

Abordaje centripeto en rinoplastia abierta

Dr. Ernesto Caman-Arroyo

RESUMEN

Se presenta la secuencia paso a paso del procedimiento quirúrgico que denominamos abordaje centripeto en rinoplastia abierta. Se señala el sustento de esta propuesta, las variantes que lo diferencian de la forma cómo se realiza habitualmente la rinoplastia abierta en el mundo, así como también las ventajas que aporta para el paciente y para el cirujano.

Palabras claves: Rinoplastia abierta; Abordaje centripeto

INTRODUCCIÓN

Algunos rinoplastas (otorrinolaringólogos y cirujanos plásticos) se refieren a la rinoplastia cerrada y rinoplastia abierta como si fueran contrarios o excluyentes, cuando en realidad estos procedimientos deben entenderse como complementarios dentro del conjunto de recursos quirúrgicos con los que se cuenta para la solución integral de los problemas estéticos y funcionales de los pacientes con patología nasal. Existen especialistas que por muchos años han usado exclusivamente el abordaje cerrado y ellos afirman que con este proceder obtienen buenos resultados y que sus pacientes están satisfechos, por lo que consideran innecesario el abordaje abierto. Es probable que esto sea realmente así; pero esta actitud del no cambio nos parece que es cerrar los ojos a la evolución y al progreso, negándole al paciente la posibilidad de otras opciones que mejorarían sus resultados. Después del análisis de una práctica

por cerca de 20 años de realizar rinoplastias por vía cerrada y luego de evaluar los avances que se han logrado mediante el abordaje abierto, debemos admitir que en determinados casos es imperativo el empleo de esta vía de abordaje. En efecto, a partir de la publicación del texto 'Open structure rhinoplasty', en 1989, por Calvin Johnson y Dean Toriumi, se cambió la filosofía del abordaje abierto y con los aportes de otros excelentes cirujanos como Jack Anderson, Jack Gunter, Rod Rohrich, Nolst Trenité, Wallace Dyer, Mark Constantian, Ronald Gruber y muchos mas, ahora se entiende el abordaje abierto no como una simple vía para efectuar a cielo abierto los mismos cambios que se pueden realizar con los procedimientos cerrados; sino como el mejor medio para la reconstrucción fina y estabilización de toda la estructura nasal y especialmente de la punta nasal. Es la vía que mejor nos permite aplicar los conceptos arquitectónicos y de ingeniería como *tensegrity* y *prestressing*, que es la forma como se está entendiendo y realizando actualmente la cirugía nasal de avanzada.

Miembro titular de la SPORL y CF
Ex Jefe del Servicio de ORL del Hospital Regional de Chimbote, Áncash, Perú



Probablemente las razones por las cuales un cirujano que realiza solamente abordaje cerrado no toma la decisión de realizar abordaje abierto son principalmente dos: Primero, considerar que es un procedimiento muy traumático, de prolongada realización y que no aporta casi nada más de lo que se puede lograr con un procedimiento cerrado; y, segundo, el temor que el paciente reclame por una cicatriz externa no satisfactoria; por supuesto que estas razones se caen rápidamente cuando uno realiza las primeras operaciones abiertas siguiendo los principios fundamentales de esta cirugía.

Al momento actual, aproximadamente el 95% de las rinoseptoplastias que realizamos lo hacemos mediante procedimientos cerrados y en el 5% restante efectuamos rinoplastia abierta. Pasar del abordaje cerrado al abierto fue algo traumático en nuestra primera intervención y por ello optamos por conjugar ambas vías, que permiten avanzar cómodamente en la 'decorticación nasal' (Sercer y Padovan) en secuencias quirúrgicas conocidas para quién es entendido en rinoplastia cerrada. Esta comunicación reseña la forma como se realiza el procedimiento que hemos denominado 'abordaje centrípeto en rinoplastia abierta' y las ventajas que ofrece según nuestra experiencia.

INDICACIONES PARA RINOPLASTIA ABIERTA

Aún cuando existen rinocirujanos que proponen realizar abordaje abierto para casi todos los casos de rinoplastia, a nivel internacional existe más bien una posición mesurada y se deja el uso de este abordaje para casos especiales en los cuáles es necesario realizar un amplio trabajo sobre todo en la punta nasal. Las indicaciones aceptadas por la mayoría de expertos en cirugía nasal son las siguientes:

1. Deformidades congénitas nasales, ejemplo nariz del fisurado.
2. Cirugía de revisión extensa.
3. Secuela de trauma nasal severo.
4. Procedimientos complejos de aumento o reducción nasal.
5. Deformidades severas de la punta nasal: gran bulbosidad, asimetrías, hipoproyección.
6. Necesidad de rotación importante de la punta nasal.
7. Corrección de gran hiperproyección de la punta.

COMPLICACIONES DE LA RINOPLASTIA ABIERTA

Las observaciones que se han hecho a la rinoplastia abierta es que se trata de una operación prolongada y que presenta complicaciones que no tiene la rinoplastia cerrada. En las publicaciones especializadas se le atribuyen las siguientes complicaciones:

1. Necrosis distal del colgajo columelar
2. Defectos de la cicatriz externa
3. Edema prolongado de los tejidos blandos de la punta nasal
4. Pérdida de proyección de la punta.

El edema residual de la punta nasal se debería principalmente a la sección de los vasos linfáticos y venas a nivel de la incisión columelar. Sin embargo, es claro que el edema será mayor cuanto más se traumatizan los tejidos y cuanto mayor tiempo se expongan al trauma. Adicionalmente, los defectos de cicatrización tienen relación estrecha con la técnica empleada y con la forma como el cirujano manipula los tejidos, especialmente el colgajo columelar. Para contrarrestar estos efectos no deseables se describirá una secuencia quirúrgica del abordaje abierto que cuidando al máximo la estructura nasal que nos trae el paciente, protege al colgajo columelar exponiéndolo al trauma y manipulación operatoria por un tiempo considerablemente menor comparado con lo que ocurre durante la cirugía abierta tal como se describe y realiza habitualmente en el mundo.

ABORDAJE CENTRÍPETO: SECUENCIA QUIRÚRGICA

Casi todos nuestros pacientes son operados bajo sedoanalgesia administrada por un anestesiólogo y con anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2% con epinefrina. La secuencia operatoria se realiza en el siguiente orden:

1. Incisiones intercartilaginosas y hemitransfixiante o transfixiante, según necesidad del caso.
2. Exposición del dorso nasal cartilaginoso y óseo, a través de las incisiones anteriores.
3. Septoplastia y toma de injerto, a través de la incisión hemitransfixiante o transfixiante.

4. Incisiones marginales ampliadas a columela hasta el nivel donde realizaremos la incisión transcolumelar.
5. Decolación centrípeta de los cartílagos alares, iniciando en la crus lateral y llevando la disección hacia la crus medial bajo visión directa.
6. Incisión transcolumelar
7. Gibectomía y regularización del dorso óseo y cartilaginoso
8. Plastia de cartílagos alares
9. Colocación de injertos en columela y punta nasal
10. Osteotomías
11. Sutura de incisiones columelar e intranasales, por planos anatómicos
12. Estrechamiento de la base alar si es necesario.

Resumiendo los pasos antes enunciados, se puede afirmar que la secuencia quirúrgica comprende dos fases: una primera fase llamada de 'decorticación nasoseptal', que se ejecuta mediante abordajes cerrados, y luego de la incisión transcolumelar, una segunda fase, a cielo abierto, de 'modificación y reconstrucción estructural' de la nariz.

La incisión intercartilaginosa, con la cual se inicia la intervención, no añade mayor debilidad al soporte de la punta nasal de lo que ocasiona el abordaje abierto habitual porque esta incisión se realiza en extensión limitada (Figura 1), y porque la disección se lleva hacia lateral sobre el dorso cartilaginoso y óseo sólo hasta el nivel mínimo necesario que permite hacer la gibectomía bajo visión

directa luego de la incisión transcolumelar. Por otra parte, en el abordaje abierto como se realiza actualmente, siempre se van a comprometer el mecanismo de soporte de la punta representado por las uniones fibrosas entre borde caudal de cartilago lateral superior y borde cefálico del cartilago lateral inferior (igual que lo hace la incisión intercartilaginosa) al momento de realizar la extirpación del segmento cefálico de crus lateral e incluso algunos cirujanos efectúan la incisión intercartilaginosa al final de la operación 'para drenaje'. En nuestro concepto, no se debe tener temor a las incisiones siempre que se tenga claro los mecanismos de soporte de la punta nasal y la magnitud en que es afectado este soporte por cada una de las incisiones, para que sustentado en este conocimiento realicemos la reconstrucción y refuerzo de estos mecanismos, lo que es facilitado grandemente por el abordaje abierto. La ventaja de realizar las incisiones intercartilaginosa y hemitransfixiante o transfixiante al inicio es que permite abordar con facilidad la bóveda cartilaginosa y ósea porque el punto de intersección de ambas incisiones nos lleva directamente al ángulo septal anterior, que es donde iniciamos la decolación del dorso en un plano suprapericóndrico estricto.

La septoplastia y toma de cartilago para injerto lo realizamos a través de la incisión hemitransfixiante o transfixiante, iniciando la decolación de los colgajos mucopericóndricos con tijera de iris u otra tijera fina (Figura 2), avanzando hacia posterior con decolador-aspirador hasta dejar completa-

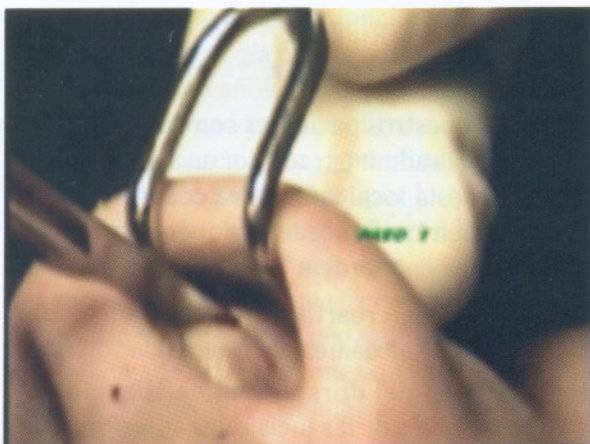


Figura 1. Incisión intercartilaginosa limitada, conectada en su extremo medial con incisión transfixiante o hemitransfixiante, según sea necesario



Figura 2. Inicio de la septoplastia usando tijeras de iris, vía la incisión transfixiante realizada en esta paciente

mente libre el cartílago cuadrangular y la lámina perpendicular si fuera necesario, para realizar las modificaciones que correspondan.

Hacemos las incisiones marginales siempre con bisturí, porque traumatiza menos que hacerlo con tijera, siguiendo de lateral hacia medial. La decolación del cartílago alar también la realizamos en el mismo sentido, como se procede en el *delivery* (Figura 3), empezando por la parte más ancha y fuerte del cartílago que es la crus lateral y llevando la disección en un sentido *centrípeto* hacia la crus medial, liberándola bajo visión directa. El seguir esta secuencia nos garantiza un plano de disección correcto que trayéndolo desde la crus lateral se continúa sobre la crus medial y por consiguiente también asegura su integridad ya que muchas veces este segmento cartilaginoso está debilitado, retorcido y/o con fibrosis marcada cuando se trata de anomalías congénitas, rinoplastias secundarias o postraumáticas (Figura 4). La liberación de la crus medial termina al nivel donde realizaremos la incisión transcolumelar.

Hasta este momento ha transcurrido por lo menos una hora de cirugía, y es éste el tiempo que se ha evitado traumatizar al colgajo columelar por compresión y/o tracción, manipulaciones que sí ocurren durante todo el tiempo que dura la operación cuando ésta se inicia con la incisión transcolumelar. Procediendo de la manera que hemos descrito se reducen las condiciones que incrementan el edema del colgajo sobre todo en su extremo distal y se favorece una adecuada cicatrización.

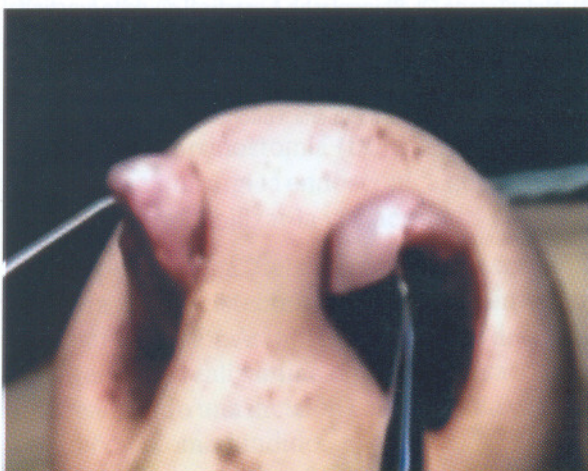


Figura 3. Delivery de ambos cartilagos laterales inferiores

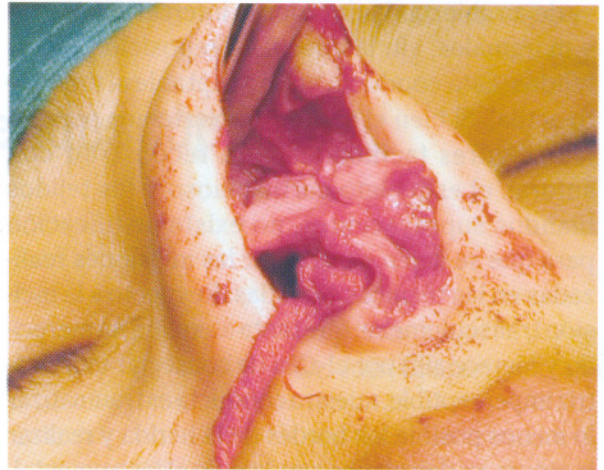


Figura 4. Punta y dorso nasales expuestos luego de realizar incisión transcolumelar. Se observa crus mediales asimétricas y retorcidas.

Realizar la incisión transcolumelar luego de las decolaciones efectuadas por vía cerrada permite levantar como una alfombra la envoltura de piel y tejidos blandos nasales dejando ver todo el esqueleto osteocartilaginoso para realizar las modificaciones y reforzamiento de la estructura nasal bajo visión directa, a cielo abierto (Figura 4).

La sutura de las incisiones merece una atención muy especial si queremos conseguir los mejores resultados anatómicos, funcionales y estéticos. Es principio fundamental de la cirugía la sutura de las incisiones por planos anatómicos, sin embargo en la rinoplastia este principio generalmente no se cumple sobre todo en las cirugías que se hacen mediante abordaje cerrado; es mas, muchas veces



Figura 5. Sutura del plano superficial de la incisión transcolumelar usando seda 6/0, después de haber afrontado el plano músculo-aponeurótico con sutura permanente de nailon



se dejan abiertas las incisiones intercartilaginosas y marginales, sin la adecuada reposición de los tejidos. Esta conducta no es aceptable al momento actual. Si bien el abordaje abierto nos permite las mayores facilidades para reconstruir con suturas el esqueleto cartilaginoso y los tejidos blandos suprayacentes, no existe justificación para que se dejen sin suturar las incisiones realizadas en las técnicas cerradas. Respecto a la incisión transcolumelar, que tanta atención ha merecido y merece aún por el afán de conseguir una cicatriz imperceptible, nuestra conducta es traumatizar lo menos posible los bordes de la herida y realizar la sutura en dos planos empleando el instrumental, suturas y técnica apropiados (Figura 5).

VENTAJAS DEL ABORDAJE CENTRÍPETO

1. Se facilita la disección. La mayoría de pacientes que requieren rinoplastia abierta tiene deformidad importante de la punta nasal y sobre todo debilitamiento o deformidad de las cruras mediales, e incluso fibrosis marcada en casos de rinoplastia secundaria. Por tales razones, es más fácil llegar al área central de la punta iniciando la decolación desde la periferia, es decir desde la crus lateral (más ancha y más gruesa) hacia la crus medial. También es más fácil la disección del dorso a través de las incisiones intercartilaginosa y hemitransfixiante porque son una vía directa hacia el ángulo septal anterior y la pirámide cartilaginosa.
2. Protege la integridad de las cruras mediales, consecuencia de la disección centrípeta de crura lateral hacia crura medial bajo visión directa.
3. Menor trauma al colgajo columelar. Esto se consigue al realizar la incisión transcolumelar no al inicio sino casi a mitad de la operación.

CONCLUSIÓN

El procedimiento que denominamos abordaje centrípeto en rinoplastia abierta es una forma alternativa de realizar la rinoplastia abierta, que protege la integridad de la estructura de la nariz, sobre todo de las cruras mediales y evita el traumatismo prolongado del colgajo columelar. Asimismo, facilita el tránsito hacia el abordaje abierto a los cirujanos habituados a realizar rinoplastia cerrada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gunter JP, Rohrich RJ, Adams WP Jr. Rinoplastia de Dallas, Cirugía nasal por los maestros. Primera Edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A., Colombia. Vols. I y II.
2. Toriumi DM. Structure approach in rhinoplasty. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2005;13:93-113.
3. Dyer WK. Nasal tip support and its surgical modification. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2004;12:1-13.
4. Perkins SW. The evolution of the combined use of endonasal an external columellar approaches to rhinoplasty. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2004;12:35-50.
5. Kim DW, Toriumi DM. Management of posttraumatic nasal deformities: the crooked nose and the saddle nose. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2004;12:111-132.
6. Kamer FM, Pieper PG. Nasal tip surgery: a 30-year experience. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2004;12:81-92.
7. Pastorek N, Ham J. The underprojecting nasal tip: an endonasal approach. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2004;12:93-106.
8. Kim DW, Toriumi DM. Nasal analysis for secondary rhinoplasty. *Fac Plast Surg Clin N Am.* 2003;11:399-419.
9. Dyer KW, Beaty MM, Prabhat A. Architectural deficiencies of the nose: Treatment of the saddle nose and short nose deformities. *Otolaryngol Clin N Am.* 1999;32:89-106.
10. Tebbets JB. Rethinking the logic and techniques of primary tip rhinoplasty: A perspective of the evolution of surgery of the nasal tip. *Otolaryngol Clin N Am.* 1999;32:741-754.
11. Nolst Trenité GJ. Rhinoplasty: A practical guide to functional and aesthetic surgery of the nose, 2ª Edición. Amsterdam, The Netherlands. ETI Biodiversity Center University of Amsterdam.
12. Epprecht R. Rinoplastia abierta. Editorial Cantabria, Chile, 1999.