

CIRUGIA PLASTICA

Volumen **15**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Abril **2005**
January-April

Artículo:

Reinserción de la giba remodelada en el descenso del dorso nasal

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](#)

Reinserción de la giba remodelada en el descenso del dorso nasal

Dr. Jesús Cuenca Pardo,* Dr. Carlos de Jesús Álvarez Díaz**

RESUMEN

La reducción del dorso nasal, invariablemente involucra la separación de los cartilagos laterales superiores del septum nasal; con formación de adherencias, tejido fibromucoso y cicatrices retráctiles en las que están involucrados los cartilagos, mucosa y piel. La rinoplastia tradicional no restaura la arquitectura normal del dorso nasal, a pesar de la movilización medial de las paredes laterales y puede ocasionar resultados cosméticos y funcionales desfavorables. Con la rinoplastia tipo Skoog, se reseca la giba del dorso nasal y una vez remodelada se vuelve a colocar como un injerto libre, con esta técnica se evita el techo abierto, la formación de tejido fibromucoso y se obtiene un dorso de aspecto natural. Se empleó la rinoplastia tipo Skoog en 92 pacientes: en el 84% se cumplió en forma satisfactoria con los objetivos de la cirugía, el 16% tuvo resultados no satisfactorios, uno por techo abierto, cinco por absorción parcial del injerto e irregularidades en el dorso nasal por presencia de espículas y retracciones, cuatro por dislocación del injerto, dos por pérdida total del injerto y tres por giba residual. Utilizar la giba remodelada como injerto en la cirugía del descenso del dorso nasal, resulta ser un procedimiento complejo y expuesto a complicaciones, pero una vez que se domina es sencillo y eficaz y permite restaurar la anatomía normal del dorso, evita el colapso de los tejidos y la aparición de retracciones por tejido fibromucoso.

Palabras clave: Dorso nasal, descenso, reinserción de giba.

SUMMARY

The reduction of the nasal back, invariably involves the separation of the superior lateral cartilages of the nasal septum; with formation of adherences, knitted fibromucous and retractile scars in which cartilages, mucous and skin are involved. Traditional rhinoplasty does not restore the normal architecture of the nasal back, in spite of the medial mobilization of the lateral walls and can cause unfavorable cosmetic and functional results. With Skoog type rhinoplasty, the hump of the nasal is dried up and once remodeled is placed back as in a free implant. With this technique the open roof is avoided, having knitted fibromucous and a back of natural aspect is obtained. Skoog type rhinoplasty was used in 92 patients: in 84% the objectives of the surgery were fulfilled satisfactorily. 16% had unsatisfactory results, one for open roof, five for partial absorption of the implant and irregularities in the nasal back due to the presence of spiculs and retractions, four for dislocation of the implant, two for total loss of the implant and three for residual hump. To use the remodeled hump as an implant in surgery for descent of the nasal back turns out to be a complex procedure subject to complications, but once it is mastered it is simple and effective and it allows the normal anatomy of the back to be restored, avoids tissues collapse and the appearance of retractions with knitted fibromucous tissue.

Key words: Nasal back, descent, hump reinsertion.



INTRODUCCIÓN

La reducción de la pirámide nasal es el mayor componente de una rinoplastia y los objetivos son resecar la giba y obtener un perfil recto. Las técnicas tradicionales, utilizadas para este fin, están basa-

* Jefe de Servicio, Unidad de Quemados.

** Jefe de Servicio, Cirugía Reconstructiva.

das en la rinoplastia tipo Joseph, que ha servido como paradigma para la cirugía nasal actual. La reducción del dorso nasal involucra invariablemente la separación de los cartílagos laterales superiores del septum nasal, con formación de adherencias, tejido fibromucoso y cicatrices retráctiles en las que están involucrados cartílagos, mucosa y piel. La rinoplastia tradicional no restaura la arquitectura normal del dorso nasal, a pesar de la movilización medial de las paredes laterales y puede brindar resultados cosméticos y funcionales desfavorables. Las secuelas funcionales se producen por el colapso de la válvula nasal, que la vuelve rígida; además, con frecuencia se puede producir un síndrome de techo abierto. Las alteraciones estéticas se presentan por la tendencia del dorso a quedar irregular y aplanado.¹⁻⁶ Para evitar estas secuelas se han utilizado diferentes técnicas.

Los rinólogos utilizaron durante varios años la técnica de "push down"; que consistía en realizar osteotomías laterales y transversas y trabajar el septum, con lo que el dorso nasal descendía, sin alterar su configuración. Este procedimiento era recomendable en pacientes con giba mínima. En la actualidad son pocos los cirujanos que la utilizan.^{1,2,5}

Otros cirujanos utilizan la técnica extramucosa; resecan las estructuras del dorso nasal. Una vez que la mucosa ha descendido y al terminar la cirugía la mucosa vuelve a su lugar, con lo que se reconstruye el techo y se evitan las retracciones fibromucosas.^{2,5}

Otros, para ocupar el espacio y prevenir la constricción de las estructuras después de la resección del dorso nasal, colocan injertos óseos o de cartílago, o implantes. Los injertos óseos tienden a la reabsorción,

mientras que los de cartílago mantienen su volumen. Los injertos de cartílago se obtienen del septum nasal, oreja y costilla. El injerto cartilaginoso obtenido del septum se ha reportado que es el mejor material para el dorso nasal. Cuando la cosecha de cartílago sólo permite obtener pequeños fragmentos, éstos pueden unirse y mantenerse fijos a través de adhesivos como la fibrina, o acrílicos, o con suturas, lo que permite dar la forma y volumen que se necesitan. Otra forma de usarlos es machacarlos y colocarlos para corregir irregularidades del dorso nasal.⁶⁻¹¹ Se ha utilizado el SMAS como un injerto para colocarlo en el dorso nasal, lo que da volumen y evita las irregularidades; se reporta que no hay absorción del injerto.¹²

La utilización de material aloplástico ocasionó severas complicaciones que incluyeron reacción a cuerpo extraño, encapsulamiento del implante, rigidez, infección, inestabilidad y extrusión. En la actualidad existen algunos materiales que se han utilizado en la nariz con una mayor seguridad. Los implantes de polietileno poroso permiten un rápido crecimiento de la vascularización, con deposición de colágena formando una estructura estable, resis-

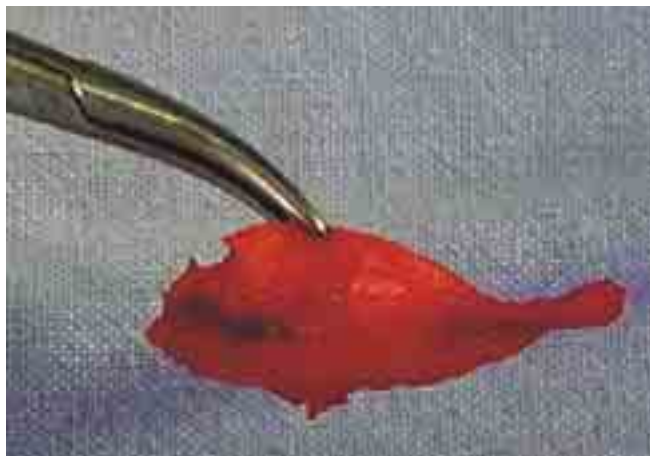


Figura 1. Giba del dorso nasal, respetando el pericondrio y periostio.



Figura 2. Giba remodelada, se ha resecado el exceso y se ha respetado el pericondrio y periostio.

te a la infección, exposición y a la deformidad por la contractura de los tejidos cicatriciales. Este material se ha utilizado en la punta y dorso nasal.¹³⁻¹⁸

Skoog, en 1964, resecó la giba del dorso nasal y una vez que lo remodeló la volvió a colocar como un injerto libre, con esta técnica evitó el techo abierto, la formación de tejido fibromucoso y se obtuvo un dorso de aspecto natural. Se han realizado varias modificaciones a la técnica. Una de ellas consiste en suturar el injerto del dorso nasal a los cartílagos laterales, con lo que se logra reconstruir la válvula, evitando su colapso y dislocación del injerto, y en algunos casos evita las osteotomías. Otra modificación consiste en dejar la giba adherida a los tejidos blandos del dorso y realizar el descenso entre la giba y los huesos nasales.^{5,7,19,20} Se ha mencionado que la rinoplastia de Skoog no se debe utilizar en todos los pacientes que tengan una giba en el dorso nasal, este procedimiento lo han limitado sólo a gibas muy grandes. Los resultados obtenidos con este tipo de injerto no son exitosos de manera uniforme; debido al gran tamaño de la giba existe una marcada dificultad para su revascularización e integración, sometiéndose a reabsorción que dificulta su predicción y puede formar salientes o espinas como resultado. El disminuir el tamaño del injerto disminuye la reabsorción.^{5,7,19-21}

El propósito de este trabajo es mostrar la experiencia obtenida al utilizar la rinoplastia tipo Skoog para el descenso del dorso nasal.

MATERIAL Y MÉTODO

En un lapso de cinco años se intervino a 92 pacientes que presentaban giba osteocartilaginosa; 72 mujeres (78.3%) y 20 hombres (23.7%), con rango de edad de 18 a 36 años y promedio de 24.7. En 32 pacientes se encontró desviación septal anterior con compromiso valvular; los demás no tenían patología septal, de cornetes o senos paranasales. Diez pacientes (10.8%) tenían microgenia.

Técnica: Los pacientes fueron operados bajo anestesia general. Se infiltró solución de lidocaína con epinefrina para conseguir un efecto vasoconstrictor. El acceso fue a través de incisiones trans-cartilaginosa y hemitransflectiva. Se inició con la liberación y alineación del septum, descenso de la mucosa del techo y corrección de los problemas de la punta nasal. Se continuó el trabajo del dorso nasal, liberándolo, respetando el pericondrio y periostio. La porción cartilaginosa se seccionó con tijeras de Cottle y la ósea con un osteótomo de 12 milímetros. La giba se extrajo y remodeló, mientras que las irregularidades

del dorso residual fueron allanadas utilizando una escofina fina (*Figuras 1 y 2*). En todos los pacientes se realizó osteotomías para medializar las paredes laterales. En este momento se colocó el injerto del dorso nasal y ajustó las paredes laterales a la anchura del injerto. Se cerraron las heridas y en los casos de microgenia se procedió a realizar osteotomías de mentón. Se colocó vendaje con cinta adhesiva microporada y se colocó una férula externa de yeso. No se dejaron tapones endonasales. Las curaciones se realizaron cada 3er día hasta completar cuatro semanas.

Los pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de un año después de la cirugía y los resultados se valoraron de acuerdo a los objetivos de evitar el techo abierto, giba, e irregularidades; integración del injerto, injerto no dislocado, osteotomías no visibles y simétricas y dorso armónico con el resto de la nariz.

RESULTADOS

En 77 pacientes (82%) se cumplió en forma satisfactoria con los objetivos de la cirugía (*Figuras 3 a 18*). Hubo un total de 15 pacientes (18%) que tuvieron resultados no satisfactorios: una paciente con techo abierto por falta de desplazamiento medial de las paredes laterales; cinco con absorción parcial del injerto e irregularidades en el dorso nasal por la presencia de espículas y retracciones (*Figura 19*). Cuatro con dislocación del injerto: dos hacia la frente y dos hacia los lados. Dos pacientes presentaron hemorragia y hematoma importante e inmediato a la cirugía, al tratar de controlar la hemorragia y evacuar los hematomas el injerto se perdió sin darse cuenta. Tres pacientes presentaron giba residual por mala remodelación de la giba.

DISCUSIÓN

La rinoplastia tradicional no restaura la arquitectura normal del dorso nasal, a pesar de la movilización medial de las paredes laterales y puede producir resultados cosméticos y funcionales desfavorables. Las secuelas funcionales se originan por el colapso de la válvula nasal, que la vuelve rígida; además, con frecuencia se puede producir un síndrome de techo abierto. Las alteraciones estéticas se presentan por la tendencia del dorso a quedar irregular y aplanado.¹⁻⁶ En nuestro trabajo al emplear la rinoplastia tipo Skoog, en la mayoría de los pacientes pudimos restaurar la arquitectura normal del dorso nasal y evitamos el dorso aplanado o irregular.



Figura 3. Presencia de giba osteocartilaginosa y techo abierto.



Figura 4. Resultado posoperatorio.



Figura 5. Perfil donde se aprecia una giba moderada.



Figura 6. Posoperatorio, se observa un dorso recto y armónico.



Figura 7. Preoperatorio, paciente con giba osteocartilaginosa moderada.



Figura 9. Preoperatorio de paciente con giba y descenso de la punta.



Figura 8. Posoperatorio, dorso recto.



Figura 10. Posoperatorio, se aprecia un dorso recto y armónico.



Figura 11. Giba importante, punta ancha y globosa.



Figura 12. Posoperatorio después de haber realizado rinoplastia tipo Skoog y plastia de punta nasal con injerto.



Figura 13. Perfil preoperatorio, se observa giba importante.



Figura 14. Posoperatorio.



Figura 15. Presencia de una gran giba osteocartilaginosa.



Figura 16. Posoperatorio con un dorso recto y natural.



Figura 17. Preoperatorio, se aprecia una gran giba.



Figura 18. Posoperatorio. Dorso recto y armonía con las cejas y punta nasal.



Figura 19. Reabsorción parcial del injerto y retracción del mismo, dejando un dorso irregular.

La reducción del dorso nasal, invariablemente involucra la separación de los cartílagos laterales superiores del septum nasal; con formación de adherencias, tejido fibromucoso y cicatrices retráctiles, en las que están involucrados los cartílagos, mucosa y piel.¹⁻⁶ Con la rinoplastia tipo Skoog, en la mayoría de los pacientes se logra restaurar la anatomía normal del dorso y se evita la formación de tejido fibromucoso; sin embargo, en cuatro de ellos hubo reabsorción parcial de giba y se acompañaron de retracciones cicatriciales, dejando un dorso irregular.

Se ha mencionado que la rinoplastia tipo Skoog no se debe aplicar a todos los pacientes que tengan una giba en el dorso nasal. Este procedimiento lo han limitado sólo a gibas muy grandes y los resultados obtenidos con este tipo de injerto no son exitosos de manera uniforme, debido al gran tamaño de la giba, ya que existe una marcada dificultad para su revascularización e integración, sometiéndose a reabsorción y esto dificulta su predicción, además de que puede formar salientes o espículas. El disminuir el tamaño del injerto disminuye la reabsorción.^{5,7,19-21} Utilizamos esta técnica en pacientes con gibas pequeñas y grandes; en los que tenían una gran giba

no detectamos reabsorción del injerto; en los casos con reabsorción tenían giba pequeña. Los problemas de reabsorción se presentaron cuando empezamos a trabajar con esta técnica, resecábamos la giba dejándola muy delgada y quebradiza. Consideramos que esto pudo contribuir a la retracción y absorción.

Los injertos que se perdieron, así como los que se dislocaron, fueron atribuibles a la falta de fijación. Consideramos que la propuesta del doctor May,²⁰ es excelente, ya que además de reconstruir la válvula nasal, fija el injerto.

La giba remodelada como injerto en la cirugía del descenso del dorso nasal, resulta ser un procedimiento complejo y con complicaciones frecuentes; las complicaciones que tuvimos fueron cuando comenzamos a trabajar con esta técnica. Las complicaciones han disminuido en los últimos años y esto lo atribuimos a que hemos sistematizado la técnica, bajo los siguientes principios: prevenimos la formación de tejido fibromucoso y retracciones al resecar la giba, después de haber descendido la mucosa del techo, para no incluirla en el injerto. Favorecemos la integración del injerto respetando el periostio y pericondrio de la giba. Para poder remodelar adecuadamente el injerto, es necesario que se tome grueso, sin dañarlo, para lo cual resecamos la giba con tijera de Cottle y terminamos con un osteótomo. Para lograr un descenso adecuado del dorso, primero remodelamos la giba y después valoramos la altura con el injerto ya colocado en su sitio. En caso de requerir un mayor descenso, allanamos con una lima los huesos nasales. Evitamos la dislocación del injerto al allanar el sitio receptor, sin dejar espículas o salientes, realizamos osteotomías laterales para medializar las paredes, ajustándolas al tamaño del injerto, y lo fijamos a los cartílagos laterales con puntos de sutura de material no absorbible. Evitamos la formación de hematomas que puedan desplazar o favorecer la reabsorción del injerto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinderer KH. Rinoplastia Joseph. En: Hinderer KH. *Fundamentos de anatomía y cirugía de la nariz*. Birmingham Alabama: Aesculapius Publishing Company. 3ª Ed. Latino Americana 1978: 61.
2. Romo T, Solimanzadeh P, Choe K, Sclafani A. Reduction structured rhinoplasty. *Facial Plast Surg* 2003; 19(4): 317-323.
3. Romo T. Revision rhinoplasty: a facial plastic surgeon's perspective. In: Romo T, Millman AL, ed. *Aesthetic facial plastic surgery*. New York: Thieme Medical Publishers 2000: 140-152.
4. Hinderer KH. Cirugía conservadora septum pirámide. En: Hinderer KH. *Fundamentos de anatomía y cirugía de la nariz*. Birmingham Alabama: Aesculapius Publishing Company. 3ª Ed. Latino Americana, 1978: 64, 108, 132.

5. Meyer R. Residual bony deformities. In: Meyer R. *Secondary and functional rhinoplasty the difficult nose*. New York: Grune and Stratton Inc. 1984: 41-68.
6. Hinderer KH. Reparación del dorso nasal. En: Hinderer KH. *Fundamentos de anatomía y cirugía de la nariz*. Birmingham Alabama: Aesculapius Publishing Company. 3ª Ed. Latino Americana 1978: 132.
7. Daniel RD. Rhinoplasty: The retractable Roof. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 976-984.
8. Sheen JH. Spreader graft: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 230-237.
9. Sheen JH. The ideal dorsal graft: a continuing quest. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 2490-2493.
10. Fontana A, Muti E, Cicerale D et al. Cartilage chips synthesized with fibrin glue in rhinoplasty. *Aesth Plast Surg* 1991; 15: 237.
11. Sachs ME. Enbucrilate as cartilage adhesive in augmentation rhinoplasty. *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 389.
12. Davis RE, Wayne I. Rhinoplasty and the Nasal SMAS Augmentation Graft: Advantages and Indications. *Archives of Plast Surg* 2004; 6(2): 124-132.
13. Lovice DB, Mingrone MD, Toriumi DM. Grafts and implants in rhinoplasty and nasal reconstruction. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32: 113-141.
14. Brown BL, Neel HB, Kern EB. Implants of Supramid, Proplast, Plastipore, and Silastic. *Arch Otolaryngol* 1979; 105: 605-609.
15. Davis PKB, Jones SM. The complications of Silastic implants: experience with 137 consecutive patients. *Br J Plast Surg* 1971; 24: 405-411.
16. Fanous N. Mersilene tip implants in rhinoplasty: a review of 98 cases. *Plast Reconstr Surg* 1991; 87: 662-671.
17. Romo T, Sclafani AP, Jacono AA. Nasal reconstruction using porous polyethylene implants. *Facial Plast Surg* 2000; 16: 55-61.
18. Niechajev I. Porous polyethylene implants for nasal reconstruction: clinical and histologic studies. *Aesth Plast Surg* 1999; 23: 395-402.
19. Skoog T. A method of hump reduction in rhinoplasty: a technique for preservation of the nasal roof. *Arch Otolaryngol* 1966; 83: 283-287.
20. Hall J, Peters M, HilgerP. Modification of the Skoog dorsal reduction for preservation of the middle nasal vault. *Archives of Plast Surg* 2004; 6(2): 105-110.
21. Lejour M, Duchateau J, Potaznik A. Routine reinsertion of the hump in rhinoplasty. *Scand J Plast Surg* 1986; 20: 55-59.

Dirección para correspondencia:

Dr. Jesús Cuenca Pardo

Copenhague 24-302

Colonia Juárez

C.P. 06600 México D.F.

E-mail: Jcuencap@AOL.com