

SUTURA INTERDOMAL POR VÍA RETRÓGRADA

Dr. Fernando Juan Ramírez Oropeza

Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología. Puebla, Puebla

Dr. Francisco Javier Saynes Marín

Centro Médico Naval. México D.F.

Dra. Miriam Elizabeth Herrera Chávez

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. México, D.F.

RESUMEN

El manejo de la punta nasal ha sido reconocido como una de las secuencias de mayor complejidad dentro de la cirugía nasal y en donde el objetivo es conseguir una anatomía proporcionada que permita una relación facial armónica. Las técnicas actuales ofrecen una amplia gama de posibilidades quirúrgicas para el cirujano y, en el caso particular de este estudio, se rescata el uso de la vía retrógrada para el manejo de la punta nasal; particularmente, en aquellos pacientes donde la corrección deseada es mínima.

OBJETIVO

Presentar la técnica de sutura de domos (interdomal) a través de la vía retrógrada para el manejo de la punta nasal ancha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y trasversal donde se presentan los resultados de 50 pacientes con rinoseptumplastia. El manejo de la punta nasal se realizó mediante una incisión intercartilaginosa, realizando una disección de forma retrógrada con sutura de los domos nasales.

RESULTADOS

Se incluyó un total 50 pacientes. En el 100% de los casos se logró una disminución del ancho de la punta nasal y en el 100% de los casos, los pacientes en quienes se suturaron los domos nasales por la vía retrógrada estuvieron satisfechos con los resultados.

CONCLUSIÓN

La práctica de la sutura interdomal por vía retrógrada ofrece un medio seguro, rápido y eficaz para reducir el volumen de la punta nasal, con resultados aceptables en el largo plazo y con un mínimo de complicaciones.

ABSTRACT

The handling of the nasal tip has been recognized as one of the sequences of more complexity inside the nasal surgery, and where the goal is getting a proportionate anatomy that allows a facial harmonic relationship, the current techniques offer a wide range of surgical possibilities for the surgeon and, in the particular case of this study, the use of a retrograde approach for the handling of the nasal tip; principally in those patients where the wished correction is minimal.

OBJECTIVE

To present the technique of suture of domes (interdomal) through the retrograde approach for the handling of the wide nasal tip.

MATERIAL AND METHODS

Descriptive, observational, prospective and traversal study was done, where the results of 50 patients with rinoseptumplasty are presented. The handling of the nasal tip was carried out by an intercartilaginous incision and carrying out a retrograde dissection with suture of the nasal domes.

RESULTS

We included a total of 50 patients. In 100% of the cases decreasing of the width of the nasal tip was achieved and in 100% of the cases the patients in those who the nasal domes were sutured by the retrograde approach were satisfied with the results.

CONCLUSION

Practicing the interdomal suture by retrograde approach offers a good, quick and effective way to reduce the volume of the nasal tip, with long term acceptable results and with a minimum of complications.

Palabras clave:
sutura interdomal, vía retrógrada

Key words:
retrograde approach, suturing domes
(interdomal)

INTRODUCCIÓN

El manejo de la punta nasal ha sido reconocido como una de las secuencias de mayor complejidad dentro de la cirugía nasal, en donde el análisis preoperatorio, la apropiada selección de la técnica quirúrgica adecuada y el seguimiento cercano del caso constituyen la base de un buen resultado; todo esto sin contar con que el tiempo de cicatrización y desinflamación puede ser prolongado, razón por la cual los resultados definitivos, satisfactorios o insatisfactorios, sólo se pueden observar después de meses e, inclusive, años del procedimiento quirúrgico.

Hoy en día el principal objetivo de la cirugía nasal estética es conseguir una anatomía proporcionada que permita una relación armónica facial donde ninguna parte opaque la atención de las demás sino que, por el contrario, cada una de las estructuras proyecten una estructura agradable en conjunto y, sobretodo, de aspecto natural. En una cara simétrica y equilibrada, agradable al observador y al mismo paciente, la visión debe fluir imperceptible e ininterrumpidamente entre las diferentes sub-unidades nasales y faciales.

ANATOMÍA

Históricamente, uno de los objetivos más importantes en la rinoplastia es la modificación y proyección de la punta que es, con mucho, la que con mayor frecuencia piden los pacientes desde el punto de vista estético. En este sentido, el cirujano ha tenido que enfrentarse a problemas relacionados con los diferentes tipos de nariz que existen, según las diferentes etnias que habitan el planeta; en su mayoría, los pacientes han tratado de imitar el modelo caucásico de nariz a pesar de no contar con los elementos anatómicos necesarios que la hagan óptima en todos los casos; en particular, por lo que toca a la forma de los cartílagos nasales inferiores ¹

Los cartílagos alares son un par de estructuras que forman los límites de la base nasal. Cada cartílago está formado por dos porciones: la crura medial y la crura lateral, las cuales están unidas por una porción cartilaginosa que es la porción más alta de la punta denominada domo nasal. En toda su extensión, los alares mantienen una concavidad hacia el vestíbulo nasal entre sus bordes cefálico y caudal, que se encargan de conducir el aire hacia el interior de las fosas (válvula vestibular) y que varía de intensidad según el territorio siendo, por ejemplo, muy intensa en los domos y las cruras laterales. ^{2,3}

Las cruras laterales están cubiertas por piel y tejido subcutáneo en grado variable formando el borde de las narinas, en este borde hay dos espacios importantes que considerar pues pueden afectar el borde de las narinas: en primer lugar, un "triángulo suave" ubicado entre el domo y el borde libre de las narinas: cualquier incisión en este nivel puede ocasionar retracciones en el vértice de la narina. Y, en segundo lugar, hay un "triángulo débil" ubicado entre el domo y el borde caudal de los cartílagos laterales superiores: en su interior está el ligamento suspensorio de la punta (lig. Pitanguy) ⁴

Las cruras mediales se curvan hacia adentro y se unen entre sí en el centro formando el cuerpo de la columella; en ocasiones, la porción más distal de las cruras mediales no están unidas, divergiendo entre sí, razón por la cual permanecen "abiertas" creando una columella de base ancha. La crura medial termina en el nivel de un punto débil y esta porción del cartílago lateral inferior inicia un interesante fenómeno de rotación tridimensional, cambiando su dirección hacia afuera, hacia arriba y luego hacia atrás, para dar origen al domo. De la misma manera, cambia su forma a expensas de aumentar su ancho. El borde cefálico, se dirige por un corto trayecto hacia arriba acompañando al borde dorsal del cartílago cuadrangular del tabique, para luego curvar hacia atrás, en búsqueda de la apertura piriforme. Así crea una pequeña saliente redondeada, la prolongación medial de la crura lateral, que tiene un extraordinario valor estético al momento de evaluar cambios estéticos. ^{1,3}

La columella está penetrada por los músculos depresores del septum, que es un músculo par. En algunos pacientes este músculo está hipertrofiado por lo que, cuando sonríen, se deprime la punta nasal (tensión nasal). Este músculo se inserta en el borde caudal del septum hacia el borde superior de las narinas, razón por la cual, cuando se realiza una transfixión completa en una cirugía, estas fibras son coradas, eliminado así la tensión nasal, en virtud de lo cual la punta presenta el fenómeno de rotación. ²

TÉCNICAS PARA MANEJO DE LA PUNTA NASAL

A medida que se fue popularizando la cirugía de nariz, los procedimientos que alteraban la forma nasal fueron haciéndose cada vez más específicos y el entrenamiento del cirujano tuvo que extenderse más allá del manejo de una sola técnica quirúrgica, buscando con ello que el éxito de la cirugía perdurara en el

largo plazo. Los conceptos predominantes de sacrificio de las estructuras nasales se fueron cambiando por conceptos de reorientación y preservación.

Aunque algunos cirujanos utilizan en la mayoría de los casos una o dos técnicas "favoritas", actualmente no es posible hablar de un procedimiento específico que permita manejar y solucionar absolutamente todos los problemas; por el contrario, se hace necesario contar con un conjunto de herramientas que, aplicadas selectivamente, produzcan resultados deseables y armónicos en el paciente. Lo anterior se obtiene tras la experiencia de operar varios pacientes así como de un honesto sentido de autocritica.

Para los fines de este trabajo es necesario distinguir entre el abordaje y la técnica de la cirugía nasal; en este caso, sobre la punta nasal y, aunque ambos están relacionados, es usualmente la técnica la que determina el abordaje a utilizar.

Abordajes o vías de acceso: Son los procedimientos que se realizan para exponer los cartílagos alares para su análisis y su modificación. Los abordajes pueden ser divididos entre aquellos que liberan completamente los cartílagos ("delivery", según los anglosajones) y aquellos que lo hacen sólo en una forma parcial de la siguiente manera ("non delivery"): ^{6,7}

1. Abordaje sin liberación de los cartílagos
Transcartilaginosa (Incisión transcartilaginosa)
Intercartilaginosa (Incisión intercartilaginosa y disección retrógrada)
2. Abordaje con liberación de los cartílagos
Colgajo bipediculado (Incisión inter o transcartilaginosa + incisión alar marginal o slot)
3. Abordaje externo (incisión piel columelar + incisión alar marginal)

Técnicas: Son los procedimientos que se realizan después del abordaje para modificar la forma de la punta de la nariz; se pueden clasificar en tres ^{7,8}

1. Modificación de los cartílagos alares

- A. Sin alterar la continuidad de su longitud (tira de cartílago completa)
 - a. Con modificación de la posición (orientación o actitud)
Suturas
Injertos ferilizadores
Cambio de la posición del domo
 - b. Con modificación de la anchura (resección alar en su borde cefálico o

- caudal o, en ambos)
 - c. Con modificación de la resistencia (elasticidad)
Aumentándola con injertos o suturas
Disminuyéndola con maniobras de debilitamiento como morcialización o rallado
 - d. Combinando los anteriores
- B.** Con alteración de la continuidad en su longitud (Interrumpiendo la tira de cartílago)
- a. Con Interrupción en el nivel de:
Crura media
Crura lateral
Domo
Combinación de las anteriores

2. Modificación de las estructuras asociadas de la punta nasal

- El septum nasal caudal
- El dorso nasal
- Los cartílagos laterales superiores
- Los tejidos blandos asociados
- La espina nasal anterior

3. Colocación de injertos sobre las anteriores estructuras

LA VÍA RETRÓGRADA

El manejo de la punta nasal persigue, en la mayoría de los casos, uno o más de los siguientes objetivos fundamentales:

- a) Aumentar la proyección de la punta.
- b) Producir un efecto de rotación sobre la misma.
- c) Reducir sus volúmenes.
- d) Definir sus contornos, muy en especial en el área de la suprapunta.⁹

Estos cambios de posición y de forma, pueden obtenerse a través de cuatro vías de abordaje que, en esencia, pretenden provocar alguna alteración o modificación de los componentes del trípede: ellas son la intercartilaginosa, la transcarterilaginosa, la marginal y la incisión columnelar. Estas vías permiten la atención de la muy variada patología de la punta nasal, por lo que deben ser parte integral del arsenal quirúrgico de todo otorrinolaringólogo. La Vía Retrógrada: Esta vía es la que manejamos en el presente trabajo como medio para el manejo de las cruras mediante suturas, según hemos mencionado en la clasificación reproducida líneas arriba. El abordaje retrogrado se realiza mediante una incisión intercartilaginosa. La cubierta vestibular se despega parcialmente mediante la hidrodisección provocada por la aplicación de anes-

tesia local. Puede usarse un gancho doble o un gancho único con el objeto de evertir un poco la mucosa de forma cuidadosa e iniciar la disección roma con tijeras tipo Stevens. Esta vía es la ideal en los casos de una nariz con una pequeña giba dorsal y puente nasal ancho, pero con una punta de forma y posición normales. Es muy probable que una vez corregido el dorso y reducido el ancho del puente nasal, se requiera reducir levemente el volumen de la punta para adaptarla a una nariz más pequeña, pero sin modificar la proyección y elevación existentes.^{7,10,11} Esto lo podremos lograr mediante dos opciones, ya sea de forma única o en forma combinada: una es la resección de su borde cefálico y, en algún grado determinado, del retorno de los triangulares; y, en segundo lugar, la sutura de los domos nasales a través de esta vía. La selección de la vía retrógrada, permitirá los cambios trazados sin alterar los otros aspectos que se encuentran normales en este caso.

OBJETIVO

1. Presentar la técnica de sutura de domos (interdomal) a través de la vía retrograda

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal realizado entre marzo del 2003 a febrero del 2004 en la Clínica de Cirugía Facial y Cosmetología, localizada en la ciudad de Puebla, donde se presentan los casos de 50 pacientes operados de rinoseptoplastia. Todos los pacientes fueron previamente documentados de manera clínica y fotográfica; durante la intervención quirúrgica el manejo de la punta nasal se realizó mediante una incisión intercartilaginosa y realizando una disección de forma retrógrada con sutura de los domos nasales.

La evaluación clínica consistió en interrogar sobre los deseos del paciente acerca del aspecto estético de la cirugía, así como también una exploración física otorrinolaringológica detallada para corroborar la patología obstructiva nasal en caso de que la hubiera. La evaluación fotográfica consistió en la toma de fotografías a color tamaño media carta en las posiciones de frente, base nasal, perfiles derecho e izquierdo y posición de $\frac{3}{4}$ derecho e izquierdo

Todos los pacientes cubrieron los requisitos de exámenes de laboratorio preoperatorios y la evaluación por tomografía computada para confirmar el diagnóstico. Todos los procedimientos se realizaron con anestesia general.

RESULTADOS

Se incluyeron un total 50 pacientes. El rango de edad fue de 20 a 67 años de edad con un promedio de 29.3 años.

Del total, 24 % (N=12) fueron varones y 76% (N=38) mujeres

El período de reclutamiento de pacientes fue de marzo del 2003 a febrero del 2004.

En el 100% de los casos se logró una disminución del ancho de la punta nasal y, en el 100% de los casos, los pacientes en quienes se suturaron los domos nasales por la vía retrograda estuvieron satisfechos con los resultados.

DISCUSIÓN

Las ventajas que ofrece esta técnica básicamente son:

- 1.-Técnicamente es una vía más rápida en comparación con la técnica de exposición de cartílagos, vía slot.
- 2.-Es la técnica más aconsejable para aquellos pacientes en los que los cambios estéticos deseados en la punta son mínimos, con mínimo manejo de las demás subunidades nasales. Es importante recordar que son aquellas narices "estéticamente aceptables" las más difíciles desde el punto de vista quirúrgico ya que el deseo sobreestimado de mejorarlas puede estropear su apariencia
- 3.-Esta vía además ofrece la posibilidad de manejar el borde caudal de los cartílagos laterales inferiores de ser necesario

La intención de este estudio no es presentar una técnica que probablemente ya haya sido descrita varias décadas atrás sino presentar un nuevo abordaje de esta maniobra que tiene muchas bondades si se aprende a utilizar y que constituye una técnica más para las nuevas generaciones y que, si bien es cierto que abordajes como la rinoplastia externa o en su caso el uso de colgajos bipediculados ofrecen una exposición de las estructuras nasales excelente, son procedimientos un poco más tardados y esta técnica es más rápida.

Es importante mencionar que esta técnica es útil en los pacientes que tienen sus domos separados en la porción más posterior; es decir, en aquellos donde la unión de los domos producirá un efecto de adelgazamiento de la punta nasal. Generalmente son pacientes en quienes la porción anterior de los domos están unidos y en donde la aplicación del punto no contribuiría en nada para afinar la

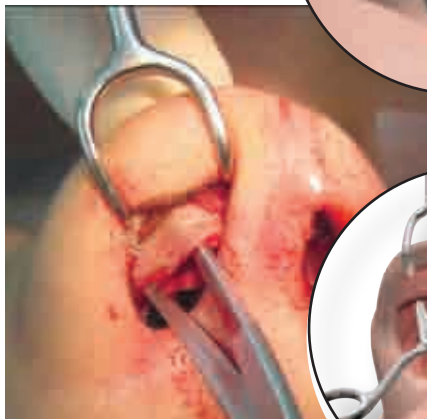
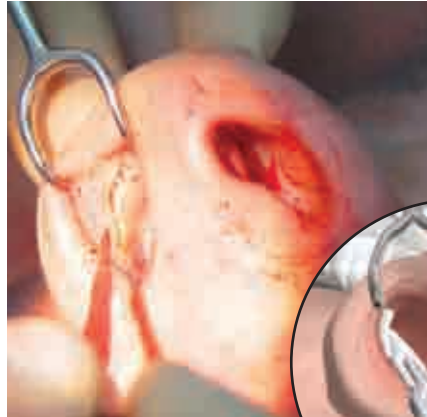
punta e, incluso, se corre el riesgo de provocar alguna forma de linchamiento. El punto es útil en aquello cuya porción posterior de los domos en sentido anteroposterior esta abierta y puede ser reducida con el punto.

Finalmente, como en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, el éxito de la cirugía nasal está determinado por la técnica quirúrgica que utilicemos y por la habilidad que tengamos para llevarla a cabo, independientemente de cuál seleccionemos; sin embargo, hay otros factores relacionados que pueden alterar de manera significativa el resultado obtenido y que resulta fundamental tener en cuenta.

Una comunicación sincera con el paciente es tan importante como la técnica quirúrgica misma. Sólo teniendo absoluta claridad de lo que desea el paciente y de lo que, como cirujanos, podemos conseguir, podremos continuar. Recordar que el análisis cuidadoso de las estructuras debe realizarse de forma prequirúrgica tanto en reposo como en movimiento y que la "mejor técnica" de cada cirujano va a dar resultados indeseables si se realiza sobre las bases de una mala evolución del paciente y que guía al cirujano a situaciones inesperadas y la posibilidad de improvisar durante la cirugía.

CONCLUSIONES

La práctica de la sutura interdomal por vía retrograda ofrece un medio seguro, rápido y eficaz para reducir el volumen de la punta nasal, con resultados aceptables a largo plazo y con un mínimo de complicaciones.



TÉCNICA QUIRÚRGICA.

1 Una vez, durante el acto quirúrgico, la técnica se realiza a partir de la incisión intercartilaginosa, usualmente empleada para el manejo del dorso.



2 El vestibulo se presenta con la ayuda de dos ganchos simples de piel. Desde la incisión y con el uso de tijeras de plastia, se disea la cara dorsal de la crura lateral despegándola de la piel.



3 Con un tercer gancho (opcional) se toma la piel vestibular para permitir, en forma adecuada, la disección y presentación de la cara vestibular de la crura lateral.

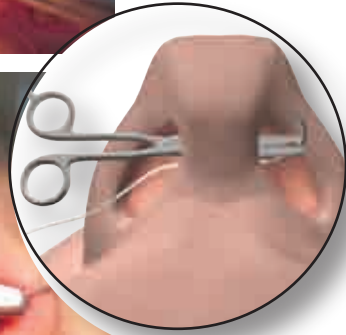
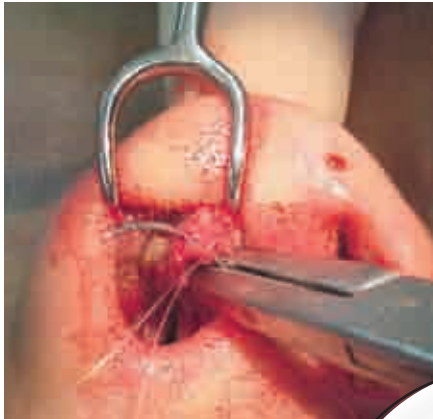


4 Con las maniobras anteriores es suficiente para exponer el contorno del borde cefálico, el cual -en caso de ser necesario- puede researse una tira para afinar la punta nasal de forma mínima puesto que, de requerirse una mayor afinación, se habría seleccionado otra técnica. La resección del área determinada del borde cefálico se lleva a cabo con la hoja 15 del bisturí. La técnica se duplica en el cartílago opuesto para dar por terminada esta etapa.



TÉCNICA QUIRÚRGICA. (CONTINUACIÓN)

5 Una vez expuestos los cartílagos laterales superiores por la vía retrógrada, procederemos a unir los domos por esta vía, en el caso particular del autor se utiliza simultáneamente con la incisión intercartilaginosa la incisión de transfixión completa para poder visualizar ambos lados. Utilizaremos en este caso una sutura no absorbible del tipo del nylon 5/0. En un primer tiempo se coloca un punto de sutura en el domo del cartílago lateral derecho.



6 Posteriormente se pasa la aguja al lado contralateral a través de la incisión de transfixión previamente mencionada.

7 Del otro lado, se procede a realizar el mismo procedimiento de colocar el punto a través del domo nasal del lado izquierdo siempre apoyados con el uso de un gancho doble y, si es necesario, un tercer gancho único. Todas estas maniobras deben realizarse con mucho cuidado para no lacerar las superficies mucosas. Así como también al momento de pasar la sutura debe evitarse traccionar bruscamente la sutura; de lo contrario, se seccionará el cartílago y, por lo tanto, el procedimiento no podrá realizarse.

TÉCNICA QUIRÚRGICA. (CONTINUACIÓN)

8 Se vuelve a pasar la aguja a través de la incisión de transfixión nuevamente al lado derecho donde cerraremos el punto de forma convencional. A este respecto cabe mencionar que la sutura se colocará, como ya se mencionó, sólo cuando deseamos reducir discretamente el ancho de la punta nasal de tal forma que el grado de tensión de la sutura dependerá del grado en el que se desee reducir la punta nasal.



9 Finalizado el procedimiento, la incisión intercartilaginosa suele suturarse con catgut simple del 4/0



Bibliografía.

- 1.-Rojas, Bernardo R. "El manejo de la Punta Nasal.", en Suplemento del Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Publicación Oficial de la Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Colombia. Vol. 27, No. 3, septiembre de 1999. Disponible en World Wide Web: http://www.encolombia.com/otorrino27299_manejo9.htm.
- 2.-Aiach G, Levignac J. La rinoplastia estética. Masson. España, 1989.
- 3.-Steffel Gregory J. Basic principles of Rhinoplasty. UTHSCSA. EUA, 1996.
- 4.-Park SS, Holt GR. Clínicas otorrinolaringológicas de norteamérica: rinoplastia y septoplastia. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1999;4 Vols. I y II.
- 5.-Hinderer HK, Fundamentos de anatomía y cirugía de la nariz. Aesculapius Publishing Company. EUA, 1978.
- 6.-Tardy, M. Eugene. Rhinoplasty : The Art and the Science. WB Saunders Co. EUA, 1997.
- 7.-Espinosa Jorge A., et al. "La punta nasal, determinantes quirúrgicos", en Suplemento del Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Publicación Oficial de la Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Colombia. Vol. 27, No. 3, septiembre de 1999. Disponible en World Wide Web: http://www.encolombia.com/otorrino27299_punta4.htm.
- 8.-Finn, Charlie J. "Rhinoplasty. Broad Nasal Tip" en E Medicine. Mayo 2005. Disponible en World Wide Web: <http://www.emedicine.com/ent/topic111.htm>.
- 9.-Toriumi D. G., Becker D. G. Rhinoplasty. Dissection Manual. Lippincott Williams and Wilkins, EUA, 1999.