

CIRUGIA PLASTICA

Volumen 15
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2005
May-August

Artículo:

Rinoplastia abierta para la nariz mestiza

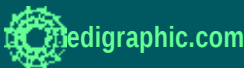
Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**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 abierta para la nariz mestiza

Dr. Alejandro Duarte y Sánchez,* Dr. Ángel Ricardo Oliver Guerra,** Dr. Alejandro Crespo Schmidh,***
Dr. Francisco Velásquez Vázquez****

RESUMEN

El concepto de nariz mestiza introducido por Ortiz-Monasterio, se refiere a un tipo especial de nariz con características étnicas y anatómicas específicas encontradas en pacientes de origen no caucásico en Latinoamérica. Estas narices se aprecian con piel gruesa, mala proyección y definición de la punta nasal, y dorso alto, con giba osteocartilaginosa fuerte. Por otro lado, la rinoplastia abierta concebida originalmente para rinoplastia secundaria o postraumática, es en la actualidad un procedimiento popular para cirugías estéticas de primera intención, brindando un acceso preciso de las estructuras cartilaginosas de la punta y del dorso nasal. Mediante el empleo de la rinoplastia abierta se logró mejorar la definición de la punta y proyección nasales en los casos que se presentan, considerándola como una opción quirúrgica para la corrección de la nariz mestiza, con posible aplicación en otros grupos no caucásicos.

Palabras clave: Rinoplastia, nariz mestiza.

SUMMARY

The concept of Mestizo Nose, introduced by Ortiz-Monasterio, refers to special ethnical and anatomic characteristics found in non-caucasian origin patients in Latin America. Such a nose has thick skin, poor tip support and projection, high dorsum, and a strong osteocartilaginous hump. On the other hand, open tip rhinoplasty, conceived originally for secondary and post-traumatic rhinoplasty, is a popular approach for primary aesthetic procedures nowadays, given precise access to the cartilaginous structures of the tip, and the supratip area. Based upon the cases discussed here, open tip rhinoplasty should be considered as a surgical option for mestizo nose, with possible applications in other non-caucasian groups as well.

Key words: Rhinoplasty, mestizo nose.

INTRODUCCIÓN

Como cirujanos debemos estar conscientes de las expectativas del paciente y del medio en el que se desenvuelve. Dentro del campo de la cirugía plástica nasal, Ortiz-Monasterio y col.¹ encontraron en sus pacientes

en Latinoamérica la necesidad de obtener resultados de acuerdo a los cánones estéticos indoeuropeos. Esta necesidad está fundamentada en el estudio e identificación de patrones étnicos y anatómicos de dichos pacientes así como también en el desarrollo de técnicas quirúrgicas apropiadas para esos patrones.² El término “mestizo” se refiere a individuos con antecedentes étnicos que combinan orígenes amerindios con españoles, originados durante la colonización de América en el siglo XVI.

La nariz mestiza, identificada por Ortiz-Monasterio y encontrada en sus pacientes de Latinoamérica, se describe como una nariz con piel gruesa y pesada, situada sobre un armazón cartilaginoso débil, especialmente en los cartílagos alares, los cuales no son capaces de soportar y proyectar adecuadamente la punta nasal, misma que se encuentra mal definida,

* Médico Adscrito y Profesor Adjunto del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

** Médico Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva de tercer año.

*** Médico Adscrito del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

**** Ex-Médico Residente del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

con base nasal ancha, dorso alto y giba osteocartilaginosa fuerte,¹ por lo que diseñó una técnica de rinoplastia de aumento a fin de fortalecer el armazón cartilaginoso para sostener la piel y obtener una punta nasal más definida.²

Otros autores, como Hinderer,³ han reconocido en el patrón mestizo detalles a corregir, dando nuevos refinamientos y técnicas. Este autor identificó un tercio medio facial cóncavo, recomendando el uso de implantes premaxilares por debajo de la base nasal. Ellenbogen,⁴ identificó además, asimetría de las fosas nasales, recomendando el uso de injertos de cartílago septal en los bordes alares.

La rinoplastia abierta fue un procedimiento ideado inicialmente para narices técnicamente difíciles, particularmente en aquellos casos con destrucción severa del armazón cartilaginoso secundario a traumatismos o iatrogenia. No obstante, dada su utilidad, ha sido considerada como alternativa para rinoplastia estética primaria con resultados excelentes.⁵ Otros autores, como Rohrich,⁶ han aplicado técnicas clásicas de reconstrucción nasal con la utilización de injertos espaciadores. Adham,⁷ utilizó otras opciones de injertos cartilaginosos para la reconstrucción nasal.

En nuestra experiencia,⁸ ha sido útil el empleo de injertos de cartílago aplicados por encima del complejo ápex-columela para mejorar la proyección en pacientes con pieles gruesas, en el caso de la técnica de rinoplastia cerrada. Ahora presentamos la aplicación de una rinoplastia abierta que facilita el manejo de las estructuras de la punta nasal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudió a tres pacientes, un hombre y dos mujeres, con edad de 20 a 28 años y promedio de 21, con diferentes tipos de nariz mestiza, en el periodo del 1 de marzo de 2003 al 31 de diciembre de 2004, en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Después de efectuar incisión en base columelar de Rethi,⁹ se libera la piel de la punta nasal y se disecan los cartílagos alares. Se reseca la porción cefálica de los cartílagos alares, dejando una longitud de 2 a 3 mm en su porción caudal. Se unen ambos domos con dos o tres puntos de sutura con nylon 4-0. Se utilizan cartílagos autólogos del septum, autólogos u homólogos de la región costal para injertos tipo Sheen,¹⁰ o largos para complejo ápex-columela según se requiera, colocándose por delante de la crura media fijándolos a los domos

con nylon 4-0. Se desciende el capuchón cutáneo y de detectarse tensión, se libera la parte inferior de la columela hacia el labio. Se sutura la piel con puntos simples de nylon 6-0.

CASOS

Caso 1. Mujer de 20 años de edad, fenotipo latino con nariz mestiza presentando una punta nasal ancha (boxy tip), con cartílagos alares débiles, dorso ancho y bajo y problemas funcionales nasales sin desviación septal (*Figuras 1 y 2*). Se realizó rinoplastia abierta bajo anestesia general, con una incisión columelar muy baja, efectuando disección radical del armazón cartilaginoso, plicatura del domo, resección cefálica de cartílagos alares y colocación de estas porciones resecadas como un injerto en "sándwich" seguido del diseño y colocación de injerto cartilaginoso de Sheen, así como osteotomías anteriores bajas. Se verifica mejoría en la definición y en la proyección de la punta nasal (*Figuras 3 y 4*).

Caso 2. Mujer de 22 años de edad, con piel muy oscura y gruesa. La desproporción entre la anchura del dorso y la de la punta nasal es evidente, además de que esta última se aprecia mal definida y ancha, con desproporción de las dimensiones ápex-columela (*Figuras 5 y 6*). Se realizó rinoplastia abierta con resección cefálica de cartílagos alares, plicatura del domo y colocación de injerto cartilaginoso ápex-columelar a nivel intercrural obtenido del septum. La apariencia prognática de la paciente es mejorada mediante la proyección del tercio medio facial a expensas de la nariz, sin emplear implantes faciales adicionales (*Figuras 7 y 8*).

Caso 3. Hombre de 28 años de edad, con nariz tipo rinofimoide, piel exageradamente gruesa con poros amplios y dermatitis crónica (*Figuras 9 y 10*). Se efectuó una extensa resección grasa del colgajo de la punta nasal por la vía interna, con mínima resección de la parte cefálica del cartílago alar; los domos se suturaron con nylon 4-0 y se colocó injerto ápex-columelar largo y se afrontó el colgajo cutáneo. Se evidencia la mejoría de la proporción dorso-punta y de su definición (*Figuras 11 y 12*).

DISCUSIÓN

El problema original del empleo de la rinoplastia abierta, tanto en nariz mestiza como en pacientes de piel oscura, es el desarrollo de una cicatriz columelar notoria. Con base en ello, Guerrerosantos,¹¹ desarrolló una técnica "semi-abierta", con todas las características de la técnica abierta convencional, pero sin la inci-

sión columelar. Algunos de sus colaboradores, como Vega-Villasante,¹² han reportado buenos resultados en la aplicación de técnicas de rinoplastia abierta (con o sin incisión columelar) en la población mestiza, dando recomendaciones específicas para cada caso.

Si bien existen controversias sobre la utilización de la rinoplastia abierta en la población caucásica,

referidas por Sheen,¹³ creemos que su utilidad máxima es en la población no caucásica, ya que muchos de estos pacientes presentan un armazón nasal cartilaginoso débil, de origen congénito o adquirido. La rinoplastia abierta permite tener acceso total a las estructuras anatómicas permitiendo su adecuada visualización y corrección mediante diferentes alternativas, según el caso, con resultados posoperatorios



Figura 1. Caso 1 con punta nasal ancha (boxy tip) piel gruesa y cartílagos alares débiles.



Figura 3. Caso 1 con mejoría en la definición de la punta nasal y estrechamiento en la misma.



Figura 2. Caso 1 con mala proyección de la punta, sin evidencia de desviación septal.



Figura 4. Caso 1 con mejoría en la proyección de la punta y en la proporción columelar.

bastante predecibles. Como ventaja adicional, hemos notado que los médicos residentes de la especialidad de cirugía plástica y reconstructiva tienen una ma-

yor comprensión de la anatomía quirúrgica de la nariz cuando han observado o asistido a rinoplastia abierta.



Figura 5. Caso 2 con mala definición de la punta nasal y desproporción punta-columelar.



Figura 7. Caso 2 con mejoría en la definición de la punta y adecuada proporción punta-columelar.



Figura 6. Caso 2 con falta de proyección nasal adecuada y columela corta.

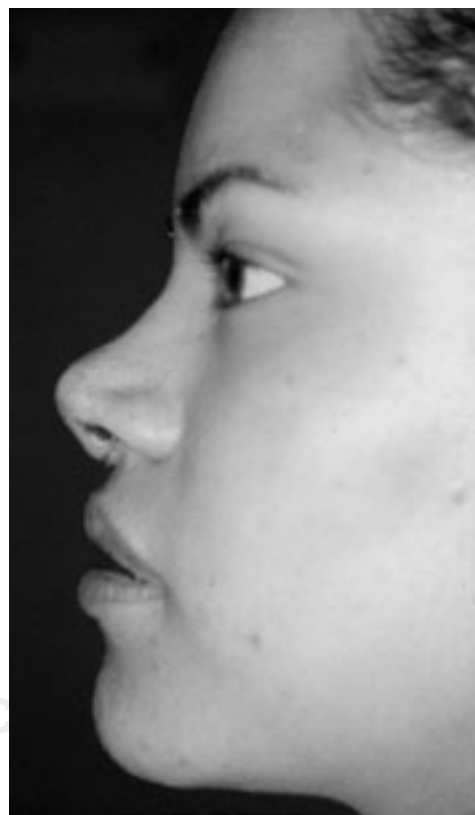


Figura 8. Caso 2 con mejoría de la proyección nasal mejorando la apariencia prognática.

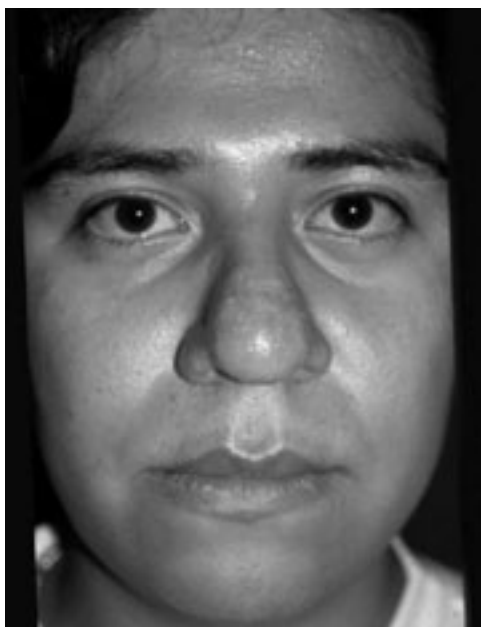


Figura 9. Caso 3 con desproporción de la anchura del dorso y base nasales y cartílagos alares débiles.



Figura 11. Caso 3 con mejoría en la relación dorso-punta nasal.



Figura 10. Caso 3 con punta nasal mal definida, piel rinofimoide y gruesa.



Figura 12. Caso 3 con mejoría en la definición y proyección de la punta nasal

CONCLUSIÓN

La rinoplastia abierta es útil para el manejo de la punta nasal difícil, descendida y con mala proyección en la nariz mestiza. Es un procedimiento con amplio margen de seguridad técnica y fácilmente reproducible, aplicable en la población no caucásica, no sólo en latinoamericanos, sino también en asiáticos y negros. A pesar de las complicaciones y del grosor natural de la piel, la cicatriz columelar no es demasiado aparente, inclusive en pieles muy oscuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz-Monasterio F, Olmedo A. Rhinoplasty on the mestizo nose. *Clin Plast Surg* 1997; 4: 89.
2. Ortiz-Monasterio F, Michelena J. The use of augmentation rhinoplasty techniques for the correction of the non-caucasian nose. *Clin Plast Surg* 1998; 15: 57.
3. Hinderer UT. Nasal base, maxillary and infraorbital alloplastic implants. *Clin Plast Surg* 1991; 18: 87.
4. Ellenbogen R. Alar rim lowering. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79: 50.
5. Johnson CM, Toriumi DM. Open Structure Rhinoplasty: The Concept. In: Johnson CM, Toriumi DM: *Open Structure Rhinoplasty*. W.S. Saunders Co, Philadelphia, PA, USA, 1990: 3.
6. Rohrich RJ, Hollier LH. Use of spreader grafts in the external approach to rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 1996; 23: 255.
7. Adham MN. A new technique for nasal tip cartilage graft in primary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97: 6495.
8. Duarte A, Atilano J, Cuenca R. Apex columelar cartilage graft. *Aesth Plast Surg* 1998; 12: 217-22.
9. Rethi A. Raccourcissement du nez trop long. *Rev Chir Plast* 1934; 2: 85.
10. Sheen JH. Achieving more nasal tip projection by use of small autogenous vomer or septal cartilage grafts. *Plast Reconstr Surg* 1975; 56: 35.
11. Guerreosantos J. Open rhinoplasty without skin-columella incision. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 955.
12. Vega-Villasante P, Covarrubias H. A new splint for the nasal tip. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 189.
13. Sheen JH. Closed versus open rhinoplasty-and the debate goes on. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 859.

Dirección para correspondencia:
Dr. Alejandro Duarte y Sánchez
San Francisco 656-201, Col. Del Valle
México, DF. Tel. 56 87 83 85
E-mail: drduartes@prodigy.net.mx