

11211



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

PETRÓLEOS MEXICANOS

ELONGACIÓN DE LA COLUMELA EN PACIENTES CON
SECUELAS NASALES DE LABIO HENDIDO BILATERAL:
OTRA ALTERNATIVA

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
**MÉDICO ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**
P R E S E N T A :
DRA. BLANCA EUGENIA DUFFY VERDURA



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

PETRÓLEOS MEXICANOS

**ELONGACIÓN DE LA COLUMELA EN PACIENTES CON SECUELAS
NASALES DE LABIO HENDIDO BILATERAL: OTRA ALTERNATIVA**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA

DRA. BLANCA EUGENIA DUFFY VERDURA

MÉXICO D.F.

2004

**ELONGACIÓN DE LA COLUMELA EN PACIENTES CON
SECUELAS NASALES DE LABIO HENDIDO BILATERAL:
OTRA ALTERNATIVA**

AUTORIZACIONES



Dr. Carlos Fernando Díaz Aranda

Director



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dra. Judith López Zepeda

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación



Dr. Luis Ernesto Ramos Durón

Jefe del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva



Dr. Francisco Javier Carrera Gómez

Asesor de Tesis y Profesor Titular del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva



Presenta

Dra. Blanca Eugenia Duffy Verdura

Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Asesor de Tesis e Investigador Responsable

Dr. Francisco Javier Carrera Gómez

Profesor Titular del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Investigador Asociado

Dr. Jorge Eduardo Gutiérrez Salgado

Profesor Adjunto del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva

ÍNDICE

Resumen	1
Antecedentes	2
Objetivos	5
Material y Métodos	6
Resultados	11
Discusión	14
Conclusiones	17
Bibliografía	18

To Frank and Carlota
For all their love and support
through out these long years of study
and through out my life.

A Toño
No es que muera de amor,
muero de ti...
Gracias.

*Que al final de ésta existencia transitoria
a la que tanto nuestro afán se adhiere,
la materia, inmortal como la gloria,
cambia de forma; pero nunca muere*

Manuel Acuña.

ELONGACIÓN DE LA COLUMELA EN PACIENTES CON SECUELAS NASALES DE LABIO HENDIDO BILATERAL: OTRA ALTERNATIVA

RESUMEN

Muchos procedimientos han sido desarrollados para corregir las principales secuelas nasales del labio hendido bilateral como el acortamiento de la columela, la depresión de la punta nasal y el ensanchamiento de las narinas.

El objetivo del presente trabajo es la descripción de una técnica basada en rinoplastia abierta, resección de segmentos cutáneos semicirculares a nivel de la punta nasal, liberación de la piel del dorso nasal y colocación intercrural de dos injertos de cartílago auricular, con el fin de elongar la columela, aumentar el ángulo naso- labial y mejorar la proyección de la punta nasal y la forma de las narinas.

Veinticinco pacientes con secuelas nasales de labio hendido bilateral fueron sometidos a ésta técnica. La longitud postoperatoria promedio de la columela fue de 10.56 milímetros, logrando una ganancia de 8.21 milímetros, mientras que el ángulo naso-labial posterior a la corrección del defecto, midió en promedio 91.96 grados, con una ganancia de 68.4 grados. La forma normal de las narinas y la proyección de la punta se restauró en la mayoría de los casos. No se observaron cicatrices deformantes ni se presentaron alteraciones en el crecimiento nasal.

Concluimos que ésta técnica constituye una alternativa más que ofrece excelentes resultados.

ANTECEDENTES

A pesar de la gran cantidad de avances logrados en la reparación primaria del labio hendido como el tratamiento en centros especializados, la creación de métodos ortodónticos y la corrección del labio hendido junto con la deformidad nasal de manera simultánea, entre otras; las deformidades secundarias del labio hendido, en especial las deformidades nasales, continúan siendo un importante problema universal, sobre todo en países en desarrollo como el nuestro, en donde los pacientes se presentan en etapas tardías de la niñez o en la adolescencia para la corrección de deformidades nasales y labiales secundarias severas, posteriores a reparaciones iniciales llevadas a cabo en la infancia¹.

Producto de una alteración en el mecanismo normal de la diferenciación durante el crecimiento, las alteraciones anatómicas de la deformidad nasal secundaria en labio hendido bilateral se caracterizan por²: 1) Punta nasal plana o deprimida, 2) Acortamiento o ausencia de la columela, 3) Ensanchamiento de las narinas, 4) Ángulo naso-labial cerrado, 5) Desplazamiento lateral de los domos con dislocación de las crura laterales, 6) Separación de la porción anterior de las crura media, 7) Rotación caudal de los cartílagos alares, 8) Presencia de pisos vestibulares cicatrizados y por 9) Hipoplasia maxilar bilateral.

Durante la infancia temprana, la proyección nasal es fundamentalmente función de los domos alares, sin embargo con la madurez, la columela contribuye en más de la mitad del soporte de la punta nasal y su proyección³. Si la columela es corta, la nariz es evidentemente plana y la punta se apreciará muy baja.

Aumentar la longitud de la columela permitirá una mejor proyección de la punta nasal y mantendrá a las bases de los alares en posición normal, constituyendo uno de los aspectos más importantes en la reparación de la deformidad nasal.

Muchos procedimientos han sido desarrollados para restaurar la longitud de la columela²⁻²⁹, hace dos décadas se aceptaba el concepto de "paradigma cutáneo"⁴, en donde se avanzaba la piel del pro labio hacia la columela para elongarla.

A pesar de que ésta técnica lograba formar una columela, no corregía la deformidad de los cartílagos nasales, por el contrario, la empeoraba ya que al no haber soporte cartilaginoso para la punta en la pseudocolumela y más adelante al haber un crecimiento de las crura media separando los domos, la proyección de la misma era pobre⁵. Los nuevos métodos se enfocan principalmente en la reconstrucción de los cartílagos de la punta nasal, ya que actualmente, existe evidencia abundante⁶⁻⁸ de que la disección pericóndrica y la reposición de los cartílagos, mejora la forma de la nariz sin afectar el crecimiento de la misma.

Actualmente, en pacientes con labio hendido bilateral, se recomienda la reparación de la deformidad nasal junto con la reconstrucción del labio en un solo tiempo, sin embargo, todavía es común que los pacientes se presenten con deformidades nasales severas posteriores a reparaciones iniciales llevadas a cabo en la infancia. En México existen comunidades en las que la detección y el tratamiento de estas deformidades se retrasan varios años.

La corrección de las secuelas nasales en pacientes con labio hendido bilateral es un gran reto para las habilidades del cirujano reconstructor debido a su complejidad, ya que en estos casos existen múltiples cicatrices y una doble distorsión de la anatomía. La corrección exitosa de la deformidad secundaria en labio hendido, depende de la evaluación detallada y sistemática de la alteración anatómica, de un plan de tratamiento preconcebido y de una adecuada ejecución técnica durante del procedimiento quirúrgico.

Las alteraciones nasales anatómicas más conspicuas posteriores a una reparación primaria del labio hendido bilateral son la punta nasal deprimida, el ensanchamiento de las narinas y el acortamiento de la columela. Se han descrito gran cantidad de técnicas para la corrección de éste último defecto y a pesar de ellas, es difícil obtener resultados satisfactorios, siendo necesario llevar a cabo más de un procedimiento quirúrgico para conseguir un aspecto estético armónico que oculte la deformidad de manera natural.

Con la intención de mejorar los resultados publicados por otros autores, se diseñó una técnica constituida por: 1) Resección de segmentos cutáneos semicirculares a nivel de la punta nasal, 2) Disección completa del dorso nasal, 3) Disección de los cartílagos alares con aproximación de los mismos y 4) Colocación intercrural de dos injertos de cartílago auricular; la cual, permite aumentar la longitud de la columela en pacientes con antecedente de labio hendido bilateral y deformidades nasales secundarias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir una técnica para elongar la columela mediante rinoplastia abierta, resección de segmentos cutáneos semicirculares a nivel de la punta nasal, liberación de la piel del dorso nasal y colocación intercrural de dos injertos de cartílago auricular en pacientes con labio hendido bilateral y deformidad nasal secundaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Medir la longitud preoperatoria de la columela en pacientes con secuelas nasales de labio hendido bilateral.
2. Medir el ángulo naso-labial en el preoperatorio.
3. Aumentar la longitud de la columela mediante la resección de segmentos semicirculares a nivel del triángulo blando, colocación de dos injertos de cartílago auricular (uno en forma de "T" y otro tipo Sheen), y liberación de la piel del dorso nasal.
4. Medir la longitud de la columela en el postoperatorio.
5. Medir el ángulo naso labial en el postoperatorio.
6. Indicar la posición de las narinas en el postoperatorio.
7. Indicar la proyección de la punta nasal.
8. Determinar la satisfacción del paciente ante el resultado obtenido.

MATERIAL Y MÉTODOS

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esperando que en el 90% de los pacientes se observe un resultado postoperatorio favorable, con un nivel de confianza bilateral ($1-\alpha$) de 99%, una potencia de prueba ($1-\beta$) de 90% y una precisión absoluta del 10%, se calculó un tamaño de muestra de 21 pacientes.

POBLACIÓN

En el periodo comprendido de 2002 a 2004, participaron en el estudio veinticinco pacientes con labio hendido bilateral y deformidad nasal secundaria. Diez pacientes pertenecían a los servicios de salud de Petróleos Mexicanos y fueron sometidos al procedimiento quirúrgico en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Ocho pacientes provenían del Estado de México y la zona conurbada y siete pacientes del Estado de Yucatán. Estos últimos dos grupos fueron sometidos al procedimiento en el marco de las campañas de cirugía extramuros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio a pacientes sometidos a la reparación primaria del labio hendido bilateral, y que contaban con las siguientes alteraciones nasales: A) Depresión de la punta nasal, B) Columela nasal acortada, C) Ensanchamiento de las narinas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio a pacientes sometidos a la reparación del labio hendido bilateral junto con la reparación de la deformidad nasal de manera primaria y mediante rinoplastia abierta.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Todos los pacientes serán sometidos a la siguiente valoración preoperatoria:

1. Medición de la longitud de la columela en milímetros mediante un calibrador, tomando en cuenta que la columela debe estar a 2 o 3 mm por debajo de los bordes de los alares y paralela a ellos.
2. Medición del ángulo naso-labial en grados mediante un goniometro.
3. Determinación de la proyección de la punta nasal considerando que ésta corresponde al 67% de la longitud de la nariz, la cual se mide a partir del nasion hasta la punta nasal²⁹.

En todos los casos, el procedimiento quirúrgico se llevó a cabo por el mismo grupo de cirujanos.

A. Toma del injerto de cartílago

Se realizó una incisión longitudinal retroauricular, se disecó la concha auricular sin lesionar el pericondrio hasta exponerla en su totalidad. Se trazó una "T" sobre la concha y posteriormente una línea que une el extremo lateral de la "T" con su base con el fin de obtener un triángulo equilátero (Fig. 1). Se resecó el segmento trazado de la concha disecándola en su cara anterior. Se afrontó la herida auricular con sutura no absorbible y se modeló el cartílago resecado a partir de los trazos anteriores para obtener dos injertos, uno en forma de "T" y otro triangular tipo Sheen. (Fig. 2)

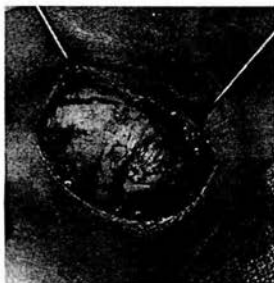


Fig. 1 Disección del cartílago auricular y diseño de la toma del injerto.



Fig. 2 Injerto triangular tipo Sheen e injerto en "T".

B. Reconstrucción nasal

a. Diseño de la incisión: A nivel de la base de la columela se trazó una "V" de aproximadamente 1.5 cm de longitud. Las ramas de la "V" se continuaron hacia el borde superior de cada narina de forma semicircular incluyendo al triángulo blando. (Fig. 3 y 4)



Fig. 3 y 4 Diseño de la incisión.

b. Rinoplastia: Se levantó el colgajo nasal, como en la técnica convencional de rinoplastia abierta para exponer los cartílagos alares (Fig. 5 y 6), se continuó con el despegamiento cutáneo del dorso hasta la raíz nasal.



Fig. 5 y 6 Levantamiento del colgajo nasal.

Se disecaron las crura media desde la base de la columela hasta la punta nasal para conformar un bolsillo. Se colocó el injerto de cartílago en "T" en el bolsillo intercrural de tal forma que la rama vertical de la "T" reposará dentro del mismo, paralelo a las crura media. (Fig. 7)

Una vez colocado éste injerto, se suturaron las crura media entre sí con material no absorbible incluyendo el domo de ambos cartílagos alares, con el fin de envolver al injerto y proyectar la punta. La rama horizontal de la "T" se rota en sentido anterior y se fija con sutura no absorbible para que ambas ramas se sitúen directamente sobre los cartílagos alares. Se fija el injerto tipo Sheen de forma simétrica sobre el injerto en "T". (Fig. 8)

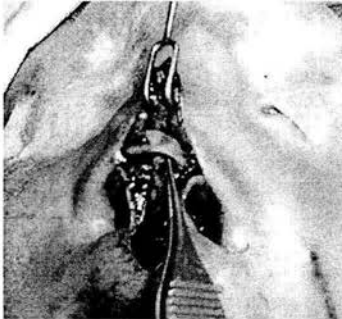


Fig. 7 Colocación de injerto en T.

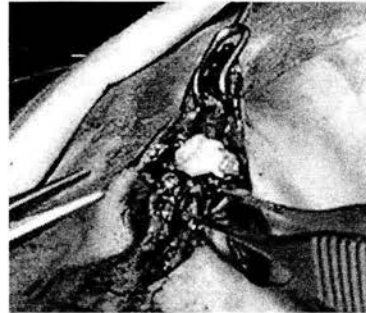


Fig. 8 Colocación de injerto Sheen.

Se resecó el segmento trazado en forma semicircular sobre el triángulo blando en su totalidad, (Fig. 9) sin incluir mucosa nasal ni cartílagos alares. Se cubrieron los cartílagos reconstruidos con la piel nasal elevada y se afrontó la herida mediante un avance en V-Y (Fig. 10) con sutura no absorbible, cuidando la simetría entre las narinas y dejando una herida vertical sobre el filtrum.

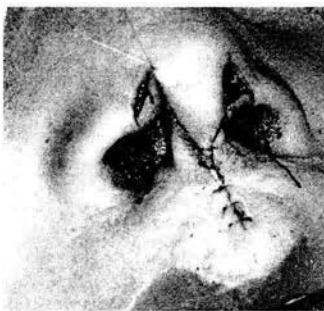


Fig. 9 Resección del segmento semicircular.



Fig. 10 Cierre de la herida en V-Y.

Los resultados finales fueron evaluados en el postoperatorio de la siguiente manera:

1. Medición de la longitud de la columela.
2. Medición del ángulo naso-labial.
3. Determinación de la forma de las narinas, mediante una escala del 1 al 2, en donde 1 indicaba narinas ensanchadas y 2 narinas no ensanchadas.
4. Determinación de la alineación de la columela y proyección de la punta nasal.
5. Respuesta de cada paciente ante el resultado, catalogándolo como (1) bueno (2) aceptable y (3) malo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva (media, mediana y desviación estándar) para la presentación de los datos. La prueba de T pareada fue empleada para comparar los resultados pre y post operatorios, considerando un valor de p menor a 0.001 como significativo para rechazar la hipótesis de nulidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo está apegado a las normas y recomendaciones de la Comisión Nacional de Bioética y a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Se obtuvo autorización de todos los pacientes mediante un formato de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se estudiaron a 25 pacientes consecutivos con labio hendido bilateral sometidos a la técnica ya descrita para la corrección secundaria de la deformidad nasal, de los cuales 17 eran hombres y 8 mujeres con un rango de edad entre 10 a 18 años (Gráfica 1). Quince (60%) pacientes habían sido sometidos a la reparación primaria del labio hendido mediante la técnica de Millard, mientras que 10 pacientes (40%) habían sido reconstruidos con la técnica de Manchester modificada (Gráfica 2). Ningún paciente había recibido tratamiento primario para la corrección de la deformidad nasal.

Gráfica 1. Distribución por sexo

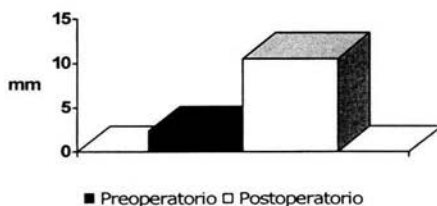


Gráfica 2. Reparación Primaria del labio hendido



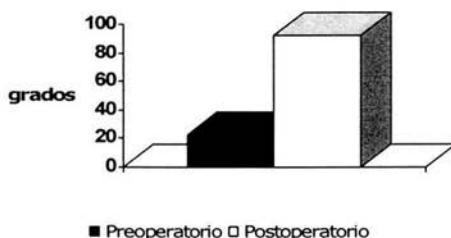
La longitud preoperatoria de la columela en promedio fue de 2.35 ± 0.76 mm (1.0 a 3.8 mm). Posterior al procedimiento la longitud promedio de la columela fue de 10.56 ± 0.86 mm (9.0 a 12.0 mm). El uso de ésta técnica permitió una ganancia de 8.21 mm en la longitud de la columela (Gráfica 3). Al comparar éstos datos se observó un valor de t igual a -180.17 con 24 grados de libertad y una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.000$).

Gráfica 3. Longitud de la Columela



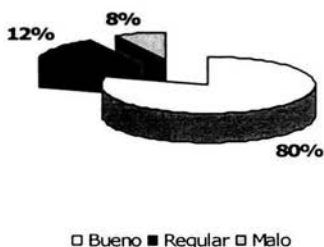
En promedio, el ángulo naso-labial preoperatorio fue de 22.56 ± 4.25 grados, (15-30 grados). Posterior a la corrección del defecto, el ángulo naso-labial midió en promedio 91.96 ± 4.89 grados, con una ganancia de 68.4 grados (Gráfica 4). Al comparar estos resultados, se obtuvo un valor de t igual a -150.25, con 24 grados de libertad, y una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0.000$)

Gráfica 4. Ángulo Naso-Labial



En cuanto a la forma de las narinas, 100% de los pacientes recibieron calificación 2, en ningún paciente se observó exposición de vibrisas. Dos pacientes (8%) consideraron que el resultado fue malo, 3 pacientes (12%), lo consideraron aceptable y 20 (80%) como bueno (Gráfica 5).

Gráfica 5. Satisfacción ante el Resultado



La depresión de la punta nasal preoperatoria se corrigió en todos los pacientes y en un periodo de seguimiento de dos a 24 meses, la columela se observó alineada con un crecimiento proporcionado de la nariz en relación a la cara en 22 pacientes (88%), mientras que en 3 pacientes (12%), se apreció una leve tendencia hacia la contractura. No se observó obstrucción nasal ni formación de cicatrices hipertróficas en ninguno de los casos. (Figs. 11-16)



Fig. 11 Vista frontal preoperatoria.



Fig. 12 Vista frontal postoperatoria.

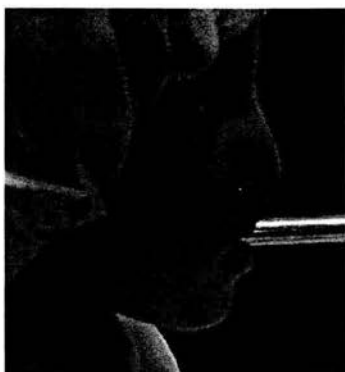


Fig. 13 Vista lateral preoperatoria.



Fig. 14 Vista lateral postoperatoria.



Fig. 15 Vista oblicua preoperatoria.



Fig. 16 Vista oblicua postoperatoria.

DISCUSIÓN

La corrección de la deformidad nasal en el labio hendido es un gran reto para el cirujano reconstructor debido a su complejidad. Múltiples procedimientos²⁻²⁸ han sido desarrollados para la corrección de estos defectos, sin embargo ninguno de ellos ha demostrado ser satisfactorio para todos los pacientes con deformidades nasales secundarias. En años recientes, han aparecido en la literatura una nueva clase de reparaciones para la deformidad nasal en el labio hendido que se enfocan primariamente a la reparación de la deformidad de los cartílagos de la punta nasal⁷⁻¹⁰.

Diferentes tipos de incisiones para reparar la deformidad nasal secundaria han sido descritos, Puckett y Wells¹¹ utilizan la incisión en ala de gaviota, Black y colaboradores¹² proponen el uso de un colgajo medio-facial para la exposición total de la deformidad nasal, y Tschopp¹³ enfatiza el uso de la rinoplastia a cielo abierto. Chen y Noordhoff¹⁴ reportan los beneficios de la rinoplastia abierta con éxito en el 60% de sus pacientes.

Nuestra técnica también propone el uso de la rinoplastia abierta, ya que éste método permite una exposición amplia de la distorsión anatómica y un acceso a la arquitectura nasal subcutánea adecuada, para realizar de manera precisa y bajo visión directa la corrección de las deformidades dorso-nasales.

Un factor importante que contribuye a la deformidad nasal en pacientes con labio hendido bilateral es la columela corta y constituye uno de los estigmas residuales más constantes de la nariz en el labio hendido bilateral reparado².

Las tres formas básicas descritas para aportar tejido a la columela son, la colocación de injertos como los del antihélix, lóbulo de la oreja o de las bases alares; los colgajos locales a partir de la piel del pro labio, de las bases alares o de la punta nasal; y los colgajos distales como los del pliegue naso-labial o del labio inferior^{15,16}.

Van der Meulen¹⁷ describió el uso de una Z plastia tridimensional a nivel de las bases alares para elongar la columela y mejorar la proyección de la punta, Shin y Lee¹⁸ proponen el uso de avances en V-Y con injertos compuestos de lóbulo auricular para elevar la punta nasal. En 1990, Mc Comb¹⁹ introduce el concepto de reparar la punta nasal deformada mediante la disección de los cartílagos alares junto con la unión de los domos hacia la línea media.

Más adelante, en 1995, Mülliken¹⁰ reporta que en el labio hendido, los tejidos de la columela se encuentran en la punta nasal y que no existe la necesidad de reclutar tejido del labio o de las bases alares, concluyendo que, la estrategia quirúrgica para la elongación de la columela deberá consistir en la colocación anatómica de los cartílagos alares, aproximando los domos hacia la línea media y en la remodelación del tejido blando de la punta nasal.

Modificaciones a la técnica de Mülliken fueron descritas mas adelante como la de Chen y Chen²⁰ en donde se elonga la columela mediante la aproximación de las crura media y la realización de tres colgajos en V a nivel de la punta nasal. La técnica descrita en nuestro trabajo conjunta los principios descritos inicialmente por Mülliken para corregir el defecto de la columela, ya que proponemos la reconstrucción los cartílagos alares mediante la aproximación de las crura media y los domos alares hacia la línea media y la remodelación de la piel nasal mediante la resección cutánea a nivel del triángulo blando, con reclutamiento de piel del dorso.

Cabe mencionar que la escisión de estos segmentos cutáneos puede en ocasiones acortar la piel a partir de la raíz nasal, Trott y Mohan²¹, recomiendan suturar la dermis de la piel superior del dorso al ángulo septal para evitar éste problema; nuestra técnica propone la disección completa de la piel del dorso.

Un aspecto más descrito en nuestro estudio agrega además, el uso de un armazón cartilaginoso en forma de T como soporte, para contribuir en la elongación de la columela junto con un injerto tipo Sheen para proporcionar mayor proyección a la punta nasal. El uso de injertos cartilaginosos para restaurar la hipoplasia de los cartílagos alares y la depresión de la punta nasal, ha sido descrito desde hace varios años.

Nishimura²², Millard²³ y Dibbel²⁴ emplean cartílago septal, Chait²⁵ sugiere el uso de un injerto de cartílago costal en forma de C, Kozin²⁶ crea un soporte a partir del cartílago alar, Matsuo y Hirose²⁷ describen el uso de un injerto compuesto de concha colocado entre las cura laterales y los cartílagos laterales superiores; y Ortiz-Monasterio²⁸ combina el uso de injertos de hueso y cartílago.

En nuestro trabajo, describimos la construcción de un armazón tridimensional a partir de cartílago auricular en forma de "T" junto con el injerto tipo Sheen, obteniendo excelentes resultados ya que logró alargar la columela, mejoró la forma, definición y proyección de la punta nasal, y permitió el cierre del avance en V-Y sin deformar el labio, dejando una sola cicatriz.

CONCLUSIONES

Disminuir los estigmas de la deformidad nasal en labio hendido bilateral es una prioridad que motivará al paciente a crecer y desarrollarse con una autoestima normal.

La técnica descrita en éste texto caracterizada por, la resección de segmentos cutáneos semicirculares a nivel de la punta nasal, disección del dorso nasal, disección de los cartílagos alares con aproximación de los mismos y la colocación de injertos cartilagosos intercrurales, demostró ser adecuada para obtener una longitud suficiente de la columela, una proyección nasal adecuada y un aspecto normal de las narinas, de manera inmediata y a largo plazo ya que a un año de seguimiento se observó un crecimiento proporcionado de la nariz con relación a la cara, sin modificaciones estéticas significativas conservando la longitud de la columela y la proyección de la punta nasal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rajeev B, Ahuja MS. Radical correction of secondary nasal deformity in unilateral cleft lip patients presenting late. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108:1127.
2. Millard DR Jr. Bilateral and rare deformities, In Millard DR Jr: *Cleft Craft-The evolution of its surgery II*. Boston: Little Brown, 1977 pp 359-374.
3. Pigott RW. Aesthetic considerations related to repair of the bilateral cleft lip nasal deformity. *Br J Plast Surg* 1988; 41:593.
4. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose. *Br J Plast Surg* 1975; 28: 262.
5. Broadbent TR, Woolf RM. Cleft lip nasal deformity. *Ann Plast Surg* 1984; 12: 216.
6. Welliz T, Cutting C, McCarthy J. The effects of unilamellar pericondrial dissection on the growth of the rabbit ear cartilage. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 935.
7. Sugihara T, Yoshida T, Igawa H. Primary correction of the unilateral cleft lip nose. *Cleft Palate Craniofac J* 1993; 30:231.
8. McComb HK, Coghlan BA. Completion of a longitudinal study. *Cleft Palate Cranifac J* 1996; 33:26.
9. Mulliken JB. Correction of the bilateral cleft lip nasal deformity: Evolution of a surgical concept. *Cleft Palate Craniofac* 1992; 29: 540
10. Mulliken JB. Bilateral complete cleft lip and nasal deformity: An anthropometric analysis of staged to synchronous repair. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96:9.
11. Puckett CL, Wells HG. The gull wing incision in the cleft lip rhinoplasty. *Cleft Palate Craniofac J* 1987; 24:163.
12. Black PW, Hartrampf CR, Beegle P. Cleft lip type nasal deformity: Definitive repair. *Ann Plast Surg* 1984; 12:128.
13. Tschopp HM. The open sky rhinoplasty for correction of secondary cleft lip nose deformity. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1988; 22:153.
14. Chen KT, Noordhoff MS. Open tip rhinoplasty. *Ann Plast Surg* 1992; 28:119.

15. Millard DR. Columella lengthening by a forked flap. *Plast Reconstr Surg* 1958; 22: 454.
16. Cronin TD. Lengthening columella by use of skin from nasal floor and alae. *Plast Reconstr Surg* 1958; 21:417.
17. van der Meulen JC. Columellar elongation in bilateral cleft lip repair: early results. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 1060.
18. Shin KS, Lee CH. Columella lengthening in nasal tip plasty of Orientals. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94:446.
19. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: A 15 year review and a new treatment plan.
20. Chen TH, Chen YR. Extended open-tip rhinoplasty with three V-flaps for secondary correction of bilateral cleft lip nose deformity. *Ann Plast Surg* 1996; 37: 482.
21. Trott JA, Mohan N. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of the lip repair in bilateral cleft lip and palate: The Alor Setar experience. *Br J Plast Surg* 1993; 46:215.
22. Nishimura Y, Kumoi T. External septorhinoplasty in the cleft lip nose. *Ann Plast Surg* 1991; 26: 526.
23. Millard DR. Various uses of the septum in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1988; 81 : 112-128
24. Dibbell DG. A cartilaginous columellar strut in cleft lip rhinoplasties. *Br J Plast Surg* 1976; 29: 247.
25. Chait La. The "C" costal cartilage graft in reconstruction of the unilateral cleft lip nose. *Br J Plast Surg* 1981; 34: 169.
26. Kozin IA. A radical method of correcting the nasal deformity in adult patients with repaired unilateral lip clefts. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61:335.
27. Matsuo K, Hirose T. A rotational method of bilateral cleft lip nose repair. *Plast Reconstr Surg* 1991; 87: 1034.
28. Ortíz-Monasterio F, Ruas EJ. Cleft lip rhinoplasty: the role of bone and cartilage grafts *Clin Plast Surg* 1989; 16: 177.
29. Byrd HS, Hobar PC. Rhinoplasty: A practical guide for surgical planning. *Plast Reconstr Surg* 1992; 91: 642.