

CIRUGIA PLASTICA

Volumen 15
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2005
May-August

Artículo:

Rinoplastia.
Experiencia personal

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

Rinoplastia. Experiencia personal

Dr. Alfredo Meza-Pérez*

RESUMEN

La rinoplastia representa una cirugía gratificante, pero al mismo tiempo desafiante dentro del campo de la cirugía estética facial. Se presenta la experiencia del autor y los resultados obtenidos en nueve años en un total de 750 pacientes, utilizando técnicas quirúrgicas básicas con detalles técnicos específicos. En la mayoría de los casos se utilizó injertos de cartilago autólogo en sus diferentes modalidades para lograr una adecuada definición y/o proyección de la punta nasal, analizando las indicaciones y ventajas de cada técnica. Los resultados fueron favorables en el 97% de los pacientes y en 3% se requirió algún retoque o rinoplastia secundaria.

Palabras clave: Rinoplastia, injerto cartilaginoso autólogo, proyección, definición de punta nasal.

SUMMARY

Rhinoplasty represents a gratifying but at the same time challenging procedure in the field of facial aesthetic surgery. The experience of the author and the results of nine years of surgical practice in a total of 750 patients is presented, using basic surgical technique with specific technical details. In most of the cases, autologous cartilage grafts in their different designs were used to achieve the definition and/or projection of the nasal tip, analyzing the indications and advantages of each technique. The results were satisfactory in 97% of the cases, and in 3% refinements or secondary rhinoplasty were required.

Key words: Rhinoplasty, cartilage graft, nasal tip definition, nasal tip projection.

INTRODUCCIÓN

La nariz es uno de los pocos órganos especializados del cuerpo involucrado con un aura de emociones, significados culturales y espirituales, que sobrepasan con mucho su utilidad funcional. Anatómicamente representa el centro facial y desde el punto de vista estético, el centro de las miradas de las personas. Una nariz agradable nos hace sentir bien, nos da seguridad, pero sobre todo nos brinda confianza.^{1,2} La nariz ha revestido gran interés históricamente, su importancia como símbolo se encuentra ilustrada en los jeroglíficos egipcios para designar al hombre,³ el papiro

de Edwin Smith (25 a 30 años a. C.) y el de Ebers (1500 a. C.) demuestran que los egipcios ya practicaban cirugía rinoplástica.^{4,5} Autores como Von Graefe, en 1815; Dieffenbach, en 1829; Joseph, en 1898; Freer, en 1902; Killian, en 1905; Metzemaum, en 1929, y por supuesto, Mauricio Cottle, en 1958, establecieron las bases de la cirugía nasal moderna.^{6,7}

La rinoplastia es un procedimiento de cirugía estética desafiante y gratificante, pero al mismo tiempo puede ser motivo de frustración, ya que al combinar conocimientos científicos exactos con habilidades y destrezas manuales con expectativas variables, los resultados pueden ser satisfactorios no en todos los casos (arte y ciencia entremezclados).

La creatividad del cirujano no está ligada a la gran tecnología o avances médicos de vanguardia, sino a la capacidad creativa del hombre, y ésta sea probablemente la mejor arma de la cual disponemos para obtener verdaderamente buenos resultados en cirugía estética nasal; más aún, sabiendo que estética y función son igualmente importantes.

* Profesor de Cirugía Plástica y Reconstructiva. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina UNAM. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital General. Dr. Rubén Leñero. Secretaría de Salud del Distrito Federal, ciudad de México.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia personal, las variantes técnicas utilizadas, las consideraciones quirúrgicas especiales para la utilización de injertos cartilagosos en sus diferentes modalidades que permiten definir y/o proyectar la punta nasal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo en 750 rinoplastias estéticas realizadas por el autor en la práctica privada y en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General Dr. Rubén Leñero, de la Secretaría de Salud del Distrito federal, en la ciudad de México, durante los últimos nueve años. Quinientas veinticinco mujeres (70%) y 225 hombres (30%), con edades de los 16 a 50 años (promedio 26). Se realizó rinoplastia primaria a 465 (62%), secundaria a 165 (22%), terciaria a 75 (10%) y cuaternaria a 45 (6%). El seguimiento fue de 7 meses a 9 años con un promedio de 4 años.

TÉCNICA QUIRÚRGICA BÁSICA

Todos los pacientes fueron operados en quirófano, con las normas de asepsia y antisepsia establecidas. Bajo anestesia general inhalatoria e infiltración local de 3 mL de xilocaína al 2% con epinefrina. La primera incisión en el 86% de los pacientes fue transcartilaginosa, teniendo cuidado de dejar intacto un margen de cartílago alar de aproximadamente 3 mm de ancho, a lo largo del lóbulo, con resección de la porción cefálica del cartílago, incluyendo tejido graso adyacente al mismo a nivel del domo nasal, seccionándolo completamente hasta el nivel del retorno (del cartílago lateral superior). La segunda incisión fue la transfixión completa a nivel de la porción caudal del septum membranoso, dejando intacta la crura media, uniendo las dos incisiones en la porción superior de las mismas, levantando un colgajo mucoso que permitiera ver perfectamente la porción superior del septum, su unión con el cartílago lateral superior (válvula) y el retorno del mismo, reseccándolo en este momento en el 90% de los pacientes, así como el tercio inferior del dorso nasal. La disección subpericóndrica del dorso se inicia con tijeras de iris, seguida con disector de Joseph, completada con tijera de Metzemaum o de tenotomía, separando completamente los tejidos blandos de la porción adyacente al dorso nasal y sólo en las áreas en donde la giba será reseccada. A nivel del domo se liberan perfectamente los ligamentos dermo-cartilagosos,⁸ reseccándolos en su totalidad, y así se facilita la comunicación completa entre el dorso y la incisión transfixiva. La porción caudal del septum se expone utilizando ganchos dobles o

retractores de columela y el plano de disección subpericóndrico se localiza raspando con bisturí el cartílago septal, con disector de Cottle; sólo se disecciona la cantidad de septum caudal estimada a reseccar, también la mucosa septal a nivel de la porción superior del cartílago en su unión con el cartílago lateral superior (válvula), a fin de evitar el daño de la misma al reseccar la giba cartilaginosa. Utilizando un retractor de Aufrich y con acceso derecho y directo del paciente se visualiza el dorso y se reseca la giba cartilaginosa (septum y porción superior de cartílagos laterales), con bisturí y hoja # 11. Se continúa el corte y sin separar los cartílagos se reseca la giba ósea utilizando un osteótomo plano de 8 mm, el cual es percutido con martillo en dirección cefálica. Con la raspa se eliminan pequeñas irregularidades en el trayecto reseccado y se revisa perfectamente la superficie de todo el dorso nasal evitando la permanencia de pequeñas irregularidades o restos del tejido reseccado.

Previa infiltración de 0.5 mL de xilocaína en el tejido supraperiosteico de la rama ascendente del maxilar, incisión transversal de 2 mm en el vestibulo nasal y disección mínima del trayecto de la osteotomía con elevador de periostio de Joseph, se realizan las osteotomías laterales internas en rama verde, desde la fosa piriforme, a lo largo de la rama ascendente del maxilar.

Después del lavado e irrigación del dorso y mucosa nasal, se procede a efectuar el cierre de la mucosa a nivel de la incisión transcartilaginosa y la incisión transfixiva con catgut crómico 4-0. Se coloca un pequeño taponamiento de 5 cm de longitud inmerso en pomada de terramicina en el vestibulo nasal, colocando férula de microporo en el dorso, iniciando siempre a nivel del ángulo septal, dejando libre la punta. Finalmente se coloca férula de aquaplast en el dorso, asegurándose que las osteotomías permanecen en su sitio. Rutinariamente se retiran los tapones a los 2 días en cirugía estética y a los 4 en septumplastia, la férula a los 7 ó 10 días del posoperatorio. Siempre se indican analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos del tipo de la cefalosporina por una semana.

VARIANTES QUIRÚRGICAS ESPECÍFICAS

Exposición. La incisión que con mayor frecuencia se utilizó fue la transcartilaginosa (86%).^{9,10} La incisión marginal sin sección de piel de la columela,^{11,12} en 67 pacientes (9%), y el acceso abierto (*open tip*),¹³ en 37 pacientes (5%).

Rotación del lóbulo. Un objetivo frecuente al realizar una rinoplastia, es obtener la rotación cefálica de la punta nasal, la mayor parte de las veces la obtiene-

mos resecano la porción cefálica de los cartílagos alares, resecano la giba osteocartilaginosa; resecano en casos seleccionados el cartílago septal en su porción caudal, o con liberación y resección del músculo depresor del septum y ligamentos adyacentes unidos a la base de la crura media.^{14,15} Esta maniobra se realiza a nivel de la porción caudal de la incisión transfectiva, permitiendo la liberación completa de la base de la crura media, resecano su atadura completamente.

Proyección y definición de la punta nasal. Para lograr este importante objetivo en cirugía de punta nasal, se utilizan injertos cartilagosos de diferentes tipos y formas. El injerto intercrural en forma de poste con capuchón de cartílago alar en su porción superior se utilizó en el 30% de los pacientes (*Figura 1*). El injerto de cartílago autólogo de concha auricular tallado en forma rectangular, se utilizó en el 38%; injerto de cartílago septal o vómer en forma de escudo, en 13%; utilización de la giba cartilaginosa como fuente de injerto para definir la punta de la nariz, en 10%. En 30 pacientes con punta bífida (4%), se utilizó un punto intradomal con el fin de dar mayor definición a la punta nasal.

En 180 pacientes (24%) se realizaron técnicas misceláneas, como aplicación de injertos cartilagosos a nivel de la espina nasal anterior para obtener mejor proyección de la columela; manejo de la base alar por medio del cierre de las alas nasales con técnicas convencionales;^{16,17} aplicación de injertos cartilagosos en nasión para proyectar esta área, o rinoplastias utilizando injertos laminados de costilla para aumento de dorso nasal; mentoplastias de aumento y/o osteotomías deslizantes de mentón. La rinoplastia básica convencional se realizó en el 5% de los pacien-

tes, sin aplicación de injertos cartilagosos en la punta, en pacientes que deseaban obtener un resultado estético conservador y armónico a sus características faciales.

RESULTADOS

La mayor parte de los pacientes (738), quedaron satisfechos con el resultado obtenido, es decir, se apreció una nariz proporcional y armónica con su cara, y adecuada proyección y definición de la punta nasal. En caso de colocación de injertos, éstos se mantuvieron simétricos sin marcaje de bordes, con pirámide nasal estética y sin asimetrías. Veintidós pacientes (3%) requirieron un retoque o plastia posterior. Ninguno ameritó un segundo retoque o nueva cirugía.

DISCUSIÓN

Existe gran variabilidad de técnicas de cirugía estética nasal; sin embargo, el objetivo final de una rinoplastia siempre será lograr una forma armoniosa y funcionalmente eficaz de la nariz.

Exposición: Considero que la incisión intracartilaginosa es bastante segura, brinda versatilidad de acceso a las diferentes estructuras de la nariz, permitiendo modificaciones a la técnica básica. Se debe ser preciso en el corte y calcular perfectamente su situación para evitar asimetría de los cartílagos alares resecaados. La incisión marginal la indico sobre todo en rinoplastias secundarias y terciarias, en donde se pretende tener una vista panorámica directa de la punta, cartílagos alares, domos y crura mediales, lo que permite resecciones y correcciones exactas de las estructuras expuestas y la colocación de injertos

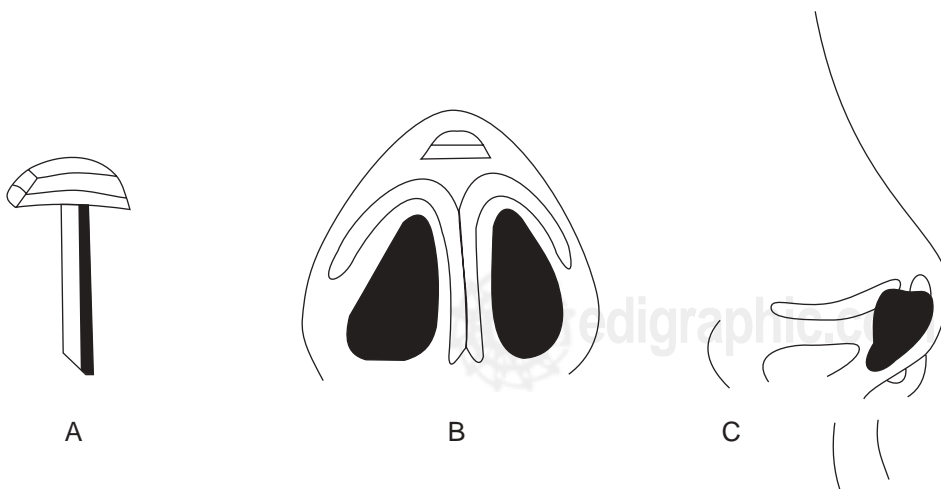


Figura 1. Esquema de injerto intercrural con poste de cartílago septal y cartílago alar en su porción superior, se observa la forma en que se realiza la sutura de fijación. (tomado con autorización).



Figura 2. A. Femenina de 22 años de edad, deformidad estética nasal, pirámide nasal ancha, poca definición de punta nasal, vista anteroposterior. B. Vista lateral, giba osteocartilaginosa, ángulo nasolabial menor de 90°. C. Imagen anteroposterior 6 meses de la cirugía, osteotomías laterales internas, se aprecia mejor definición de punta nasal. D. Vista lateral a los 6 meses del posoperatorio, colocación de poste intercrural de septum nasal y capuchón de cartílago alar en la porción superior, mejoramiento notable de ángulo nasolabial y aumento de proyección nasal.

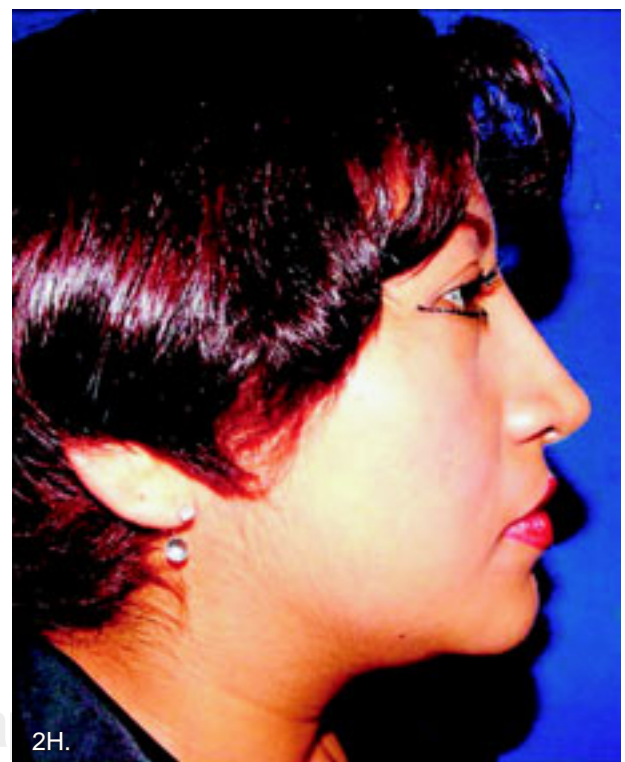


Figura 2. E. Vista tres cuartos de perfil. Femenina de 32 años de edad, deformidad estética nasal, pobre definición de punta nasal, microgenia. F. Vista lateral giba osteocartilaginosa, ángulo nasolabial menor de 90°, columela corta. G. Imagen posoperatoria tres cuartos de perfil, colocación de poste intercrujal de septum nasal y capuchón de cartílago alar en su porción superior, adecuada definición de punta nasal, mentoplastia de aumento. H. Vista lateral adecuada proyección de punta nasal y mejoría de ángulo nasolabial.

cartilagosos. Por ejemplo, pacientes que presentan un domo abierto, divergente (bífido) en los que está indicada una o dos suturas en U en la porción más superior del domo con el fin de disminuir su distancia y producir mayor definición de la punta nasal.¹⁸⁻²⁰ Es importante resecar perfectamente el tejido blando de entre los cartílagos, y exponer perfectamente el domo antes de dar el punto a fin de evitar asimetrías posteriormente. Nunca hay que dar el punto transcutáneo o a través del septum membranoso, pues al ser una maniobra ciega las posibilidades de deformidades y asimetrías son grandes.

El acceso abierto (*open tip*), según mi apreciación personal, tiene indicaciones muy específicas: rinoplastias terciarias o cuaternarias, secuelas de labio y paladar hendido, o en casos en los que la exposición completa de la punta nasal sea una prioridad absoluta. La mayoría de los pacientes en nuestro medio tienen piel gruesa, morena, o al menos no tan blanca como en otros países, motivo por el cual la incisión a nivel de la columela puede ser perceptible en el periodo posoperatorio, independientemente de la calidad de la sutura.

El corte de la giba debe ser perpendicular al eje del septum para evitar asimetrías en la pirámide, en resecciones menores de 1 mm sólo utilizo la raspa como instrumento, pues considero que en gibas mayores, se ocasiona mayor traumatismo de tejidos blandos, edema, inflamación y posibilidad de no dejar un dorso perfectamente regular.

En cuanto a osteotomías, sólo en los casos en los que permanece un escalón palpable o espícula ósea, sobre todo a nivel cefálico, utilizo la osteotomía externa hecha con osteótomo de 2 mm introducido por una pequeña incisión de piel en el lugar seleccionado. La presión al cierre en huesos nasales fracturados debe

ser gentil y de acuerdo a las expectativas de cada paciente y siempre de manera de no cerrar antiestéticamente la pirámide nasal.

Proyección y definición de la punta nasal. La necesidad de proyectar la punta de la nariz también es importante en rinoplastia estética, ésta se debe valorar cuidadosamente en el periodo preoperatorio. La proyección nos habla de la elevación entre la punta de la nariz y el plano de la cara,²¹ y se define como la distancia que existe entre la unión de la columela y el labio superior a la porción más alta y anterior de la punta de la nariz. Se debe de tener perfecto conocimiento de las estructuras anatómicas y de soporte de esta área para obtener resultados satisfactorios. En los casos en los que se requiere mínima proyección, las maniobras utilizadas para rotación del lóbulo pueden ser útiles; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones y dado que muchos de nuestros pacientes tienen piel gruesa y grasa subcutánea, se requiere colocar injertos cartilagosos en sus diferentes modalidades y formas, a fin de lograr una adecuada proyección y/o definición de la punta nasal.

En cuanto a las indicaciones del injerto intercrural en forma de poste,²² según mi perspectiva, son narices pobremente definidas, con un ángulo nasolabial menor de 90° y columela corta, en los cuales la necesidad de proyección es evidente. La ventaja de este injerto es que define y proyecta simultáneamente la punta nasal (*Figura 2*). Este injerto por lo general no lo fijo con suturas, ya que se coloca entre las crura medias y el septum membranoso, con una bolsa justa al tamaño del injerto y siempre teniendo cuidado de no colocarlo extremadamente cerca de la piel del domo nasal (menos de 1 mm). En casos de requerir mayor proyección de la punta nasal, utilizo el injerto en paraguas,²³ en donde el cartílago alar es reemplazado por un in-

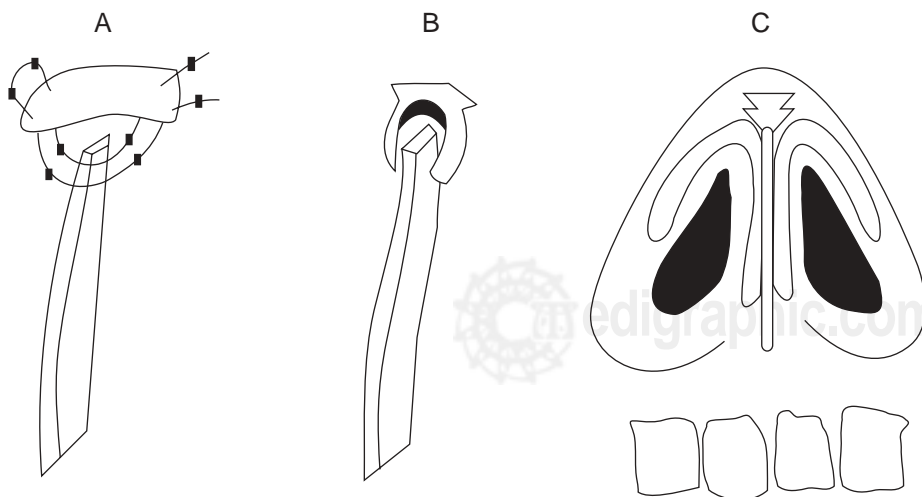


Figura 3. A. Injerto de cartílago septal en forma de poste con doble capa de cartílago auricular en su porción superior (en paraguas). B. Injerto rectangular de doble capa de cartílago auricular. C. Injerto cartilaginoso de septum nasal en forma de escudo.

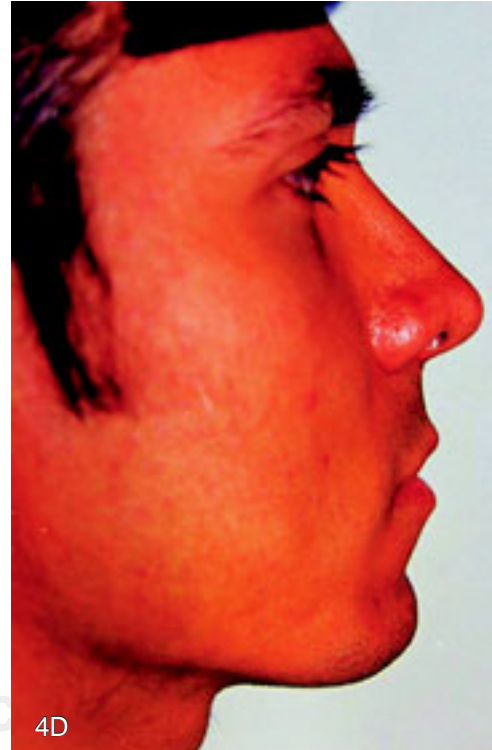
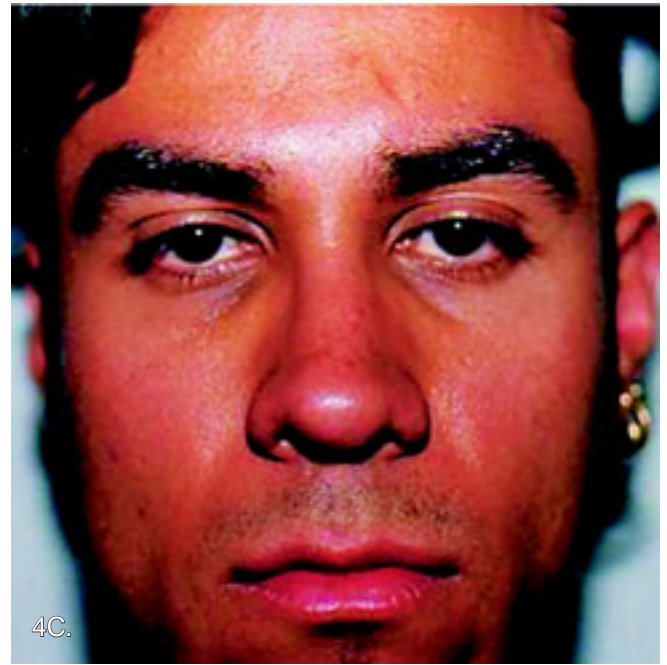


Figura 4. A. Paciente masculino de 26 años de edad, deformidad estética nasal, pirámide nasal ancha, poca definición de punta nasal, vista anteroposterior. B. Vista lateral, giba osteocartilaginosa, poca proyección de punta nasal. C. Imagen posoperatoria a los 6 meses, vista anteroposterior, mejoría en la definición de la punta. D. Vista lateral 6 meses del posoperatorio, colocación de poste intercrujal de septum e injerto de dos capas de cartílago auricular cuadrangular tipo sombrilla.

jerto cuadrangular auricular colocado en el domo, de una o dos capas, según sea el caso (*Figura 3-A*). Lo anterior no sólo evita el posible marcado puntiforme del poste septal, sino que ocasiona una definición más homogénea de la punta de la nariz (*Figura 4*).

El injerto de cartílago autólogo de concha auricular tallado en forma rectangular,²⁴ se utilizó en la mayor parte de los pacientes (38%); la indicación fue en pacientes con ángulo nasolabial dentro de límites normales, en columela de buena longitud con pobre proyección y definición de la punta nasal, la mayoría de las veces de dos capas de cartílago fijadas con dos puntos en U de Nylon 5-0; el segundo ligeramente más pequeño que el primero y siempre teniendo cuidado de no dejar bordes filosos o suturas que pueden evidenciar su situación (*Figura 3-B*). Se coloca en el domo y en dirección exactamente horizontal; se introduce por medio de una incisión marginal derecha de 3 mm de longitud, disecando subcutáneamente. También se realiza una incisión de 2 mm del lado contrario a fin de disecar bien la cavidad y colocar el injerto perfectamente en el centro. No utilizo suturas para su fijación, únicamente la férula de microporo, misma que debe de estar perfectamente justa a las dimensiones del injerto y evitar su movilización; los accesos se cierran con dos puntos de nylon 6-0 (*Figura 5*).

Aunque el injerto de vómer o septum en forma de escudo para muchos autores (Sheen) representa la primera opción,²⁵ en mis casos muy pocos pacientes son candidatos a ella, porque la mejor indicación son puntas nasales con definición moderadamente buena, pero requieren una definición pronunciada de la unión columela-punta, requisitos que muy pocos de nuestros pacientes cumplen satisfactoriamente (*Figura 6*).

La utilización de la giba cartilaginosa como injerto para definir la punta de la nariz,²⁶ puede ser una buena fuente de injerto en pacientes con gibas grandes, la mayoría de las veces se talló de forma rectangular en doble capa y sólo en pocos pacientes en forma de escudo, únicamente se utilizó la porción cartilaginosa de la giba, eliminando por completo la porción ósea, la cual puede ser difícil de moldear, o deformarse, o marcarse en el periodo posoperatorio.

En todos los casos e independientemente del tipo de injerto elegido, el tallado de los cartílagos debe de ser perfecto, simétrico, sin dejar bordes filosos o suturas que puedan marcar la piel. Las dimensiones deben ser individuales para cada paciente y la colocación siempre exacta, confeccionando una bolsa justa al tamaño del injerto, sin dejar de valorar la tolerancia, espesor de la piel y tejidos blandos adyacentes. El cartílago auricular tomado de la concha es muy noble



Figura 5. A. Paciente femenina de 24 años de edad, deformidad estética nasal, pirámide nasal ancha, poca definición de punta nasal, vista anteroposterior. **B.** Vista preoperatoria tres cuartos de perfil.



Figura 5. C. Vista lateral, giba osteocartilaginosa, poca proyección de punta. **D.** Imagen posoperatoria, vista anteroposterior a los 6 meses, mejor definición de punta. **E.** Vista posoperatoria tres cuartos de perfil. **F.** Vista lateral a los 6 meses del posoperatorio, colocación de injerto de cartílago auricular, doble capa en forma cuadrangular, se observa la adecuada proyección de la punta nasal.

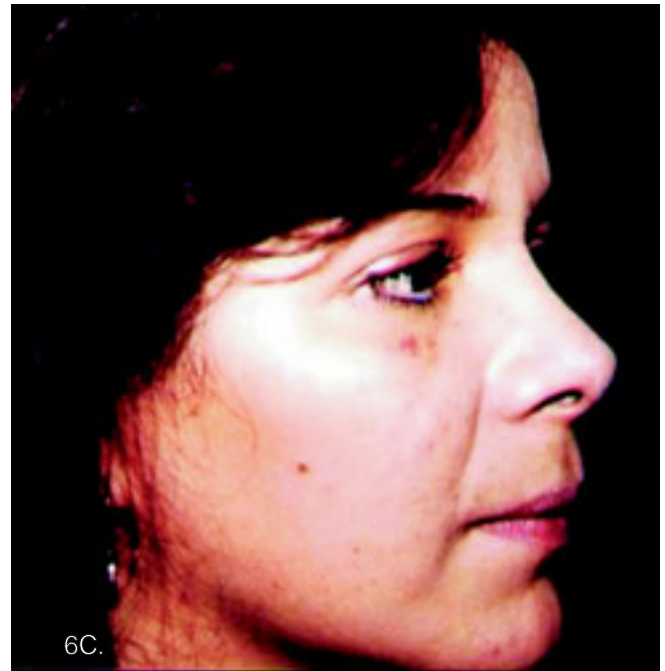


Figura 6. **A.** Vista tres cuartos de perfil, femenina de 32 años de edad, poca definición de punta nasal. **B.** Vista lateral, mínima giba osteocartilaginosa, poca definición de punta nasal. **C.** Vista posoperatoria, a los 6 meses, colocación de injerto cartilaginosa en forma de escudo de septum nasal, mejor definición de la punta en su unión con la columela. **D.** Vista lateral postoperatoria.

y fue el que más se utilizó, se puede configurar adecuadamente, ofrece buen volumen, resistencia y estabilidad. Nunca utilizo materiales aloplásticos para rinoplastia.

CONCLUSIONES

En este trabajo presento la experiencia en 750 pacientes sometidos a cirugía estética de nariz, utilizando diferentes técnicas probadas, pero con ciertas modificaciones personales. La aplicación de injertos autólogos cartilagosos en sus diferentes modalidades para manejar la punta nasal la utilizo en más del 91% de los pacientes; sus indicaciones fueron específicas para cada grupo, pero siempre con el objetivo final de definir y/o proyectar mejor la punta de la nariz. Los que estamos interesados y nos apasiona este tipo de cirugía, deberemos estar siempre comprometidos a dar nuestro mayor esfuerzo; sólo la adquisición de conocimientos y la experiencia nos ayudará a ofrecer la mejor opción a nuestros pacientes. Se debe tener plena conciencia de que una cirugía desordenada y mal realizada en un órgano tan delicado e importante puede crear un daño permanente que afecte radicalmente la vida de una persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bokk HE. Sexual implications of the nose. *Compr Psychiatry* 1971; 12: 450.
2. Milstein S. Motivation for reduction rhinoplasty and the practical significance of the operation in life. By Jacques Joseph. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 692.
3. McKinney P, Cunningham BL. History. In: *Rhinoplasty*. New York: Churchill Livingstone; 1989: 1-8.
4. Breasted JH. The Edwin Smith Surgical Papyrus. University of Chicago. 1930; 1: 1-29.
5. Gnudi MT, Webster JP. *The life and times of Gaspare Tagliacozzi*. New York: Herber Reichner, 1950: 108-128.
6. McDowell F, Valone JA, Brown JB. Bibliographical and historical note on plastic surgery of the nose. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72: 408.
7. The History of Aesthetic Rhinoplasty: Special Emphasis on the Saddle Nose. Lupo G. *Aesth Plast Surg* 1997; 21: 309.
8. Pitanguy I. Surgical importance of a dermocarilaginous ligament in bulbous noses. *Plast Reconstr Surg* 1965; 36: 247.
9. Peck GC. Basic primary rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 1988; 15: 15.
10. Webster RC, White MF, Courtiss EH. Nasal tip correction in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51: 384.
11. Bernstein L. A basic technique for surgery of the nasal lobule. *Otolaryngol Clin North Am* 1975; 8: 599.
12. Guerrerosantos J. Open rhinoplasty without skin-columella incision. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 955.
13. Daniel Rk. Open tip suture techniques part I: Primary rhinoplasty, part II: Secondary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 1491.
14. Rohrich RJ, Huynh B, Muzaffar AR, Adams WP Jr, Robinson JB. Importance of the depressor sept nasi muscle in Rhinoplasty: Anatomic study and clinical application. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 376.
15. Bolivar De Souza E, Porto Da Rocha R, Queiroz W et al. Anatomy of the median part of the septum depressor muscle in aesthetic surgery. *Aesth Plast Surg* 1998; 22: 111.
16. McKinney PW, Mossie RD, Bailey MH. Calibrated alar base excision. A 20 year experience. *Aesthetic Plast Surg* 1988; 12: 71.
17. Farkas LG, Hreczko TA, Deutsh CK. Objective assessment of standard nostril types: A Morphometric Study. *Ann Plast Surg* 1983; 11: 381.
18. Sheen JH. *Aesthetic Rhinoplasty*. CV Mosby, St. Louis, 1978.
19. Tardy ME, Cheng E. Transdomal suture refinement of the nasal tip. *Facial Plast Surg* 1987; 4: 317.
20. Ellis DA, McDonald GA. Narrowing of the nasal tip. *J Otolaryngol* 1984; 13: 55.
21. Anderson JR. A reasoned approach to nasal base surgery. *Arch Otolaryngol* 1984; 110: 349.
22. Papadopoulos A, Harada C. Compound Implant to Project the Nasal Tip. *Aesth Plast Sur* 1987; 11: 181.
23. Mavilli E, Safak T. Use of umbrella graft for the nasal tip projection. *Aesth Plast Surg* 1933; 17: 163.
24. Peck GC. Secondary rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 1988; 15: 29.
25. Sheen JH. Achieving more nasal tip projection by the use of a small autogenous vomer or septal cartilage graft. *Plast Reconstr Surg* 1975; 56: 35.
26. Garcia-Velasco J, Garcia-Velasco M. Tip graf from the cartilaginous dorsum in rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 1986; 10: 21.

Dirección para correspondencia:

Dr. Alfredo Meza-Pérez
Torre Médica. Tepic Núm. 113-512 Col. Roma Sur.
06760 México DF. Tels. 5262 2632. Fax. 5264 2638.
E: mail. drmeza@plastica-medica.com.mx