

Soria, J.H.; Conde, C.G.; Tuero, A.; Cachay-Velásquez, H.

Abordaje de la punta nasal problemática

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 333-339

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533932003>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,

ISSN (Versión impresa): 0376-7892

ciplatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Abordaje de la punta nasal problemática

Approach to problematic nasal tip



Soria, J.H.

Soria, J.H.*, Conde, C.G.*, Tuero, A.*, Cachay-Velásquez, H.**

Resumen

Las puntas nasales globulosas, cuadradas, bífidas, hipoproyectadas, hiperproyectadas o asimétricas, son consideradas problemáticas o dificultosas. Para su tratamiento, en las rinoplastias primarias, debemos abordar los cartílagos alares a través de las incisiones intercartilaginosa y transfixiante interseptocolumelar, primero y paramarginal después. Se disecan por ambas caras y se exteriorizan por una de las narinas. Así expuestos, se les pueden realizar con mayor precisión las correcciones necesarias. Una vez repuestos los cartílagos a su nueva posición, llevaremos a cabo la síntesis de la incisión paramarginal con puntos separados. Los demás pasos de la rinoplastia se pueden efectuar según técnica de elección para cada cirujano.

Abstract

The nasal tips when are wide, amorphous, bulbous, bad defined, with insufficient projection, overprojection or assymetry, are considered as problematical or difficult nasals tips. At primary rhinoplasty, through a intercartilaginous, transfixion and pararim incisions, the lower lateral cartilages are dissected in both surfaces and are exteriorized through the nostril; then, they are corrected under direct vision. After these corrections, the cartilages are placed back into their new position. The other steps of the basic aesthetic rhinoplasty can be made according to the technique of choice for each surgeon.

Palabras clave Rinoplastia, Punta nasal,
Cartílago alar.

Código numérico 251-2510

Key words Rhinoplasty, Nasal tip
Alar cartilage.

Numerical Code 251-2510

* Especialista en Cirugía Plástica Estética y Reparadora. Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "María Curie". Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

** Especialista en Cirugía Plástica Estética y Reparadora. División de Cirugía Plástica del Hospital Escuela "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Lograr una nariz con una punta agradable y equilibrada ha sido la preocupación constante de los cirujanos plásticos desde los albores mismos de la última etapa evolutiva de la rinoplastia. En su obra, Velpeau refiere que ya en 1833 Rigal realizaba la condrotomía de los cartílagos alares con la intención de lograr la reducción nasal.

Tal vez la obsesión mayor se haya centrado en la proyección deficiente de la punta nasal, como lo demuestra Gustave B. Fred en 1950 a través de sucesivas publicaciones (1). Pero la condición inestética relacionada con la punta nasal no se agota en su insuficiente proyección. Podemos resumir las situaciones problemáticas de la punta nasal más comunes siguiendo los trabajos de M. H. Parkes en 1986, en 5 tipos:

- Punta ancha, cuadrada, bífida, bulbosa, etc.
- Punta con proyección insuficiente.
- Punta hiperproyectada.
- Punta colgante y poco definida.
- Punta asimétrica.

A ellas, podríamos añadir otras que resultan de la combinación de algunas de estas 5 condiciones básicas (2).

Las correcciones necesarias, sólo son posibles si se actúa sobre los cartílagos alares (*cartilago alaris major*); éstos son elementos pares y constituyen el esqueleto del tercio inferior de la nariz. Tienen forma de herradura, donde se reconoce una parte medial, con un recorrido antero-posterior, la *crus medial* (*crus mediale*) que interviene en la estructura de la columela; y una parte lateral que sigue un recorrido oblicuo, la *crus lateral* (*crus laterale*), que se extiende hacia atrás, hacia la abertura piriforme. Tienen un borde cefálico o posterior y un borde caudal o anterior. El domo o rodilla, es el punto de inflexión entre la *crus laterale* y la *crus mediale*. (Fig.1). Su tamaño, forma, consistencia y orientación son variables, dependiendo en mayor medida de la diversidad étnica.

La forma de encarar el tratamiento de dichos cartílagos es variada y ha tenido una lógica evolución en el tiempo. El objetivo del presente artículo es dar a conocer nuestra manera de abordarlos con un procedimiento que venimos empleando en las rinoplastias primarias, desde hace más de dos décadas (3).

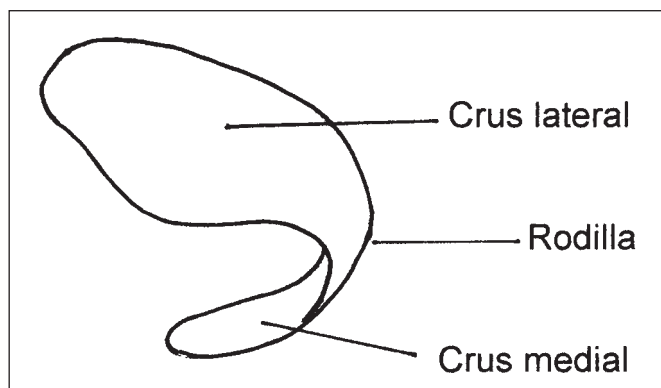


Fig. 1. Esquema del cartílago alar.

Material y método

Incluimos en el presente trabajo a aquellos pacientes que necesitan un tratamiento específico para corregir su punta nasal en las rinoplastias primarias. Excluimos a los que presentan puntas no problemáticas, en cuyo caso empleamos como abordaje de preferencia la incisión transcartilaginosa, así como los pacientes con rinoplastia secundaria.

Técnica Quirúrgica

En general, optamos para nuestros pacientes por realizar la intervención bajo anestesia local infiltrativa con apoyo de sedación (neuroleptoanalgesia) (4).

El tratamiento de los cartílagos alares puede hacerse antes o después de la remoción del dorso osteocartilaginoso.

Realizamos primero la incisión intercartilaginosa seguida de la incisión transfixiante interseptocolumelar, y a continuación completamos con la incisión paramarginal, en el borde mismo del cartílago, para no invadir el borde libre del triángulo blando con el riesgo cierto de producir una escotadura en la narina (Fig. 2). A través de estos abordajes disecamos los cartílagos alares, desnudándolos por ambas caras.

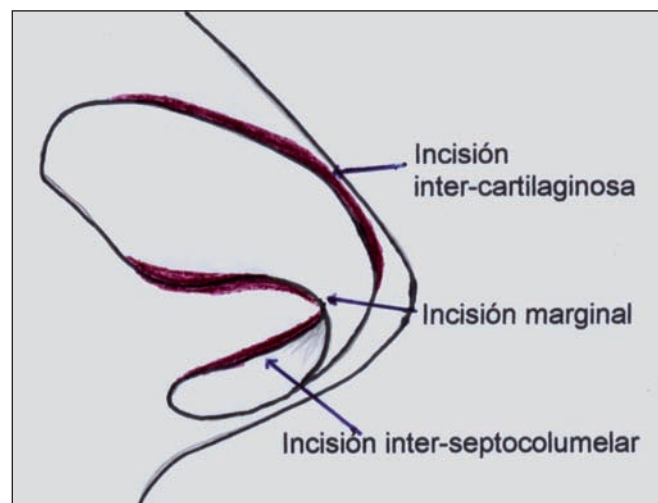


Fig. 2. Vías de abordaje del cartílago alar.

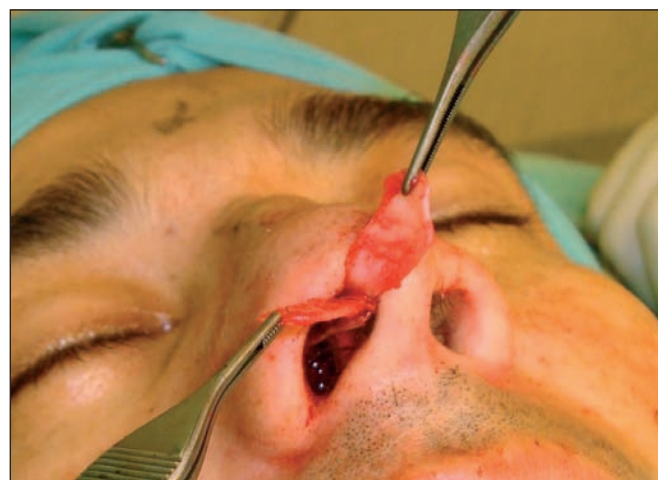


Fig. 3. Ambos cartílagos disecados y exteriorizados a través de una narina.

Esteriorizamos los cartílagos así disecados por una de las narinas, para que de esta forma podamos realizar a “cielo abierto” las correcciones que demande cada caso clínico (5) (Fig. 3).

Cuando es necesario corregir una punta nasal hiperproyectada (nariz de Pinocho), procedemos a debilitar los cartílagos con cortes de espesor parcial a nivel de las nuevas rodillas y los reubicamos en su lecho, no sin antes reseca sus extremos laterales sobrantes (Fig. 4-6).

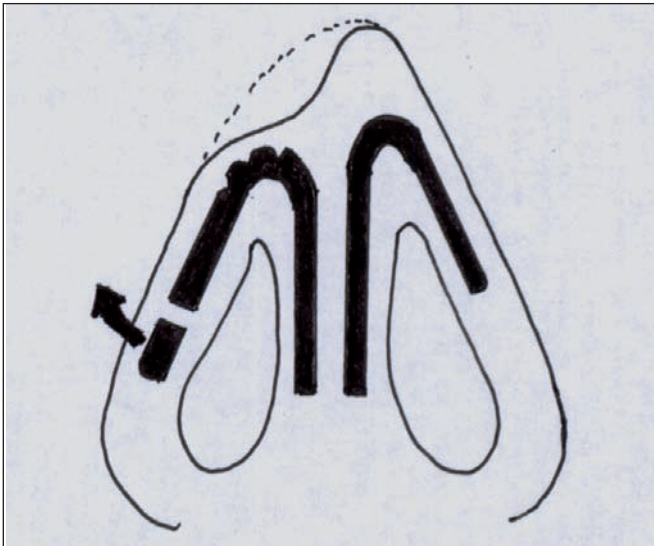


Fig. 4. Debilitamiento y rotación externa del cartílago alar derecho.



Fig. 5. Paciente de 28 años de edad con punta nasal hiperproyectada.



Fig. 6. Postoperatorio a los 11 meses de evolución.

Para corregir una punta nasal ancha, cuadrada o globulosa, resecamos el tejido célula-fibroso existente entre ambas rodillas y colocamos un par de puntos de material inabsorbibles a fin de reducir la distancia entre ellas (Fig. 7-9).

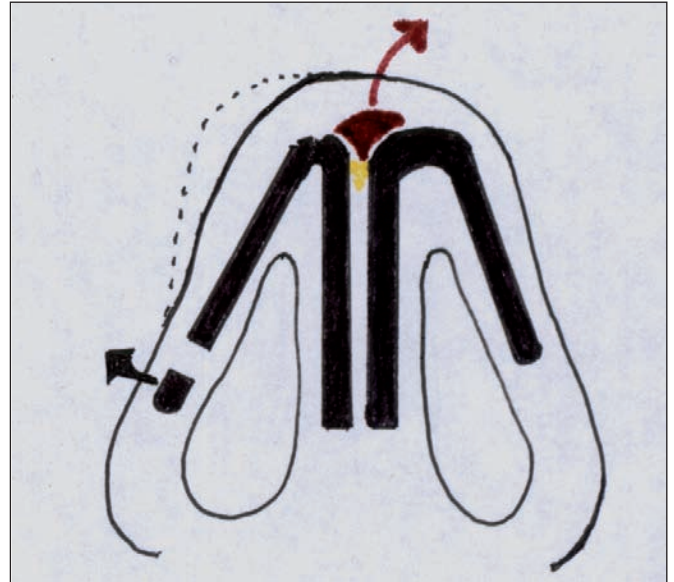


Fig. 7. Debilitamiento y rotación externa del cartílago alar derecho más un punto de aproximación medial.



Fig. 8. Paciente de 35 años de edad con punta nasal cuadrada.



Fig. 9. Reducción de la distancia interdomal apoyada por puntos a nivel de las rodillas. Postoperatorio de 2 años de evolución.

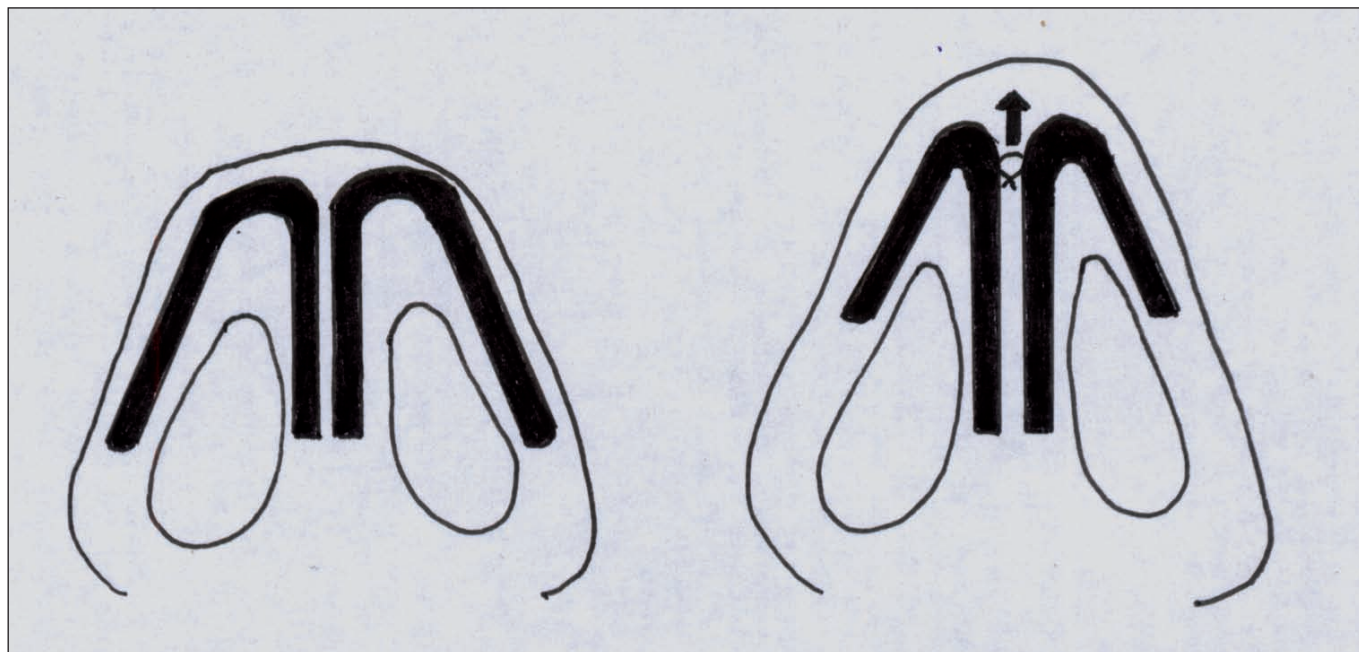


Fig. 10. Alargamiento de las *crus medialis* con aporte de las *crus lateralis*.

La resección de la porción cefálica de la *crus laterale* debe ser moderada para evitar pinzamientos cicatriciales (*"The skin and lining membranes of the nose must never meet or be left in contac"*, Joseph Safian, 1972).

En las puntas nasales hipoproyectadas, logramos el aumento de la dimensión pósterio-anterior incrementando el largo de la *crus mediale*, a expensas de la *crus laterale*, con sendos puntos de material irreabsorbible convenientemente colocados sobre la *crus laterale* (invadiendo dichas prolongaciones laterales) (Fig. 10-15).

Para corregir la asimetría de la punta deberemos combinar de manera adecuada algunas de las maniobras referidas, a fin de lograr la similitud en forma, tamaño y ubicación de ambos cartílagos alares. La zona de más exigencia se ubica a nivel de las rodillas, razón por la cual la colocación de puntos y el debilitamiento con cortes de espesor parcial sobre los cartílagos, debe estar cuidadosamente planeada de antemano. La situación que más se repite es la asimetría en la proyección de los cartílagos alares. En estos casos, logramos el tratamiento extirpando de forma diferente la porción de cartílago causante de la deformidad.

Tras reponer los cartílagos en su nueva posición, suturamos la incisión marginal con dos o tres puntos separados.

Discusión

Las técnicas empleadas para el tratamiento de las puntas nasales dificultosas son múltiples y variadas. Esto se debe a la diversidad del problema y no sólo a que no exista una técnica ideal.

El procedimiento propuesto por nosotros es válido para su uso en las rinoplastias primarias utilizando abordaje endonasal (rinoplastia cerrada). En las rinoplastias

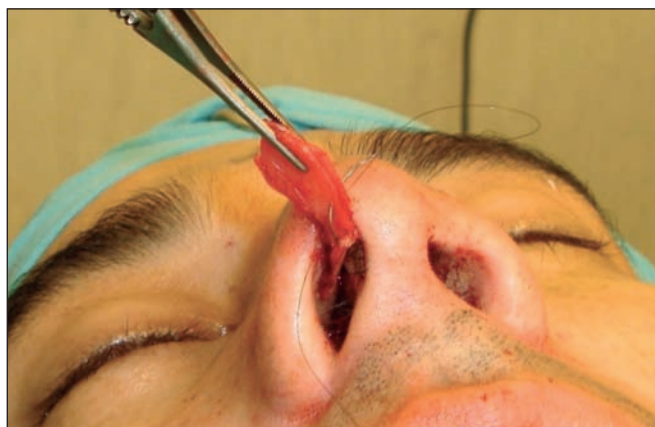


Fig. 11. Colocación de puntos para acercar las *crus lateralis* y alargar la columela.

secundarias, de ser necesario, empleamos la vía externa teniendo como guía los conceptos vertidos por Rodríguez-Camps (6,7).

De preferencia, extirpamos primero el dorso osteocartilaginoso y luego adaptamos la punta al nuevo dorso nasal.

Con el objeto de evitar depresiones y pinzamientos, conservamos la integridad de la porción inferior (borde caudal) del cartílago alar, a modo de un marco, en un ancho de entre 3 a 5 mm. Este concepto contradice las técnicas de Safian (1934), Lipsett (1959) (8), Goldman (1952) (9), Ponti (1987) (10), y Parkes (1988) (2), entre otros, quienes interrumpen la continuidad del cartílago con un corte transversal a nivel del domo.

La disección de los cartílagos alares por ambas caras, liberándolos por completo de sus cubiertas cutáneas, no sólo facilita las correcciones descritas, sino que favorece la reubicación de los cartílagos en su lecho. De esta manera nos diferenciamos de las técnicas que emplean Au-



Fig. 12. Paciente de 22 años con punta nasal caída.



Fig. 13. Vista de tres cuartos de perfil que muestra el alargamiento y afinamiento de la punta nasal.



Fig. 14 y 15. Vista de tres cuartos de perfil que muestra el alargamiento y afinamiento de la punta nasal. Postoperatorio de 18 meses.

frich (1943), Converse (1940, 1957), Sheen (1976) (11) y Parkes (2), quienes mantienen la cubierta dérmato-mucosa endonasal en contacto con el cartílago.

Para proyectar la punta nasal en las rinoplastias primarias, no hemos necesitado recurrir a injertos ni a material aloplástico, adoptando una conducta distinta a la indicada por otros reconocidos autores entre los que se encuentran Sheen (12), Peck (13), Orak (14) y Guerrosantos (5).

Se trata en definitiva, de una técnica versátil que posee gestos quirúrgicos que pueden ser empleados para remediar distintas condiciones inestéticas, a saber:

- a) Las narices con puntas nasales hiperproyectadas (*Pinocchio nose*), que requieren la resección de una porción de cartílago alar. Nosotros proponemos escindir el extremo posterior de la *crus laterale* y reubicar la rodilla del cartílago, con un

diseño similar al propuesto por Aufrich (1943), por Sheen (técnica de rotación lateral, 1976) (12) o por Peck (1977) (15) (Fig. 4).

- b) Para corregir las puntas nasales anchas, cuadradas o globulosas, es necesaria la resección del tejido blando existente entre ambas rodillas, que en algunas personas tiene la consistencia y apariencia de ligamento (ligamento de Pitanguy). Como en el caso anterior, realizamos la rotación externa sin romper la continuidad del cartílago a nivel del domo, como sin embargo sí lo hace Mc Collough (1985), entre otros autores (16).
- c) La punta nasal poco definida, que nos ofrece la apariencia de columela corta, es tal vez la situación que se ve más beneficiada con la disección total de la *crus laterale*, porque nos facilita la ubicación de los puntos que darán origen y manten-

drán en su posición a las nuevas rodillas, creadas como se dijo, a partir de la *crus laterale*.

De ser necesario, porque la signología clínica así lo indique, realizamos la miotomía o la miectomía del músculo depresor de la punta nasal (3, 7, 18)

Aunque no los hemos empleado, reconocemos como ingeniosos para lograr una mayor proyección de la punta nasal, los diseños propuestos por Micheli Pelligrini (1992) (10) y por García-Velasco (1998) (19).

No se debe perder de vista que, independientemente de la técnica quirúrgica elegida, la mayor o menor consistencia de los cartílagos, el tipo y espesor de la piel de la punta nasal, la predisposición a cicatrizaciones hipertróficas, etc., son circunstancias que pueden hacer variar el resultado final.

Conclusiones

Proponemos una técnica apropiada para su empleo en rinoplastia primaria. Si se mantiene la continuidad del borde inferior y se es cauto en la resección de la porción cefálica del cartílago alar, evitaremos las escotaduras del borde de las narinas y las depresiones del ala nasal.

La disección del cartílago alar por sus dos caras y su exteriorización a través de una de las narinas, permite realizar el tratamiento y los cortes necesarios con mayor precisión.

Se pueden de esta forma corregir algunas condiciones inestéticas de la punta nasal consideradas como problemáticas, obteniendo resultados satisfactorios.

Dirección del autor

Dr. José Héctor Soria
(1406) Santander 1371 P.B.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
República Argentina.
e-mail: jscp@telecentro.com.ar

Bibliografía

1. **Fred G.B.:** The nasal tip in rhinoplasty. *Ann Otol Rhin & Laryng* 1950, 56:215-217.
2. **Parkes MH, Kanodia R and Kern EB:** The universal tip: A systematic approach to aesthetic problems of the lower lateral cartilages. *Plast Reconst Surg* 1988, 81(6):878-890.
3. **Cachay Velásquez H:** Surgical lengthening of the short columella: division of the depressor septi muscles. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1992, 249:336-339.
4. **Cachay Velásquez H, Jacovella PF:** Anestesia troncular en rinoplastia. *Cir plást iberolatinoam* 2005 31(2):147-150.
5. **Guerrerrosantos J:** Open rhinoplasty without skin-columella incision. *Plast Reconst Surg*, 1990, 85(6):955-960.
6. **Rodríguez-Camps S:** Rhinoplasty. The difficult nasal tip: Total resection of the alar cartilages. *Aesth Plast Surg* 2009 33(1):72-75.
7. **Rodríguez-Camps S:** Una nueva técnica para el tratamiento de la punta nasal difícil. Experiencia personal de 22 años (1987-2009). *Cir plást iberolatinoam* 2010, 36(1):3-12.
8. **Mc Curdy JA jr:** Reduction of excessive nasal tip projection with a modified Lipsett technique. *Ann Plast Surg*, 1978, 1(5):478-480.
9. **Goldman IB:** New technique for corrective surgery of nasal tip. *Arch Otolaryngol* 1953 58:183-187.
10. **Ponti L:** Adaptación de la punta de la nariz. En Ferrari F y Pintaguy I: Cirugía estética, estrategias preoperatorios y técnicas quirúrgicas. Cara y cuerpo. Ed. Amolca, Colombia, 1999. Pp. 53-66.
11. **Converse JM.:** Reconstructive Plastic Surgery 2ª Ed. Saunders Co. Philadelphia, 1977, vol 2, Pp. 1138-1140.
12. **Sheen JH:** Tip graft: a 20 year retrospective. *Plast Reconst Surg* 1993 91(1):48-63.
13. **Peck GC:** The onlay graft for nasal tip projection. *Plast Reconst Surg* 1983, 71(1):27-37.
14. **Orak F, Yücel A and Aydin Y:** A new extrasupported tip graft in the treatment of bulbous nasal tip. *Aesth Plast Surg* 1998, 22:259-266.
15. **Peck G:** The difficult nasal tip. *Clin Plast Surg*, 1977, 4(1):103-110.
16. **Mc Collough EG and English JL:** A new twist in nasal tip surgery: an alternative to Goldman tip for the wide or bulbous lobule. *Arch Otolaryngol* 1985, 111:524-528.
17. **Cachay Velásquez H:** El arte de la rinoplastia estética. Librería Akadia Ed., Buenos Aires, 2008. Pp. 62-68.
18. **Soria JH, Cachay Velásquez, H y Losardo R J:** Estudio anatómico y clínico del músculo depresor de la punta nasal. *Cir plást iberolatinoam* 2012 38(3):203-209.
19. **García-Velasco J, Telich Vidal J and García-Casas S:** Increasing the length of the middle crura for better tip projection in primary rhinoplasty. *Aesth Plast Surg* 1998, 22:253-258.

Comentario al artículo “Abordaje de la punta nasal problemática”

Dr. José Guerrerosantos

Cirujano Plástico. Presidente y Director Fundador del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, Secretaría de Salud Jalisco. Profesor de Cirugía Plástica en la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.

El artículo escrito por los distinguidos cirujanos plásticos de Argentina es muy interesante, y sobre todo difunde las ventajas de la rinoplastia utilizando procedimientos de punta abierta para explorar mejor la punta nasal, evitando la incisión en la columela.

En el año 1979, personalmente vi a la Dra. Trudy Vogt (1) efectuar rinoplastia de punta abierta pero haciendo incisión en la columela. El primer reporte de esta técnica fue hecho por Rethi (2) haciendo una incisión transversal en la columela en el año 1929. Este procedimiento ha tenido éxito en pacientes anglosajones por tener la piel muy blanca y dejar una cicatriz mínima, pero en pacientes latinoamericanos esta técnica deja cicatriz notoria en la piel de la columela y en algunas ocasiones retracción de la columela en el lugar de la cicatriz.

Pensando cómo modificar la rinoplastia con la punta abierta se me ocurrió hacer la rinoplastia con la punta nasal abierta, pero sin incisión en la columela (4). Simultáneamente Daniel, R. K. (3) hizo una técnica similar. Con estos procedimientos se puede explorar la punta nasal con visión directa, lo cual favorece los buenos resultados estéticos en la rinoplastia.

Solo nos queda señalar que en el artículo publicado por Soria y col., echamos en falta más fotografías laterales de la nariz, para así poder apreciar el preoperatorio y el resultado de todos los casos que presenta.

Bibliografía

1. **Vogt, T.:** Tip rhinoplasty Operation using a transverse collumellar incision. *Aesth.Plast.Surg.* 1983; 7:13.
2. **Rethi, A.:** Uber Die Korrektiven Operationen der Nasendeformitäten. I. *Die Hoherabtra Gung. Der. Chirurgie*, 1929, 1: 1103.
3. **Daniel, R. K.:** Rhinoplasty: Creating an Aesthetic Tip. Preliminary Report. *Plast.Reconstr.Surg.* 1987, 80:775.
4. **Guerrerosantos, J.:** New open-tip rhinoplasty without columella skin incision. *Plast.Surg.Forum.* 1987, 10: 18.

Respuesta al comentario del Dr. Guerrerosantos

Dr. José Héctor Soria

Hay más de una razón por la cual muchos cirujanos plásticos seguimos utilizando el acceso endonasal en la rinoplastia primaria. La piel nasal de los habitantes de gran parte de nuestra América, nos condiciona a evitar realizar incisiones en lugares visibles, por lo que resulta necesario emplear maniobras específicas, para corregir algunos de los problemas de la punta nasal.

No sólo coincido con el Dr. José Guerrerosantos, con su

atinado comentario, sino que quiero manifestarle que su técnica, “Exposición de los cartílagos alares sin una incisión en la piel de la columela”, nos ha movilizado para darle forma acabada a nuestros gestos quirúrgicos, tal como describimos.

Agradezco el comentario del Dr. Guerrerosantos porque ha desnudado, con su sutil sensibilidad docente, la esencia del artículo en cuestión.