser demasiado agresivos por la posibilidad de poner en peligro la vascularidad de la zona. En general una vez dominada esta técnica no se requiere ninguna incisión endonasal ya que por esta vía se pueden abordar todas las áreas de la nariz. Sin embargo, aconsejamos en un inicio, realizar la disección del septum por la vía clásica hasta dominar bien la técnica, y si se requiere otra incisión para llegar a otra área habra que hacerla.

Para abordar el septum se identifica el ángulo septal superior y se inicia el levantamiento de un colgajo submucopericóndrico en uno o ambos lados del septum, según sea el caso. También puede ser necesaria la separación de los cartílagos laterales superiores del septum lo que da una visión viable del área. Muchos autores emplean esta vía para cerrar perforaciones septales con muy buenos resultados.

Uno de los factores que se deben tomar en cuenta en la rinoplastía externa, es que al incidir sobre la columella se debilita el sosten de ella, pues el corte rompe uno de los factores menores para el soporte de la punta, ya que la cicatriz siempre tenderá a tirar de la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

punta hacia abajo; por este motivo es aconsejable colocar un poste entre las cruras medias para dar una mayor resistencia a la punta y contrarrestar el efecto de la cicatriz.

Una vez obtenidos los cambios deseados, es logar un alineamiento perfecto de las incisiones para reducir al mínimo la cicatriz. Es aconsejable primero colocar 1 o 2 puntos de afrontamiento con catgut crómico para que la incisión transversa se alinee y no tenga tensión; posteriormente se continúa el cierre con el mismo material de sutura en la zona de las incisiones de las cruras laterales (incisión de ranura, Slot), y por último el cierre de la piel de la columella con dermalón de 5 o 6 ceros, poniendo especial cuidado en evertir los bordes para reducir la cicatriz. Se coloca el vendaje como en cualquier rinoplastia y se deja o no taponamiento de acuerdo con el trabajo realizado en el septum.

Entre el tercer y cuarto días se retiran los puntos de la columella y el taponamiento; el vendaje se cambiará entre los 5 y 7 días y permanecerá colocado de 2 a 3 semanas.

## **II. JUSTIFICACION.**

La rinoplastia con técnica cerrada ha sido la técnica quirúrgica más utilizada en los últimos años con buenos resultados estéticos y funcionales. La rinoplastia abierta tiene su auge en las últimas décadas porque ofrece ventajas quirúrgicas al exponer adecuadamente los tejidos nasales, de aquí su expectativa a esperar mejores resultados estéticos y funcionales.

## **III. HIPOTESIS.**

La rinoplastia abierta ha incrementado su popularidad en los últimos años, surge el interés de esta técnica a partir de la dificultad técnica para el manejo de los componentes nasales en la rinoplastia tradicional por vía endonasal (técnica cerrada). La rinoplastia abierta ofrece ventajas al facilitar el manejo de los tejidos blandos, especialmente los cartílagos nasales en una visión directa, es decir se identifica las diferentes características anatómicas además de su

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

diseción, ofreciendo mejores expectativas en los resultados estéticos y funcionales.

#### **IV. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL.**

Observar las secuelas más frecuentes en la rinoplastia abierta que afectan la estética y la funcionalidad.

##### **OBJETIVOS PARTICULARES.**

- Establecer las secuelas por segmentos anatómicos específicos nasales.
- Identificar las secuelas funcionales más frecuentes.
- Determinar la secuela anatomofuncional más frecuente.

#### **V. MATERIAL Y METODOS.**

##### **Tipo de investigación.**

Este es un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, abierto.

##### **Grupo problema.**

Pacientes a quienes se les ha realizado la cirugía de rinoplastia abierta de 1999 al 2003, que asisten a la consulta externa del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional Licenciado "Adolfo López Mateos".

##### **Tamaño de la muestra.**

Pacientes postoperados de rinoplastia abierta de 1999 a 2003.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Criterios de inclusión.**

Pacientes postoperados de rinoplastía abierta, de cualquier sexo entre los 17 a 50 años de edad.

**Criterios de exclusión.**

Pacientes de menos de 17 años y más de 50 años, y pacientes con antecedente de cirugía de rinoplastía secundaria o terciaria.

**Criterios de de eliminación.**

Pacientes que dejen de asistir a la consulta externa en los cuales no se observó la evolución clínica postoperatoria.

**Recursos Humanos.**

El propio investigador con el apoyo de un asesor de tesis.

**Recursos Materiales.**

Hojas de papel, lapiceros, lápices, historias clínicas, rinoscopios, bayonetas, lámpara frontal, descongestivos del tipo de la fenilefrina, algodón, un consultorio del servicio de Otorrinolaringología.

**Financiamiento.**

Propios de la Institución, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **VI. RESULTADOS.**

El resultado de la investigación fue el seguimiento de 21 pacientes postoperados de rinoplastia abierta, la mayoría de ellos fueron intervenidos quirúrgicamente entre los años 2002 y 2003, de los cuales 16 pacientes son mujeres y 5 hombres, ubicados la mayoría de ellos entre el grupo de edad de los 21 a los 30 años, con un total de 11 pacientes.

En relación a los parámetros interrogados sobre la funcionalidad y estética nasal, la obstrucción nasal se presentó en 3 pacientes, el dolor nasal en 2 pacientes, la sequedad nasal en 3 pacientes, y la estética nasal la refirieron con mayor frecuencia como buena en 10 pacientes, excelente en 8 pacientes, 2 pacientes regular y 1 paciente la refirió como mala cirugía.

Sobre la exploración nasal, las estructuras nasales evaluadas por separado fueron: pirámide nasal, la cual en ningún paciente se lateralizó, es decir, todos se encontraron centrales, el dorso nasal se palpó irregular en 2 pacientes, la punta nasal se encontró asimétrica en 2 pacientes, las narinas estuvieron asimétricas en 1 paciente, la base nasal se encontró ancha en 2 pacientes, la columella se presentó proyectada en todos los pacientes, la presencia de cicatriz en la columella se observó en 3 pacientes, la proyección nasal se encontró inadecuada en 2 pacientes, el área valvular se identificó con colapso en 2 pacientes y el septum se observó desviado en 2 pacientes, el ángulo nasofrontal y el ángulo nasolabial fueron ideales en los 21 pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **VII. CONCLUSIONES.**

**z** La rinoplastía abierta es una técnica confiable, que permite realizar una adecuada disección de los tejidos, que facilita la definición de la punta nasal, mejorando los resultados estéticos.

La secuela más comunmente encontrada en este estudio de rinoplastía abierta es la cicatriz presente en la columella.

El dorso, las narinas y la base nasal, así como la proyección nasal no tuvieron repercusión con esta técnica en los resultados estéticos.

El septum nasal y el área valvular tuvieron mínimas secuelas en la funcionalidad nasal.

El éxito de este procedimiento consiste en ver directamente los componentes nasales tanto óseos como cartilagosos que permiten realizar un diagnóstico y planeamiento quirúrgico correcto, mejorando los resultados estéticos y funcionales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**VIII. BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- Leach J. Aesthetics and Hispanic Rhinoplasty. The laryngoscope.112: Noviembre 2002: 1903-1916.
- 2.- Mark B. Deffering Characteristics in 100 Consecutive Secondary Rhinoplasty Patients following closed versus open Surgical Approachs. Plastic and Reconstructive surgery. 109: Mayo 2002: 2097-2112.
- 3.- Cemal S. Extracorporeal Septoplasty Combine with Open Rhinoplasty. Aesthetic Plastic Surgery. 21: Julio-agosto 1997: 233-239.
- 4.- William P. Anatomic Basis an Clinical Implications for Nasal Tip Support in open versus clored Rhinoplastic. Plastic Reconstruct Surg. 10: Enero 1999: 255-251
- 5.- Bafaqueeh S. Alternations in nasal sensibility following Open Rhinoplasty. British Journal of Plastic Surgery. 51: Octubre 1998: 508-510.
- 6.- Bafaqueeh A. Simultaneous open rhinoplasty and alar base excision: Is there a problem with the blood supply of the nasal tip and columellar skin?. British Journal of Plastic Surgery, Vol 105-1: Agosto 1999: 348-349.
- 7.- Galli J. New surgical concepts: Nasal tip function. Aesthetic Plastic Surgery. 21: 1997: 240-242.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8.- Holmström H. Open Rinoplasty Without Trascolumellar Incision. Plastic and Reconstructive Surgery. Febrero 1997: 321-326.

9.- Smythe R. The Effects of Lower Lateral Cartilage Excision on Nasal Tip Projection. Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery. 117: Enero 1998. 56-59.

10.- Minas S. The Long-term Effects of Open Cosmetic Septorhinoplasty on Nasal Air Flow. Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery. 122: Enero 1997.

11.- Han S. Extended Incision in Open-Approach Rhinoplasty for Asians. Plastic and Reconstructive Surgery. Mayo 2002: 2087-2096.

12.- Petroff M. Nasal Tip Projection. Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery. 117: 1997: 83-88.

13.- Menick F. Anatomic Reconstruction of the Nasal Tip Cartilages in Secondary and Reconstructive Rhinoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery. Diciembre 1999: 2187-2198.

14.- Bafaqueeh S. Open Rhinoplasty: Effectives of Different Tipplasty Techniques to Increase Nasal Tip Projection. American Journal of Otolaryngology. 21-4: Agosto 2000: 231-237.

15.- Johnson C. The Tension Nose; Open Structure Rhinoplasty Approach. Plastic and Reconstructive. Enero 1997: 43-51.

16.- Mavili M. Open Rhinoplasty Through a Forked Flap Incision. Aesthetic Plastic Surgery. 1999: 247.251.

17.- Meneghini F. Lateral Crus Sculpturing in Open Rhinoplasty: The Delicate Alar Clamp. Aesthetic Plastic Surgery. 2002: 73-77.

18.- Toriumi D. Vascular Anatomy of the Nose and the External Rhinoplasty Approach. Arch Otolaryngology Head and Neck Surgery. 122: Enero 1996: 24-34.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

19.- Cardenas L. Improving Nasal Tip Projection and Definition Using Interdomal Sutures and Open Approach Without Transcolumellar Incision. *Aesthetic Plastic Surgery*. 26: 2002: 161-166.

20.- Rollin K Daniel. *Aesthetic Plastic Surgery Rhinoplasty*. 1ª. Edición, E.U.A., Little, Brown and Company. 1993, 481-499.

21.- Aiach G. Atlas de Rinoplastía y de la Vía de Abordaje Externo. 1ª. Edición. España, Masson, 1995, 14-56.

22.- Azuara P. Enrique. *Rinología ciencia y arte*. 1ª. Edición. México, Masson-Salvat Medicine. 1996, 297-299

23.- Park S. *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. Vol. 4, McGraw-Hill Interamericana. 1999, 585-598.

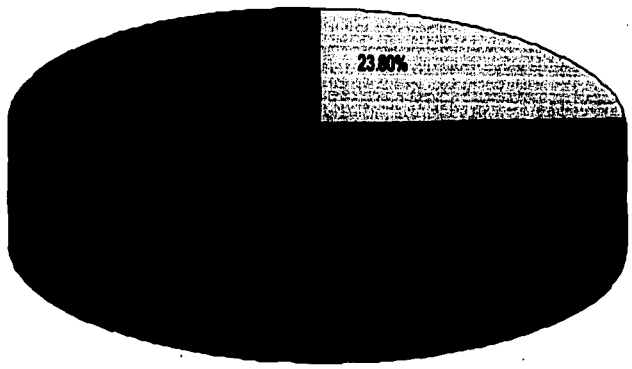
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

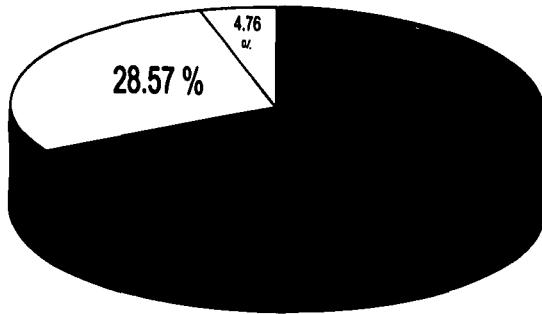
### SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (DISTRIBUCION POR SEXO)



■ HOMBRE 5

■ MUJER 16

## SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (DISTRIBUCION POR EDAD)



■ MENOS DE 20 AÑOS 3

■ 21-30 AÑOS 11

□ 31-40 AÑOS 6

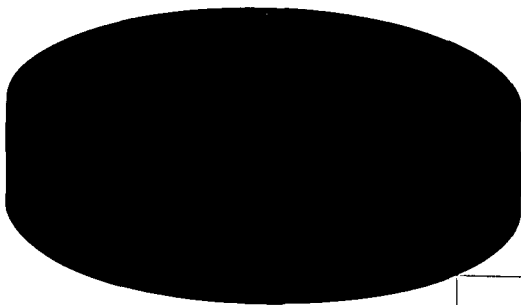
□ MAS DE 41 AÑOS 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA  
(OBSTRUCCION NASAL)**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



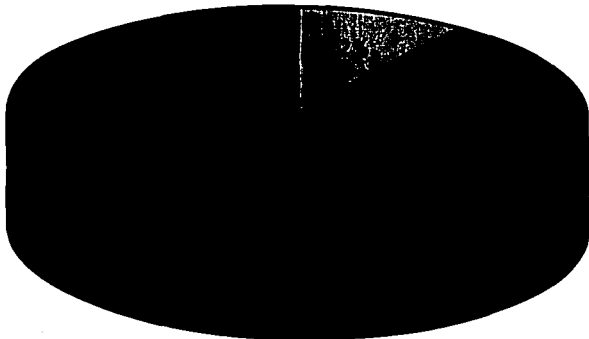
OBSTRUCCION NASAL SI 3

OBSTRUCCION NASAL NO 18

19

# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (DOLOR NASAL)

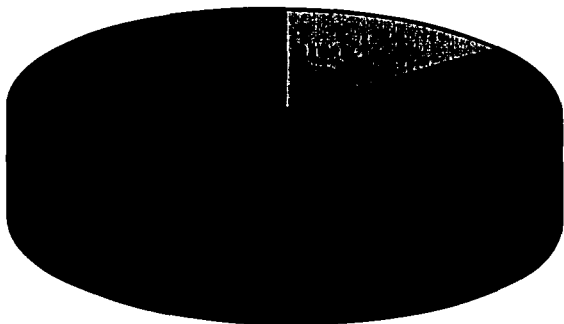
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



DOLOR NASAL SI 2

DOLOR NASAL NO 19

# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (SEQUEDAD NASAL)



■ SEQUEDAD NASAL SI 3

■ SEQUEDAD NASAL NO 18

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (IMAGEN ESTETICA POSTOPERATORIA)

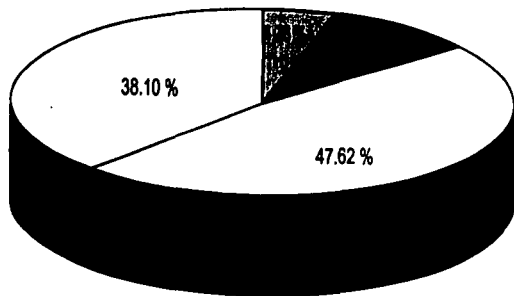


IMAGEN ESTETICA  
POSTOPERATORIA NASAL  
MALA 1

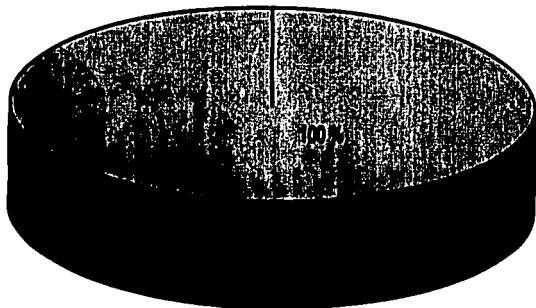
IMAGEN ESTETICA  
POSTOPERATORIA NASAL  
REGULAR 2

IMAGEN ESTETICA  
POSTOPERATORIA NASAL  
BUENA 10

IMAGEN ESTETICA  
POSTOPERATORIA NASAL  
EXCELENTE 8

22

# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (PIRAMIDE NASAL)



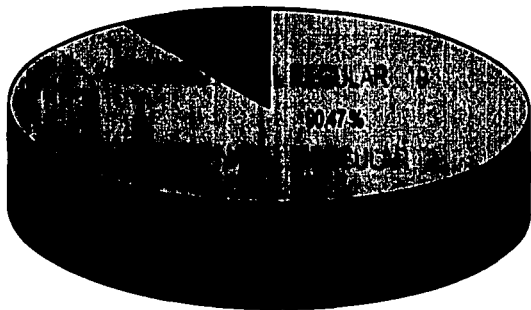
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

▣ PIRAMIDE NASAL CENTRAL 21

■ PIRAMIDE NASAL LATEREALIZADA

0

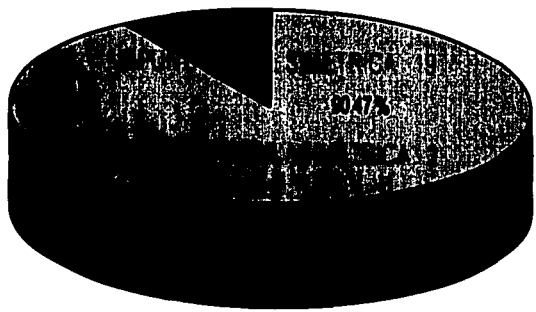
# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (DORSO NASAL)



▣ DORSO NASAL REGULAR	19
■ DORSO NASAL IRREGULAR	2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

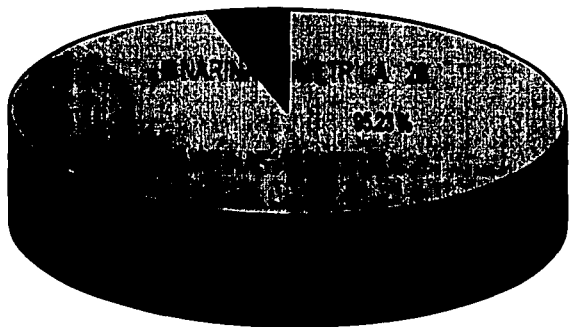
# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (PUNTA NASAL)



▣ PUNTA NASAL SIMETRICA 19  
■ PUNTA NASAL ASIMETRICA 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (NARINAS)



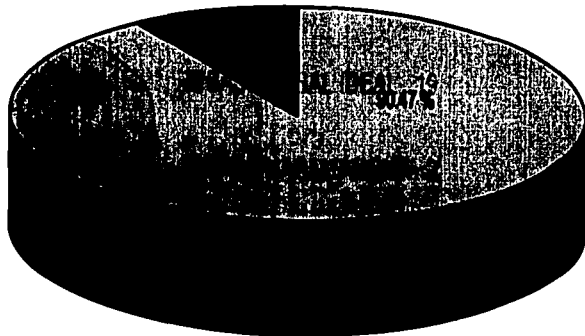
■ NARINAS SIMETRICA 20

■ NARINAS ASIMETRICA 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (BASE NASAL)



■ BASE NASAL IDEAL 19

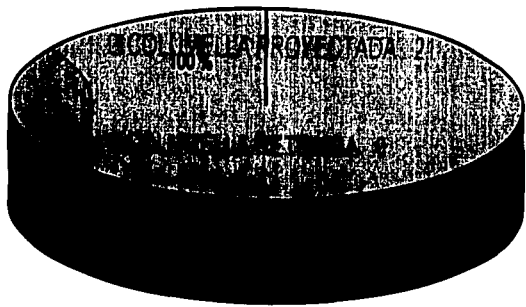
■ BASE NASAL ANCHA 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

27

# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA ( COLUMELLA )

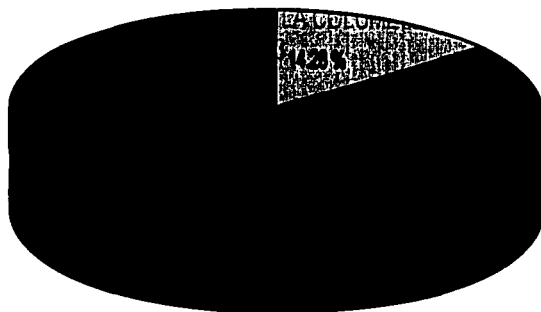
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



- COLUMELLA PROYECTADA 21
- COLUMELLA RETRAIDA 0

## SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (CICATRIZ EN LA COLUMELLA)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

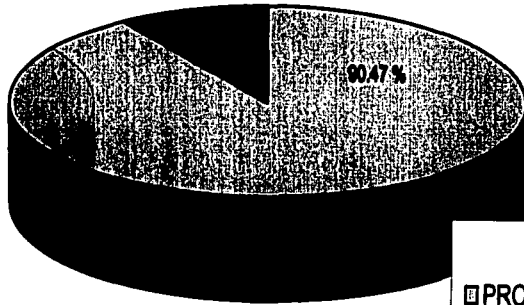


▣ CICATRIZ EN LA COLUMELLA  
PRESENTE 3

■ CICATRIZ EN LA COLUMELLA  
AUSENTE 18

# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (PROYECCION NASAL)

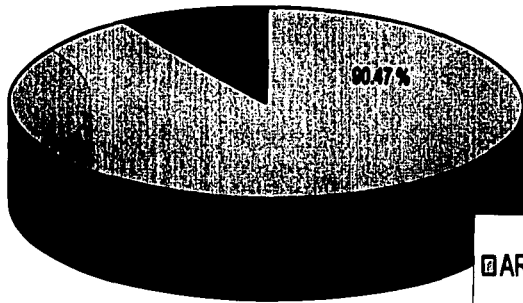
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



■	PROYECCION NASAL ADECUADA	19
■	PROYECCION NASAL INADECUADA	2

## SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (AREA VALVULAR)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



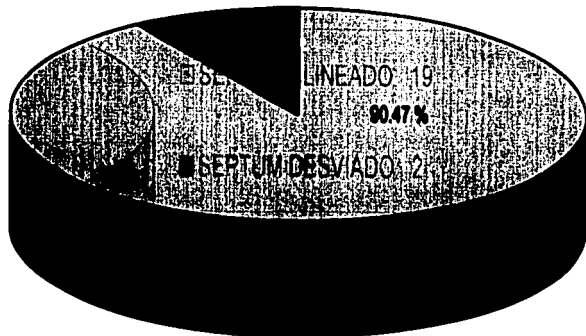
▨ AREA VALVULAR NORMAL 19

■ AREA VALVULAR COLAPSO 2

□ AREA VALVULAR INSUFICIENCIA 0

# SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA (SEPTUM)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



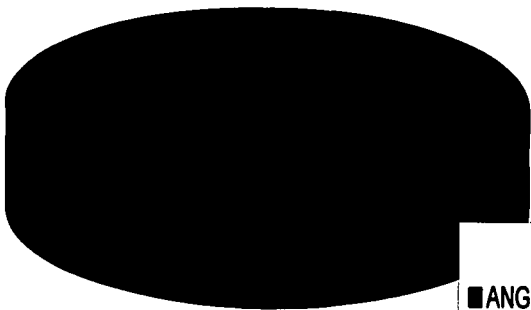
■ SEPTUM ALINEADO 19

■ SEPTUM DESVIADO 2

32

**SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA  
(ANGULO NASOFRONTAL)**

TESTE CON  
FALLA DE ORIGEN



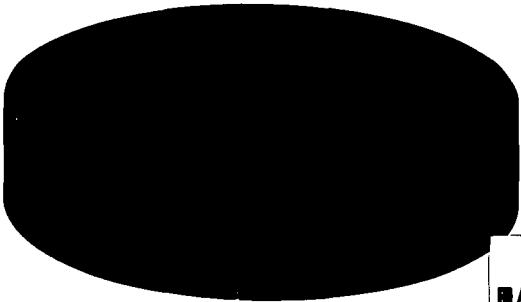
■ ANGULO NASOFRONTAL IDEAL 21

■ ANGULO NASOFRONTAL NO IDEAL 0

33

**SECUELAS DE RINOPLASTIA ABIERTA  
(ANGULO NASOLABIAL)**

TECNIC CON  
FALLA DE ORIGEN



■ ANGULO NASOLABIAL IDEAL 21

■ ANGULO NASOLABIAL NO IDEAL 0