

ARTICULO ORIGINAL

Rinoplastia primaria y secundaria

Primary and Secondary Rhinoplasty

Dr. C. Bernardo Canto Vidal.

Dr. C. Especialista de II Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesor Titular. Profesor de Mérito. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

PhD. Terminal Professional Degree in Maxillofacial Surgery. Full Professor. Professor Emeritus. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: la rinoplastia contribuye al mejoramiento funcional y mejora la estética de los pacientes.

Objetivo: describir resultados de rinoplastias primarias y secundarias.

Métodos: estudio descriptivo realizado en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, en el que incluyeron 139 pacientes operados de rinoplastia. Se analizaron las siguientes variables: tipo de rinoplastia, tipo de anestesia, técnica quirúrgica, resultados estéticos.

Resultados: según tipo de rinoplastia, se realizaron 25 laterorríneas, 67 rinoplastias básicas y 47 rinoplastias de la punta; en las laterorríneas se utilizó una técnica quirúrgica novedosa con resultados excelentes; las rinoplastias básicas y de la punta se realizaron por la vía endonasal y abierta; se utilizó anestesia local; se realizaron 17 rinoplastias secundarias, pues fue necesario reintervenir a esos pacientes.

Conclusiones: se obtienen resultados satisfactorios en las rinoplastias utilizando anestesia local. La técnica nueva propuesta resultó satisfactoria.

Palabras clave: rinoplastia; anestesia local; procedimientos quirúrgicos reconstructivos

Límites: humanos; adulto

Recibido: 10 de septiembre de 2011

Correspondencia:

Dr. C. Bernardo Canto Vidal.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: canto@jagua.cfg.sld.cu

ABSTRACT

Background: Rhinoplasty helps improving functional and aesthetic aspects in patients.

Objective: To describe the results of primary and secondary rhinoplasty.

Methods: A descriptive study was conducted at the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital of Cienfuegos. It included 139 patients undergoing rhinoplasty. The following variables were analyzed: type of rhinoplasty, type of anesthesia, surgical technique, and aesthetic results.

Results: According to the type of rhinoplasty 25 surgeries for bent nose were performed, 67 for basic rhinoplasties and 47 for tip rhinoplasties. For bent noses a novel surgical technique was used with excellent results, the basic rhinoplasty and the tip rhinoplasty were performed through open endonasal way and local anesthesia was used. We performed 17 secondary rhinoplasties, for a second surgery was necessary for those patients.

Conclusions: Satisfactory results are obtained in rhinoplasty when using local anesthesia. The new proposed technique lead to satisfactory results.

Key words: rhinoplasty; anesthesia, local; reconstructive surgical procedures

Limits: humans; adult

Aprobado: 8 de octubre de 2012

INTRODUCCIÓN

La belleza es una luz que resplandece sobre lo que está bien configurado, son bellas las cosas que a la vista agradan; es orden y el orden confiere armonía y la armonía belleza. En ocasiones, cuando se realiza una rinoplastia primaria, aun después de un estudio minucioso buscando la armonía del rostro, puede existir incomprensión por parte del paciente y desacuerdo con el resultado, lo cual obliga a buscar mejores resultados estéticos realizando una rinoplastia secundaria. (1-3)

Los cirujanos que realizan rinoplastias deben hacer un estudio preoperatorio profundo, sobre todo en las primarias, para minimizar las causas que pudieran conducir a una rinoplastia secundaria y así mejorar la calidad de las rinoplastias primarias y disminuir las secundarias. De esta forma aumenta el grado de satisfacción de los pacientes tratados, disminuyen los riesgos quirúrgicos así como los costos de las rinoplastias. (4)

Muchos pacientes desconocen el riesgo de la anestesia general, por lo que se debe hacer una labor de convencimiento para que acepten la rinoplastia con anestesia local.

La rinoplastia primaria está indicada en las rinomegalias cuando exista una desarmonía con el rostro, en las gibas del dorso nasal, en la nariz ancha, punta nasal en ángulo agudo con respecto al labio superior, punta nasal en

forma de porrón, narinas anchas y deformidades nasales como secuelas de magulladuras. (5)

Por tales razones se realizó este estudio con el objetivo de describir resultados de rinoplastias primarias y secundarias.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de las rinoplastias realizadas desde el año 2007 al 2012 en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos.

Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a la deformidad nasal que presentaban. Se operaron 139 pacientes. La anestesia utilizada fue la local.

Para la realización de las laterorríneas se utilizó una técnica nueva, que se describe a continuación:

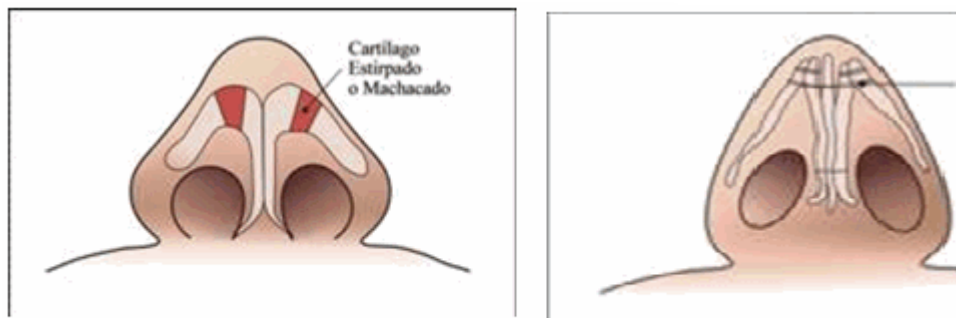
Previo uso de las infiltraciones con anestesia local, preferiblemente lidocaína al 2 %, se realizaron las incisiones de abordajes por la vía endonasal o abierta, decolado de la piel y periostio. Se realizó la osteotomía de las apófisis ascendentes. (Figura 1 y 2).

El paso siguiente fue desinsectar el tabique del vómer y recolocarlo en la línea media.

La rinoplastia de la punta se realizó mediante el abordaje endonasal. (Figuras 3 y 4).



Figuras 1 y 2. Obsérvese la osteotomía de la línea media para desarmar los huesos nasales y desinsertar el tabique del vómer para recolocarlo en la línea media.



Figuras 3 y 4. Obsérvese de color rojo el cartilago extirpado o machacado y la sutura interdómica para afinar la punta nasal.

Los injertos Onlay se utilizaron para proyectar la punta nasal, acortamiento congénito de la punta y en las puntas deprimidas, la parte donante del septum nasal fue el pabellón auricular.

No se utilizó el cartílago costal porque se contrae con frecuencia.

RESULTADOS

Se realizaron 139 rinoplastias, 122 primarias (87 %) y 17 secundarias. (Tabla 1).

Tabla 1. Rinoplastias primarias y secundarias

Tipo de rinoplastias	No.	%
Primarias	122	87
Secundarias	17	12
Total	139	100

Dentro de las rinoplastias primarias predominaron las rinoplastias básicas con 48 %, en menor medida se realizaron las laterorríneas con 17, 5 %. (Tabla 2).

Se realizaron 15 rinoplastias secundarias de la punta (25 %) y dos rinoplastias básicas (11 %). Dentro de las causas para rinoplastias secundarias predominaron la falta de modelado adecuado del hueso en el posoperatorio (29 %) y la insuficiente elevación de la punta (23 %). (Tabla 3).

Tabla 2. Tipos de rinoplastias primarias

Rinoplastias primarias	No.	%
Laterorríneas	25	17,9
Rinoplastias básicas	67	48
Rinoplastia de la punta	47	33,8
Total	139	100

Tabla 3. Causas de las rinoplastias secundarias

Causas	No.	%
Falta de modelado adecuado del hueso en el pos operatorio	5	29
Mal cuidado del paciente en el posoperatorio	2	11
Retirada insuficiente de cartilagos de la punta	2	11
Acortamiento insuficiente del largo de la nariz	1	5
Insuficiente elevación de la punta	4	23
Insuficiente modelado de los cartilagos trasplantados para buscar la armonía en las rinoesculturas	3	17
Total	17	100

A continuación se muestran algunas imágenes de las rinoplastias realizadas



Figuras 5 y 6. Observe la vía de abordaje para la rinoplastia abierta y las rodillas con los domos expuestos.



Figura 7. Vista preoperatoria. Observe la punta roma.

Figura 8. Vista posoperatoria. Observe la punta nasal reducida.



Figuras 9 y 10. Rinoplastia básica en paciente de 15 años de edad. Vista preoperatoria y posoperatoria



Figuras 11 y 12. Vista frontal preoperatoria y posoperatoria de paciente operado de laterorrínea.



Figuras 13 y 14. Vista frontal preoperatoria y posoperatoria de paciente con rinoplastia secundaria. Obsérvese la deformidad de la columela y su restauración.

DISCUSIÓN

En la rinoplastia primaria la función está unida a la parte estética, no es posible hacer una rinoplastia para dar solución solo a la parte estética, se deben resolver las dos cosas juntas.⁽⁶⁻¹⁰⁾

No podemos pasar por alto el dominio que hay que tener de la anatomía de la nariz pues de ese dominio depende el éxito de la rinoplastia, especialmente de la primaria.⁽¹⁰⁾

En los pacientes operados no se observaron dificultades de funcionamiento, y hubo conformidad con los resultados estéticos.

Con la anestesia local se logró un menor riesgo quirúrgico y mayor seguridad para el paciente, disminuyendo los costos y las complicaciones de una anestesia general.

La recuperación rápida de los pacientes operados permitió hacer esta cirugía de forma ambulatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonaparte F, Coggiano A. Percepción de perfiles. Primera parte. CAO. 2010;LXVII(208):12-6.
2. Bonaparte F, Coggiano A. Percepción de perfiles. Segunda parte. CAO. 2010;LXVII(210):18-25.
3. Canto Vidal B, Fuentes Febles D. Perfiloplastia. Nuevo concepto de tratamiento. Medisur[revista en Internet]. 2009[citado 23 Ene 2011];7(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/631/817>.
4. Turrubiates Calcaneo EM, Revilla Macías DA, Vera Domínguez J, Telles Galicia DM, Marín Méndez H, Gómez Brito E. Análisis costo efectividad de la rinoplastia y rinoseptoplastia con anestesia local en el Hospital Central Militar. Rev Sanid Militar Mex. 2009;63(2):47-55.
5. Miranda N, Gil C, Gómez T, Aponte C, Celis G, Gil García C. Injerto cartilaginoso autólogo en el manejo de la proyección y rotación de la punta nasal en rinoseptoplastia. Acta Otorrinolaringol. 2007;19(2):74-81.
6. Morera Serna E, Escobar Forero CM, Pedroza Campos F, Frontera Juan G. Cambios a largo plazo de la punta nasal en pacientes intervenidos de rinoplastia primaria mediante técnica de los nuevos domos y del estandarte. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59(8):390-8.
7. Meza Pérez A. Rinoplastia. Experiencia personal. Cir Plast. 2005;15(2):100-10
8. Timperley D, Stow N, Srubiski A, Harvey R, Marcells G. Functional outcomes of structured nasal tip refinement. Arch Facial Plast Surg. 2010;12(5):298-304.
9. Jamenson J, Perry A, Ritter E. High septal osteotomy in rhinoplasty for the deviated nose. Annals of Plastic Surgery. 2006;56(1):40-5.
10. Must SP, Murakami CS. Nasal osteotomies: anatomy, planning and technique. Facial Plast Surg Clin North Am. 2002;10(3):279-85.