

# “Rinoplastía redistributiva” vs. “rinoplastía resectiva”: Cambio de paradigma en la cirugía de rinoplastía

*“Redistributive rhinoplasty” vs. “resective rhinoplasty”:  
Paradigm shift in nose surgery*

Dr. Hernán Chinski, Dr. Luis Chinski

## Abstract

Until 25 years ago most rhinoplasty surgeries had been performed under “resective” concept. This means that osteocartilaginous resection was the preferred technique for achieving results. Unwanted consequences in the aesthetic appearance and the nasal functionality, which maximum exponent is “surgical look” aspect and nasal collapse forced surgeons to search for more creative alternatives than simple resection. Change of paradigm in rhinoplasty relies basically on the cartilaginous and mucous preservation and their redistribution with suture techniques and unique or multiple cartilage graft, to produce more predictable outcomes in aesthetic and function. We call this concept: “redistributive rhinoplasty”.

**Keys words:** rhinoplasty, redistributive rhinoplasty, secondary rhinoplasty, complications, new concepts.

## Resumen

Hasta hace aproximadamente 25 años, las técnicas de rinoplastía eran mayormente de tipo “resectivas”. Esto significa que se utilizaba casi exclusivamente la resección osteocartilaginosa, con la finalidad de cumplir los objetivos estéticos. Las indeseadas consecuencias en la apariencia estética y la funcionalidad nasal, cuyo máximo exponente es el aspecto de “nariz operada” o “surgical look”, derivadas de este tipo de intervención, obligaron a la búsqueda de alternativas más creativas que la simple resección. El cambio de paradigma en la rinoplastía se apoya, básicamente, en la preservación cartilaginosa y mucosa y en la redistribución de es-

tos cartílagos con técnicas de sutura e injertos autólogos únicos o múltiples, para producir resultados más predecibles en el largo plazo, dejando mayor naturalidad en el aspecto estético y preservando o mejorando la función. A este concepto lo denominamos “rinoplastía redistributiva”.

**Palabras clave:** rinoplastia, rinoplastia redistributiva, rinoplastia secundaria, complicaciones, nuevos conceptos.

## Introducción

Las técnicas de rinoplastía han ido evolucionando progresivamente y se han perfeccionado en los últimos 80 años. Sin embargo, el progreso tal vez más significativo fue el hecho de pasar de la cirugía típicamente resectiva a la redistributiva.

Históricamente, las técnicas de rinoplastía utilizaban el concepto de definición de punta nasal resecaando gran parte de la crus lateral de los cartílagos alares<sup>1</sup>. Los cartílagos triangulares también “sufrían” una resección exagerada. Otras veces la reducción dorsal era el foco de atención del cirujano<sup>2</sup>.

Todas estas cirugías resectivas han dejado su impronta en la estética y la función nasal. No hace falta ser especialista en esta materia para ver personas que han padecido este tipo de intervención. El típico aspecto de “nariz operada” o “surgical look” es el resultado menos deseado de una rinoplastía. Las espículas cartilaginosa de la punta (“bossae tip”), “v” invertida y colapso alar, entre otras alteraciones, son productos de la retracción cicatrizal postquirúrgica que sucede luego de una técnica resectiva en donde no se ha respetado el esqueleto cartilaginoso<sup>3</sup>.

Luego de terminada la intervención quirúrgica comienzan los procesos cicatrizales, con lo cual la piel

se va contrayendo y dibujando el esqueleto osteo-cartilaginoso que está subyacente. Si la anatomía a este nivel no fue tratada correctamente, múltiples imperfecciones serán cada vez más evidentes.

Los pacientes con piel delgada son los que más padecen las resecciones exageradas. En estos casos, el manto de piel traduce fielmente las imperfecciones subyacentes. Los pacientes con piel gruesa pueden "disimular" mejor una rinoplastía resectiva, aunque no están exentos de padecer los trastornos funcionales asociados.

Adicionalmente, muchos casos de rinoplastía no requieren ningún tipo de resección; por el contrario, necesitan -por ejemplo- un aumento de la proyección de la punta. Las narices orientales son un claro ejemplo. En estos casos, directamente no se plantea resección alguna o bien la combinación de resecciones menores y colocación de injertos. Inclusive en los casos de una gran giba osteo-cartilaginosa, puede requerirse, además de su resección, una reparación anatómica del tercio medio de la pirámide nasal con injertos expansores. Es interesante leer los conceptos de Sheen en este sentido. Su propia historia profesional ha transitado en el cambio de paradigma y, probablemente, fue uno de los principales influyentes en los nuevos conceptos <sup>4</sup>.

A esta forma de concebir la cirugía nasal la hemos denominado "rinoplastía redistributiva". Richard Davis utiliza el término "structural rhinoplasty" para referirse a este concepto<sup>5</sup>, otorgándole gran importancia a la idea de mantener la estructura en lugar de debilitarla. Estos conceptos fueron escritos por primera vez en 1977, cuando aparece en la literatura internacional un artículo de Rees comentando el giro de la rinoplastía hacia técnicas más conservadoras, menos resectivas y tendientes a repositionar la estructura <sup>6</sup>.

Exploremos cada uno de los trastornos derivados de técnicas resectivas, sus problemas asociados, prevención y reparación:

1. Trastornos por resección exagerada de los cartílagos laterales inferiores.
2. Trastornos por resección dorsal exagerada.
3. Trastornos por resección de piel y mucosa vestibular.
4. Trastornos por debilitamiento del soporte nasal (sin su reparación).
5. Trastorno por resección inadecuada o exagerada del ala nasal en la cirugía de la base alar.

### 1) Trastornos derivados de la cirugía resectiva de los cartílagos laterales inferiores

Es el tipo más común de problema derivado de una rinoplastía resectiva. El riesgo aumenta cuando se utiliza la vía cerrada intercartilaginosa o transcartilaginosa, que impide visualizar el ancho del cartíla-

go lateral inferior remanente luego de la resección. En algunos casos la resección incluye la piel vestibular (que veremos más adelante). Sus consecuencias son funcionales y estéticas.

#### Consecuencias funcionales:

- Trastorno valvular nasal: colapso alar inspiratorio o mixto.

#### Consecuencias estéticas:

- "Bossae tip" (espículas de cartílago notorias en la punta nasal).
- Nariz pinzada.
- Retracción alar (especialmente cuando hay resección de piel vestibular).
- Asimetrías.

Es importante destacar que existen otros casos de colapso alar posoperatorio que son independientes de la cirugía resectiva. Inclusive hay factores -aún no aclarados- que generan un debilitamiento de la pared lateral nasal, provocando su colapso posoperatorio, entre los cuales se destaca la concavidad alar lateral congénita <sup>7</sup>.

El "bossae tip" ocurre en casos de asociación de cirugía resectiva + piel delgada. Las espículas de cartílago son evidentes a simple vista. En la **Imagen 1** se puede observar un caso de cirugía resectiva agresiva de la punta nasal, su aspecto intraoperatorio y la solución quirúrgica utilizando injertos cartilaginosos para reponer las cruras laterales resecaadas y un escudo de Sheen.

En la **Imagen 2** se pueden observar las imágenes pre y posoperatorias.

### Rinoplastía redistributiva aplicada al tratamiento de la punta

La mayoría de los cirujanos experimentados en rinoplastía considera que la resección alar cefálica debe ser la mínima indispensable para resolver los asuntos estéticos en cuestión<sup>5</sup>. Si no es necesaria esta resección, no se realiza. Otros autores fijan un mínimo de ancho que se debe respetar en los cartílagos alares para prevenir los trastornos estético-funcionales: 4 mm a nivel domal y 7 mm a nivel de la crura lateral<sup>17</sup>.

Cuando se realiza una rinoplastía cerrada es importante identificar el borde caudal del cartílago alar, para poder medir la cantidad de cartílago lateral inferior que se está dejando sin resecar. Esta identificación puede resultar difícil y, de alguna manera, la medición va a ser siempre aproximada. En los casos de rinoplastía abierta o delivery, los cartílagos laterales son identificados "a simple vista" y ello permite un respeto más controlado de la sección/resección. Según nuestro criterio, evitar las incisiones intercartilaginosas en la rinoplastía abierta puede también ayudar a prevenir el colapso alar.

Adicionalmente, pensamos que la resección del borde cefálico alar en la porción más lateral, realmente aporta poco al cambio estético, salvo que esta porción presente una convexidad céfalo-caudal que "abulte" la región alar lateral.

Los cartílagos alares deberían ser mayormente modelados y rearmados con técnicas de sutura e injertos cartilagosos. Los intentos de Goldman<sup>8</sup> de lograr un refinamiento de la punta preservando la crura lateral con su técnica de división de los domos, han sido luego abandonados debido a los bordes cartilagosos que se podían observar en los pacientes, especialmente aquellos de piel delgada. Sin embargo sentó las bases de la preservación cartilaginosa, que luego serían utilizadas por diferentes autores para lograr el efecto de refinamiento con técnicas de sutura transdomal e interdomal sin resección cartilaginosa.

La convexidad alar lateral, la punta bulbosa, boxy tip o trapezoidal y las concavidades alar-laterales, representan retos creativos a la hora de encontrar una solución estética sin utilizar técnicas resectivas, que llevarían invariablemente a un colapso alar. Las soluciones más populares para estos problemas son:

- Suturas transdomales e interdomales de Tardy<sup>9</sup>.
- Suturas de colchonero" de Gruber<sup>10</sup>.
- "Lateral crural strut graft" de Gunter<sup>11</sup>.
- Suturas vectoriales de Tebbetts<sup>12</sup>.
- Turnover de crura lateral<sup>13</sup>.
- "lateral crural overlay" de Kridel<sup>14</sup>.

Todas estas técnicas innovadoras han tenido la suficiente creatividad como para lograr solucionar el problema propuesto, sin resecciones y manteniendo la estructura funcional.

Los pilares básicos en donde se apoyan este tipo de soluciones son dos: técnicas de sutura e injertos de cartílago. Este es el principio de la rinoplastia redistributiva.

### **Tratamiento del colapso alar derivado de la cirugía resectiva**

Cuando el daño ya fue hecho, es decir, en aquellos pacientes en donde existe un colapso alar como consecuencia de una cirugía resectiva, el tratamiento está dirigido a la restitución anatómica, es decir, a devolver los cartílagos resecados en la cirugía previa, generar un aumento de la rigidez de la pared lateral o mantener abierta, de una manera creativa, la válvula nasal externa e interna.

Existen diferentes variantes para lograr esta restitución anátomo-funcional. Las más populares son:

- Lateral crural strut graft descripto por Gunter<sup>15</sup>.
- Batten graft descripto por Toriumi<sup>16</sup>.
- Reconstrucción en alas de gaviota de Pedroza<sup>17</sup>.
- Expansores laterales (spreader graft) de Sheen<sup>18</sup>.

- Colgajo en J de Gutiérrez y col.<sup>19</sup>.
- Splay Graft de Guyuron<sup>20</sup>.

Nuevamente, las técnicas de sutura y los injertos cartilagosos son los elementos en los cuales se basan las reparaciones quirúrgicas.

Los injertos cartilagosos pueden obtenerse básicamente de 3 lugares: septum remanente, oreja y costilla. Las características de elasticidad, memoria, capacidad de modelado, entre otras propiedades, son diferentes según el sitio dador.

El cartílago septal tiene la ventaja de encontrarse en el mismo campo quirúrgico y de resistir eficientemente a los vectores de torsión. Sin embargo, tratándose de pacientes operados en la mayoría de los casos, puede no existir tal remanente cartilaginosa. Además, algunas estrategias quirúrgicas requieren que el cartílago sea flexible, en cuyo caso éste no sería el indicado.

El cartílago de oreja tiene la desventaja de requerir mayor tiempo quirúrgico, utilizar otra incisión y presentar cierta curvatura natural que puede interferir en la técnica que se va a utilizar. La flexibilidad cartilaginosa única de este tejido auricular puede ser tomada también como ventaja en algunas técnicas. Excepto algunos aislados casos de múltiples cirugías previas, en la mayoría de los casos encontramos cartílago auricular sin mayor complejidad.

El cartílago costal es una fuente "infinita" de cartílago. Otra ventaja (y desventaja también) es que se trata de un cartílago firme, que no admite curvaturas (excepto la natural). Esta rigidez se puede explotar en los casos de necesitar proyectar la punta en forma muy significativa. En las mujeres, la incisión en el pliegue submamario se disimula más fácil que en la mujer (ver **Imagen 9**).

En las mujeres, la incisión en el pliegue submamario se disimula más fácil que en el hombre (ver **Imagen 9**).

No se puede afirmar que exista un cartílago ideal, sino que, para cada tipo de problema y estrategia quirúrgica, cada cirujano elige la fuente de cartílago que considera óptima.

### **2) Trastornos por resección exagerada del dorso nasal**

La resección exagerada del dorso nasal produce importantes consecuencias estéticas y funcionales.

#### **Consecuencias funcionales:**

- Colapso de la válvula nasal interna.

#### **Consecuencias estéticas:**

- Silla de montar (resección cartilaginosa y ósea).
- Desproyección del radix (resección ósea alta).

Las resecciones dorsales exageradas son motivo de consulta habitual en pacientes que solicitan rinoplastia secundaria. Cuando la resección osteocartilaginosa dorsal fue realizada por demás, el aspecto excava-

do hace lucir una forma poco natural de la nariz. Esta resección también puede ser responsable de la rotación ascendente de la punta de forma indeseada.

Los casos de resección ósea alta que alcanzan el radix dejan un resultado antiestético notorio, una nariz que aparenta estar hiperproyectada, aunque realmente no lo esté. El dorso suele lucir ancho, por la dificultad de hacer un estrechamiento lo suficientemente importante para la resección dorsal realizada, y el radix queda en una posición inferior y desproyectado.

#### **Prevención del colapso en las cirugías resectivas del dorso**

Es difícil establecer el motivo que lleva al cirujano a realizar este tipo de resección. Una explicación posible es que en la cirugía se ha intentado llevar el dorso a una altura adecuada, en relación a la proyección de la punta, sin modificar esta última, con la finalidad de producir un agradable break de suprapunta.

Para prevenir esto es importante entender un concepto clave: la punta nasal se modifica siempre, incluso en los casos de rinoplastia cerrada, en donde aparentemente "no tocamos la punta". La explicación es que muchos pacientes sustentan la proyección de su punta ayudados por la proyección del cartílago cuadrangular. En cuanto resecamos la primera tira de cartílago cuadrangular del dorso, la giba desciende y la punta también. En la evaluación intraoperatoria sigue apareciendo la incongruencia dorso-punta, que nos obliga a seguir descendiendo el dorso, cerrando el círculo vicioso. Finalmente no se logra un quiebre de suprapunta adecuada y el dorso ya fue descendido por demás. Adicionalmente, la desproyección obtenida de la punta modifica su forma hacia la indefinición y la convexidad.

El control de la punta resulta, en consecuencia, elemental para cualquier tipo de rinoplastia. Este control se puede realizar por técnicas abiertas o cerradas. El uso de poste columelar para el control de la punta puede ser necesario en la mayoría de los casos<sup>21</sup>. Nosotros preferimos la vía de abordaje abierta, en la gran mayoría de los casos.

Las resecciones osteocartilaginosas dorsales deben ser resecadas hasta alcanzar la altura adecuada. Los trabajos de Byrd son los más representativos a la hora de fijar la proyección adecuada del radix (9 a 14 mm), dorso (18-22 mm) y punta nasal (28-32 mm), para resultados estéticos agradables y balanceados<sup>22</sup>.

Cuando la giba osteocartilaginosa es importante, la resección de los cartílagos laterales superiores debe ser cuidadosa para evitar su caída hacia la fosa nasal y obstrucción secundaria. Diversos trabajos publicados mencionan la necesidad de reconstruir la bóveda nasal media, luego de una resección dorsal importante. La reconstrucción con

injertos expansores (spreader graft) puede ser utilizada de rutina en estos casos.

#### **Tratamiento de las consecuencias producidas por la resección exagerada del dorso**

La reconstrucción de la válvula nasal interna puede ser resuelta con injertos expansores (spreader graft) y/o con otra serie de injertos cartilagosos, como son el splay graft, butterfly graft, etc. Todos ellos buscan de alguna forma la lateralización de los cartílagos triangulares y/o el aumento de su resistencia. Cuando la resección dorsal deja un defecto estético evidente, se requiere la restitución anatómica hacia parámetros anatómicos estéticamente agradables. En la **Imagen 5** se pueden ver casos de restituciones a nivel dorsal medio y radix.

En los casos expuestos, la reparación fue realizada con injertos autólogos costales y septales. No obstante, en la literatura existen autores que pregonan el uso de injertos sintéticos, tales como el Porex, el metacrilato y la silicona sólida. Cada técnica tiene, inherente, alguna complicación. En el caso de los injertos cartilagosos, los bordes deben ser bien biselados para prevenir que sus relieves sean evidentes. Una vez más, la piel gruesa del paciente nos va a ayudar y una piel delgada nos va a dejar más en evidencia si existiera una imperfección. Los injertos sintéticos tienen riesgo de extrusión, como complicación más habitual.

#### **3) Trastornos por resección de piel y mucosa vestibular**

Otro aspecto a tener en cuenta es la preservación de la mucosa nasal, que permite suavizar la transición entre los cartílagos laterales superiores y el cuadrangular.

Las ventajas de la vía extramucosa se encuentran ampliamente demostradas. Las cirugías resectivas generalmente no conservan la integridad de la piel y la mucosa vestibular. En algunos casos, la disección del dorso se realiza directamente seccionando la continuidad del mucopericondrio que existe entre el cartílago cuadrangular y los cartílagos triangulares. Esto puede traer aparejada la caída de los cartílagos triangulares hacia la fosa nasal, generando una obstrucción valvular. También puede resultar en una cicatrización con sinequias vestibulovalvulares.

En otros casos, la típica resección de alar cefálico va acompañada de la resección de parte de la piel subyacente. Las consecuencias son negativas: estenosis vestibular y retracción alar, funcional y estéticamente, respectivamente (ver **Imagen 8**).

Esquemáticamente, una cirugía resectiva sin respeto de la piel y la mucosa vestibulonasal tiene las siguientes consecuencias funcionales y estéticas:

### Consecuencias funcionales

- Colapso valvular por sinequias vestibulares.
- Estenosis valvular cicatrizal.

### Consecuencias estéticas

- Retracción alar.
- Pinzamiento nasal.

### Prevención de la resección de la piel y la mucosa vestibulonasal

Se recomienda, en todos los casos, tanto de rinoplastia abierta como cerrada, la disección por planos extramucosos. En la **Imagen 6** se puede ver la disección extramucosa realizada en forma correcta, diferenciando claramente los cartílagos laterales superiores del cartílago cuadrangular, para poder trabajar con cada cartílago en forma independiente y separada del mucopericondrio.

En los casos de resección alar cefálica por vía cerrada transcartilaginosa e intercartilaginosa, se recomienda la adecuada separación, tanto de la piel nasal externa como de la piel vestibular. La resección debe limitarse al tejido cartilaginoso, sin exéresis de piel vestibular.

### Tratamiento de los trastornos por resección de piel y mucosa vestibular

Las correcciones de los trastornos derivados de la cirugía resectiva a nivel de la piel y la mucosa vestibular son complejas. Las sinequias en la válvula interna difícilmente se corrijan con una simple sección mucosa. La separación de los tejidos con splint, placas radiográficas y otros separadores temporarios puede ayudar, especialmente si las estructuras no tienden al contacto, pero la formación de una nueva sinequia es lo que más probablemente ocurra a este nivel valvular. Los injertos de piel libre pueden utilizarse con éxito para el lecho cruento que se produce luego de la separación de las estructuras sinequiadas. Más efectivos parece ser los injertos compuestos de piel y cartílago, obtenidos de la oreja (concha auricular, cimba o fosa navicular).

Para la retracción de las alas nasales se pueden utilizar injertos cartilagosos de borde caudal (alar rim graft). También están descriptos los injertos separadores de los cartílagos alares.

### 4) Trastornos por debilitamiento del soporte nasal (sin su reparación)

La disección quirúrgica que se realiza durante una rinoplastia también tiene consecuencias estéticas y funcionales. Un ejemplo de esto lo constituye el hecho de que la simple disección dorsal puede dar lugar a un edema de suprapunta ("poly beak") con una consecuencia estética importante. La técnica "poly

beak" de rinoplastia abierta requiere mayor disección. En estos casos la sola separación de las estructuras cartilagosas interrumpe importantes elementos de sostén nasal. Está ampliamente demostrado que la simple disección cartilaginosa conlleva a una desproyección de al menos 2 mm en la punta nasal.

Las fuerzas cicatrizales contráctiles siguen actuando en la nariz meses y años luego de la intervención quirúrgica. Estas fuerzas deben ser bien soportadas por las estructuras nasales sin deformarse. Nuevamente, las técnicas que brindan soporte en la nariz utilizan suturas especiales e injertos cartilagosos. La colocación de un vástago columelar, además de otras funciones (control de la punta, proyección, simetría, etc.) otorga un soporte de la punta que puede resistir el paso del tiempo<sup>23</sup>.

El concepto de *rinoplastia redistributiva* aplicado al soporte nasal implica realizar una intervención quirúrgica utilizando técnicas que brinden un soporte nasal adecuado, para prevenir que las fuerzas cicatrizales realicen modificaciones imprevistas en el mediano y el largo plazo.

Los tratamientos que devuelven la estructura nasal son múltiples y se adecuan a cada paciente según la patología que se presente. La estrategia es siempre devolver un soporte anatómico suficiente y estéticamente agradable. En la **Imagen 4** se puede observar un caso de rinoplastia terciaria que hemos realizado, en donde comprobamos que la separación de las cruas medias y mediales realizadas en las cirugías previas no habían sido resuturadas ni soportadas por un vástago, generando una separación lenta y progresiva que, con los años, llevó a una rotación ascendente de la punta, dejando un resultado no estético.

La estrategia de reparación fue, consecuentemente, colocar los soportes cartilagosos suficientes para su reparación (ver resultados en **Imagen 3**).

### 5) Trastorno por resección exagerada del ala nasal en la cirugía de la base alar

La cirugía de la base alar representa un conjunto de técnicas que procuran mantener la armonía de la base nasal respecto al resto de la nariz y respecto a los planos faciales.

Las variantes de cirugía de la base alar han sido descripta desde 1892 por Weil<sup>24</sup> y posteriormente en el tratado de Joseph<sup>25</sup>, que fue continuado por Aufrecht en 1943<sup>26</sup>.

Las medidas antropométricas permiten distinguir cuál es el exceso que se debe corregir y resulta fundamental para planificar la corrección a realizarse. Puede decirse que la base alar es ancha cuando la distancia interalar<sup>27</sup> es mayor a la distancia intercantal o cuando el ala nasal sobrepasa la línea vertical

alarfacial<sup>28</sup>, para Guyuron, a más de 1 mm<sup>29</sup>. Existen otras clasificaciones y maneras de medir para otros grupos raciales no caucásicos<sup>30</sup>.

Debe considerarse que todas las técnicas que disminuyan la altura del dorso nasal y desproyecten la punta producirán un efecto de ampliación de las alas nasales, comparable a lo que sucedería si se retirara el soporte de una carpa triangular.

Es por eso que diversos autores opinan que la base alar debe ser corregida aproximadamente en el 90%<sup>31</sup> de los casos, aunque otros calculan que es necesario sólo entre el 15% a 20%<sup>32,33</sup>.

Por lo tanto, una premisa fundamental es realizar este paso de la cirugía sólo al finalizar todos los otros pasos de la rinoplastia. Haber resuelto, primeramente, la posición de la columela y asegurarse del alineamiento del cartílago cuadrangular, es fundamental para comenzar con este paso.

Básicamente existen cuatro técnicas fundamentales que se utilizan: la resección del exceso de ala nasal, mediante incisión externa; la resección de la base vestibular mediante incisión interna; la reducción del piso nasal mediante incisión vertical y el colgajo de avance V-Y<sup>34</sup>, o la combinación algunas de ellas. La decisión respecto de qué técnica deberá realizarse, puede ser evaluada en consultorio mediante las mediciones fotográficas, pero debe ser reevaluada en quirófano una vez completados todos los pasos previos. Como en otros ejemplos, no existe una única receta a aplicar en todos los pacientes, sino que debe realizarse lo apropiado para el caso en cuestión. Nuevamente, en este paso quirúrgico, intentar forzar una u otra indicación para evitar una cicatriz externa o por rutina, llevará a efectos estéticos indeseables.

El colgajo de avance V-Y debe realizarse en los casos en que no puede obtenerse el efecto deseado con las otras técnicas y debe ser cuidadosamente dialogado con el paciente, dada la cicatriz lateral al ala nasal que queda, aunque en los últimos tiempos se ha ido utilizando, en mayor medida, asociado a dermoabrasión cutánea en el postoperatorio, lo que permite disimular más aún la cicatriz externa<sup>35</sup>.

Otra premisa fundamental es que debe evitarse cualquier tipo de resección exagerada de la base alar, ya que las complicaciones estéticas y funcionales son de difícil solución. Es recomendable diferir una eventual resección no segura ante cualquier duda y completarlo a las 6 a 8 semanas posteriores, de ser necesario<sup>36,37</sup>.

La marcación del área a reseccionar, las mediciones simétricas, la ubicación de la incisión externa a 1 mm

del surco nasolabial, procurar el uso de sutura 5/0 ó 6/0 y, fundamentalmente, mantener la continuidad del margen alar, son aspectos fundamentales para ocultar la cicatriz y provocar un efecto natural.

Es imprescindible evitar la resección en profundidad que pudiera incluir la musculatura, para evitar cortar las ramas alares de la arteria angular, que combinada con la incisión columelar puede llevar a problemas por falta de vascularización<sup>38</sup>.

La resección exagerada de ala nasal lleva a una indisimulable desarmonización nasal. La resección de la base vestibular puede llevar a estenosis de difícil solución y a la deformidad en gota o Q. Según Sheen, las incisiones deben respetar la unión alamejilla<sup>39</sup> (ver **Imagen 7**).

#### IMAGEN 7

Línea exacta de unión ala-mejilla que se debe respetar para un resultado más natural en la cirugía de la base alar.



De no hacerlo se corre el riesgo de producir una deformidad que nosotros denominamos "nariz prestada", en donde la impresión visual es de una nariz que está "colocada" en la cara, producto de la pérdida de la transición natural que presenta el ala con la mejilla. Este último punto es, tal vez, una de las premisas fundamentales que debe cuidarse para mantener la naturalidad nasal.

La resolución de los trastornos de exceso de resección requiere la realización de colgajos de avances o injertos compuestos con cartílago y piel, que son complejas de realizar y dejan indisimulables cicatrices no deseadas.

#### Consideraciones finales

Por algún motivo, en tiempos pasados, tener una nariz con estigmas quirúrgicos evidentes no era tan problemático. Evidentemente, los tiempos han cambiado y ya no resulta agradable el aspecto de "surgical look". Contrariamente, los pacientes exigen claramente no llevar estos estigmas en el posoperatorio.

Hoy en día, en el consultorio, se percibe el temor de los pacientes por un resultado "antinatural"; utilizan como ejemplo a reconocidas figuras del mundo del espectáculo local e internacional. Algunos pacientes, incluso, perciben la rinolalia cerrada producida por la obstrucción nasal de estas estrellas.

En los últimos años las exigencias de los pacientes

y los profesionales por obtener resultados estéticos agradables, que luzcan naturales, que mantengan la función ventilatoria y cuyos resultados perduren en el tiempo, han llevado a buscar técnicas más sofisticadas que la simple cirugía resectiva.

Invariablemente algún cambio se requería. Evidentemente la rinoplastía resectiva ya dejó de ser una opción para convertirse en lo que "no se debe hacer".

Si observamos los trabajos sobre rinoplastía publicados en los últimos años en la bibliografía internacional, vemos la gran tendencia a prestar atención a las consecuencias funcionales y a perseguir un resultado natural, sin estigmas quirúrgicos. El concepto de rinoplastía redistributiva no nació como tal, sino que fue el producto de un cambio de paradigma apoyado en estas ideas.

### Conclusiones

Hubo un cambio de paradigma gestado hace aproximadamente evidente. La concepción de la rinoplastía pasó de técnicas más resectivas a técnicas que mantengan la arquitectura de soporte nasal: rinoplastía redistributiva.

Las ventajas más importantes de la rinoplastía redistributiva son:

- Se pueden obtener resultados naturales sin aspecto de "surgical look".
- Permite mantener o mejorar la función ventilatoria nasal.
- Mantiene los resultados en el largo plazo, menos expuesto a las fuerzas retráctiles.

La desventaja principal de la rinoplastía redistributiva es que requiere de una preparación específica por parte del cirujano y una formación intensiva en esta área. Es decir que el cirujano debe especializarse técnicamente en la cirugía de la nariz, en sus aspectos funcionales y estéticos.

### Bibliografía

- 1- Romo T 3rd, Soliemanzadeh P, Choe KS, Sclafani AP. Reduction structured rhinoplasty. *Facial Plast Surg.* 2003 Nov;19(4):317-23.
- 2- Brenner MJ, Hilger PA. Grafting in rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009 Feb;17(1):91-113, vii.
- 3- Kuhl BS, Taylor CO. Rhinoplasty: contemporary management of the nasal tip. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991 Sep;49(9):947-56.
- 4- Sheen JH. Rhinoplasty: personal evolution and milestones. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Apr;105(5):1820-52; discussion 1853.
- 5- Richard Davis, MD. Ballenger's otorhinolaryngology: head and neck surgery. 2009. Chapter 53. Page 634.
- 6- *Clin Plast Surg.* 1977 Jan;4(1):131-44. Current concepts of rhinoplasty. Rees TD.
- 7- Whitaker EG, Johnson CM Jr. The evolution of open structure rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2003 Jul-Aug;5(4):291-300.
- 8- Goldman IB. The importance of the mesial crura in nasal-tip reconstruction. *AMA Arch Otolaryngol.* Feb 1957;65(2):143-7.
- 9- Tardy ME Jr, Patt BS, Walter MA. Transdomal suture refinement of the nasal tip: long-term outcomes. *Facial Plast Surg.* 1993 Oct;9(4):275-84.
- 10- Gruber RP, Friedman GD. Suture algorithm for the broad or bulbous nasal tip. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Dec;110(7):1752-64; discussion 1765-8.
- 11- Gunter JP, Friedman RM. Lateral crural strut graft: technique and clinical applications in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1997 Apr;99(4):943-52; discussion 953-5.
- 12- Tebbetts JB. *Plast Reconstr Surg.* haping and positioning the nasal tip without structural disruption: a new, systematic approach. 1994 Jul;94(1):61-77.
- 13- McCollough EG, Fedok FG. The lateral crural turnover graft: correction of the concave lateral crus. *Laryngoscope.* 1993 Apr;103(4 Pt 1):463-9.
- 14- Kridel RW, Konior RJ. Controlled nasal tip rotation via the lateral crural overlay technique. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991 Apr;117(4):411-5.
- 15- Gunter JP, Friedman RM. Lateral crural strut graft: technique and clinical applications in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1997 Apr;99(4):943-52; discussion 953-5.
- 16- Toriumi DM, Josen J, Weinberger M, Tardy ME. Use of alar batten grafts for correction of nasal valve collapse. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Aug;123(8):802-8.
- 17- Pedroza F Anjos GC, Patrocinio LG. Seagull wing graft: a technique for the replacement of lower lateral cartilages. *Arch Facial Plast Surg* 2006; 8(6): 396-403.
- 18- Sheen JH: Spreader graft: A method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 73:230-239, 1994.
- 19- V. Franco Gutiérrez, J. P. Rodrigo Tapia, M. P. Cuesta Albalad. El colgajo en "J" de la crus lateral del cartílago alar en el tratamiento del colapso de la válvula nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006; 57: 350-354.
- 20- Guyuron B, Michelow BJ, Englehardt C. Upper lateral splay graft. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Nov;102(6):2169-77.
- 21- Chinski, H. Chinski, L. Uso del vástago columelar en Rinoplastía abierta. Nuestra Experiencia y Revisión. *Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología.* May 2009. 16(1): 33-8.

22- Byrd HS, Hobar PC. *Rhinoplasty: a practical guide for surgical planning*. *Plast Reconstr Surg*. 1993 Apr;91(4):642-54; discussion 655-6.

23- Chinski H, Chinski L. *Rinoplastía en punta nasal caída. Estrategia y técnica quirúrgica*. *Revista Rinología y Cirugía Facial*. N 4. Págs. 14-19. 2009.

24- Wier RF. *On restoring sunken noses without scarring the face*. *N Y Med J*. 1892;56:449-454.

25- Joseph, J. *Nasenplastic und sonstige gesichplastic nebst einem anhanguber mamplastik. Ein Atlas und Lehrbuch*. Berlin, Kabitsch, Leipzig, 1931.

26- Aufricht G. *A few hints and surgical details in rhinoplasty*. *Laryngoscope*. 1943;57:317-335.

27- Adamson PA, Smith O, Tropper GJ, McGraw B. *Analysis of alar base narrowing*. *Am J Cosmet Surg*. 1990;7:239-243.

28- Daniel RK. *Rhinoplasty*. New York, NY: Little Brown; 1993:307-312.

29- Guyuron B, Behmand RA. *Alar base abnormalities. Classification and correction*. *Clin Plast Surg*. 1996;23(2):263-70.

30- Porter JP. *The average African American male face*. *Arch Facial Plast Surg*. 2004;6:78-81.

31- David Ralph Millard, *A Rhinoplasty Tetralogy - Corrective, Secondary, Congenital, Reconstructive*. 2 *Corrective Rhinoplasty*. *Alar Wedge Resection* 1993;1:59-69.

32- Rees TD. *Aesthetic Plastic Surgery*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1980:243-273.

33- Gilbert SE. *Alar reductions in rhinoplasty*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;122:781-784.

34- Bernstein L. *Esthetic anatomy of the nose*. *Laryngoscope*. 1972;82:1323-1330.

35- Kridel RWH, Castellano RD. *A simplified approach to alar base reduction: a review of 124 patients over 20 years*. *Arch Facial Plast Surg*. 2005;7:81-93.

36- Tardy ME, Patt BS, Walter MA. *Alar reduction and sculpture: anatomic concepts*. *Facial Plast Surg*. 1993;9:295-305.

37- Tebbets JB. *Primary Rhinoplasty: A New Approach to the Logic and the Techniques*. St Louis, Mo: CV Mosby Co; 1998:481-492.

38- Bafaqeeh SA, Al-Quattan MM. *Simultaneous open rhinoplasty and alar base excision: is there a problem with the blood supply of the nasal tip and columellar skin?* *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:344-347.

39- Sheen J. *Aesthetic Rhinoplasty*. St Louis, Mo: Mosby Book Inc; 1987:252-272.



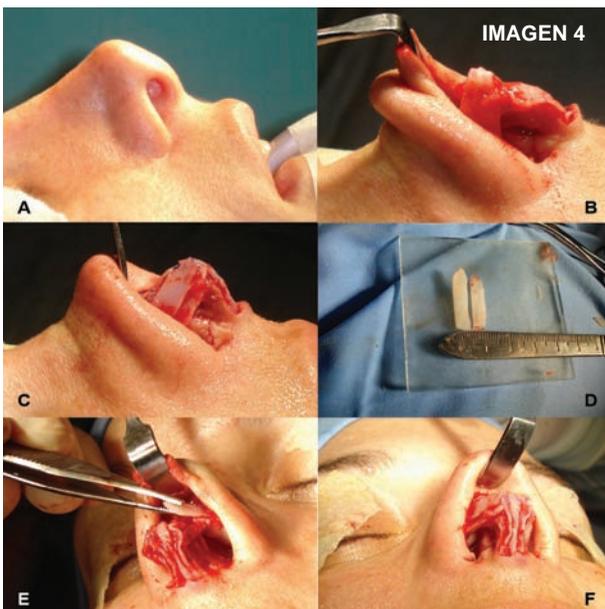
Caso de paciente con rinoplastía "resectiva" previa. La paciente consulta por colapso alar y "bossae tip". Observe el resultado 4 meses posoperatorio.



Aspecto externo e interno de una cirugía resectiva de los cartílagos alares. Observe las espículas cartilaginosas notorias (A) y su correlato interno, que evidencia la resección de todo el cartilago de la crura lateral (B). La reconstrucción anatómica incluyó la colocación de injertos de crura lateral (C) y un escudo de Sheen (D).



Caso de rinoplastia terciaria. Antecedentes de cirugía resectiva y con falta de mantenimiento de soporte de la punta. Se realizó la reconstrucción anatómica con vástago columelar y lateral crural steal. Vea resultado a 6 meses posoperatorios.



A) Aspecto nasal externo antes de la rinoplastia. Véase la retracción cicatrizal del lóbulo. B) Correlato endonasal de la falta de sustento de la punta, que llevó a su retracción cicatrizal. C) Reconstrucción anatómica de la punta con injertos cartilaginosos de crura lateral. D) Cartilagos de remanente septal utilizados. E) Colocación de los injertos. F) Aspecto final de la punta con vástago columelar.



Rinoplastia secundaria. A) y B) Antes y después de injerto de radix por rinoplastia resectiva a ese nivel. El injerto fue tomado de remanente septal y utilizado en 3 capas. C y D) Injerto de dorso con cartilago costal en cirugía resectiva de dorso.



im 6/ Disección extramucosa en la rinoplastia abierta; se está sujetando cada cartilago triangular y sus respectivos mucopericondríos septales con las pinzas Adson, y el cartilago cuadrangular se encuentra desnudo al medio, completamente disecado.

im 8/ Sinequia y estenosis de válvula nasal por cirugía resectiva.



Toma de injerto de cartilago costal. Incisión a nivel del pliegue submamario.