

Fijación del complejo columnello-septal para proyectar o desproyectar la punta nasal

*Ramírez-Oropeza Fernando Juan, **Saynes-Marín Francisco Javier

Resumen

La rinoplastia es uno de los procedimientos con mayor dificultad técnica en el campo de la otorrinolaringología, esto se debe a que cada etapa quirúrgica o región de la nariz que se modifica repercute sobre las demás estructuras y, por tanto, en el resultado final. Uno de estos pasos es el que se relaciona con el manejo de la punta nasal (por lo general, el paciente solicita una mejoría en el perfil de la nariz) el cual abarca dos fases, una en la que se determina la altura y características del dorso nasal, y otra para establecer la rotación y proyección de la punta nasal; esta última es motivo de este trabajo. Se han descrito varias técnicas, tanto por otorrinolaringólogos como por cirujanos plásticos, para mejorar este aspecto tan importante. En el caso particular de la punta nasal existe una área a la cual denominaremos complejo columnello-septal, constituida, como su nombre lo indica, por el borde caudal del septum, las cruras medias de los cartílagos laterales inferiores y los tejidos blandos localizados en la región de la columnella. El correcto manejo de este complejo mediante técnicas de fijación permite obtener resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

Palabras clave: rinoplastia, complejo columnello-septal, desproyectar, proyectar, punta nasal, técnicas de fijación.

Abstract

Rhinoplasty is one of the most difficult technique procedures in otorhinolaryngology, this is because every surgical step or modified nose region affects all the structures and the final result. One of these surgical steps is the one related to the nasal tip (usually, patients ask for a better aspect of the nose profile) which takes two phases, one of them determines the height and characteristics of the nasal dorsum, and the other establishes the rotation and projection of the nasal tip. The latter is the objective of this work. Otorhinolaryngologists and plastic surgeons have described several techniques in order to improve this important topic. There is a special area in the particular case of nasal tip, we call it columnello-septal complex, formed by the septum caudal border, inferior-lateral medial cruras, and the soft tissue localized at the columnella region. The correct handling of this complex through fixation techniques allows esthetic and functional results.

Key words: rhinoplasty, columnello-septal complex, disproject, project, nose tip, fixation techniques.

**Presidente de la Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía Facial. **Otorrinolaringología y Cirugía Estética Facial. Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología. Puebla, Puebla. México.*

Introducción

Anatomía

La nariz es una elevación piramidal hueca que ocupa la parte central de la cara. Tiene la forma de pirámide triangular, cuyo eje mayor longitudinal se dirige oblicuamente hacia delante y abajo, con base inferior y vértice superior. Se pueden distinguir en la nariz tres caras, tres bordes, base y vértice.

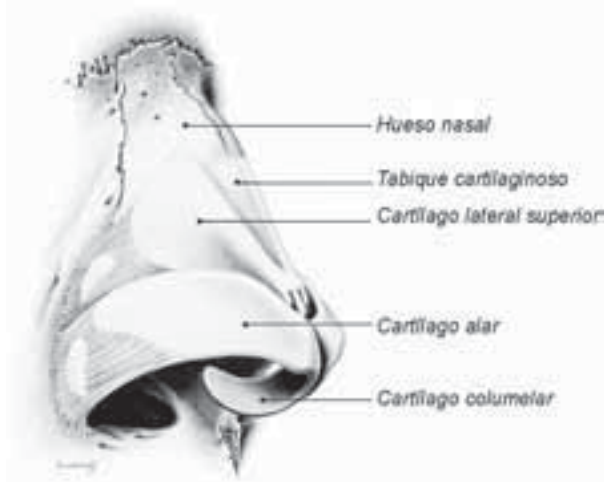


Figura 1. Vista externa de la bóveda nasal. Cortesía: Skoog T. Atlas de cirugía plástica. España. 1987.

Caras. Dos son anterolaterales y una posterior. Las caras anterolaterales son lisas, triangulares, planas en su porción superior y ligeramente convexas en su parte inferior, donde llevan el nombre de alas de la nariz (Figura 1). La cara posterior está representada por dos hendiduras verticales, más amplias por abajo que por arriba, separadas una de otra por la parte anterior del tabique nasal y que comunican ampliamente hacia atrás con la fosa nasal correspondiente.

Bordes. Dos son laterales y uno anterior. Los bordes laterales están representados por dos surcos que separan a la nariz de las regiones vecinas de la cara, y cuya denominación, respectivamente, es la de surco nasopalpebral por arriba y surco nasogeniano por abajo. El borde anterior, denominado también dorso de la nariz, termina abajo en una extremidad redondeada llamada lóbulo, es la parte más saliente de la cara y las

modificaciones en su aspecto hacen cambiar extraordinariamente los rasgos fisonómicos.^{1,2}

Base. La base ocupa la parte más inferior de la nariz. En su parte media se encuentra un tabique anteroposterior en forma de reloj de arena que se llama subtabique, el cual separa dos orificios ovales que son las ventanas de la nariz o narinas.

Con respecto de la base nasal, hay algunas clasificaciones cuyo objetivo es ubicarla según el tipo de raza a la cual se asemejen más, como la de Furakawa que establece el ángulo bialar de 85° para los caucásicos, 90° para los orientales y 120° o más para la raza negra. Existe otra clasificación que agrupa a las bases nasales en: leptorrina (cuando el diámetro anteroposterior de la narina es mayor que el diámetro transversal, típica de los caucásicos); mesorrina, típica del mestizo y el oriental, en quienes ambos diámetros son casi iguales y presentan narinas redondas; y finalmente, la nariz de tipo platirrino, típica de la raza negra, el diámetro transversal es mayor que el anteroposterior (Figura 2).¹



Figura 2. Clasificación de tipos de base nasal: A) leptorrina, B) mesorrina, C) platirrina.

Septum. La parte medial interna de la nariz está formada por el septum. El tabique es una estructura vertical constituida por hueso laminar y cartílago, que divide a la nariz en dos cavidades separadas. El tabique ofrece soporte a las gibas ósea y cartilaginosa, forma una pared revestida por una mucosa, ayuda a dirigir el flujo del aire a través de las fosas nasales y contribuye a conformar la columnella y la punta de la nariz. El septum está formado por 13 estructuras (Figura 3).¹

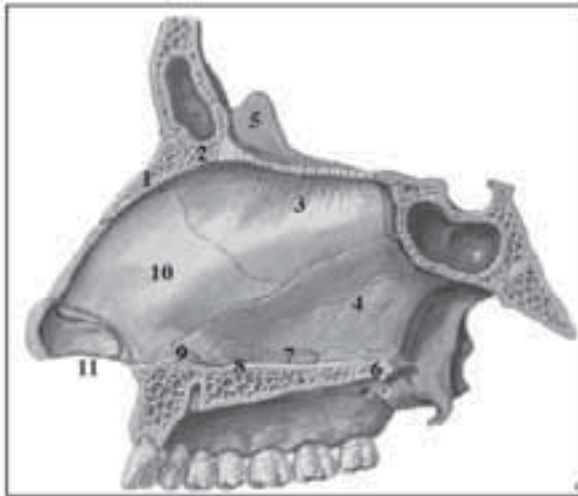


Figura 3. Estructuras que forman al septum nasal

1. Crestas septales de los huesos nasales
2. Espina nasal del frontal
3. Lámina perpendicular del etmoides
4. Vómer
5. Cresta esfenoidal
6. Cresta nasal del palatino
7. Cresta nasal del maxilar
8. Premaxila
9. Espina nasal anterior del maxilar
10. Cartílago cuadrangular
11. Columnella

El cartílago septal es el componente más importante del tabique; su evaluación, con el objetivo de realinearlo cuando se encuentra significativamente deformado o como sitio donante de injertos, es fundamental para el cirujano. La unión entre el cartílago septal y la porción dorsal de los cartílagos laterales da forma y sostén al tercio medio del dorso nasal y cumple un importante papel en la anatomía quirúrgica de éste. Caudalmente, deprimiendo la punta nasal es posible palpar e identificar al ángulo septal anterior. En la espina nasal se inserta el ángulo septal posterior. La longitud del cartílago septal, el tamaño de la espina nasal y la configuración de estos ángulos imponen variaciones anatómicas a la columnella y el labio que deben ser tomadas en cuenta al considerar una rinoplastia.

La porción más posterior de las fosas nasales desemboca en la nasofaringe, a través de las coanas. Las coanas están limitadas arriba por las alas del vómer y el cuerpo del esfenoides; en la parte media por el vómer; hacia abajo por la apófisis horizontal del hueso palatino; y lateralmente por la apófisis pterigoides del esfenoides.

El techo de la nariz interna está formado por la lámina cribosa del etmoides. El piso de la nariz está compuesto, de adelante hacia atrás, por la premaxila, la porción palatina del maxilar y la porción horizontal del palatino. En el piso de la nariz, en el ángulo que forman el septum y el piso, a unos dos cm de la apertura piriforme, se encuentra el canal incisivo (canal nasopalatino o canal de Stensen). Por este canal corre un paquete vasculonervioso que comunica a las redes nasales con las del paladar.^{1,4}

Esqueleto cartilaginoso. El esqueleto cartilaginoso de la nariz se compone por los cartílagos laterales (llamados cartílagos laterales superiores o triangulares), los cartílagos alares (o cartílagos laterales inferiores) y los cartílagos nasales accesorios o sesamoideos. Los cartílagos laterales están fusionados a lo largo del borde dorsal del tabique en la línea media. Lateralmente, los cartílagos laterales están fijados al borde óseo de las apófisis maxilares y al área piriforme por tejido conectivo fibroso areolar denso. Esta porción cefálica es una extensión de las porciones móviles y estables de la nariz. Caudalmente, el cartílago lateral está separado del tabique y termina en bordes libres, que pueden curvarse hacia afuera en mayor o menor grado. Este rasgo anatómico da por resultado diferentes anchos nasales en el tercio medio del dorso (área conocida como “*supratip*”).

Cartílagos laterales. Los cartílagos laterales forman un ángulo de 10 a 15° con el borde anterior del tabique. Este ángulo constituye la válvula nasal, que durante la respiración se ensancha o angosta bajo la influencia de la musculatura nasal. Por lo común, el borde cefálico del cartílago alar se superpone en uno a tres mm al borde inferior del cartílago lateral. Entre ambos cartílagos hay un tejido conectivo fibroaponeurótico (el ligamento intercartilaginoso) que representa uno de los sustentos principales para la proyección de la punta. El ligamento intercartilaginoso se debilita con la edad, estirándose para permitir una elongación, esto resulta en mayor longitud o incluso ptosis de la mitad inferior de la nariz.¹

Cartílagos alares. El soporte y la configuración de la punta de la nariz están directamente relacionados con la forma, contorno y espesor de los cartílagos alares. El espesor de la piel y la cantidad de tejido subcutáneo varían considerablemente entre las personas y son responsables, también, del aspecto de la punta.

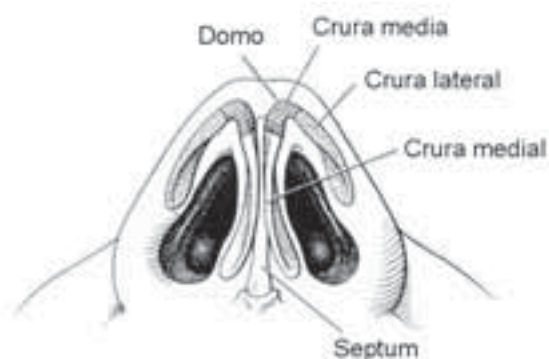


Figura 4. Vista basal de la nariz y anatomía de los cartílagos laterales inferiores. Cortesía: Holt GR. Facial Plastic Surgery Clinics of North America 2000; 8 (4).

Existe una variedad infinita de combinaciones en la forma y el tamaño de los cartílagos alares. En cada tipo hay características básicas. Los cartílagos alares tienen una forma de arco compuesto por tres segmentos: la crus interna (crus medial), la crus media y la crus externa o lateral (Figura 4). Cada sección desempeña un papel específico en el contorno lobular. La transición entre las crura media y externa se designa con el nombre de domo y es el sitio más alto de proyección de la punta nasal. Los dos arcos formados por los cartílagos alares están unidos uno al otro a nivel de la crus interna en la columnella y separados a nivel de los domos. La divergencia a este nivel es responsable del ancho de la punta. Si este ángulo de divergencia es extremado se produce punta nasal bífida.¹

La crus media se extiende hacia adelante y arriba hasta el área del domo. Su convexidad y configuración pueden variar, desde una delicada curva hasta un ángulo bien definido que rompe la continuidad del lóbulo nasal. En la base de la columnella los extremos de la crus interna miran hacia afuera y se ensanchan lateralmente en una extensión variable a medida que abrazan la parte caudal del tabique, al cual están laxamente unidos por medio de un fino ligamento. Esta relación con el tabique es un soporte importante para la punta de la nariz y debe ser seccionada cuando se desea disminuir la proyección de la punta. En la columnella la crus interna se halla inmediatamente subyacente a la piel, y un tejido conectivo areolar laxo asegura la fijación intercrural en toda su longitud. Esto contribuye, junto con los

ligamentos intercartilaginosos y la extremidad de la crus interna, al mecanismo de soporte de la punta.^{3,5}

La crus externa se extiende oblicuamente y en sentido posterior hacia el agujero piriforme. Está muy unida a los cartílagos accesorios por medio de un ligamento fibroso, formando un arco que sigue a la pared lateral de la ventana nasal y que se curva hacia el piso nasal. Este arco opera como unidad funcional, dando soporte a la punta y manteniendo la forma de los orificios nasales. A nivel del domo, la crus externa se angosta y luego se ensancha de manera gradual, siguiendo el margen del orificio nasal, para luego curvarse en sentido posterior. La crus externa, por lo común, es un poco convexa, pero puede variar desde una estructura abultada hasta una superficie plana o incluso cóncava. La forma de la crus externa es más significativa que su tamaño; la resección de su borde cefálico reduce el abultamiento lateral, produciendo una punta nasal más angosta, refinada y con mejor proyección. Permite, además, la rotación cefálica del lóbulo.^{3,5}

Tejido subcutáneo. Bajo la dermis existen cinco estratos de tejidos blandos: capa adiposa superficial; capa fibromuscular; capa adiposa profunda; lámina fibrosa longitudinal, que vincula al cartílago lateral con el cartílago alar; y los ligamentos de la nariz.

Anatomía del complejo columnello-septal. Revisados los elementos anatómicos anteriores, es posible determinar qué estructuras afectan al complejo columnello-septal (Figuras 5 y 6):

1. El borde caudal del septum nasal
2. Septum membranoso
3. Cartílagos laterales inferiores
4. Cartílagos sesamoideos y tejido subcutáneo
5. Columnella
6. Piel de la base nasal

Estas estructuras, en conjunto y de forma dinámica, pueden alterar la estructura y, por lo tanto, la apariencia nasal mediante su modificación (resección, aumento o reubicación de sus componentes anatómicos).

Mecanismos de soporte de la punta nasal. Es de suma importancia conocer cuáles son los factores que permiten mantener la posición de la punta nasal, con el objeto de poder elaborar diversas técnicas de rinoplastia sin afectar estos mecanismos, que se clasifican en mayores y menores, los cuales deben ser reconocidos,

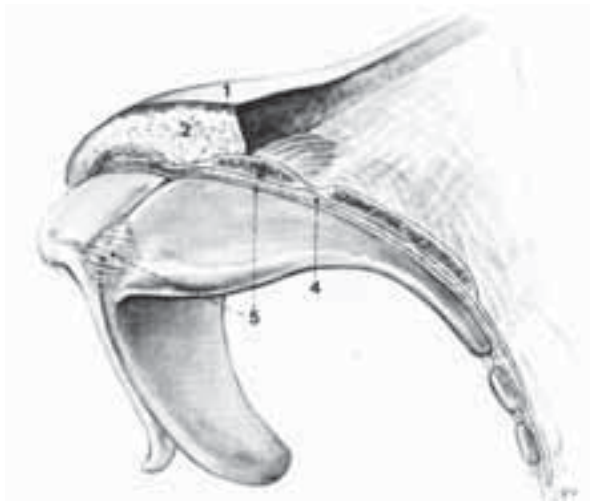


Figura 5. Tejidos blandos de la nariz. 1. Piel; 2. Tejido adiposo superficial; 3. Capa fibromuscular; 4. Tejido adiposo profundo; 5. Lámina fibrosa (periostio+pericondrino+ligamentos nasales). Cortesía: Ortiz Monasterio F. Rinoplastia. Argentina. 1996.

respetados y preservados, y en el último de los casos, reconstruidos. La pérdida postoperatoria de estos mecanismos es la principal iatrogenia de la rinoplastia. Estos mecanismos son (Figura 7):¹

Mecanismos mayores

1. Forma, tamaño y elasticidad de las cruras mediales y laterales.
2. Unión de las cruras mediales al borde caudal de cartílago cuadrangular del septum.
3. Unión de los cartílagos laterales superiores (borde caudal) a los cartílagos alares (borde cefálico).

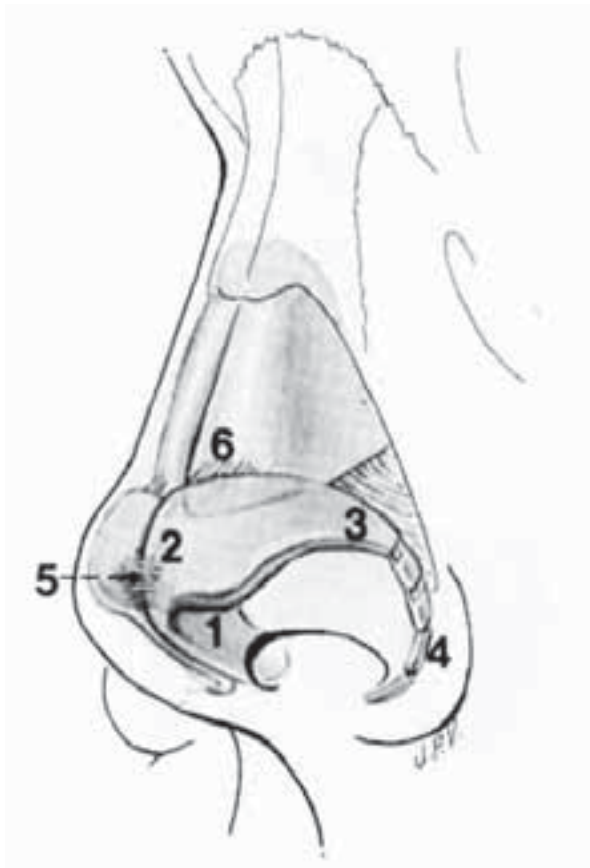


Figura 6. Elementos del complejo columnello-septal. 1. Crura medial; 2. Crura media; 3. Crura lateral; 4. Cartílagos sesamoideos; 5. Ligamento intercrural; 6. Ligamento intercartilaginoso; 7. Columnella. Cortesía: Ortiz Monasterio F. Rinoplastia. Argentina. 1996.

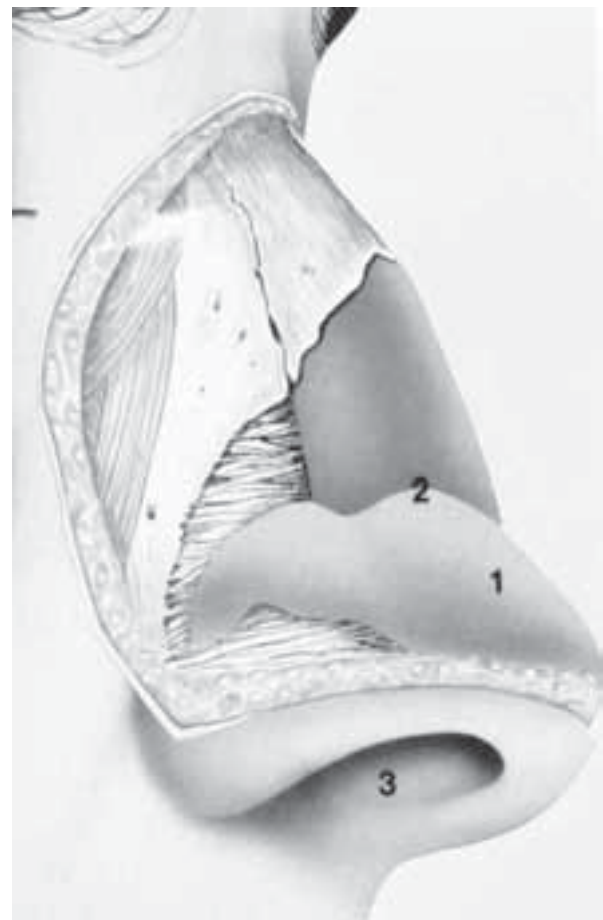


Figura 7. Soportes mayores de la punta nasal. Cortesía: Tardy ME. Rhinoplasty. 1997.

Mecanismos menores

1. Ligamentos que unen a los domos de ambos cartílagos alares.
2. Dorso cartilaginoso.
3. Cartílagos sesamoideos que unen a la crura lateral con la apertura piriforme.
4. Unión de los cartílagos alares con el tejido subcutáneo, músculo y piel.
5. Espina nasal.
6. Septum membranoso.

Valoración estética nasal

La nariz debe ser examinada en una vista de frente de toda la cara, en una vista basal y desde los dos perfiles. En la vista de frente, el puente de la nariz se observa como dos líneas paralelas rectas o ligeramente cóncavas que se extienden desde las cejas hasta la punta de la nariz. El ancho del puente es aproximadamente similar al de la distancia entre los puntos laterales luminosos de la punta. Debe existir una pequeña diferencia de altura, visible como una sombra entre estos puntos luminosos y el dorso. Se evalúa la simetría del dorso y la implantación de la pirámide en la unión de las paredes nasales con las mejillas. Si la distancia entre estas uniones es de 80% (o más) del ancho de la base alar, la pirámide nasal deberá ser angostada. Se debe evaluar y anotar: definición, simetría y distancia entre los domos alares, incluyendo el espesor de la piel y la presencia de glándulas sebáceas. Una piel gruesa puede ser una cobertura inadecuada, entonces es necesario realizar exéresis grasa, colocar injertos u otros procedimientos. En una nariz con piel delgada, la punta proyectará tres puntos luminosos, que corresponden a los domos alares en la parte superior y a la unión de la crus media con la crus interna en la parte inferior.⁵

En la vista de frente de la cara, la punta de la nariz se percibe como la silueta de una gaviota en vuelo, en la que las porciones laterales corresponden a los bordes anteriores de las alas. En el centro debe ser visible una pequeña porción de la columnella y registrarse una proyección caudal exagerada de la columnella. Si no es visible, es porque la columnella está retraída. El ancho de la base alar se evalúa trazando dos líneas verticales desde el canto medial de cada lado. Las uniones ala-

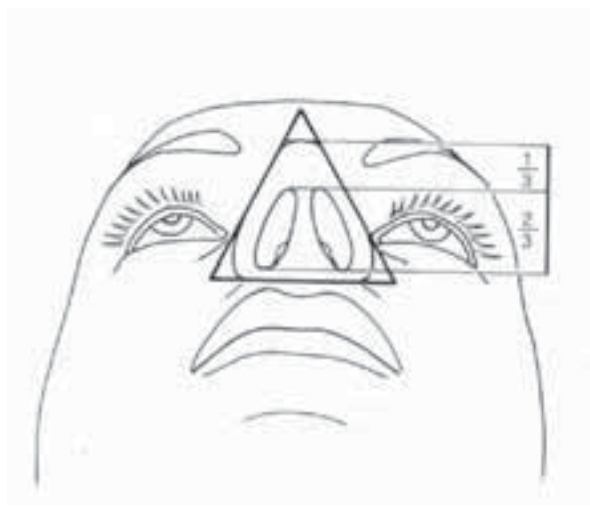


Figura 8. Subdivisiones de la base nasal. Cortesía: Ortiz Monasterio F. Rinoplastia. Argentina. 1996.

mejilla deben estar situadas entre uno a dos mm por dentro de estas líneas cantales. Una base amplia puede requerir la resección del borde de las narinas y la reducción de los orificios nasales agrandados.

Luego se examina la nariz desde una vista inferior; desde esta perspectiva debe parecer un triángulo equilátero (Figura 8). Se registran la longitud y el ancho de la columnella. En el eje vertical (altura) del triángulo, dos tercios corresponden a la columnella (lo que constituye también la longitud de los orificios nasales) y un tercio corresponde al lóbulo de la punta. El tercio inferior de la columnella debe ser más ancho; si se agranda demasiado, las dos cruras internas tendrán que ser desgrasadas y, posiblemente, seccionadas y suturadas. En esta oportunidad se examina nuevamente la base de las narinas y el tamaño de los orificios nasales.

Luego se observa el perfil de la nariz. Se examina el ángulo frontonasal. Esta depresión de cuatro a seis mm (denominada nasion) está situada en un punto entre el borde superior del tarso y el margen del párpado superior (Figura 9). Si se traza una línea recta desde el nasion hasta el punto más prominente de la punta de la nariz, el dorso debe quedar a unos dos mm detrás de esa línea. Esta diferencia corresponde a la prominencia de la punta en relación con el dorso nasal. La longitud de la nariz se mide desde el nasion hasta la prominencia de la punta, y la proyección nasal se mide desde la unión ala-mejilla hasta la punta.⁵

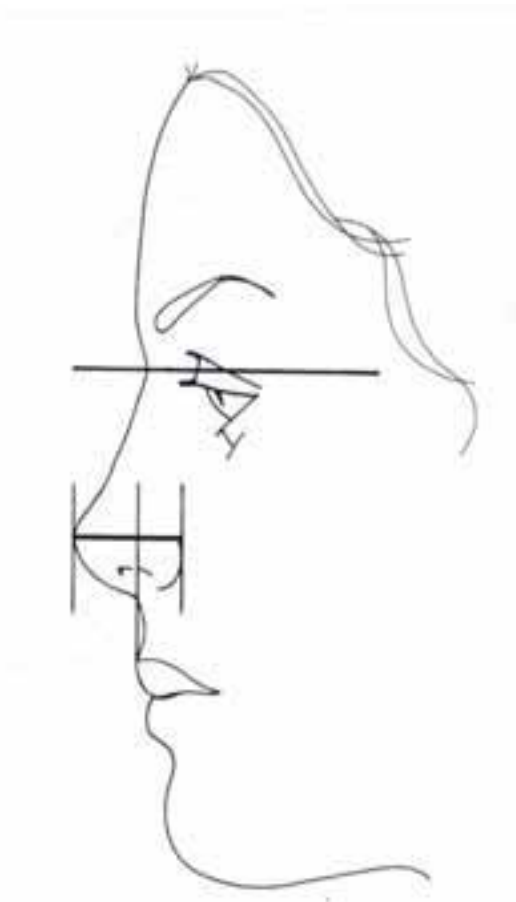


Figura 9. Proyección nasal. Cortesía: Ortiz Monasterio F. Rinoplastia. Argentina. 1996.



Figura 10. Rotación de la punta nasal. Cortesía: Ortiz Monasterio F. Rinoplastia. Argentina. 1996.

En la vista de perfil la columnella debe estar unos cuatro mm más baja que el borde alar. Luego se evalúa el ángulo nasolabial para determinar cuánto es necesario rotar la punta. El ángulo nasolabial se mide en la intersección de un eje vertical con una línea que sigue el borde alar inferior. En mujeres, se considera adecuada una apertura de 95° a 105° ; en los hombres debe tener unos 90° . En la evaluación estética, usualmente mido el ángulo columnello-labial, porque las alteraciones de éste pueden dar la impresión visual de rotación cefálica o caudal, aun cuando el ángulo nasolabial sea normal.

Se registran la longitud y la proyección del labio superior, también la posición de la espina nasal. La relación columnello-alar es importante. De perfil, los orificios nasales se ven como óvalos angostos. Si se traza

una línea según el eje mayor del óvalo, la distancia desde la línea hasta las narinas y la distancia desde la línea hasta el borde de la columnella deben ser prácticamente iguales. Si el lado de la columnella fuese más ancho, ello puede corresponder a una proyección inferior excesiva de ésta. La situación opuesta correspondería a la retracción alar. Un óvalo demasiado estrecho o casi invisible puede ser originado por una columnella retraída, excesiva longitud alar o una combinación de ambos defectos. La corrección de cada problema particular requiere una técnica diferente.⁵

Proyección nasal

La proyección nasal es aquella que implica un movimiento en dirección anterior de la punta nasal. El

método para medir la proyección nasal se basa en la evaluación del ángulo nasofacial (Na-Fa), formado por la línea que une la glabella con el pogonión (G-Pg) y la intersección de la línea del dorso nasal, ésta última se traza a partir de la punta nasal, a lo largo del dorso, sin considerar las gibas, obteniéndose un ángulo que debe medir de 36 a 40°. Con este método no se toma en cuenta la influencia del ala nasal y, por lo tanto, se puede lograr tener una nariz estéticamente aceptable con un ángulo Na-Fa anormal; por este detalle Baum, Simons y Goode desarrollaron otros parámetros para medir la proyección nasal.

Rotación nasal

La rotación de la punta nasal implica un movimiento cefálico de la punta con lo cual se logra una apertura del ángulo nasolabial (Figura 10). La mayoría de los pacientes que buscan este efecto es con fines cosméticos, sin embargo, debe de tenerse cuidado de no sobreproyectarla, y en algunos pacientes incluso evitarla, o bien, disminuir el grado de rotación de una nariz. En este último caso los pacientes suelen quejarse debido a la sobreproyección que hace visibles los orificios nasales.

La dinámica de cicatrización y contractura de la cicatriz son importantes en este proceso; además, en el postoperatorio inmediato, por lo general, todas las narices están un poco proyectadas, pero este fenómeno desaparecerá en un par de semanas, suceso que debe de explicarse siempre al paciente para que éste entienda los cambios que sufrirá durante el proceso de desinflamación.

El grado de rotación depende de múltiples factores, siendo el más importante la longitud del dorso nasal y la altura del mismo. Frecuentemente se manejan los términos rotación y proyección como sinónimos, lo cual por supuesto es erróneo, ya que son totalmente diferentes; sin embargo, ambos van de la mano y es precisamente por ello la confusión.⁵

Los métodos para lograr la ilusión de la proyección son variados, como colocar injertos en la región antecrural para abrir el ANL logrando cierta proyección, colocando injertos de cartílago sobre la punta de la nariz, etc. El principal procedimiento para lograr el fenómeno de rotación es el manejo de los bordes cefálicos de las

cruras laterales. Otro procedimiento útil es la resección de un fragmento de cartílago en forma triangular a partir del borde caudal del septum, acompañado de un corte similar de la mucosa del septum al mismo nivel. En ambos casos se debe ser cuidadoso, si no queremos provocar pinchamiento de la válvula nasal en el caso de resección de bordes cefálicos, o bien, provocar un acortamiento exagerado de la nariz al disminuir la proyección de la misma. Recuérdese que todo lo que se haga durante la rinoplastia tendrá resultados, no sólo en un plazo inmediato, sino también mediano, incluso después de varios años.

Para lograr la proyección existen cuatro procedimientos ya descritos para el manejo de los bordes cefálicos:

1. Reducción del volumen de los cartílagos alares.
2. Sección de los domos nasales; el proceso de cicatrización hacia “arriba” permitirá el fenómeno de rotación, aunque tiene la desventaja de que, al momento de cicatrizar, ésta puede ser asimétrica, y es posible la pérdida de uno de los soportes de la punta o sobrerrotación.
3. Sección del extremo lateral de los cartílagos laterales inferiores. Produce efectos muy parecidos al caso anterior, sin embargo, el riesgo de sobreproyección es mayor.
4. Sección de los cartílagos laterales inferiores a nivel de los domos y sutura de las cruras mediales entre sí.

Dinámica del complejo columnello-septal

Una vez entendidos los conceptos anatómicos y estéticos de la nariz en su conjunto, y en particular del complejo columnello-septal, es posible entonces mostrar qué opciones hay para manejar esta estructura con el objeto de lograr una mejor armonía de la punta nasal, desde el punto de vista de rotación y proyección, en conjunto con los demás procedimientos de rinoplastia.

El manejo del complejo columnello-septal puede ayudarnos a manejar aquella nariz que es corta y queremos agrandar, o bien, aquella nariz larga que estéticamente no es favorable, de tal manera que la podemos acortar si así fuera necesario. Para ello es

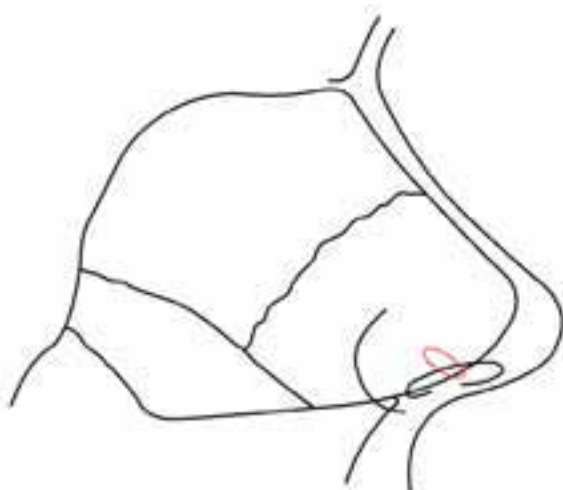


Figura 11. Punto columnello-septal para dar soporte a la punta y mantener la proyección de la misma.



Figura 12. Punto columnello-septal. Anclaje en septum cartilaginoso.

necesario manejar al borde caudal del septum, cartílagos laterales inferiores, piel, zona de transición y mucosa del vestíbulo, septum membranoso y columnella.

Estos procedimientos incluyen nueve variables de manejo, los cuales se sugieren realizar una vez ejecutada la septoplastia, el manejo de retornos y la valvuloplastia y el manejo del dorso. Ello permite obtener material para autoinjerto (si es necesario), conocer la altura aproximada final del dorso y valorar qué cambios se han presentado en la punta nasal al retirar retornos cartilaginosos y liberar los tejidos de alguna probable fuerza de tensión a ese nivel, ya que como se sabe, en ocasiones, al hincar la disección, la punta rota de manera automática. Es importante determinar todos estos factores antes de decidir la opción de manejo del complejo columnello-septal.

Punto columnello-septal (Punto Ramírez-Oropeza)

Este punto, descrito en 1989 por el autor (39° Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Puebla, Puebla), es un punto de tipo simple ejecutado, por lo general, con alguna sutura de tipo no absorbible que permite modificar la proyección de la punta. Son tres formas para realizarlo con el objeto de: proyectar y rotar la punta, mantener la punta en un lugar específico, o bien, desrotar la nariz. Estas tres

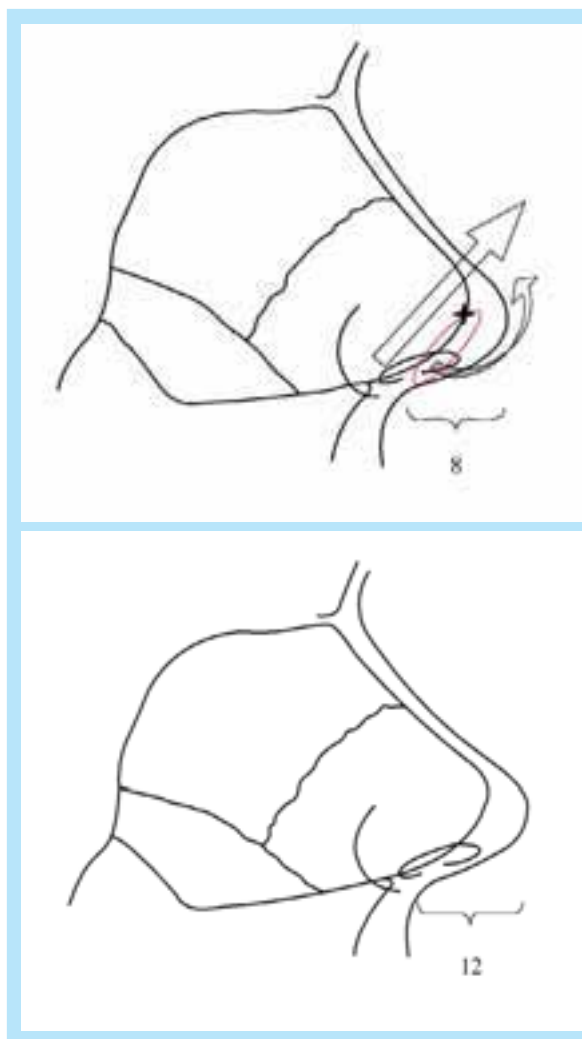


Figura 13. Punto columnello-septal para dar proyección y rotación a la punta.

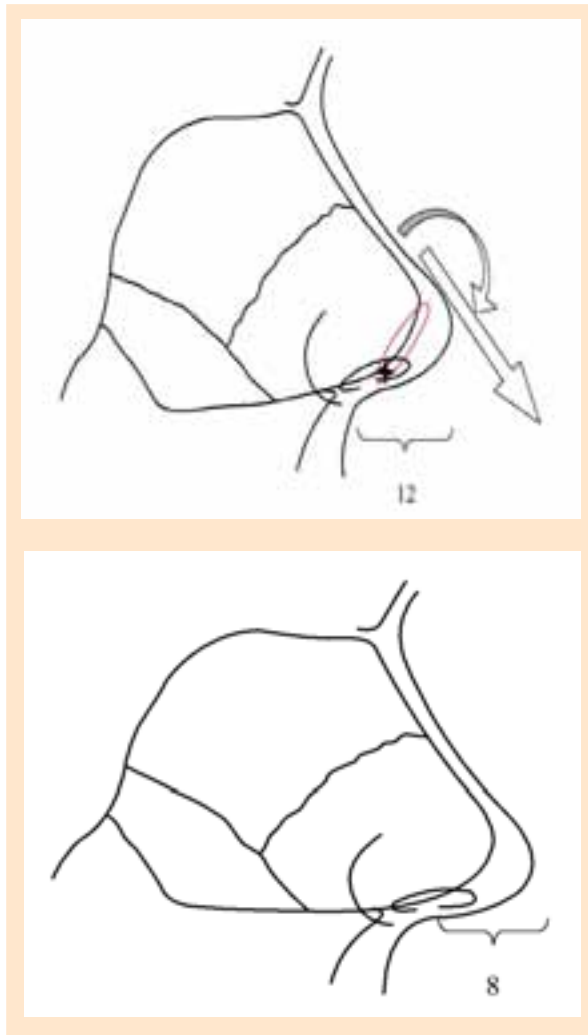


Figura 15. Punto columnello-septal para dar soporte a la punta y disminuir la proyección de la misma.



Figura 14. Punto columnello-septal. Anclaje en cruras mediales.

modalidades constituyen las primeras tres variables del complejo columnello-septal que mencionaremos a continuación.

Variante 1. Punto columnello-septal para dar soporte a la punta y mantener la proyección de la misma.

En esta opción el punto se coloca a nivel del punto medio del borde caudal septal y se sutura a la porción media de las cruras mediales; con éste se obtiene soporte a la punta y mantiene la proyección, es decir, no aumenta la proyección de la punta ni la rota (Figuras 11 y 12).

Variante 2. Punto columnello-septal para dar proyección y rotación a la punta.

En esta opción el punto se coloca entre el sitio más alto del borde caudal septal y la porción baja de las cruras



Figura 16. Caso 1



Figura 17. Caso 2



Figura 18. Caso 3



mediales, así se rota y proyecta la punta. En esta opción no hay corte de piel o borde caudal de forma previa. Es muy importante mencionar que el nudo se debe de realizar en dirección al borde caudal, de lo contrario se tendrá el efecto opuesto, es decir, derrotar la punta (Figuras 13 y 14).

Variante 3. Punto columnello-septal para dar soporte a la punta y disminuir la proyección de la misma. Esta opción es útil en aquellas narices con una punta muy rotada y larga. En este caso el punto se coloca entre la porción alta del borde caudal del septum y la parte baja de las cruras mediales que pueda alcanzarse con la aguja. De forma contraria al anterior, se debe anudar en dirección a la porción distal de las cruras mediales para descender la punta (Figura 15).

En las siguientes fotografías se muestra la mejoría del perfil de los pacientes en quienes se implementó el punto columnello-septal (Figuras 16, 17 y 18).

Referencias

1. Quiroz GF. Anatomía humana. Editorial Porrúa. México. 1991. pp. 63-93.
2. Skoog T. Atlas de cirugía plástica. Ed. Salvat. España. 1987.
3. Holt GR. Advances in Rhinoplasty. Facial Plastic Surgery Clinics of North America 2000;8(4).
4. Sociedad Mexicana de Rinología y Cirugía facial. Rinología, ciencia y arte. Masson-Salvat. México. 1996.
5. Ortiz Monasterio F. Rinoplastia. Ed. Panamericana. Argentina. 1996.
6. Toriumi DM, Becker DG. Rhinoplasty dissection manual. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. United States of America. 1999.
7. Tardy ME. Rhinoplasty, the art and the science. Ed. WB Saunders Co. United States of America. 1997.