

RINOPLASTÍA ESTÉTICA Y FUNCIONAL



Dra. María Teresa Zambrana Rojas
Hospital San Vicente de Paul
Cochabamba - Bolivia

RESUMEN

La rinoplastia se realiza para mejorar la apariencia de la nariz. Sin embargo, los procedimientos convencionales pueden resultar en deterioro de la respiración nasal. El propósito de este artículo es describir un procedimiento “estético y funcional”, la técnica de la rinoplastia para evitar los efectos adversos en la ventilación preservando la estructura valvular nasal. La principal indicación de esta técnica es la desviación septal que es la regla más que la excepción en la mayoría de los casos de rinoplastia. Cuando la desviación del tabique impide un buen resultado estético funcional en la rinoplastia debido a la alteración del flujo de aire nasal por una desviación residual o medicalización inadecuada de la pared lateral nasal, una resección submucosa modificada de la parte desviada está indicada. Si es posible, se debe mantener una L-puntal dorso caudal de cartílago septal-se recomienda una disección del tabique mucopericondrio-mucoperiostico bilateral de su extremo caudal para la parte desviada, ya que proporciona fácil resección septal cuando es necesario. Nuestra serie de más de 300 casos en periodo de 5 años demuestran que la técnica conservadora de rinoplastia mejora las complicaciones funcionales asociadas con un procedimiento convencional que con frecuencia mejora la ventilación. Resultados estéticos con apariencia natural inmediatos y a largo plazo con apariencia natural de la nariz son excelentes.

Palabras clave:

Rinoplastia-Rinoplastia funcional- Desviación de septo- Resección submucosa de cartílago septal

ABSTRACT

Rhinoplasty is performed to improve the appearance of the nose, requires not only good aesthetic results but also a functional one. However, conventional procedures may result in impairment of nasal breathing. The purpose of this article is to describe a “aesthetic and functional” rhinoplasty technique to avoid adverse effects on ventilation by preserving the structure of the nasal vault. The main for this technique is treatment of deviations of the nasal septum. Septal deviation is the rule more than the exception in most cases of rhinoplasty. When deviation of the septum precludes a good rhinoplasty’s functional and aesthetic results because of impairment of nasal air flow, residual deviation, or inadequate medialization of the lateral nasal wall, a modified submucous resection of the deviated parts certainly indicated. If possible, a dorsocaudal L-strut of cartilage should be maintained, but, if necessary, it can be resected partially of this area. We recommend a bilateral mucoperichondrial-mucoperiosteal dissection of the septum from its caudal edge to the most posterior deviated part, because it provides easy septal resection in a good surgical field when is necessary. Our series of >300 cases over a 5-year period demonstrates that this conservative rhinoplasty technique improves most functional complications associated with conventional procedures and often improves ventilation. Immediate and long-term cosmetic outcome is excellent with a natural-looking appearance of nose.

Key words:

Rhinoplasty-Functional rhinoplasty- Submucous resection - Deviated septum - Septal cartilage resection

INTRODUCCIÓN

El concepto de la rinoplastia conservadora data de 1914 cuando Lothrop lo describió. La rinoplastia representa una cirugía grata pero al mismo tiempo desafiante dentro de la cirugía estética facial. Combina los conocimientos científicos con la habilidad y destreza manual del cirujano. La rinoplastia requiere no sólo un buen resultado estético sino también una funcional. Está establecido que un gran número de resultados pobres y complicaciones (por ejemplo, obstrucción de la vía aérea nasal, techo abierto, desviación residual) se puede relacionar con un manejo inadecuado del tabique nasal durante la cirugía. Desviación septal es un hallazgo común en nuestra población. Como la mayoría de rinoplastias afectan la respiración espacio (bóveda nasal), cirugía del tabique se debe considerar en casi todas las rinoplastias para evitar distorsiones, complicaciones y lograr mejores resultados estéticos y funcionales. [1-2].

Anatómicamente la nariz 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, da seguridad y confianza. La creatividad y habilidad del cirujano no está ligada a la gran tecnología o avance médico sino a la capacidad de combinar arte y ciencia, las mejores armas de los cirujanos para obtener buenos resultados en cirugía estética nasal sabiendo que la ESTÉTICA y FUNCION son muy importantes en la RINOPLASTIA. El cirujano debe escoger siempre la técnica que le permita obtener y lograr resultados estéticos y funcionales considerando siempre la expectativa del paciente. [1-2-3]

En esta oportunidad mostraremos algunos resultados obtenidos en los últimos 5 años realizando la rinoplastia cerrada técnica marginal bilateral transcartilaginosa y transcolumelar, resección submucosa del tabique (SMR) que permiten visualizar la estructura nasal. El uso de la técnica marginal evita el riesgo de interrumpir el drenaje linfático y venoso de la Punta nasal reflejada en el edema prolongado que se observa en la rinoplastia abierta. Permite la visión directa de la estructura anatómica nasal y para remodelar la misma en la punta, alares y el Septo nasal. Permite predecir el resultado estético funcional.

PACIENTES Y METODOS

Hemos revisado 369 casos de pacientes que se sometieron a rinoplastia primaria, secundaria y terciaria (entre 2010 y 2015), realizado de acuerdo con la técnica descrita a continuación, que consideramos una resección submucosa modificada (SMR) del tabique. Realizamos un estudio retrospectivo en los últimos 5 años de 369 rinoplastias estéticas realizadas en la Práctica privada en el Hospital San Vicente de la Ciudad de Cochabamba – Bolivia

239 mujeres (65%) y 130 varones (35%). Edades entre los 15 a 50 años promedio 24. Rinoplastia primaria 80% (296); Secundaria 15% (55); Terciaria 5% (18) con seguimiento mayor a 6 meses promedio 1 año. Todos los pacientes pidieron corrección estética de la nariz; razón principal de consulta.

TECNICA QUIRURGICA

La rinoplastia se realiza bajo anestesia general por intubación orotraqueal, (Fig. 1) se realizó infiltración con lidocaína al 2% con epinefrina, incisión marginal bilateral transcartilaginosa y transcolumelar, corrección apropiada de la punta y el dorso y antes de las osteotomías, comprobamos detenidamente las estructuras septales, para abordar exactamente, de acuerdo con el diagnóstico preoperatorio, cualquier desviación significativa requiere septoplastia. Si este es el caso, se resuelve según el problema, ya que no hay solo una manera única de tratarla desviación. Siguiendo la técnica propuesta por Vilar-Sancho [1], en todos los casos la disección comienza en el caudal frontera del tabique a través de un transcolumelar completa e incisión intercartilaginosa. A continuación, el cartílago septal cuadrangular está expuesto elevamos el colgajo mucopericondrial bilateralmente, continuando, si es necesario, con solapas mucoperiosticas para exponer el hueso nominal del tabique. [2-10]

Área Medioseptal : La mayoría de las veces nos encontramos desviaciones del área medioseptal. Con el cartílago completamente expuesto entre las aspas de un espéculo nasal largo, reseca la parte desviada con un eslabón giratorio Ballanger. Para soporte nasal preservamos un puntal L-strut dorsocaudal del cartílago al menos 6 mm de ancho. Desviaciones inferiores de esta zona deben ser controlados con la rinoscopio y ressecado, diseccionando el cartílago de la cresta maxilar. Algunos pacientes requieren la resección de una porción obstrucción de la cresta maxilar, además al cartílago cuadrangular. En otros, la escisión de la parte más inferior permite que el cartílago desviado normalice su posición en la parte media y esto es todo lo que se necesita. [2-3]

Desviación septal posterior: El tabique en este caso está formado por la lámina perpendicular del etmoides y el hueso vómer. Las partes desviadas que se resecan se han luxado con un espéculo nasal largo para lograr restaurar la vía aérea posterior y también para permitir una adecuada estructura de la pared lateral. [1-2]

Desviación septal anterior: Deflexiones Caudales son tratados de la misma manera que el anterior. Cualquier desviación del septum anterior columna o espolones óseos de origen formados en la cresta del maxilar anterior debe ser eliminado. Aunque desviaciones mínimas son bien toleradas, si una porción dorsocaudal del tabique o L-puntal interfiere con el resultado estético final, debe ser ressecado

parcialmente en aquellos casos en que al reseca la parte caudal estará permitiendo al tabique hacer pivotar a la línea media.[2]

En ocasiones, el septum anterior y la parte más dorsal necesitan ser reseca con el fin de corregir o mejorar la desviación.[3-5] Lo mismo se hace con la parte superior del cartílago lateral cuando este es el problema, a veces para evitar su retracción Columelar se utilizan injertos cartilaginosos. Por último, se realizan las fracturas laterales y fractura de las paredes laterales nasales que se verifica mediante la palpación, confirmando que ninguna parte del tabique este desviado o que el tabique no tenga ningún desplazamiento medial o de ambos lados. [2-7-10]

Se presta especial atención a la reconstrucción de las estructuras restantes al final de la operación, suturar volver las incisiones con puntos de sutura transfixión U teniendo las solapas mucopericondrial y caudal anterior parte de la L-puntal con la columela. Nasal, el taponamiento se mantiene en su lugar durante 24 - 48 horas seguido de una férula nasal durante 6 días. [3]Indicamos siempre a analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos en todos los pacientes.

Siguiendo la técnica propuesta por Vilar-Sancho [1], en todos los casos la disección comienza en la caudal frontera del tabique a través de un transcolumelar completa e incisión intercartilaginosa. [2]

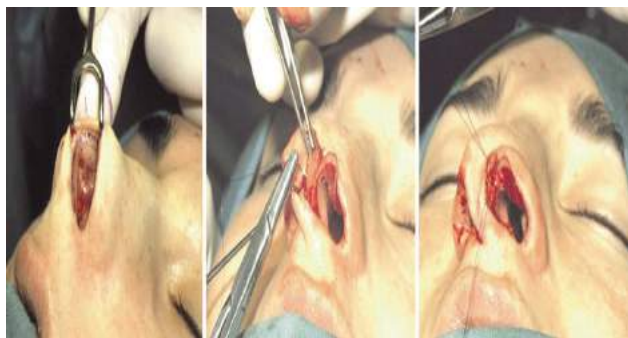


Fig.1.La rinoplastia se realiza bajo anestesia general por intubación orotraqueal, incisión marginal bilateral.

RESULTADOS

En 369 rinoplastias estéticas realizadas en el Hospital San Vicente de la Ciudad de Cochabamba – Bolivia 239 mujeres (65%) y 130 varones (35%); Edades entre los 15 a 50 años promedio 24 Rinoplastia primaria 80 % (296) Secundaria 15% (55) Terciaria 5% (18) Seguimiento mayor a 6 meses promedio 1 año Todos los pacientes pidieron corrección estética de la nariz; razón principal de consulta. 369 (94%) pacientes presentaron desviación septal y 167 (33%) Desviación de la pirámide nasal. Todo pacientes con desviación pirámide nasal tenían desviación septal así como. Sólo 131

(26,2%) pacientes tenían manifestaciones clínicas de deterioro del flujo de aire nasal, como la obstrucción, resfriados repetitivos, rinosinusitis recurrente, y epistaxis.

Resultados estéticos: Fueron satisfactorios para todos los pacientes y los cirujanos, con una nariz proporcional, armónica con su cara, adecuada proyección de la punta nasal y flujo de aire normal 7 pacientes 2% requirieron un retoque o plastia menor posterior con anestesia local para lograr el resultado final. En todos los que tenían desviación septal antes de la operación se realizó la septoplastia en la primera operación. Ningún paciente antes de la operación asintomática mencionó una disminución en el flujo de aire nasal.

Algunos pacientes en los que se realizó una septoplastia debido a la desviación del tabique asintomática presentaron una mejoría subjetiva en el flujo de aire nasal en comparación con la situación preoperatoria. Dos pacientes presentaron sangrado nasal en el posoperatorio inmediato. No hubo casos de infección, perforación septal, colapso, colgajo aleteo de la mucosa septal, u otras complicaciones.

DISCUSIÓN

Como se menciona, la desviación del tabique es la regla y no la excepción, y no hay tabique realmente recto [4]. Está bien establecido y de otra manera evidente por sí mismo que cualquier estrechamiento de la bóveda nasal cuando una desviación del tabique está presente dará lugar a una limitación de la corriente de aire. Probablemente esta es la razón para la frecuente complicación de la alteración del flujo nasal manifiesta después de una rinoplastia convencional.[6-8].

Hemos observado con la anamnesis y el examen físico que los pacientes que buscan la mejora estética también tienen manifestaciones clínicas u obstrucción del flujo de aire. En nuestra opinión los que se quejan de las dificultades respiratorias después de la rinoplastia convencional probablemente tenían un estrechamiento fosas nasales. La mayoría de la literatura indica que hay síntomas de obstrucción nasal después de la rinoplastia en alrededor del 10% de los pacientes [8]. Sin embargo, sospechamos que, al igual que Gola[3], que la frecuencia de complicación debe ser mucho mayor que las reportadas en la literatura.

Se observó que los pacientes que no se quejaron de los problemas de respiración antes de la operación mejoraban después de la septoplastia. Probablemente son conscientes de algún grado de deterioro del flujo de aire nasal, ya que en realidad no lo hacen saber por ser lo que es normal para el paciente. En esos casos, la rinoplastia convencional podría aumentar la resistencia ya elevada al flujo de aire, llegando a ser sintomática en el postoperatorio. Una anamnesis minuciosa, exploración física es obligatoria para diag-

nosticar y tratar estos problemas de una manera apropiada, con septoplastia si es necesario. Una desviación septal posterior evitará el apropiado desplazamiento medial de la pared lateral de la nariz después de osteotomías laterales, mantener o producir desviación residual de la pirámide nasal, radix nasal ancho, o deformidad techo abierto.

Por lo tanto, es importante considerar la cirugía del tabique una parte de la mayoría de rinoplastias a fin de lograr óptimos resultados estéticos y funcionales. Creemos que la corrección del tabique tiene que ser lo más conservadora posible, debido a su importancia estructural y la posible utilidad para un procedimiento de reconstrucción. [9]. Sin embargo, la septoplastia debe ser tan radical como sea necesario cuando el resultado funcional y estético puede verse afectado. No reseca todo el tabique que se encuentra desviado durante una operación. En nuestras manos, este SMR radical no tiene más incidencia de complicaciones que la rinoplastia convencional, la resección Submucosa del tabique no tiene más incidencia de complicaciones si se hace correctamente [10]. en algunos casos puede persistir la alteración del flujo de aire por hipertrofia de cornetes en los que se debe valorar realizar la turbinoplastia. [9].

En la resección submucosa clásica (SMR) [6], la incisión en el tabique se hace de 6-8 mm por encima del borde caudal del cartílago. Sólo la parte central del tabique está diseccionado y accesible para la resección. Las porciones dorsal y caudal puntal del cuadrangular cartílago y la columna vertebral anterior nasal no son adecuadamente tratados [1]. En contraste con esto, el enfoque proponemos, lo que podría ser considerado un "modificado SMR, "da un acceso excelente al marco septal desde el borde más anterior del cartílago cuadrangular a la parte posterior del etmoides y huesos del vómer, incluyendo la parte dorsal del cartílago lateral superior y la parte caudal con la espina nasal y crestas maxilares. Le permite a uno para reseca toda la porción desviada del tabique bajo visión directa.[2].

En nuestra experiencia la disección bilateral mucopericondrial del cartílago restante no produce necrosis o reabsorción. El cartílago L-puntal puede sobrevivir a través de las conexiones restantes o como un injerto después de la sutura entre ambas solapas mucopericondrial sin problemas como se ha mostrado en la literatura [2]. Esto también ha sido observado por otros autores [7]. La cirugía del tabique debe ser parte de la mayoría de rinoplastias a fin de lograr óptimos resultados estéticos y funcionales. Creemos que tiene que ser lo más conservador posible debido a su importancia estructural y la posible utilidad mayor en los procedimientos de reconstrucción. Sin embargo, la septoplastia debe ser tan radical como sea necesario para lograr un resultado funcional y estético.[8].

CONCLUSION

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

La incisión marginal la utilizo para todas las Rinoplastias 1rias, 2rias o complejas. La Desviación del tabique es la regla y no la excepción. Cuando desviación septal impide la función adecuada y los resultados estéticos de una rinoplastia por el deterioro del flujo de aire, la desviación residual, o inadecuada medicalización de la pared lateral nasal la septoplastia (SMR) de la parte desviada está indicada. Recomendamos una disección mucopericondrial- mucoperiosteal bilateral del tabique, disección del tabique desde la porción del borde caudal hasta la porción más posterior de la desviación, porque esta ofrece un buen campo quirúrgico y fácil para la resección septal. Este enfoque ha demostrado ser eficaz y seguro en nuestras manos. Brinda una corrección funcional y estética integral. Una cirugía mal realizada puede crear daño permanente y afectar radicalmente la vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Vilar-Sancho B: Rhinoseptoplasty. *Aesth Plast Surg* 8:61, 1984
2. Antonio de la Fuente. Management of the Septum During Rhinoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 19:455-461, 1995
3. Raymond Gola, Functional and Esthetic Rhinoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 27:390-396, 2003
4. Bahman Guyuron, Patient Satisfaction Following Rhinoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 20:153-157, 1996
5. L. Szalay. Early Secondary Corrections after Septorhinoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 20:429-432, 1996
6. Alfredo J. Pardina. Evaluation of the Different Methods Used in the Treatment of Rhinoplastic Sequelae. *Aesth. Plast. Surg.* 7:237-239, 1983
7. Asuman Sevin, A Useful Method for Planning Hump Resection of Deviated Nose. *Aesthetic Plastic Surgery* 3:119-122, 1979
8. Ahmed M. Afifi. Evaluating Current Functional Airway Surgery During Rhinoplasty: A Survey of the American Society of Plastic Surgeons. *Aesth Plast Surg* (2015) 39:181-190
9. Dan Mahler. The Role of Turbinectomy in Rhinoplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 9:277-279, 1985
10. Stefano Bruschi Closed Rhinoplasty with Marginal Incision: Our Experience and Results. *Aesth. Plast. Surg.* 30:155-158, 2006



