

Tratamiento de la bóveda ósea nasal en la rinoplastia estética

Dr. Marcelo Alejandro Rodríguez

El objetivo de esta comunicación es presentar las técnicas que más aplico para el tratamiento de la pirámide ósea, los objetivos de las mismas y sobre todo lo que debemos evitar para no generar malos resultados.

Introducción

Nos gusta decir a los rinólogos que la rinoplastia es una de las cirugías que más desafío propone para un cirujano. Esto se debe a dos motivos principalmente: el primero es que el resultado es evaluado por un jurado muy exigente y con criterios no unificados, como lo son el paciente y su entorno además de por el cirujano, cosa que no sucede en cirugías funcionales o tumorales, donde el resultado lo dictaminan principalmente el cirujano y el resultado objetivo; segundo, a que la rinoplastia no es una técnica o una estrategia, sino un conjunto de ellas y de procedimientos parciales que el cirujano va adquiriendo a lo largo de toda su carrera y va poniendo al servicio de una filosofía, lo cual desemboca en intentar lograr la mejor nariz para cada paciente. Por lo tanto, nunca una cirugía será igual a otra.

Dicho esto puedo entonces evitar el pudor de escribir sabiendo que al igual que los que leen esto y que mis colegas que escriben en esta revista, estoy en proceso de aprendizaje ya que este proceso sólo se acaba el día que abandonamos la práctica de la rinología. Por lo tanto lo que aquí presento es como enfrente hoy las duras dificultades que plantea el tratamiento de la bóveda ósea, asimismo dura por su constitución anatómica. Mañana seguramente, incorporaré nuevas herramientas.

Objetivos estéticos en el tratamiento de la bóveda nasal

La pirámide ósea nasal está compuesta por los huesos propios de la nariz, asociados en profundidad con la lámina perpendicular del etmoides, y la apófisis ascendente, o apófisis nasal del maxilar superior. Esta estructura puede y debe ser evaluada

en sus vistas de frente, de perfiles y oblicuas desde el punto de vista estético para una planificación correcta en un candidato a rinoplastia.

En la evaluación nunca debemos olvidarnos, claro, de los rasgos étnicos de los pacientes. Hablo aquí de la nariz occidental promedio, que es lo que más vemos en nuestro medio.

Frente

El balance estético del ancho de la pirámide ósea, tanto en su base como en el dorso, se logra mediante una buena relación con el ancho de la cara y el ancho de la base nasal. Hay medidas cefalométricas precisas sugeridas al respecto y su uso permanente irá apuntalando el desarrollo de una percepción de lo que es bello, lo que nos servirá como herramienta fundamental en las decisiones de las proporciones que vamos a generar en una rinoplastia, siempre respetando el deseo del paciente hasta donde esto sea posible.

En la vista de frente evaluamos los siguientes puntos:

- La simetría de la pirámide ósea.
- El ancho de la base y el ancho del dorso.
- La línea ceja punta que nos permite integrar esta región al resto de la cara.

En la foto de frente para ver la simetría podemos trazar una línea de la glabella al mentón, lo cual nos ayuda a mostrar al paciente sus asimetrías previas no percibidas (tanto nasales como faciales) y adecuar sus expectativas a la realidad.

El ancho a nivel de la bóveda ósea nasal (en la unión de los huesos propios con los cartílagos triangulares) debe ser 70 a 80% del ancho de la base de la nariz o de la distancia intercantal. Este ancho debe mantenerse a nivel de la bóveda cartilaginosa y recién ensancharse al hacer la transición en el tercio inferior hacia la base nasal. Las líneas con transiciones suaves sin irregularidades y la simetría de la

pirámide respetando las características faciales del individuo serán nuestro objetivo.

Más sutilmente, veremos cómo impacta la altura del dorso nasal en el juego de luces y sombras que determinan el grado de exposición de la mirada y la dureza o la empatía de un rostro. El impacto de la altura del dorso en la foto de frente lo evaluamos trazando la línea imaginaria ceja-punta, que es la que influye más directamente en la importancia de la mirada de frente, y debe realizarse para planificar un dorso con una curva suave ininterrumpida en esta vista. No es una línea anatómica, sino sólo una impresión visual, pero que ayuda a saber qué queremos lograr.

Perfil

La altura del dorso la determinamos respecto fundamentalmente a la proyección de la punta. Una vez establecida ésta en forma adecuada, el dorso, en una visión de perfil, idealmente debe ser una línea recta a 1 ó 2 mm por debajo de la misma. Por supuesto que no siempre lograremos ese resultado, pero debe estar entre nuestros objetivos. Si la proyección del nasal tip es normal, un dorso más bajo que 2 mm respecto a la punta puede necesitar ser aumentado, y uno dorso por encima de la proyección de la punta deberá ser disminuido.

La altura del rádx es igualmente importante de evaluar, pues si es muy profundo tiende a exagerar la altura del dorso o de la giba dorsal. En algunos seleccionados casos puede ser necesario el relleno de esta región mediante injertos.

Otras medidas necesarias para evaluar la correcta altura y dirección del dorso nasal son el ángulo nasofrontal, el nasofacial y sus triángulos estéticos derivados, para los cuales remito a la literatura pertinente para no prolongar este artículo innecesariamente.

Oblicuas

Para la evaluación del dorso se utilizan las fotos de perfil y oblicuas. Mientras en el perfil estricto debemos ver un dorso prácticamente recto desde el rádx hasta la suprapunta, en la oblicua debemos ver la suave transición de una levemente prominente región ósea hacia una levemente deprimida tanto hacia el rádx, como hacia la bóveda cartilaginosa, y luego nuevamente un ensanchamiento hacia la base nasal.

La altura del tercio superior nasal en esta vista está determinada por los huesos propios y la forma del arco que forman a este nivel. El ancho del tercio

medio es determinado por la unión de estos huesos con los cartílagos triangulares, siendo ésta la región más prominente del dorso nasal en esta vista. Cuando este ancho es excesivo debemos sospechar la presencia de un engrosamiento óseo a este nivel en forma de escudo que da origen al llamado dorso en "reloj de arena", el cual requiere ser diagnosticado pues su corrección es laboriosa y suele impedir alcanzar resultados óptimos, por lo cual debemos ofrecer un panorama realista al paciente.

En algunos casos en que el ancho de la bóveda ósea sea exagerado por una superficie lateral del hueso propio muy convexa, puede ser necesario corregir esta convexidad además de con osteotomías laterales, con osteotomías intermedias para cerrar más naturalmente un "techo abierto" generado por la osteotomía medial, como veremos más adelante.

Otros elementos de evaluación

Esta triple dimensión del dorso nasal, recta en el perfil, sinusoidal en la vista oblicua y "curva" en la de frente, confirman lo delicadamente preciso que tiene que ser el tratamiento de esta región para lograr resultados óptimos. El análisis de las fotos y su modificación mediante programas de edición digital junto al paciente son la mejor herramienta para ofrecer resultados posibles y evitar disconformidad en pacientes bien operados y con buen resultado. La experiencia nos va aportando criterio de realidad en cuanto a lo que podemos lograr versus lo que deseáramos poder lograr.

La tomografía computada (siempre presente en la consulta del rinólogo) y la palpación proveen el resto de la información para tener una idea bastante aproximada de la forma del arco óseo que vamos a encontrar y de las posibilidades reales de corregirlo. La rinoscopia y la endoscopia nos permiten un diagnóstico del rol de las estructuras endonasales en las alteraciones funcionales y estéticas.

No siempre lograremos la definición de todos los rasgos deseables en una nariz debido a características del paciente. Las características étnicas, de la piel y de la punta nasal respecto a sus posibilidades y necesidades de proyección y rotación y la forma de los domos, nos terminarán de definir la altura y el ancho de la pirámide ósea que deberemos buscar para buscar y ofrecer un óptimo y realista resultado.

Selección de paciente

La selección de pacientes, en cuanto a este tema se refiere, depende de dos factores: uno, la edad. En las personas adultas, en general es conveniente ser

conservador, ya que en general los adultos no desean un cambio de la imagen corporal (¡a diferencia de los adolescentes que desean cambios extremos!) pero además debemos evaluar el grado de posible descalcificación de los huesos, lo cual es mucho más frecuente en mujeres por encima de los 35 años. Las osteotomías sobre huesos descalcificados generan trazos de fracturas totalmente impredecibles cuando no cruicas y hasta estallidos de la pirámide, pudiendo provocarse verdaderas catástrofes que nos llevarán a reconstrucciones laboriosas.

El otro factor es el nutricional, y por el mismo motivo: la posibilidad de descalcificación en personas menores de 35 años. Estos casos se detectan con el osteótomo: al clavar el osteótomo debemos sentir a través de éste, mediante la fuerza necesaria para atravesar el hueso, la calidad del tejido que estamos tratando. En pacientes jóvenes y malnutridos (ojo con los antecedentes de desórdenes alimentarios y pacientes de población hospitalaria) no tendremos complicaciones tan severas como las mencionadas con los pacientes añosos, pero sí podemos generar fracturas excesivas que dejen la pared nasal inestable, con las complicaciones que esto conlleva. Para evitar estas complicaciones debemos realizar fracturas delicadas y en "línea de puntos" en lugar de osteotomías completas, y sobre todo respetar el periostio interno que nos servirá de sostén del hueso luego de la osteotomía, evitando desplazamientos indeseados. A veces recorro a las fracturas en tallo verde para redefinir el dorso.

En los pacientes jóvenes y sanos se pueden realizar osteotomías francas, pero siempre respetando la integridad del periostio.

Tratamiento de la pirámide ósea

Lo que debemos evitar

La porción ósea de la pirámide nasal que tratamos en la rinoplastia representada fundamentalmente por los huesos propios nasales, tiene una característica que debemos aceptar y respetar: funciona como bloques que se deben desplazar en conjunto modificando áreas relativamente grandes. Esto lo diferencia de los elementos cartilaginosos de la punta, los cuales podemos separar unos de otros y modificar milímetro a milímetro mediante resecciones parciales, pliegues o curvaturas logradas con suturas o injertos, para luego volver a juntarlos.

Para poder generar bloques y moverlos a voluntad vamos a utilizar las llamadas osteotomías laterales y mediales, así liberamos las placas óseas constitutivas de la pirámide de sus uniones a las estructuras faciales. Sólo deben quedar íntimamente

unidas estas placas óseas a los cartílagos triangulares de la bóveda cartilaginosa, para que el desplazamiento no provoque irregularidades en la forma del dorso o de la bóveda nasal. Para evitar que estos bloques generados mediante osteotomías se hundan demasiado y generen deformidades, es conveniente utilizar técnicas que respeten el periostio, pues éste actuará como principal elemento de sostén hasta la formación del calo óseo varias semanas después de la cirugía.

Al modificar la pirámide ósea en bloques, la posibilidad de sobre o subcorrecciones notorias, cuyas consecuencias sean graves para el resultado, es un riesgo latente. Más aún en las áreas donde estos bloques óseos están unidos a otras estructuras o entre sí, generándose defectos estéticos ya conocidos: por abajo, donde se continúa con los cartílagos triangulares, se puede generar el signo de la V invertida. Sucede cuando se desprende el cartílago triangular de su inserción en los huesos propios y se "hunde", quedando la bóveda cartilaginosa deprimida con respecto a la bóveda ósea. Puede ocurrir tanto por manipulación agresiva del hueso como del cartílago. Por otra parte, la resección del borde caudal del hueso propio a este mismo nivel, en general con la raspa o con osteotomías mediales agresivas, puede provocar que el borde cefálico del cartílago triangular se superficialice y se haga prominente en el dorso nasal, generando una irregularidad residual que debe ser tratada con cuidado y, acá sí, milimétricamente mediante bisturí. Recordemos que el dorso presenta naturalmente una región levemente más ancha a nivel del borde caudal del hueso propio respecto al ródix y a la región de la suprapunta, que serán sutilmente más delgadas. Por ello no debemos tampoco pretender un plano perfectamente recto en la vista oblicua, donde se hace evidente esta diferencia, pues le quitaremos naturalidad a la nariz y nos exponemos a más complicaciones en nuestro afán de rectificarlo. Pero sí las líneas deben ser siempre suaves y sin irregularidades.

Por fuera los huesos propios están unidos a la rama montante del maxilar superior. Esta última presenta una porción ósea de hueso plano que forma parte de la pirámide y hacia afuera una porción ósea que forma parte del soporte facial que presenta un grosor y una densidad óseos mucho mayores. Debemos lograr una suave transición del plano facial a la elevación de la pirámide, evitando osteotomías laterales agresivas o incontroladas que creen desniveles notorios, o escalones. Para ello es de mucha utilidad respetar el periostio interno mediante osteotomías externas discontinuas, como sugiere Tebetts.

Por arriba los huesos propios están unidos al hueso frontal de una consistencia mucho mayor, que tiene una expansión inferior, la espina del frontal, que se extiende inferiormente entre los huesos propios y obliga a prestar atención a este área para lograr una continuidad de las superficie ósea luego de las osteotomías, tanto en el plano del perfil como en el de frente. En el perfil puede ocurrir que si el osteótomo no es superficializado a medida que nos acercamos al rádx, la sobrerresección del hueso propio deje en un nivel sobreelevado el frontal, con un escalón brusco al que llamamos en forma doméstica signo del "hachazo" y que se ve como una depresión transversal cerca del rádx. En el plano frontal hacer una incorrecta osteotomía que no pase a través de la espina del frontal puede generar que dicha estructura quede sobreelevada respecto a los huesos propios que parecen hundidos en la región adyacente, generando un aspecto de raíz nasal en "V" a la altura del rádx.

El último borde óseo que nos falta abordar es el medial que une los dos huesos propios entre sí y al tabique nasal en la unión del cartílago cuadrangular con la lámina perpendicular del etmoides. Esta región presenta como complicación más probable la del techo abierto por un insuficiente tratamiento de la pirámide ósea o la de una giba residual por no advertir la prominencia que genera el cartílago cuadrangular que está debajo del hueso, que se hará aparente y prominente luego de resecar el hueso que forma el dorso con la osteotomía media.

Como vemos, la mayor parte de las dificultades y los cuidados se presentan en las uniones de los huesos propios con estructuras vecinas. Pero queda un punto más a tener en cuenta. Es la forma del arco de la bóveda ósea, la cual le da la definición estética al dorso óseo. Del cuidado que le pongamos a esta área dependerá en gran parte que consigamos un resultado mediocre, razonable o soberbio en el tratamiento del dorso. La falta de cuidado en esta zona puede provocar un "techo abierto", una giba lateral o un dorso en reloj de arena. O aún peor, algún tipo de depresión y asimetría del dorso que sólo podrá ser resuelto mediante injertos. Y no olvidemos que la altura del dorso respecto a la punta es consecuencia también de la correcta resección del dorso cartilaginoso para una correcta definición de la relación dorso/punta.

Técnicas para tratar la bóveda ósea Rinoplastia abierta versus cerrada para tratamiento del dorso óseo

La técnica cerrada la reservo para narices con bóveda ósea razonablemente simétrica, con afina-

miento progresivo de la base al dorso y gibas que presumo sencillas en su composición y que son posibles de ser modeladas con raspa y osteotomías laterales y mediales. En estos casos, con la visión que me provee el retractor tipo Aufricht, la palpación y el resultado visual me resultan suficientes para lograr mis objetivos.

Respecto de las deformidades que impliquen asimetría -ya sea previa a la cirugía, o que presumo voy a generar mediante osteotomías mediales- así como en todos los dorsos en reloj de arena, y cuando las gibas a resecar o dorsos a rebajar son importantes en cantidad, elijo la técnica abierta.

Esto se debe a que son estas narices las que más frecuentemente quedan con una giba lateral residual inadvertida intraoperatoriamente por el edema de partes blandas y que aparece a los 6-12 meses del postoperatorio como una deformidad del dorso, o que requerirán un tratamiento importante de la punta para lograr la armonía dorso/punta, ya que las asimetrías se acompañan casi siempre de cambios estructurales en los cartílagos de la punta y el dorso cartilaginoso que requerirán adaptar una solución original en cada caso. Lograr una relación dorso/punta ideal cuando se realizan transformaciones importantes requiere a veces de ajustes mínimos y no pocas veces deshacer todo lo realizado y volver a empezar, lo cual sólo me resulta posible con este abordaje que me permite el control visual de la anatomía de la nariz y no sólo del efecto cosmético logrado.

Muchas rinoplastias de revisión por deformidades menores en el dorso pueden realizarse por técnica cerrada y ser solucionadas con raspa. En estos casos el abordaje del dorso lo realizo mediante incisiones intercartilaginosas y hemitrasfixiante parcial para no alterar los mecanismos de sostén de una punta que tuvo un buen resultado. Hago el abordaje habitual para el dorso tratando cada lado de la bóveda desde la incisión del mismo lado para no agredir los tejidos blandos del dorso.

Las deformidades severas secuelas de una rinoplastia primaria las abordo por técnica abierta.

En el caso de que utilicemos una técnica abierta es importante realizar las incisiones trasfixiante e intercartilaginosas además de la marginal y la columelar, para separar el complejo de la punta del resto de la nariz. Esto nos permitirá trabajar con mucha más comodidad sobre la pirámide, sin riesgo de lesionar los elementos de la punta. Igualmente importante es el abordaje del dorso por un plano anatómico avascular, pegado al cartílago y al hueso, así

como realizar osteotomías que respeten el periostio interno para evitar la presencia de sangre en el campo quirúrgico, lo cual anularía la mayor virtud de este abordaje: la visión correcta de las estructuras.

Osteotomía medial versus raspa

El osteótomo medial es un instrumento de precisión y gran filo, por lo cual elijo usarlo cuando la giba ósea es importante y cuando hago un abordaje abierto porque éste permite el control visual de la osteotomía. Utilizo un osteótomo recto de doble guía de 12 mm. Los riesgos de este instrumental son asimetría en la resección y el signo del hachazo, que se produce cuando el corte del hueso es más o igual de profundo en el borde caudal del hueso propio que a nivel del rádix. Por ello es importante ir superficializando el filo del osteótomo a medida que nos acercamos al rádix. Estas complicaciones suelen requerir un injerto enmascarador como única solución estéticamente aceptable, aunque en los casos de asimetría leve a veces es posible compensarlo mediante raspa o fresado.

Aconsejo que los cirujanos se familiaricen precozmente con este instrumental, ya que si sólo usan la raspa al principio es difícil después perderle el miedo al osteótomo empezando con osteotomías prudentes, siempre yendo de profundo a superficial en sentido cefálico y después completar la corrección del dorso óseo con raspa. Recién luego realizar las osteotomías laterales y paramediales.

La raspa presenta la ventaja de permitirnos una reducción progresiva de las gibas óseas, evitando así los riesgos del osteótomo medial, pero su abuso también puede generar problemas. Es importante, siempre, una buena desperiostización de la cara superficial donde vamos a trabajar e intentar conservar ese periostio. El instrumento debe ser de buena calidad para lograr superficies suaves. Uso una raspa doble de carbono de tungstenia Nº 3 y 4. Siempre debe usarse antes de las osteotomías laterales debido a que estas últimas provocan una inestabilidad de la pirámide que puede ser colapsada por el uso de la fuerza con la raspa. Luego de finalizado el raspaje del dorso sugiero invertir la cara de la raspa y "peinar" las partes blandas para recoger los trozos de hueso que puedan haber quedado sueltos en las partes blandas y que si no se retiran pueden crear una irregularidad en el dorso.

En las técnicas cerradas es más fácil trabajar en un campo estrecho con raspa que con osteótomo medial, por lo que es de mucha utilidad cuando uso esta vía de abordaje.

Osteotomías externas versus internas

Las osteotomías laterales en la técnica abierta deben ser externas. En las rinoplastias cerradas depende del hábito del cirujano. Elijo siempre la externa porque es más versátil. Realizo la técnica descrita por Tebbetts y remito a dicha referencia porque está muy bien explicada en su libro y cualquier aclaración mía confundiría.

Utilizo un osteótomo de 2 ó 3 mm. Hago una pequeña incisión de la piel con bisturí. Trato de que la incisión quede en la parte menos prominente cerca de la base de la pirámide nasal y a mitad de la distancia entre el canto interno del ojo y el borde caudal de la bóveda ósea. Luego, a través de esa incisión, desperiostizo la superficie del hueso propio llevando el periostio y las partes blandas que lo recubren hacia afuera para preservar la irrigación y disminuir el hematoma postoperatorio. Hago una "línea de puntos" sobre el hueso con el vértice del osteótomo respetando el periostio interno siempre sobre hueso plano y no muy cerca de la parte facial de la rama montante del maxilar para evitar fracturas incontroladas generadas por la diferencia de grosor óseo (así evito los escalones laterales por desnivel respecto a la rama montante del maxilar y evito también el sangrado masivo), empezando en el lugar de la incisión y dirigiéndome hacia el borde libre del hueso, y luego desde el punto inicial hacia la línea media. Hago una osteotomía "baja-alta" en la gran mayoría de los casos, pero lo decido en el momento de tener el hueso expuesto en función del ancho de la base nasal. Con la osteotomía sobrepaso la línea media a nivel de la espina del frontal para evitar la V que genera en el rádix al no fracturarla correctamente. Es difícil tener complicaciones severas con esta técnica, pero es posible hacer cierres insuficientes del techo abierto en el dorso óseo, por lo cual deberemos estar atentos a esta posibilidad y en ese caso podemos utilizar el recurso que presento a continuación.

Osteotomías intermedias

Muchas veces utilizo las osteotomías intermedias, ya sea en caso de asimetrías o laterorrinias, así como en arcos óseos dorsales muy convexos en la pared lateral de la bóveda ósea. Estas las realizo igual que las laterales externas y por la misma incisión pasando por la región más convexa de la pared lateral de la bóveda ósea. En el caso de utilizarlas para corregir una laterorrinia la utilizo unilateralmente. En caso de utilizarlas para corregir una nariz excesivamente ancha (rara vez) la utilizo en forma bilateral. Si van combinadas con osteotomías laterales primero se realiza la osteotomía intermedia y

luego la lateral, ya que esta última genera mayor inestabilidad.

Osteotomías paramedianas

Son las osteotomías que se hacen a los lados de la línea media (paraseptales). Sirven para separar la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago cuadrangular de los huesos propios, por lo cual es de mucha utilidad en las llamadas twisted nose, en las laterorrinias y en las desviaciones septales altas. Además completan la liberación de las "placas" que conforman la pared de la bóveda nasal, permitiendo cerrar mejor los "techos abiertos" que quedan, sobre todo, en narices con grandes gibas dorsales o muy anchas en el dorso. Fuera de estas indicaciones, no es imprescindible realizarlas, por lo cual no es un paso obligado en las rinoplastias. Las realizo empezando por el borde caudal del hueso propio y pegado al cartílago cuadrangular y voy lateralizándolas levemente al llegar al ródix para hacerlas coincidir con las osteotomías laterales que realicé antes. El resultado estético y funcional que brindan cuando están indicadas es invalorable. Utilizo un osteótomo recto sin guía de 6 mm.

Utilización del fresado

Hallo de mucha utilidad el fresado del hueso para terminar de modelar un dorso. Deben tomarse los mismos cuidados que con el fresado de la mastoides, sobre todo la irrigación permanente y la utilización de fresas adecuadas para evitar el sobrecalentamiento del hueso que puede llevar a una osteítis. Además deben protegerse las partes blandas mediante el uso de retractores adecuados.

Es conveniente la familiarización progresiva con el fresado y nunca confiarse demasiado, recordando que los huesos propios son huesos planos. Es conveniente, las primeras veces, usar fresas de muchas paletas para no hacer agujeros o depresiones insalvables en el hueso.

La utilización de la fresa se realiza al final del tratamiento de la bóveda ósea, una vez terminadas las osteotomías y acomodadas las paredes óseas en su posición definitiva. La utilizo para regularizar las superficies o para corregir asimetrías. Es especialmente útil cuando hay un dorso en reloj de arena. En estos casos solemos encontrar una especie de placa ósea en la unión de la bóveda ósea con la bóveda cartilaginosa, que incluso es más ancha cerca del dorso que de la base de la nariz, y que no es posible resecar completamente mediante la osteotomía medial sin provocar un dorso demasiado bajo, o un dorso excesivamente ancho, como si fuera un

techo abierto. En estos casos el fresado es inmejorable para tallar ese hueso.

De igual manera, cuando la osteotomía medial fue importante, suelen quedar unas puntas en la parte más medial del borde caudal del hueso propio a ambos lados de la línea media, que producen un aspecto de techo abierto sin serlo. En ese caso rebajar esas puntas con fresado progresivo permite modelar un arco más suave y convexo. Permite también corregir las irregularidades que, aunque no se vean, pueden palparse, y eso genera más satisfacción en el paciente.

Como con la pieza de mano no es necesario ejercer fuerza, se puede usar después de las osteotomías laterales, ya que no genera riesgo de desplazamiento de las paredes movilizadas. Su mayor inconveniente es que genera más edema postoperatorio y retrasa la resolución del mismo.

Utilización de injertos

Los injertos de dorso son un noble recurso en caso de ser necesarios, pero aun así debe evitarse su uso todo lo que sea posible. Al igual que el resto de los injertos superficiales tienen una gran dependencia, para su eficacia, de la calidad de la piel. En las pieles finas la tendencia a mostrar malos resultados es mucho mayor que en las pieles normales.

En la zona del radix la piel suele estar separada de la superficie ósea, lo cual permite esconder el extremo superior de un injerto de dorso evitando que se note su presencia. En cambio, en la zona del extremo caudal del hueso propio, la piel es muy delgada y esto hace evidente cualquier irregularidad en el tallado de un injerto. La zona de la suprapunta, al igual que el ródix, suele esconder bastante bien el extremo inferior de un injerto, pero debe lograrse una buena proyección de la punta durante el tratamiento de la misma, pues de lo contrario la presencia del injerto de dorso puede generar una giba.

Dicho esto pasamos a la indicación del uso de injertos. Los injertos de dorso pueden usarse por dos motivos: para suplementar un dorso anormalmente bajo o para enmascarar irregularidades marcadas en un dorso que fue tratado mediante osteotomías. En el primer caso puede ser que necesitemos usar injertos en narices en silla de montar o en rinoplastias secundarias donde se realizaron sobrerresecciones del dorso, las que crearon una desproporción en la relación dorso/punta. En el segundo existen narices que, al resecar la giba, quedan excesivamente anchas, y a veces -en el afán de afinarlas- terminamos generando depresiones o asimetrías marcadas en el

Fotos A y B. Caso 1.



dorso por la exposición de la mucosa nasal a nivel de la bóveda ósea. A veces, las osteotomías parciales paramedianas para resecar el hueso en el área de unión de la lámina perpendicular del etmoides con el hueso propio pueden crear fracturas irregulares que dejen un dorso inapropiado. En estos casos el enmascaramiento puede brindarnos un buen recurso para dejar una superficie armónica.

El material que utilizo es cartílago septal. El tallado del mismo debe ser cuidadoso, realizando bisel laterales para generar el aspecto de arco convexo natural del dorso y teniendo en cuenta que debe ser ligeramente más ancho en la región del rinion que en el rádix o en el área de la suprapunta. El ancho del mismo y el largo se adaptan a la nariz de cada paciente, intentando lograr una continuidad con las superficies adyacentes.

La fijación la realizo mediante puntos a piel que son retirados a las dos semanas después de la cirugía, sin anudarlos nunca, que me mantienen el injerto en posición mediante el uso de tela adhesiva que los fijan en la superficie.

Si a los seis meses aparece alguna irregularidad en el injerto, es razonablemente sencillo sacarlo en quirófano a través de una incisión intercartilaginosa, volver a tallarlo y colocarlo en el bolsillo que ya está formado, sin necesidad de volver a hacer el punto de fijación.

Fotos C. Caso 2.

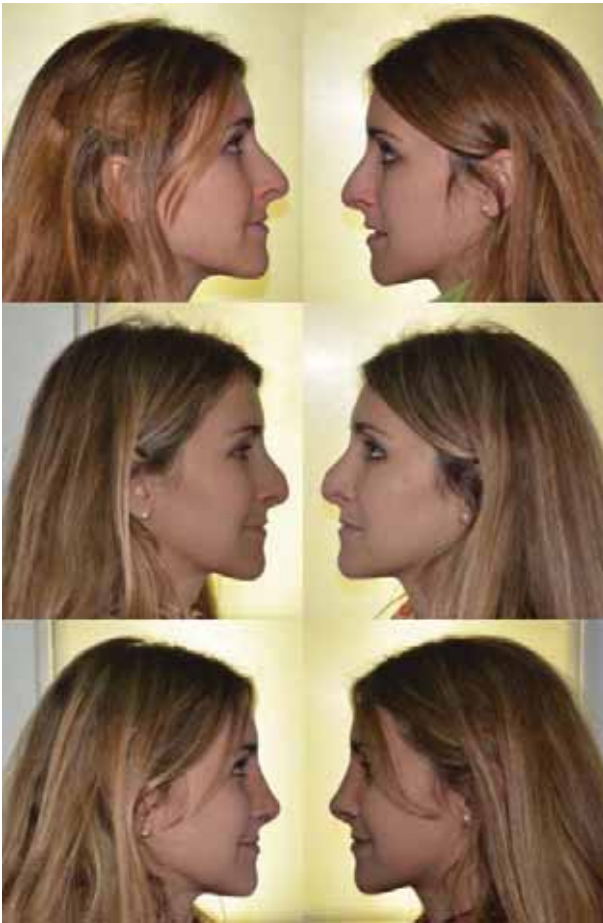


Casos clínicos

Caso 1: dorso nasal tratado por rinoplastia cerrada con raspa y osteotomías laterales. Fotos A y B

Caso 2: dorso nasal tratado por rinoplastia abierta mediante osteotomías mediales, laterales y fresado. Foto C.

Caso 3: Fotos línea 1: paciente en primera visita al consultorio. Fotos línea 2: se realizó rinoplastia cerrada con otro cirujano. A los 6 meses presentaba un PollyBeak. Realizamos una rinoplastia secundaria por abordaje abierto y tenía subcorregido el dorso cartilaginoso y sobre corregido el dorso óseo, por lo cual la única solución aceptable fue colocar un injerto de cartílago en dorso: fotos línea 3 postoperatorio de rinoplastia secundaria. Foto D.



Fotos D. Caso 3.



Fotos E. Caso 4.

Caso 4: Rinoplastia abierta más mentoplastia por vía endobucal. Obsérvese en la foto oblicua el sutil efecto de adelgazamiento de la bóveda cartilaginosa

respecto al punto K (unión entre hueso y cartílago). Mejora sensible de la simetría en la vista de frente y se logró la línea ceja punta curva. Fotos E.

Bibliografía

- John B. Tebbetts, M.D. Cap. 9, Osteotomías, del libro *Rinoplastia Primaria*, segunda edición, Ed. Amolca. 2008.
- Natalie P. Steele, J. Regan Thomas, Cap. 1, *Surgical Anatomy of the Nose*, del libro *Rhinology and Facial Plastic Surgery*, de Fred Stucker y otros. Ed. Springer. 2009.
- J. Ortega Lara, Cap. 2, Análisis geométrico o topográfico, del libro *Rinoplastia*, de J. Ortega Lara, Amolca, 2012.
- M. Eugene Tardy, Jr., J. Regan Thomas, Cap. 45 *Rhinoplasty*, del libro *Otolaryngology Head & Neck Surgery de Cummings*, 4ª edición, editorial Elsevier Mosby, 2005.

Fred G. Fedok y Todd W. Preston, manejo del dorso sobrereseccionado, Cap. 9 del libro *Rinoplastia de Revisión* de Daniel G. Becker y Stephen Park. Editorial Amolca, 2010.

Philip Miller y Andrés Bustillo, manejo de complicaciones relacionadas con el dorso aumentado, Cap. 10 del libro *Rinoplastia de Revisión* de Daniel G. Becker y Stephen Park. Editorial Amolca, 2010.