

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Soria, J.H.; Pintos, J.C.; Conde, C.G; Losardo, R.J.

Sobrepuña nasal como expresión de una comunicación septal

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 35, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, pp. 243-248

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537851001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Sobrepuerta nasal como expresión de una comunicación septal

Supratip as expression of a septal communication

Soria, J.H.* , Pintos J.C.* , Conde, C.G*, Losardo, R.J.**



Soria, J.H.

Resumen

La deformidad del tercio medio nasal caracterizada por convexidad como resultado desafortunado de una rinoplastia estética, es una de las causas que con mayor frecuencia induce a una revisión quirúrgica. Se conoce con la denominación suprapuerta, del inglés *supratip* y obedece a distintos orígenes. En su etiología, intervienen elementos anatómicos del dorso del tercio medio nasal. Mencionamos en este artículo una causa inédita: una comunicación interfosas nasales. Atribuimos su etiopatogenia a la síntesis insuficiente de la incisión intersepto-columelar; la insuficiente resección de la mucosa del tabique en su borde inferior y en su ángulo anterior, unida a la mucosa excedente contralateral, forman una comunicación que se torna definitiva.

Hacemos hincapié en la necesidad de un examen clínico exhaustivo de las fosas nasales para descartar esta etiología. El tratamiento quirúrgico consistió en la resección de la comunicación y la cobertura del defecto creado con colgajos de vecindad del mismo tabique. Enumeramos las medidas preventivas para evitar este tipo de contratiempo.

Palabras clave Rinoplastia, Suprapuerta nasal, Comunicación septal, Complicaciones en rinoplastia.

Código numérico 2510-2515

Abstract

The supratip prominence is one of the most common deformity that requires a revision rhinoplasty. Their etiology can result from a variety of causes, that including poor management of skeletal tissue in the supratip region. The authors add an unpublished cause: septal fistula (septal communication). The overstepped mucosal at the inferior edge and the anterior septal angle, with the exceeding mucosal from opposite side, producing a permanent septal communication.

The diagnosis is based on the clinical exploration; we recommend an exhaustive inspection of the nasal fosses (septum). Surgical procedure consist on surgical resection of the communication using local septal flaps for plastic repair. Finally we describe the preventive management.

Key words Rhinoplasty, Supratip, Septal communication, Complications in rhinoplasty.

Numerical Code 2510-2515

* Cirujano Plástico.

** Jefe del Servicio.

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie". Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Tras la rinoplastia estética, una de las situaciones más frecuentes que debe afrontar el cirujano plástico, es la secuela que afecta a la región de la sobrepuña nasal. Este desafortunado resultado requiere un nuevo tratamiento quirúrgico, que según los casos, puede encontrar en una nueva intervención la solución definitiva (Fig. 1).

La deformidad de la sobrepuña nasal, denominada entre nosotros suprapunta, se conoce también en el mundo científico anglosajón como *supratip deformity*, *polly beak deformity* o *parrot beak deformity*. Se trata de la existencia de una convexidad en el dorso de la nariz, localizada inmediatamente por encima de la punta nasal.

En su calidad de patología secundaria es muy variable, con una frecuencia que oscila entre el 5% y el 39%, según la literatura consultada (1-4).

Esta prominencia se sitúa en el tercio medio del dorso nasal, e involucra por un lado, al armazón cartilaginoso (porción inferior de los cartílagos triangulares, borde superior de los cartílagos alares, borde anterior y ángulo anterior del cartílago cuadrangular) y por otro, a los tejidos blandos que los cubren (Fig. 2). La deformidad de la sobrepuña nasal reconoce distintas causas. Sin embargo, se acompaña siempre de una fibrosis en la región, secundaria a la cirugía y resultante del proceso cicatrizal instaurado tras la misma. Un grado exagerado de este proceso cicatrizal, a modo de una hipertrofia cicatricial, modifica en gran medida la deformidad cartilaginosa subyacente.



Fig. 1. Suprapunta secundaria a rinoplastia estética.

Están descritas diferentes causas por distintos autores que han estudiado este tema y con los que también coincidimos (1-5):

- Deficiente resección del dorso del septum cartilaginoso.
- Excesiva resección septal.
- Dislocación del borde superior del cartílago alar.
- Deficiente resección del cartílago triangular.
- Insuficiente proyección de la punta.
- Quiste mucoso.
- Piel gruesa y seborreica.
- Hipertrofia cicatrizal.

Además, hemos observado en algunos pacientes la existencia de una comunicación entre ambas fosas nasales, a nivel del borde anterior e inferior del septo nasal, que acompaña a la deformidad de la sobrepuña nasal. Dicha comunicación participa en la formación de la deformidad (Fig. 3,4) (6).

Esta comunicación septal entre ambas fosas nasales, se produciría por los siguientes fenómenos:

1. Insuficiente resección de la mucosa septal cuando se realiza el acortamiento nasal (acortamiento céfalo-caudal del septo) (Fig. 5).
2. Adherencia de esa mucosa excedente con su contralateral, por debajo y por delante del ángulo anterior del cartílago cuadrangular.
3. Imposibilidad de una adecuada síntesis intersepto-columelar (membrana del subtabique).
4. Estabilización de una comunicación permanente interfosas (Fig. 6)

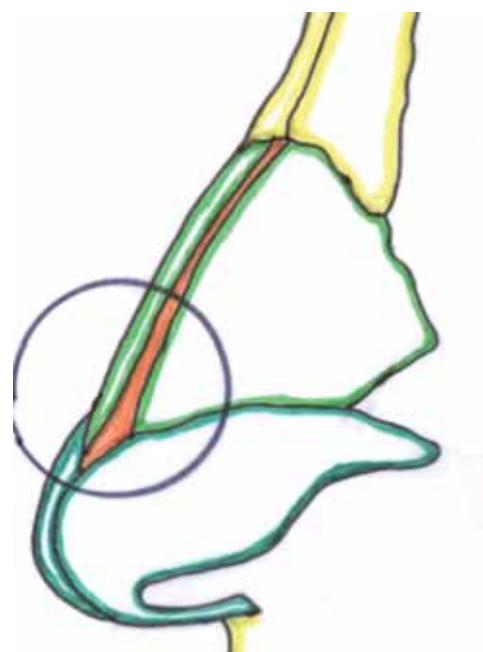


Fig. 2. Elementos anatómicos del esqueleto nasal involucrados.

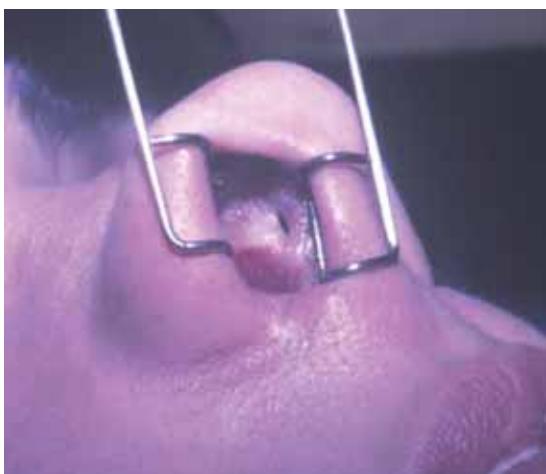


Fig. 3. Foramen septum.

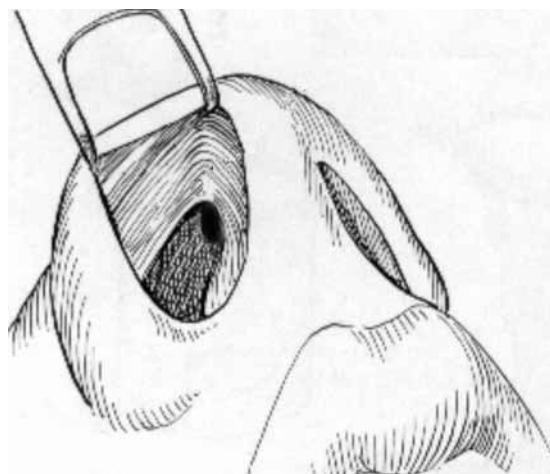


Fig. 4. Su representación gráfica.

5. Hipertrofia del tejido fibroso circundante a dicha comunicación.

El excedente de la mucosa sobre el borde inferior y el ángulo anterior del cartílago del septo, es una condición necesaria. Otro tanto, sucede con el grado de desarrollo del tejido cicatrizal que rodea a esa comunicación entre ambas fosas nasales.

Material y método

Todos los casos tratados fueron secundarios a rinoplastias con fines estéticos. En el periodo comprendido entre 1989-2000 hemos tratado 6 casos de suprapunta causados por comunicación inter-fosas nasales. En todos ellos, la rinoplastia primaria fue realizada por alguno de los cirujanos firmantes del trabajo. En el transcurso del año 2008 hemos recibido 2 pacientes más derivados por otros colegas (uno de ellos es la paciente que aparece en las Fig. 7 y 8), proveniente de otro país), lo que nos motivó a pre-

sentar el artículo. A todo paciente que consulta por suprapunta (*supratip prominence*, como se le conoce en la literatura anglosajona), se le deben inspeccionar en forma cuidadosa las fosas nasales, ya que el diagnóstico de esta entidad es puramente clínico (Fig. 6).

La palpación permite hacer un diagnóstico diferencial con el excedente cartilaginoso o su traslocación. La observación de la comunicación confirma el diagnóstico.

El tratamiento de la deformidad es quirúrgico. Consiste en la extirpación de la comunicación y del tejido cicatrizal hipertrófico circundante. El cierre del defecto se cubre con un pequeño colgajo rotatorio de vecindad, de base inferior, tomado de mucosa del tabique (Fig. 9).

A la hora de realizar una rinoplastia estética y para prevenir la aparición de este tipo de deformidad, debemos extremar el cuidado a la hora de resecar la mucosa septal a nivel de la resección del cartílago, para no dejar mucosa excedente (Fig. 10).



Fig. 5. Excedente cutáneo-mucoso en el extremo inferior del tabique.



Fig. 6. Persistencia de la comunicación.



Fig. 7. Preoperatorio de frente y de perfil: paciente de 48 años de edad con suprapunta secundaria a rinoplastia estética realizada 2 años antes.



Fig. 8. Postoperatorio de frente y de perfil a los 6 meses de la corrección quirúrgica.

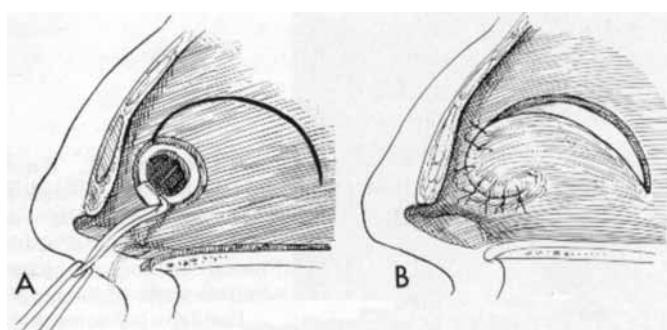


Fig. 9. Colgajo rotatorio de mucosa septal.

En segundo lugar, debemos realizar un cierre cuidadoso de las incisiones cutáneo-mucosas del introito nasal (Fig. 11, 12).

En tercer lugar, en nuestra práctica, colocamos una plancha de silicona o de poliuretano sobre la región en cuestión durante 10 días, con el objetivo de producir compresión sostenida y así evitar la formación de un espacio muerto en la zona (Fig. 13) (6).

Discusión

La suprapunta nasal descrita está asociada, en la mayoría de los casos, a fibrosis cicatricial, con distintos grados de desarrollo. En los casos que hemos observado, alrededor del foramen del tabique se forma siempre un tejido cicatricial hipertrófico.

Por su ubicación, la comunicación septal, tiene una relación topográfica directa con la convexidad del dorso, inmediatamente por encima de la punta nasal.

Un hematoma organizado, no drenado oportunamente, puede producir un tejido fibroso de este tipo que, se puede hipertrofiar y ser suficiente condición para la formación de una suprapunta (1,3).

El tratamiento médico con Acetónido de triamcinolona, infiltrado en la intimidad del tejido cicatricial, no es suficiente para la solución de estos casos, nece-



Fig. 10. Evitar el excedente de la cubierta cutáneo-mucosa del cartílago cuadrangular.



Fig. 11. Sutura cutáneo-mucosa de la incisión intersepto-columelar.

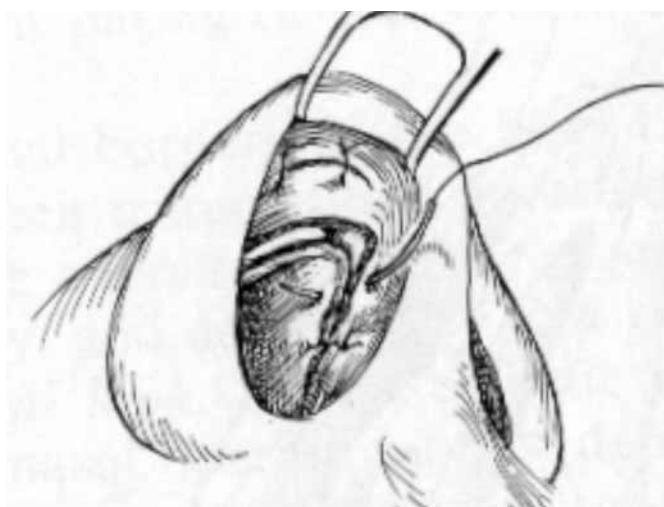


Fig. 12. Representación gráfica.



Fig. 13. Compresión externa con poliuretano.

sitando siempre cirugía para su tratamiento definitivo (Fig. 12, 13) (7).

Conclusiones

La comunicación interfosas nasales es una condición que favorece la formación de una sobrepuña nasal, por lo que recomendamos siempre una minuciosa exploración clínica cuando aparece este tipo de deformidad tras una rinoplastia, a fin de hacer un diagnóstico correcto e indicar el tratamiento corrector más adecuado, que siempre será quirúrgico.

Recomendamos también extremar las medidas preventivas durante la realización de una rinoplastia estética para evitar la aparición secundaria de esta deformidad.

Dirección del autor

Dr. José Héctor Soria.
Santander 1371 P.B. “4”
(1406) Buenos Aires, Argentina.
e-mail: jscp@infovia.com.ar

Bibliografía

- Guyuron B, De Luca L and Lash R:** “Supratip deformity: a closer look”. Plast Reconstr Surg 2000; 105(3):1140.
- Holt GR, Garner ET and Mc Larey D:** “Postoperative sequelae and complications of rhinoplasty”. Otolaryngol Clin North Am. 1987; 20(4):853.
- Sheen JH:** “A new look at supratip deformity”. Ann Plast Surg 1979; 3(6):498.
- Thomas JR and Tardy ME:** “Complications of rhinoplasty”. In: Johns ME, ed. Complications of Head and Neck Surgery. Philadelphia, Pa: BC Decker; 1986:269.
- Anderson JR: Symposium:** “The supra-tip in rhinoplasty: a dilemma III”. Laryngoscope 1976; 86(1):53.
- Soria JH y col:** “Etiología y tratamiento de la sobrepuña nasal”. Actas XIX Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Mar del Plata, 1989.
- Hanasomo MM, Kridel RW, Pastorek NJ and al.:** “Correction of the soft tissue poly beak using triamcinolone injection”. Arch Facial Plast Surg 2002 ; 4(1):26.

Comentario al trabajo «Sobrepuña nasal como expresión de una comunicación septal»

Dr. Salvador Rodríguez-Camps

Jefe de la Unidad de Cirugía Plástica y Estética del Hospital Universitario Casa de Salud de Valencia. España.

Interesante trabajo el que presenta el Dr. José Héctor Soria y que hace referencia a la formación de una sobrepuña nasal como consecuencia de una intercomunicación interfosas después de una rinoplastia estética.

Estamos totalmente de acuerdo en cuanto a la etiología conocida de la sobrepuña y que el tratamiento es casi siempre quirúrgico. Quizá habría que añadir: la insuficiente resección de las mucosas del dorso (que pueden hacer una sobrepuña por sí mismas o contribuyendo a la fibrosis); el descenso del vértece, una vez desaparecido el edema de la base de la columela; y, a lo mejor, deberíamos tener en cuenta el posible efecto de disfunción respiratoria nasal que produce una perforación del septum con el consiguiente abombamiento compensatorio de la bóveda cartilaginosa y, consecuentemente, la aparición de la sobrepuña. Este efecto se da en casos de tabiques nasales muy desviados y/o hipertrofia importante de los cornetes.

En cuanto a la casuística, alguna matización: 11 años de experiencia son suficientes cuando además la etiopatología de la intercomunicación ha sido seguida con atención, pero no sabemos que ocu-

rrió entre el año 2000 y 2008 (¿se varió algún hábito quirúrgico por parte de los autores?).

La perforación que aparece en su dibujo (tratamiento con colgajo mucoso de rotación) parece alejada de la sutura septum-columela y por lo tanto no se correspondería con su etiopatogenia. Quiero decir que para la solución al problema que usted refiere hubiera bastado con un refrescamiento de bordes y sutura directa punto a punto o, mejor en este caso, con 2-3 puntos transfixiantes con sutura no absorbible y retirarlos no antes de 1 mes. Los puntos transfixiantes son mucho más efectivos cuando, después del refrescamiento del borde cefálico nos encontramos con las mucosas muy friables y, por tanto, poco resistentes.

Para terminar decirle, estimado Dr. Soria, que me parece muy adecuada la compresión suave en el área de la sobrepuña, el cierre cutáneo-mucoso con puntos sueltos meticulosamente y que ha conseguido un excelente resultado a pesar de la dificultad añadida de la piel gruesa que parece tener ésta nariz.

Atentamente. Un cordial saludo.

Respuesta al comentario del Dr. Salvador Rodríguez-Camps

Dr. José Héctor Soria

Los acertados y agudos comentarios vertidos por el Dr. Salvador Rodríguez-Camps me dejan en claro de su sapiencia sobre el tema tratado y de la seriedad con que fue encarado su análisis. Estas son razones más que suficientes para que reciba nuestro más sincero agradecimiento.

Estamos convencidos de que en la etiología del *supra-tip* secundario a una corrección estética, interviene en mayor o menor medida, un tejido hipertrófico que se manifiesta exteriormente. La resección de mucosa nasal que reviste al cartílago cuadrangular, tanto en su borde anterior como en su borde inferior, que a priori resulta redundante, contribuye a la prevención de esta secuela. Fred (1947) la atribuye a la acción del músculo *Depresor septi nasi* como principal causa del descenso de la punta nasal, lo que provoca un mayor encorvamiento de la sobrepuña. De lo que surge un nuevo tema, distinto al tratado aquí.

Si, nuestra conducta ha variado. Somos más celosos en seguir las medidas preventivas comentadas. Ello no quita que recibamos, en

derivación de colegas, secundarismos con sobrepuñas, algunos relacionados con una fistula de tabique.

Cuando la comunicación es menor de 1 cm de diámetro, no origina trastornos de tipo respiratorio; de lo que surge, que no sería imprescindible su tratamiento. Su reparación quirúrgica se concreta cuando encaramos la corrección integral de la sobrepuña que consiste primordialmente en la resección del tejido fibroso circundante. El cierre de la brecha, en la mayoría de los casos, merece ser realizado como Ud., atinadamente indica.

Muchos de nuestros pacientes, por razones raciales, tienen en la punta nasal piel gruesa y sebácea, condiciones que predisponen a la sobrepuña secundaria. Esto nos lleva al empleo (casi de rutina) de la plancha de poliuretano sobre el dorso.

Reiteramos nuestro agradecimiento por hacernos saber de sus sabias observaciones, ya que nos permiten explayarnos sobre un tema que nos apasiona.

Le saludo muy cordialmente.