

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Castro Govea, Y.; Fuente del Campo, A.; Chacón Martínez, H; Pérez Porras, S.; Vázquez Costilla, O.;
Mendoza Adam, G.; De la Garza Pineda, O.; Salazar Lozano, A.

Injerto columelar extendido angulado. Método para prevenir la rotación cefálica y lateral de los injertos
de cartílago en la punta nasal

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 37, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 101-110

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537863001>

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

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

Injerto columelar extendido angulado. Método para prevenir la rotación cefálica y lateral de los injertos de cartílago en la punta nasal

Angulated extended columellar graft. A method to prevent the cephalic and lateral rotation of the cartilage graft in the nasal tip

**Castro Govea, Y.**

Castro Govea, Y.*, Fuente del Campo, A., Chacón Martínez H. ***,
Pérez Porras, S. ***, Vázquez Costilla, O.****, Mendoza Adam, G. *****,
De la Garza Pineda, O. *****, Salazar Lozano, A. *******

Resumen

El paciente mestizo generalmente posee una nariz pequeña, de base ancha, con fosas nasales redondas y dorso convexo. Los cartílagos alares son débiles, delgados y cortos, proporcionando un soporte estructural deficiente y pobre definición de la punta nasal. Los injertos de cartílago de la punta nasal se usan frecuentemente para corregir esta condición; sin embargo un problema común es la rotación cefálica, caudal y lateral de estos cartílagos.

Empleamos un injerto columelar extendido angulado (ICEA) para proporcionar elongación y soporte columelar; la extensión angulada nos brinda a su vez un mejor control y predicción de la posición de los injertos de la punta nasal al prevenir su desplazamiento cefálico y lateral.

El protocolo quirúrgico empleado incluyó historia clínica completa, desarrollo de un plan quirúrgico mediante análisis de la deformidad y fotografías pre y postoperatorias para el control de los pacientes a medio y largo plazo.

Tratamos 95 pacientes usando este procedimiento; 75 con rinoplastia abierta y 20 con técnica cerrada. El rango del periodo de seguimiento fue de 6 meses a 4 años. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, mostrando mejor control y predicción de la forma de la punta nasal.

En conclusión, creemos que el injerto columelar extendido angulado proporciona un mejor control de la proyección y angularidad de los injertos colocados en la punta nasal.

Abstract

The mestizo patient usually has a small nose, with wide base, round nostrils and convex dorsum. The alar cartilages are weak, thin and short, providing a deficient structural support and poor definition of the nasal tip. Cartilage graft in the nasal tip are very often used to correct this condition, but a common problem of this procedure is the cephalic or lateral rotation of these grafts.

We used an angulated extended columellar graft to give columellar support and elongation. The angulated extension of the graft provides a better control and prediction of the position of the grafts of the nasal tip preventing the lateral and cephalic displacement.

The surgical protocol included a medical history, development of a surgical plan by analysis of the deformity and the use of pre and postoperative photographs taken at both intermediate and long time, and long term follow-up visits for evaluation of the results.

Ninety-five patients underwent surgery using this procedure: 75 with an open technique and 20 with a closed technique. Follow-up ranged from 6 months to 4 years. The results obtained were satisfactory, showing better control and prediction of the shape of the nasal tip.

As a conclusion, in our experience, the angulated extended columellar graft provides better control of the projection and angularity of cartilage grafts placed in the nasal tip.

Palabras clave	Nariz mestiza, Rinoplastia, Injerto columelar, Cartílago alar.
Código numérico	251-15846

Key words	Rhinoplasty, Mestizo nose, Columellar graft, Alar cartilage.
Numerical Code	251-15846

* Coordinador de la Clínica de Cirugía Craneofacial e Investigación del Servicio.

** Cirujano Plástico Reconstructor, Hospital Ángeles de las Lomas. México DF., México. Profesor de Cirugía Estética y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

*** Profesores del Servicio.

**** Médicos Residentes del Servicio

***** Estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo León.

Introducción

El paciente mestizo presenta comúnmente nariz pequeña, con raíz baja, dorso convexo, base nasal ancha y fosas nasales redondas. Los cartílagos alares son delgados, cortos y débiles, proporcionan un escaso soporte estructural y limitan la proyección de la punta nasal; el ángulo nasolabial es agudo debido a que la columela es corta. Con cierta frecuencia los rebordes alveolares superior e inferior se ubican por delante de la espina nasal, haciendo que los labios se proyecten hacia delante y acentuando el ángulo nasolabial agudo (1). A esto se agrega el grosor de la piel, que en menor o mayor grado contribuye a la poca definición global de la nariz, especialmente de la punta nasal.

En condiciones anatómicas normales, en una vista lateral, el vector de la crura media rota cefálicamente a partir del punto límite de la columela (unión lóbulo-columelar); la columela a su vez, forma un vector que cambia de dirección precisamente a partir de la unión lóbulo-columelar. La intersección de estos dos vectores establece el ángulo de rotación cefálica (Fig. 1); el grado de angularidad está influenciado por la forma de la crura media, que determina finalmente la forma del lóbulo de la punta nasal. El ángulo ideal es de 50° aproximadamente (2-3).

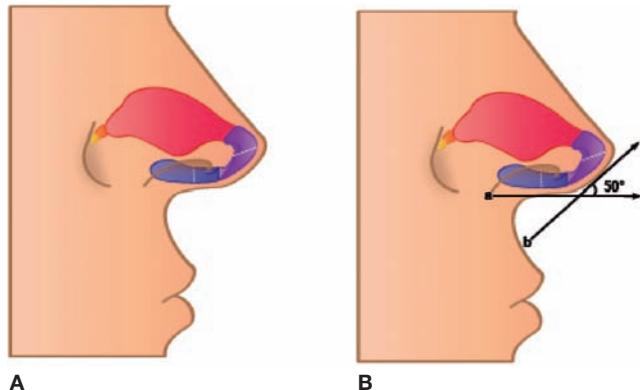


Fig. 1: Anatomía del prototipo de una nariz estética. A. Crura interna, media y externa y cartílagos accesorios. B. En la unión lóbulo-columelar, la intersección de los vectores a y b forman un ángulo ideal de 50° .

Anatómicamente en la nariz mestiza la crura interna, debido a su corta longitud y debilidad, describe un vector con dirección caudal (Fig. 2) y la crura media también es corta y convexa en sus dos segmentos (lobular y del domo); esto origina un vector con orientación cefálica. El problema principal, es que el ángulo de inflexión domal es obtuso, a diferencia del caucásico que es agudo. El segmento del domo no logra la deflexión necesaria que defina los domos para obtener un punto de máxima proyección de la punta nasal y por lo tanto la superficie de la curvatura de la crura media es convexa; a esto se agrega el grosor de la piel, resultando una punta nasal chata (Fig. 3).

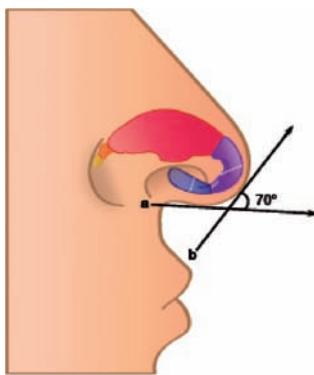


Fig. 2: Anatomía de la nariz mestiza. La crura interna es corta y describe una dirección caudal, la crura media también es corta y convexa. Los vectores a y b forman un ángulo mayor de 50° .

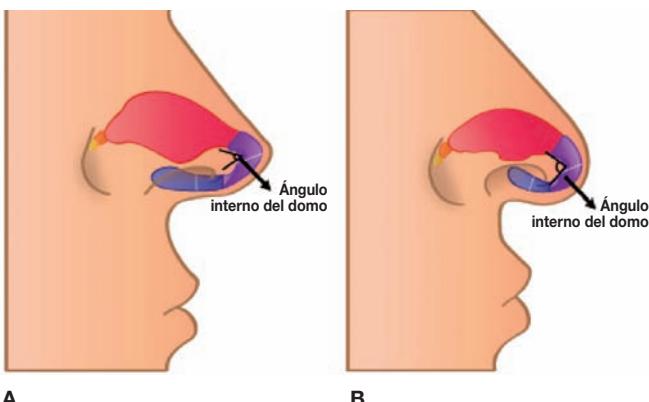


Fig. 3: Ángulo domal interno. A. El ángulo domal interno en la nariz estética es agudo y refleja la porción más prominente de la punta nasal. B. El ángulo domal interno es obtuso en la nariz mestiza, proporcionando una punta nasal convexa (nariz chata).

Tradicionalmente el protocolo quirúrgico para tratar la nariz mestiza incluye la colocación de un injerto columelar con la finalidad de obtener mejor soporte estructural, además de corregir la cortedad de las cruras internas y aumentar la proyección de la punta nasal. Por otra parte, frecuentemente es necesaria la colocación de un injerto de cartílago septal en la punta que, de acuerdo a su longitud, configuración y angulación, determinará la forma, altura y proyección de la punta nasal (4-6).

En nuestra experiencia, un problema específico que observamos frecuentemente es que el injerto de la punta nasal tiende a desplazarse cefálicamente en menor o mayor grado, en parte debido a un soporte estructural débil, también a la técnica empleada para la fijación de los injertos y finalmente al gran peso que ejercen los tejidos blandos sobre el injerto; aunado a esto también participa el efecto de retracción cicatrizal. Este desplazamiento cefálico impide la definición adecuada del punto más sobresaliente de la punta nasal, resultando una nariz chata nuevamente (Fig. 4). En algunos casos también observamos cierto grado de desplazamiento caudal y lateral de estos injertos.

La necesidad de obtener, un mejor control y predic-

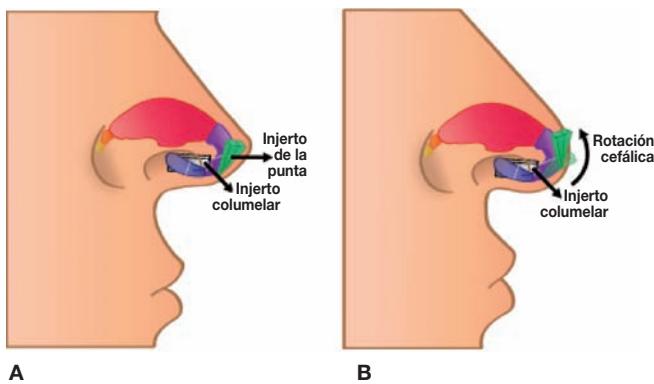


Fig. 4: Rinoplastia tradicional. A. Injerto columelar y de la punta. B. En algunos casos observamos rotación cefálica de los injertos de la punta nasal.

ción de los injertos en la punta nasal, nos motivó a diseñar el injerto columelar extendido angulado (ICEA) similar al utilizado por Tebbetts, al cual le hemos agregado filosóficamente otras funciones, por lo cual lo consideramos multifuncional (7, 8). El injerto se obtiene de septum cartilginoso, tiene forma de palo de golf invertido e incluye una porción columelar y una extensión angulada en la cual predeterminamos la longitud y angularidad a partir del punto de rotación cefálica, de acuerdo a cada caso en particular (Fig. 5). La extensión columelar mejora el soporte estructural, especialmente el trípode central, elonga la crura interna y reposiciona y define el punto de rotación cefálica. En la extensión angulada predeterminamos la longitud y angulación cefálica requerida a partir del punto de rotación cefálica; al mismo tiempo esta extensión constituye un freno que impide el desplazamiento cefálico del injerto de la punta, pues éste se apoya directamente sobre la extensión angulada, obteniendo un mejor control y predicción en la posición final de los injertos.

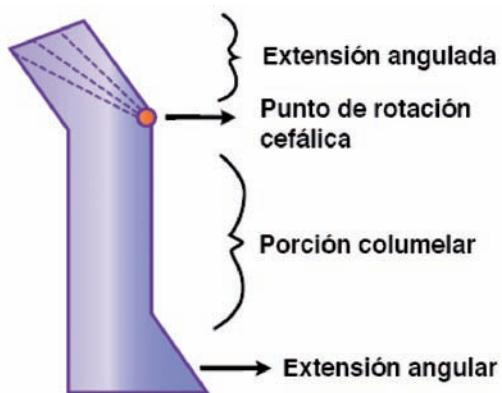


Fig. 5: Injerto Columelar Extendido Angulado (ICEA): consta de dos partes: una porción columelar y una extensión angulada en la cual delimitamos el punto de rotación cefálica. La angulación de la extensión angulada varía en cada caso.

Finalmente, hemos agregado otras funciones al ICEA: prevención de desplazamientos laterales, posibilidad de incorporar al diseño una extensión triangular en la base

de la porción columelar en algunos casos en los que deseamos acortar aparentemente un labio superior largo. En este artículo presentamos nuestra técnica y resultados con el uso multifuncional del ICEA.

Material y método

Tratamos mediante este método 95 pacientes, 70 mujeres y 25 hombres, con un rango de edad de 17 a 62 años y un periodo de seguimiento de 4 años. El protocolo quirúrgico incluyó historia clínica completa, desarrollo de un plan quirúrgico mediante el análisis de la deformidad nasal, y fotografías pre y postoperatorias para su control a medio y largo plazo. La totalidad de los pacientes fueron sometidos a anestesia local y sedación y se empleó técnica de rinoplastia abierta en 75 pacientes y cerrada en 20.

Técnica Quirúrgica

Un día antes de la cirugía prescribimos a nuestros pacientes antibiótico tipo cefalexina (500 mg. cada 8 horas), vía oral, que continuará durante 4 días más en el postoperatorio. Se les prohibió fumar 2 semanas antes y después del procedimiento.

La anestesia local empleada consistió en lidocaína al 1% con epinefrina 1:100,000; inicialmente introducimos algodones empapados con ésta solución para crear un efecto de vasoconstricción sobre el mucopericondrio del tabique y los cornetes y acto seguido infiltramos los nervios infraorbitarios a nivel percutáneo. Finalmente retiramos los tapones nasales e infiltramos las áreas a disecar, así como el mucopericondrio del tabique nasal, dirigiendo el bisel de la aguja hacia la pared del tabique; de esta forma realizamos también hidrodisección para facilitar la elevación del colgajo de mucopericondrio.

Utilizamos un abordaje externo a través de incisión transcolumelar escalonada, la cual conectamos a una incisión marginal a lo largo del borde inferior del cartílago alar; en ese momento procedemos a reforzar con la solución anestésica las líneas propuestas de incisión, creando también un efecto de hidrodisección (8-12). Una maniobra sencilla para localizar el borde inferior de los cartílagos laterales inferiores, es invertir el ala nasal con un gancho doble para visualizar y palpar el contorno marginal. Iniciamos la disección con tijera de punta fina a nivel del borde marginal del cartílago, ascendiendo en un plano subpericóntrico hasta el borde inferior de los huesos nasales donde la disección cambia a un plano subperióstico en el dorso óseo y continuamos la disección hasta el nasion.

Cuando es necesario remover una giba dorsal grande, creamos túneles subpericóntricos a lo largo del borde anterior del tabique, hasta el nivel de los huesos nasales, permitiendo así realizar una resección extramucosa (13).

A continuación preferimos empezar con la recolección del cartílago septal, posteriormente trabajamos el dorso y seguimos con las modificaciones necesarias de la punta; de ésta forma tenemos una referencia a partir de un punto estático para establecer una armonía dinámica entre el dorso y la punta nasal. Recolectamos material cartilaginoso suficiente para el diseño de injertos en el dorso, punta y colmuela. Preferimos para ello el septum, seguido de la oreja y utilizamos cartílago costal cuando se requiere mayor cantidad o bien cuando los anteriores ya han sido utilizados; en ocasiones usamos combinación de cartílago de septum y de concha auricular (14-16).

Diseño y Colocación del Injerto Columelar Extendido Angulado (ICEA)

Colocamos el material cartilaginoso obtenido sobre una tabla para cortar cartílago. Para el injerto columelar extendido diseñamos una estructura en forma de palo de golf invertido que incluye dos componentes: una porción columelar (porción larga), que brinda soporte columelar y una extensión angulada (porción corta) en la que se apoya el injerto de la punta (Fig. 6A). La longitud y angulación de esta estructura se determina de acuerdo a las necesidades de cada caso.

Disecamos un bolsillo entre las cruras internas, liberando también la base de la columela de sus inserciones en la espina nasal hasta la crura media; a continuación introducimos el ICEA asegurándolo en su sitio con dos o tres puntos de colchonero horizontales con prolene vascular 5-0 (17), (Fig. 5 y Fig. 6B). La posición del ICEA en relación con la crura interna y media es específica para cada caso en particular; en base a esto, identificamos la unión lóbulo-columelar de los cartílagos alares y a partir de ésta referencia creamos un nuevo punto de rotación cefálica en la extensión columelar, el cual tendrá una posición más superior. Con esta maniobra elongamos la columela y repositionamos el nuevo punto de rotación, que

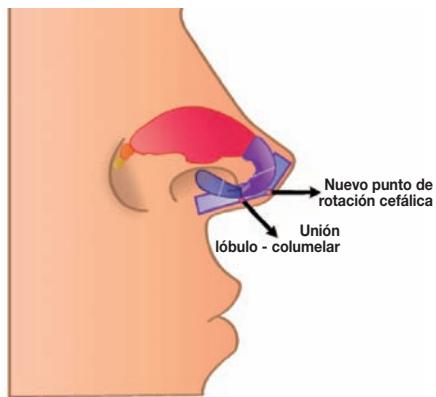


Fig. 7. Posición del ICEA. La porción columelar elonga la columela corta y debido a su diseño define un nuevo punto de rotación cefálica, el cual a su vez delimita la columela de la punta nasal.

de hecho delimita la porción columelar de la extensión angulada (Fig. 7). Cuando en una vista lateral la columela está oculta por los bordes alares, ubicamos el ICEA caudalmente para aumentar la proyección columelar. En algunos pacientes con labio largo, agregamos al diseño del ICEA una extensión triangular en la parte inferior y caudal de la porción columelar. Esta maniobra favorece que el ángulo nasolabial luzca en un punto más inferior y por consiguiente hace que el labio superior visualmente parezca más corto (Fig. 8). Posteriormente colocamos pequeños injertos rectangulares en ambos lados de la extensión columelar para aumentar la superficie de contacto, evitando también el desplazamiento lateral de los injertos de punta nasal (Fig. 9).

Colocación del Injerto de Punta

A continuación reposicionamos el colgajo nasal para estimar la altura de la extensión angulada, siendo su vértice a la vez una referencia con respecto al dorso para determinar la proyección del injerto de la punta; idealmente procuramos que ésta sobresalga discretamente sobre el dorso, teniendo en cuenta también la disminución de la proyección nasal al llevarse a cabo el proceso de retracción de las heridas (Fig. 9).

Para la punta nasal diseñamos un injerto triangular tipo Sheen (5-18), cuya forma y tamaño se define para cada caso. Lijamos los ángulos y bordes del injerto procurando que no ejerzan mucha presión sobre los tejidos, aunque en algunos casos, deliberadamente, los dejamos agudos para compensar con el espesor de la piel.

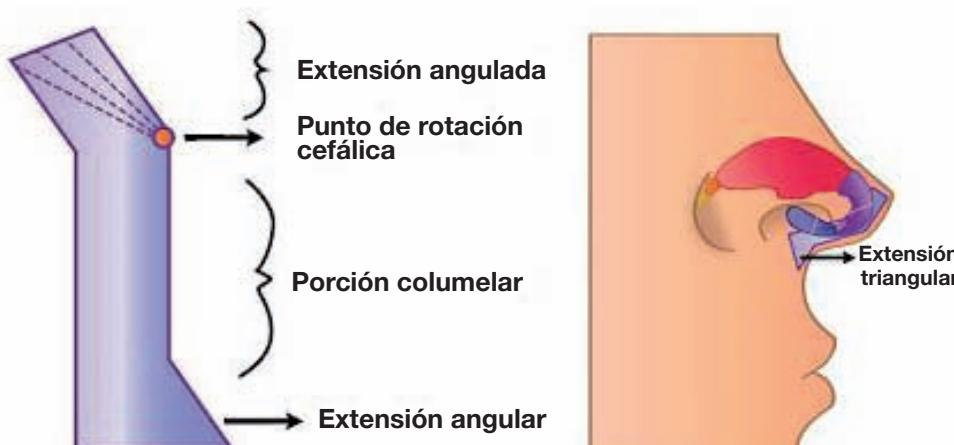


Fig. 6A. Incorporación de una extensión triangular al diseño del ICEA para proyectar el ángulo nasolabial en algunos pacientes con labio largo. B. El ICEA proporciona aumento de la proyección nasal, con la extensión triangular se crea un efecto visual de acortamiento de un labio largo.

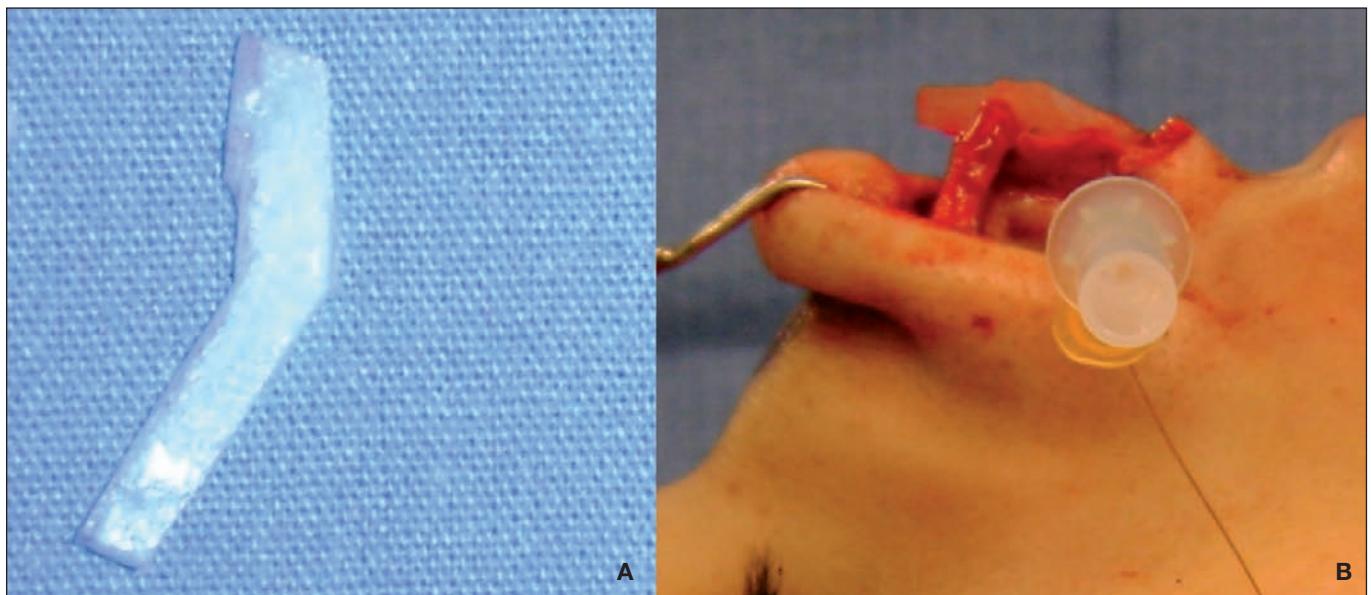


Fig. 8. Vista intraoperatoria. A. Diseño del ICEA. B. Posicionamiento del ICEA.

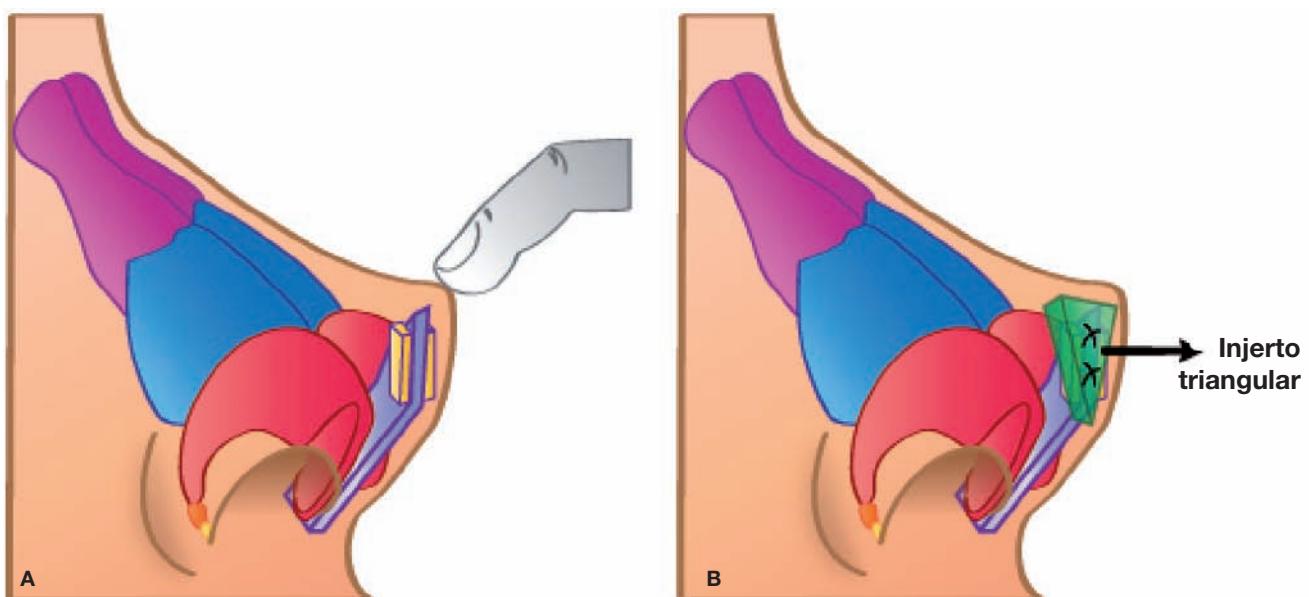


Fig. 9. A. Los injertos rectangulares laterales aumentan la superficie de contacto impidiendo los desplazamientos laterales. El vértice de la extensión angulada es utilizado como referencia para determinar la altura del injerto de la punta con respecto al dorso. B. El injerto triangular de la punta se apoya directamente sobre la extensión angulada y los injertos laterales

Una vez estimada la angularidad requerida, colocamos el injerto de la punta directamente sobre la extensión angulada del ICEA, el cual se asegura en su sitio con dos o tres puntos de colchonero horizontal con prolene vascular 5-0 (Fig. 9). Finalmente concluimos el procedimiento con la reposición del colgajo nasal y el cierre de la incisión transcolumnelar con nylon 6-0. Las incisiones intranasales se cerraron con sutura crómica 5-0, (Fig. 10). Aplicamos férulas nasales internas con rollos de algodón empapados con solución vasoconstrictora (oximetazolina) y férula nasal externa utilizando varias capas de tela adhesiva microporosa color piel.

Resultados

Los pacientes catalogaron los resultados como satisfactorios con respecto a su apariencia nasal en una vista frontal y lateral. Se obtuvo un mejor control y predicción en la forma de la punta nasal, en un periodo de seguimiento de 6 meses a 4 años. La cicatriz transcolumnular fue bien tolerada y con el paso del tiempo prácticamente imperceptible. Once pacientes requirieron reintervención: 3 por punta hiperproyectada, 2 por hipoproyección y 6 por giba residual. No hubo complicaciones inherentes a las heridas. Se documentó la permanencia de los resulta-



Fig. 10. Vista intraoperatoria. A, B, Mujer de 21 años con cartílagos laterales superiores débiles, prominentes y convexas; columela corta y punta nasal bulbosa, además giba discreta en el dorso. C, D, Se obtuvo mejor definición de la punta nasal al cambiar el aspecto convexo de los laterales superiores y con la colocación de injerto de cartílago en la punta. El ICEA proporcionó mejor soporte al trípode central; elongó la columela y permitió delimitar los vectores de la columela y punta nasal.

dos con respecto a la proyección y simetría de la punta nasal y no se encontró desplazamiento cefálico y lateral de los injertos de la punta nasal (Fig.11-13).

Discusión

Anatómicamente la nariz del paciente mestizo presenta cartílagos alares cortos, en especial la crura interna y media. Esto ocasiona una columela corta con proyección caudal, lo que favorece el descenso de la punta nasal. La crura media define la forma del lóbulo de la punta, que está delimitado en sentido caudal por el punto de rotación (unión lóbulo-columelar) y en sentido cefálico por el punto de máxima proyección de la punta nasal. Sin embargo, en la nariz mestiza, la crura media es corta y convexa, por lo tanto es difícil localizar el punto de má-

xima proyección de la punta nasal (1-3).

En una vista de perfil los vectores de la columela y lóbulo de la punta no están armoniosamente equilibrados ni definidos; por un lado el vector de la columela es corto y el punto de rotación no está claramente delimitado y por otro lado, tampoco podemos evidenciar el punto más prominente de la punta nasal, ya que ésta tiene forma convexa. Debido a esto, la angulación establecida por el entrecruzamiento de los dos vectores tiende a ser mayor de lo ideal.

En los pacientes con nariz tipo mestiza, los pilares del trípode estructural cartilaginoso son débiles, razón por la cual proporcionan un sostén limitado (1). Esto es particularmente importante en la columela, pues es responsable directamente de la proyección de la punta nasal. La incorporación del ICEA refuerza el pilar central, corrige su cortedad y define claramente la unión lóbulo-columelar en el nuevo punto de rotación cefálica. La colocación del injerto de punta define el máximo punto de proyección de la punta nasal (3, 4, 8).

Nosotros consideramos que el otro aspecto que refuerza los pilares externos es la plicatura transdomal y su fijación al ICEA. La plicatura transdomal por si sola

puede incrementar la proyección de la punta nasal. Esta plicatura se colocó también con el objetivo de cambiar el aspecto convexo de las cruras externas hacia una forma cóncava, mejorando el aspecto abultado de la punta nasal.

Existen varias formas de mantener en posición los injertos de punta nasal, sin embargo hemos encontrado que la extensión angulada del ICEA nos permite un mejor control de la angularidad que deben tener los mismos, evitando que se adapten sobre la anatomía de los cartílagos alares deformados, ya que el injerto de la punta se apoya directamente sobre la extensión angulada, previniendo su desplazamiento en sentido cefálico, lateral y caudal (14, 17).



Fig. 11. A, C, E, Mujer de 42 años de edad, imágenes preoperatorias. B, D, F, Imágenes postoperatorias 4 años después del procedimiento. El ICEA mejoró la proyección y definición de la punta nasal, aspectos difíciles de lograr cuando la piel es gruesa. Reposición y definición del sitio donde el vector de la columela cambia de dirección (punto de rotación cefálica), estableciendo mejor relación entre longitud de columela y punta nasal.

triangular en la base de la porción columelar para camuflar un labio largo.

Otro beneficio encontrado es la manipulación hasta cierto grado de la longitud nasal, pues predeterminamos el ángulo de corte en la extensión, sobre la cual se posicionarán el injerto de punta nasal; en base a esto también podemos alargar o acortar la longitud nasal hasta cierto grado, de acuerdo a cada caso en particular.

Consideramos que al utilizar el ICEA obtenemos mejor visualización de los vectores de la columela y del lóbulo de la punta. Uno de los aspectos más importantes es nuestra opinión es que logramos cambiar el aspecto chato de la punta nasal para obtener en lo posible una punta con mejor proyección y definición. Con esta propuesta nos acercamos a los estándares de belleza nasal, que sin duda son un objetivo difícil de conseguir en los pacientes con nariz tipo mestiza.

Conclusiones

Añadir la extensión angulada a nuestro injerto columelar, brinda un mejor control al permitirnos predeterminar el ángulo de rotación cefálica que requiere el injerto de la punta nasal y constituye un freno que previene el desplazamiento de los injertos de la punta, evitando que éstos no se apoyen necesariamente sobre la crura media cuando su ángulo de rotación es mayor de lo ideal. A su vez, el soporte columelar proporciona mayor estabilidad estructural al trípode central, siendo también una forma predecible y estable de aumentar la proyección de la punta nasal. Hemos encontrado multifuncionalidad de este ICEA al prevenir no solo los movimientos cefálicos, sino también los laterales; de igual forma podemos incorporar una estructura



Fig. 12. A, C, E, Mujer de 54 años de edad, Imágenes preoperatorias. B, D, F, Imágenes postoperatorias 12 meses después del procedimiento.

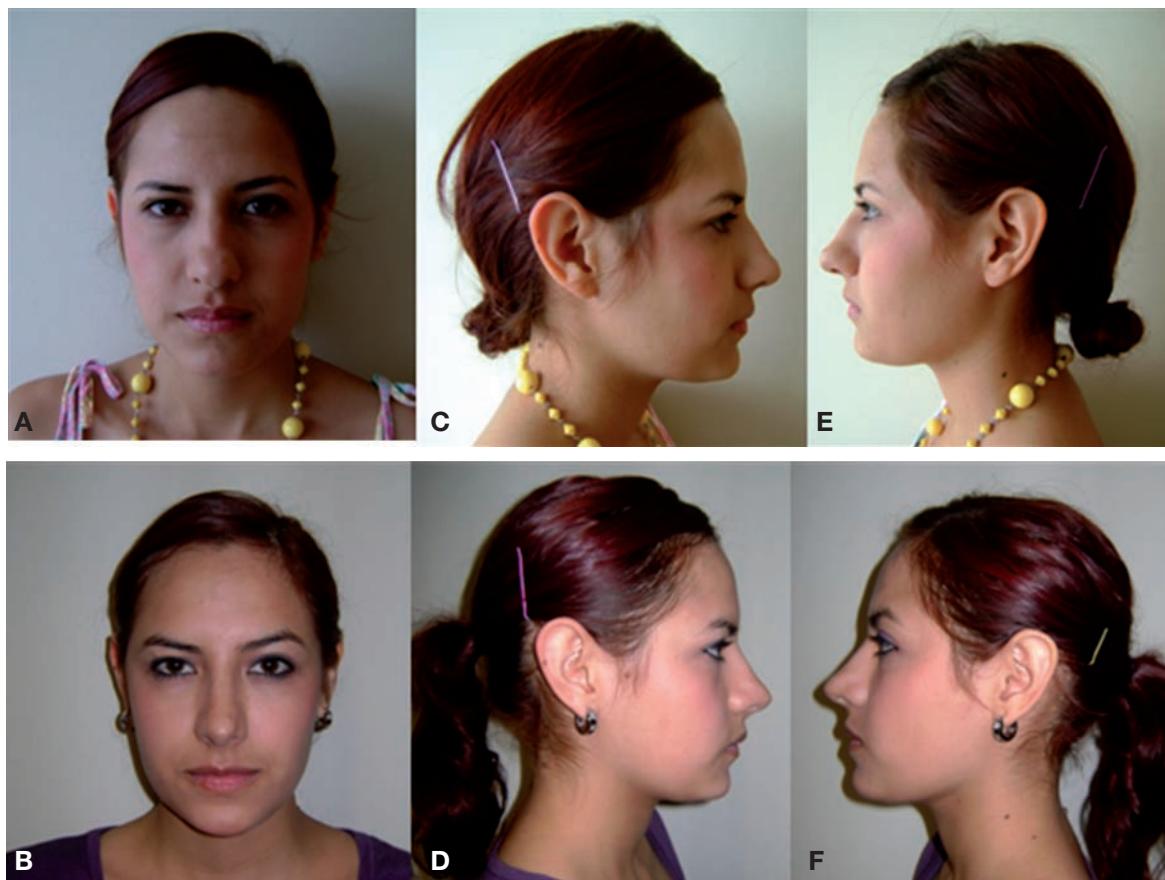


Fig. 13. A, C, E, Mujer de 21 años, Imágenes preoperatorias. B, D, F, Imágenes postoperatorias 2 años después del procedimiento.

Dirección del autor

Dr. Yanko Castro Govea
Servicio de Cirugía Plástica, Estética, Reconstructiva y
Máxilofacial.
Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. "José
Eleuterio González"
Av. Francisco I. Madero y Gonzálitos s/n
Col. Mitras Centro
CP 64460
Monterrey, Nuevo León, México.
e-mail: goveayanko@hotmail.com

Bibliografía

1. Ortiz Monasterio F, Olmedo A.: "Rhinoplasty on the mestizo nose". Clin Plastic Surg.1977;4:89.
2. Guyuron B.: "Dynamics in Rhinoplasty". Plast Reconstr Surg 2000;105:2257.
3. Daniel RK.: "Rhinoplasty: creating an aesthetic tip. A preliminary report". Plast Reconstr Surg 1987;80:775.
4. Ortiz Monasterio F, Michelena J.: "The use of augmentation rhinoplasty techniques for the correction of the non-caucasian nose". Clin Plast Surg 1988;15:57.
5. Sheen JH.: "Tip Graft: A 20-year retrospective". Plast Reconstr Surg 1993;91:48.
6. Sainz Arregui J., Ezquerro Carrera F.: "Rinoplastia: de la rinoplastia estática a la dinámica. Evolución de la técnica". Cir.plást.iberolatinoam. 2004, 30 (3): 241.
7. Tebbetts JB.: "Shaping and positioning the nasal tip without structural disruption: a new systematic approach". Plast. Reconstr. Surg. 1994;94:61.
8. Castro-Govea Y., Fuente del Campo A., Chacón Martínez H., Pérez Porras S., Vallejo-Estrella R.O., Cervantes-Kardasch V.: "A procedure to prevent cephalic rotation of cartilage grafts in the nasal tip". Aesth. Surg J. 2009;29:106.
9. Gruber RP.: "Open rhinoplasty". Clin Plast Surg 1988;15:95.
10. Gunter JP, Rohrich RJ.: "The external approach for secondary rhinoplasty". Plast Reconstr Surg 1987;80:161.
11. Tebbetts JB.: "Open rhinoplasty. More than an incisional approach". In: Daniel RK, editor. Aesthetic plastic surgery: rhinoplasty. Boston: Little, Brown, 1993, Pp: 525-553.
12. Tebbetts JB.: "Open and closed rhinoplasty (minus the "versus"): analyzing processes". Aesthetic Surg J. 2006;26:456.
13. Jost G, Meresse B, Torossian F.: "Study of the junction between the lateral cartilages of the nose (in French)". Ann chir Plast 1973, 18 :175.
14. Gunter JP, Landecker A, Cochran CS.: "Frequently used grafts in rhinoplasty : nomenclature and analysis". Plast Reconstr Surg 2006 ;118 :14.
15. Ezquerro Carrera F, Sainz Arregui J., Berrazueta Fernández M.J.: "La rinoplastia "No básica" primaria". Cir.plást.iberolatinoam. 2001, 27 (1): 45.
16. Soria J.H., Pintos J.C., Conde C.G., Losardo R.J.: "Tratamiento de la desviación nasal inaparente". Cir.plást.iberolatinoam. 2010, 36 (3): 45.
17. Ortiz Monasterio F, Olmedo A, Oscoy LO.: "The use of cartilage grafts in primary aesthetic rhinoplasty". Plast Reconstr Surg 1981;67:597.
18. Sheen JH.: "Achieving more nasal tip projection by the use of a small autogenous vomer or septal cartilage graft. A preliminary report". Plast Reconstr Surg 1975;56:35.

Comentario al trabajo “Injerto columelar extendido angulado. Método para prevenir la rotación cefálica y lateral de los injertos de cartílago en la punta nasal”

Dr. José Sainz Arregui

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Práctica privada. Bilbao (Vizcaya), España

La Rinoplastia en la nariz mestiza, debido a las características anatómicas perfectamente descritas en el trabajo del Dr. Castro Govea y colaboradores, siempre ha sido un gran reto para todos los cirujanos.

La descripción de este nuevo injerto aporta una solución para este tipo de columelas cortas, con ángulos poco definidos y puntas poco proyectadas. También es ingenioso el soporte que proporciona al injerto de la punta propuesto por Sheen, para aquellas narices de piel muy gruesa y con poca definición. Mis felicitaciones por su trabajo; no obstante analizando el texto y los casos presentados, me gustaría hacerle algunas consideraciones.

El ángulo naso – labial agudo en la nariz mestiza, es definido en el texto como debido a una columela corta. Existen otras condiciones anatómicas y funcionales que determinan un ángulo naso-labial agudo como: una punta descendida con el paso de los años por causa dinámica; una punta nasal descendida por unos cartílagos alares grandes, que desplazan la punta caudalmente; una espina nasal y un septum caudal poco prominentes, agregándose a estos factores, una procidencia alveolar maxilar que acentúa este ángulo naso-labial agudo, como muy bien se describe en el texto.

Si analizamos la figura 11 de su trabajo, se aprecia la gran mejoría estética conseguida, pero a nuestro juicio, el ángulo naso-labial sigue cerrado, como podemos ver en las fotos postoperatorias. En sus citas bibliográficas nº 1 y nº 15 están descritas dos propuestas para camuflar este ángulo naso-labial cerrado: Ortiz Monasterio y Olmedo, injerto triangular tomado del septum y Ezquerro, Sainz Arregui y Berrazueta, usando ambos cartílagos alares de relleno.

Respecto a las figuras nº 10 y nº 13, no parecen corresponder estas narices a las narices mestizas tal y como se definen en el texto, ya que se aprecian cartílagos alares prominentes, piel normal y ángulo naso-labial normal. El resolverlas con este tipo de injerto en columela determina en nuestra opinión una punta

nasal quizás excesivamente proyectada, teniendo que corregirla en 6 de sus pacientes según dicen, lo que supone el 60% de sus cirugías secundarias. La solución para este tipo de narices, pensamos que quizás debiera ser más conservadora, realizando una técnica básica de rinoplastia como la propuesta por el Dr. Ortiz Monasterio (1) o una Rinoplastia Dinámica (2), que permite la rotación cefálica de la punta nasal.

Respecto a los injertos propuestos por Sheen para dar definición a la punta nasal, como muy bien describen en su trabajo, debido al proceso cicatricial tienden a hacerse demasiado evidentes e incluso se desplazan. No especifican en el texto en qué porcentaje los utilizan, aunque sí explican que los usan para dar definición a las puntas de piel gruesa. Para este tipo de pieles creemos que sí estarían indicados, pero en pieles finas acaban notándose y resultan antiestéticos; son un estigma de haberse operado de la nariz.

El trabajo de Govea y col. describe un procedimiento que aporta soluciones para resolver los retos de la rinoplastia. Felicitar de nuevo a los autores ya que aportan ideas que nos van a ayudar a todos a conseguir mejores resultados en los pacientes que demandan una rinoplastia y en especial, aquellos con nariz mestiza.

Bibliografía

1. Ortiz-Monasterio F.; “Rhinoplasty”, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Chapter 3 Basic Rhinoplasty, 1994, Pp:19-41.
2. Sainz Arregui, J., Elejalde, M.V., Regalado, J., Ezquerro, F., Berrazueta, M.: “Dynamic Rhinoplasty for the Plunging Nasal Tip: Functional Unity of the Inferior Third of the Nose”. Plast Reconstr Surg 2000, 106(7): 1624.

Respuesta al comentario del Dr. José Sainz Arregui

Dr. Yanko Castro-Govea

Gracias por los comentarios aportados por el Dr. Sainz Arregui a este presente trabajo.

Sin duda, son diversos los factores que ocasionan un ángulo naso-labial agudo y no necesariamente debidos a alguna alteración estructural en la anatomía nasal; un buen ejemplo es la protusión alveolar maxilar, alteración que aparece con cierta frecuencia en la población mestiza.

Con respecto a la figura nº 11, consideramos que el ángulo naso-labial fue incrementado discretamente y como suele suceder, éste es un buen ejemplo de cómo un perfil se visualiza mejor que otro, antes y después del procedimiento, lo que tampoco nosotros tuvimos la capacidad de corregir. Si observamos

con atención, en la vista preoperatoria lateral derecha vemos poca ganancia del ángulo-nasolabial con respecto a la imagen postoperatoria, además de que el ala nasal prácticamente está al mismo nivel de la columela. Por otro lado, en la vista preoperatoria lateral izquierda, se evidencia discretamente más abierto el ángulo naso-labial e incluso la columela con mejor proyección. Aún así, probablemente faltó incrementar la angularidad, con todo y la asimetría del ángulo naso-labial y la relación alar-columelar. Como bien lo describe el Dr. Sainz Arregui, éstas serían buenas alternativas para camuflar este ángulo naso-labial cerrado: Ortiz Monasterio y Olmedo, injerto triangular tomado del septum; Ezquerro, Sainz Arregui y Be-

rrazueta, usando ambos cartílagos alares de relleno; incluso, la incorporación de una extensión triangular a nuestro Injerto Columelar Extendido Angulado.

Estamos totalmente de acuerdo en la imagen nº 10; la paciente en cuestión no tiene típicamente una nariz mestiza. Clínicamente presenta cartílagos prominentes aunque débiles lo cual reduce el soporte, y piel levemente gruesa; estas condiciones también se presentan con relativa frecuencia en nuestra población latino-mexicana. La imagen nº 13 corresponde al control postoperatorio de la imagen nº 10, dos años después del procedimiento. Los cartílagos prominentes pero débiles, fueron lo que motivó a utilizar el ICEA. Como se puede observar en el control postoperatorio, los resultados se han mantenido estables; la relación y equilibrio del ángulo naso-labial, la rotación cefálica de la punta nasal y la relación dorso-punta. Debemos en

lo posible tener controles a más largo plazo, pues como sabemos, las variables que presentan los injertos de cartílago son diversas y las más importantes, las deformación y atrofia de los tejidos blandos, lo que se traduce en injertos visibles.

Por la naturaleza de nuestros pacientes, utilizamos injertos de punta nasal particularmente en aquellos con características mestizas, sin embargo también solemos utilizar estos injertos en aquellos pacientes con piel moderadamente gruesa y cartílagos alares anatómicamente débiles y, por supuesto, en rinoplastias secundarias y/o terciarias donde es prácticamente inevitable su uso.

Finalmente, un agradecimiento especial al Dr. Sainz Arregui; sus expertos comentarios en la materia obligan a ampliar nuestras perspectivas y esto, verdaderamente, enriquece nuestro trabajo, gracias.