

Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras»  
Servicio de Cirugía Plástica

## **Rinoplastia abierta, experiencias en el Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras» (1997 a 2005)**

Dr. Julio César Gálvez Chávez<sup>1</sup>

### **RESUMEN**

La rinoplastia abierta es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para resolver los problemas estéticos o funcionales de la nariz mediante una incisión columelar externa, que se extiende hacia el vestíbulo nasal y que permite elevar la cubierta cutánea y dejar expuesto todo el esqueleto osteocartilaginoso. El empleo de este abordaje ha sido muy polémico desde que se hicieron las primeras publicaciones sobre su uso, fundamentalmente a causa de la cicatriz columelar que produce. No obstante, es un proceder aceptado por la mayoría de los cirujanos que se dedican a la cirugía nasal, sobre todo en casos complejos donde tiene obvias ventajas. Se describen los resultados obtenidos con esta técnica quirúrgica en un gran número de casos, atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital «Hermanos Ameijeiras», desde la introducción de ésta en 1997 hasta julio de 2005. Se detallan la operación y sus indicaciones, las deformidades nasales más frecuentes y las ventajas obtenidas en cada grupo de pacientes. Se destaca la ausencia de complicaciones directamente relacionadas con la vía de abordaje y la excelente calidad de la cicatriz columelar resultante.

*Palabras clave:* Rinoplastia abierta, incisión columelar, rinoplastia secundaria, nariz mestiza, deformidades nasales congénitas.

La rinoplastia abierta es una técnica de abordaje nasal con fines estéticos, reconstructivos y funcionales de la nariz, que básicamente consiste en una incisión columelar que se continúa con incisiones endonasales, que permiten la elevación de toda la cubierta cutánea de la punta y el dorso nasal y dejan al descubierto todo el esqueleto osteocartilaginoso de soporte. Este abordaje no es nuevo; fue descrito por primera vez en 1934 por *Emile Rethi* como una incisión columelar transversal alta para abordar la punta nasal. Esta técnica no tuvo mucha aceptación para finalidades estéticas por la cicatriz resultante.

Fueron necesarios más de 20 años para que *Sercher*<sup>2</sup> en 1956 publicara un importante trabajo donde mostraba sus resultados con la rinoplastia abierta descrita por *Rethi. Ivo Padovan* (1970)<sup>3</sup> y *Goodman* (1978)<sup>4</sup> se consideran dos grandes cirujanos que desarrollaron y extendieron esta técnica quirúrgica y obtuvieron buenos resultados. Se destacan en los años 80 *Wright*,<sup>5</sup> *Anderson*<sup>6</sup> y *Gunter*,<sup>7</sup> quien continúa en el decenio de 1990 la publicación de resultados alentadores del abordaje abierto.

Hasta este momento la técnica era practicada fundamentalmente por los otorrinolaringólogos, pero poco a poco fue ganando en aceptación entre los cirujanos plásticos, sobre todo por las grandes ventajas que ofrecía en el tratamiento de las narices complejas como en el caso del paciente con fisuras, la secundaria y la postraumática. No obstante, la técnica tiene sus detractores. Estos refieren el posible riesgo de una cicatrización columelar inadecuada y la posibilidad de serias complicaciones. En este trabajo describimos la técnica quirúrgica y los resultados tras su introducción y desarrollo en nuestro Servicio de Cirugía Plástica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de 120 rinoplastias abiertas realizadas por el autor en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras» durante el período de enero de 1997 a mayo de 2005.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tipo de rinoplastia, diagnóstico preoperatorio, incisión columelar, anestesia empleada, técnicas complementarias, complicaciones y calidad de la cicatriz columelar. Los criterios de evaluación de la cicatriz columelar fueron los siguientes:

- *Buena*: Fina, poco visible, plana, normocrómica.
- *Mala*: Hipertrofica o queloidea, hipercrómica o hipocrómica, retraída o deprimida.
- *Regular*: La combinación de criterios de buena calidad y uno de mala calidad.

Se evaluó además el estado de satisfacción del paciente con relación a la cicatriz columelar en: *me molesta* y *no me molesta*.

El estudio se complementó con fotografías estandarizadas de los casos más representativos, las cuales se muestran en vista frontal, de perfil y de base nasal.

### Descripción del abordaje nasal abierto transcolumelar

Se aplicó anestesia general para las rinoplastias complejas o cuando se requirió la obtención de injerto costal, y además se infiltró solución salina con epinefrina al 1 x 100 000. En el resto de los casos se aplicó anestesia local (lidocaína al 1 %) con epinefrina 1:100 000 más sedación endovenosa.

Se realiza una incisión transcolumelar en escalón en el tercio medio (Figura 1 [A]) o en V a nivel de la unión labiocolumelar que se continúa con incisiones marginales. Se eleva la piel de la columela y punta nasal con tijera pequeña de punta fina y el auxilio de ganchos nasales. La disección debe ser muy cuidadosa a ras de las cruces mediales en la columela y de las cruces laterales y domos de los cartílagos alares en la punta para evitar la sección de éstos y proteger el plano subdérmico y garantizar la vascularización de la piel. Se continúa elevando el colgajo cutáneo entre el plano muscular y el esqueleto formado por los cartílagos triangulares superiores y la pirámide ósea hasta la raíz nasal. Posteriormente se separan las cruces mediales y se expone el borde caudal del septo, y se continúa con disección subpericóndrica y subperióstica de la porción superior o de su totalidad cuando se considere necesario (Figura 1 [B]). Se disecciona la extramucosa de las válvulas internas y con tijeras rectas se separan de los bordes mediales de los cartílagos triangulares superiores al septo. Una vez disecadas todas las estructuras anatómicas, se individualiza el plan quirúrgico según los defectos encontrados (Figura 1 [C]). El cierre se realiza de forma meticulosa afrontando adecuadamente los colgajos columelares con sutura de nylon 6-0 (Figura 1 [D]) y la incisión marginal con sutura reabsorbible 4-0.

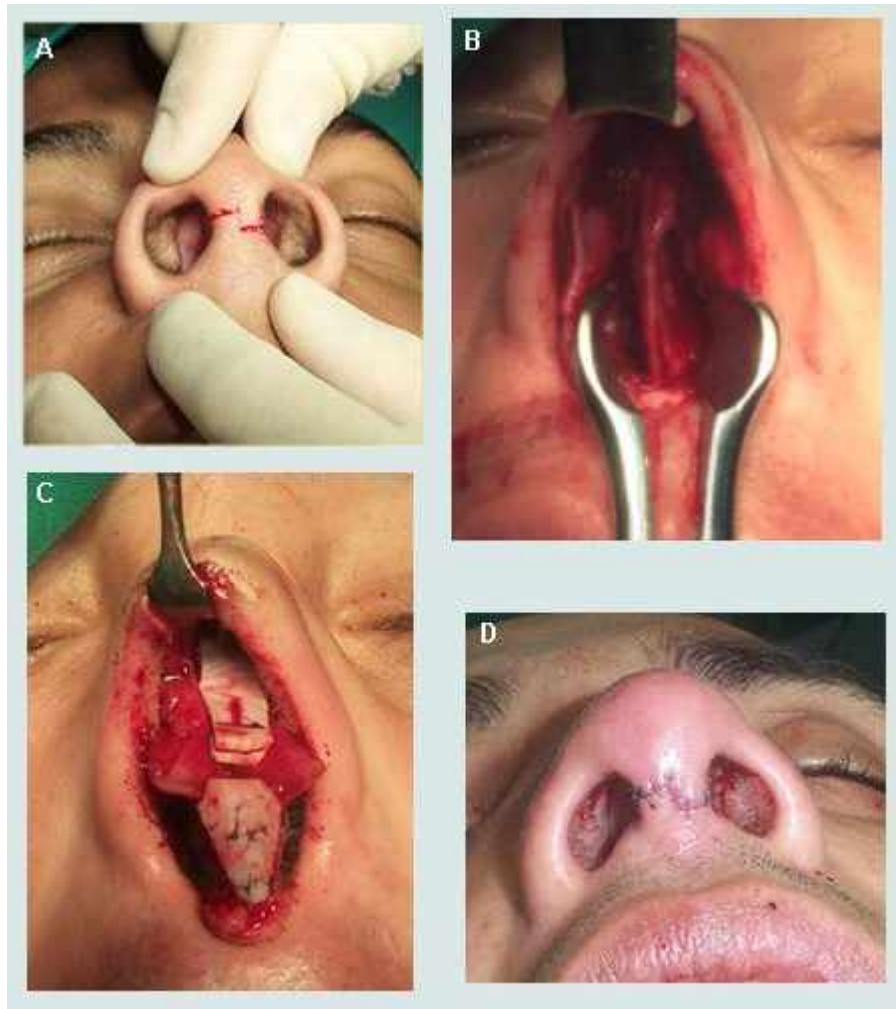


Figura 1. A, Incisión columelar en escalón. B, Exposición del tabique nasal. C, Colocación de injertos en el dorso y la punta nasal. D, Cierre de la incisión columelar.

Se coloca taponamiento nasal con gasa y se aplica una pomada antibiótica que se mantendrá entre 24 y 72 horas según el caso. Además se coloca un vendaje externo con adhesivo microporoso ajustado en la punta con una presión moderada para evitar sufrimiento circulatorio y una férula de yeso durante 10 días cuando se requiera.

### **Criterios de inclusión**

En este protocolo se incluyeron: a) pacientes con deformidades nasales múltiples o con defectos clasificados como mayores por su repercusión estética o funcional, secundarios a procedimientos quirúrgicos o a traumatismos, b) pacientes con deformidades complejas de tipo congénito y rinoplastias primarias con fines docentes o que requieran un nivel de refinamiento importante.

### **Criterios de exclusión**

Se excluyeron: a) pacientes fumadores; b) pacientes con cicatrices en la punta nasal, columela o transversales en el dorso, piel atrófica o con un deterioro marcado de la nariz donde una nueva intervención presuponga más riesgos que beneficios.

## **RESULTADOS**

La edad mínima de los pacientes fue de 14 años y la máxima de 67. Más del 50 % de éstos eran menores de 30 años. Predominó el sexo masculino con 65 pacientes (54,1 %).

Con relación al tipo de rinoplastia, tenemos que 68 intervenciones (56,7 %) del total fueron rinoplastias primarias, 44 (36,67 %) fueron rinoplastias secundarias y 8 (6,6 %) fueron rinoplastias en malformaciones congénitas.

El 62,5 % de los pacientes fue operado con anestesia general y el 37,5 %, con anestesia local y sedación. Se realizó incisión columelar en escalón en el tercio medio de la columela en la mayoría de los pacientes (94,1 %) y sólo se realizó incisión en V a nivel de la unión labiocolumelar en 7 pacientes (5,9 %).

Según el diagnóstico preoperatorio, en el grupo de las rinoplastias primarias predominaron las narices mestizas y negroides (50 %), seguido por el grupo de narices con deformidades estéticas variadas (36,7 %) y en tercer lugar las laterorrinias (13,3 %). En cuanto a las rinoplastias secundarias predominaron las deformidades nasales posquirúrgicas sobre las postraumáticas. Las malformaciones congénitas que se presentaron fueron: deformidad

nasal del paciente figurado, síndrome de Binder y deformidad congénita de la punta nasal (Tabla).

Tabla. *Distribución de pacientes según diagnóstico preoperatorio*

Tipo de rinoplastia	Diagnóstico preoperatorio	N.º	%
Primaria	Nariz mestiza y negroide	34	50
	Rinodeformidad	25	36,7
	Laterorrinia	9	13,3
Secundaria	Posquirúrgica	40	91
	Postraumática	4	9
Deformidades congénitas	Nariz del fisurado	4	50
	Síndrome de Binder	3	37,5
	Deformidad de punta nasal	1	12,5

Se extrajeron fragmentos de cartílago septal en 54 pacientes y costal en 27, como técnicas complementarias para la obtención de injertos con fines estéticos o reconstructivos. Se realizó septorinoplastia en 8 pacientes.

No se presentaron complicaciones atribuibles al abordaje abierto y la cicatriz columelar fue evaluada de *buena* en 119 pacientes y de *regular* en un caso. Ningún paciente expresó inconformidad con ésta.

Mediante esta vía de abordaje se obtuvieron buenos resultados tanto en las rinoplastias primarias (Figura 2 [A y B]) que requieren precisión y refinamiento, como en las secundarias, postraumáticas (Fig. 3 [A y B]) y de las malformaciones congénitas con alto nivel de complejidad (Figura 4 [A y B]).

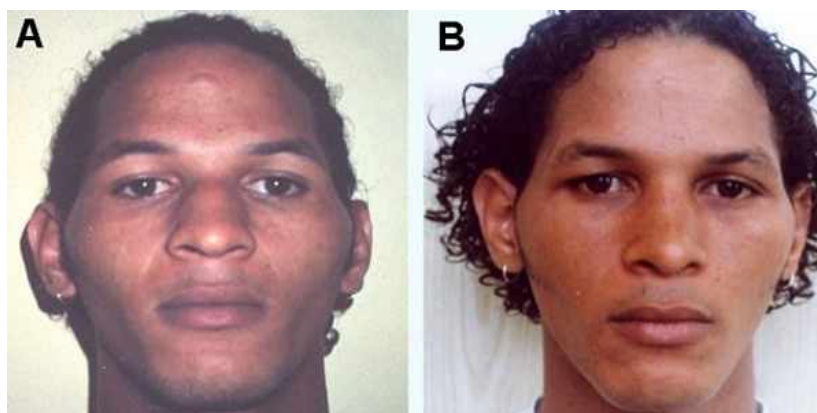


Figura 2. A, Nariz mestiza. B, Resultado postoperatorio.



Figura 3. A, Deformidad nasal posquirúrgica. B, Resultado postoperatorio.



Figura 4. A, Síndrome de Binder. B, Resultado postoperatorio.

## DISCUSIÓN

En nuestra muestra los resultados de la caracterización coinciden con la de la mayoría de los autores en casuísticas similares para el mismo período de tiempo, pacientes jóvenes menores de 30 años y del sexo masculino.<sup>8</sup> Todos conocemos que la nariz es el centro de la armonía facial y que la apariencia juega un papel importante en la adolescencia y en la juventud temprana. La mayoría de las estadísticas coinciden en que la rinoplastia es la cirugía estética más solicitada por el hombre joven, mientras que en las mujeres de la misma edad otras áreas del cuerpo ocupan más su atención.

Como norma se empleó anestesia general en las rinoplastias secundarias, postraumáticas y en las deformidades congénitas, que requerían operaciones demoradas y complejas, así como en las septorinoplastias y en operaciones primarias cuando se necesitaba la obtención de injerto costal. Se incluyeron además pacientes del sexo femenino que no aceptaban la anestesia local, la cual fue aplicada al resto de los pacientes aún en los múltiples casos en que se obtuvo cartílago septal para injerto.

El tipo de incisión columelar de elección fue en escalón a nivel del tercio medio de la columela, que es la de mejores resultados estéticos según la mayoría de los autores.

Excepcionalmente se empleó la incisión en V a nivel de la unión labio-columelar en pacientes con secuelas de labio y paladar hendido, que presentaban columela corta y cicatrices labiales; en pacientes que tenían ese abordaje previo o con ángulos nasolabiales bien marcados.

La época en que la rinoplastia abierta tenía su indicación precisa en rinoplastias secundarias y en la nariz del fisurado ha quedado atrás. En nuestros pacientes se ha empleado con éxito el abordaje abierto tanto en narices primarias como en secundarias en concordancia con las tendencias utilizadas internacionalmente.<sup>9</sup>

Debido al predominio del mestizaje en nuestra población, la mayoría de las rinoplastias primarias fueron en narices mestizas, donde el beneficio del abordaje es significativo si tenemos en cuenta que en estos pacientes se utilizan con mucha frecuencia técnicas aumentativas de dorso y punta que requieren colocación y fijación de injertos con precisión<sup>10</sup> y permite además la exéresis de todo el tejido fibroadiposo de la punta, que tiene un grosor importante en mestizos y negros. Este grupo de pacientes formó parte de un tema de terminación de residencia, por lo que desde el punto de vista docente facilitó el conocimiento de la anatomía y el dominio de las técnicas quirúrgicas de rinoplastia a un importante número de residentes de la especialidad en nuestro servicio.

Se benefician igualmente los pacientes que necesitan una septorinoplastia,<sup>5</sup> sobre todo cuando la desviación del tabique es marcada o compleja, con varias curvaturas y obstrucción nasal significativa por la misma desviación, por luxaciones o por la presencia de crestas condrovomerianas.

Es importante mencionar la magnífica exposición del septo, tanto de la parte cartilaginosa como ósea, cuando se separan las cruces mediales de los cartílagos alares y la porción superior del cartílago cuadrangular de los bordes mediales de los cartílagos triangulares. Este procedimiento permite una visión anterosuperior del tabique, lo cual facilita la septoplastia según la deformidad. En nuestros pacientes se realizaron resecciones parciales del cartílago cuadrangular como parte de la septoplastia o simplemente para la obtención de injerto con otros fines, incisiones de relajación en el lado cóncavo y entablillado cartilaginoso del marco de septo resultante, resección de crestas, espolones y espinas nasales prominentes además de la recolocación del tabique luxado. En los pacientes con laterorrinia este abordaje permitió tener una visión en conjunto para resolver con éxito, simultáneamente, tanto los problemas estéticos como los funcionales.

Otras ventajas de este abordaje en las rinoplastias primarias es la exposición de las estructuras cartilaginosas de la punta y el dorso sin la distorsión que se produce al usar los separadores nasales en la vía cerrada.<sup>11</sup> Ello posibilita evaluar la deformidad, la elección de la técnica y el resultado exacto de ésta. De igual modo sucede con las osteotomías mediales, la resección de gibas osteocartilaginosas y la colocación de injertos en punta y columela con fines puramente estéticos.

En cuanto al grupo de las rinoplastias secundarias y las deformidades congénitas resulta incuestionable e incalculable la utilidad de la rinoplastia abierta.<sup>12</sup> La primera ventaja radica en que posibilita el diagnóstico exacto de la deformidad, que en muchas ocasiones no

coincide con el diagnóstico presuntivo al examen físico y nos permite establecer el plan quirúrgico adecuado —por lo general incluye maniobras difíciles o imposibles de realizar por vía endonasal, como son la disección de estructuras anatómicas distorsionadas por operaciones o traumas anteriores y cubiertas por fibrosis incluyendo al tabique, donde una reintervención siempre es complicada y trabajosa. Por otra parte, permite la colocación y fijación de injertos expansores para válvulas nasales colapsadas, injertos para dorso, punta y columela y facilita además la aplicación de diferentes técnicas sobre los cartílagos de la punta, como son remodelación, acortamientos, reforzamientos, aumento de proyección mediante suturas y hasta la reconstrucción total en caso de ausencia o daño severo de los cartílagos.

La obtención de un fragmento de la unión osteocartilaginosa de la séptima u octava costilla se realizó de forma satisfactoria como técnica complementaria en calidad de material de injerto fundamentalmente para el dorso nasal.

La necrosis de punta y columela referida en algunos artículos no se presentó en nuestra serie, aún cuando realizamos en muchos casos resecciones en cuña de alas nasales, que según algunos autores aumenta el riesgo por disminución del riego sanguíneo a partir de esa zona. Entre las causas de necrosis se encuentran: hematomas, sepsis, disección superficial y vendajes ajustados.<sup>13</sup> Consideramos que las dos últimas son las más importantes si tenemos en cuenta que las primeras son infrecuentes debido a la gran irrigación facial y a la hemostasia adecuada que permita este abordaje. Consecuentemente, es extremadamente importante realizar una disección adecuada y meticulosa del colgajo de columela y punta mediante tijera pequeña, siempre a ras del cartílago y con la precaución de no cortarlo. En este paso nos demoramos el tiempo que sea necesario e igualmente realizamos el cierre de forma cuidadosa y sin traumas, con instrumental adecuado y sutura fina, cuidando las puntas de los pequeños colgajos. El vendaje con cinta adhesiva microporosa alrededor de la punta, al igual que los tapones nasales a nivel del vestíbulo nasal, se coloca con una presión moderada.

El edema prolongado de punta y columela señalado como otra desventaja por la interrupción columelar del drenaje linfático y venoso, no se presentó en nuestros casos. De modo subjetivo podemos decir que el edema se presenta indistintamente en los pacientes, de forma moderada en los primeros 10 días, que va disminuyendo progresivamente al igual que en las rinoplastias cerradas hasta el mes de la operación, y que el edema a nivel de la zona de la fractura lateral persiste hasta los dos meses. Como todos sabemos, un edema moderado puede permanecer hasta los 6 meses posteriores.

La cicatriz final fue de buena calidad en casi la totalidad de los pacientes y en algunos de ellos prácticamente invisible —incluidos mestizos y negros, propensos a cicatrices hipertróficas y queloideas en otras regiones del cuerpo (Figura 5 [A y B]).



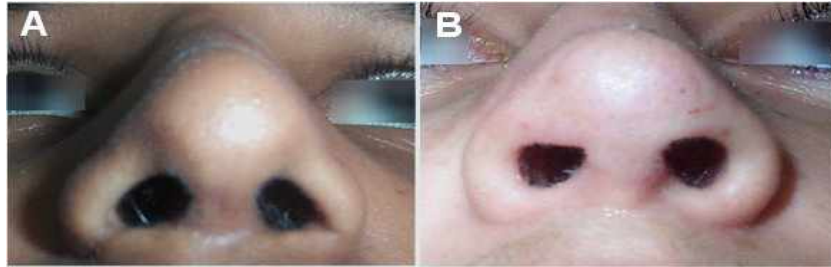


Figura 5. Cicatriz columelar. A, Nariz mestiza. B, Nariz caucásica.

Solo en un paciente de la raza blanca, a quien se realizó una rinoplastia aumentativa por presentar una nariz corta, la incisión columelar no quedó bien afrontada, y se notó al cicatrizar una discontinuidad de los bordes laterales de la columela en la vista basal. Esta deformidad no preocupó al paciente por lo que no fue necesaria la rectificación.

La incisión en escalón a nivel del tercio medio de la columela —que es su región más estrecha—, deja una cicatriz vertical muy poco visible y dos pequeñas cicatrices horizontales a diferente nivel que las distorsionan desde el punto de vista óptico. La rica vascularización de la columela, la piel fina y el afrontamiento adecuado garantizan sin temor una cicatrización satisfactoria.<sup>14,15</sup>

Podemos concluir que en nuestra experiencia las ventajas del abordaje abierto superan los posibles riesgos de complicaciones y de cicatriz columelar inestética, y que permite obtener buenos resultados tanto en rinoplastias primarias como secundarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rethi A. Raccourcissement du nez trop long. *Rev Chir Plast.* 1934; (2): 85.
2. Sercer A. Dekortication der Nase. *Chir Maxillofac Plast.* 1954; (1): 149.
3. Padovan I. External approach to rhinoplasty (decortication). *Surg ORL Lug.* 1966; (3-4): 354.
4. Goodman WS, Charles DA. Techniques of external rhinoplasty. *J Otolaryngol.* 1978; (7): 13.
5. Wright WK, Kridel RW. External septorhinoplasty: A tool for teaching and for improved results. *Laryngoscope.* 1981; 91: 945.
6. Anderson JR, Johnson CM, Adamson P. Open rhynoplasty: An assessment. *Otolaryngol Head. Neck.* 1982; 90 :272.
7. Gunter JP, Rohrich RJ. External approach for secondary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1987, 80: 161.
8. Gras Albert JR, Hurtado García JF. Rinoplastia abierta: Resultados de 100 casos. *Acta Otorrinolaring Esp.* 1995; 46: 93.
9. Aiach G. Atlas de rinoplastia y de la vía de abordaje externo. Vía de abordaje externo transcolumelar. Barcelona: Masson; 1992. pp. 13 - 40.

10. Ortiz Monasterio, J. F, Olmedo A: Rhinoplasty on the mestizo nose. Clin Plast Surg. 1977, 4: 89.
11. Gunter JP. The merits of open approach in rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 1996; 99: 863.
12. Friedman GD, Gruber RP. A fresh look at the open rhinoplasty technique. Plast Reconstr Surg. 1988; 82 (6): 973-82.
13. Holmstrom H, Luzi F. Open rhinoplasty without transcolumellar incision. Plast Reconstr Surg. 1996; 97: 321.
14. Stone JW. External rhinoplasty. Laryngoscope. 1980; 90: 1626.
15. Anderson JR, Johnson JR, Adamson P. Open rhinoplasty. An assessment. Otolaryngol Head Neck Surg. 1982; 90: 272.

Recibido: 13 de enero de 2006. Aprobado: 2 de febrero de 2006.

*Dr. Julio César Gálvez Chávez.* San Lázaro 701, entre Belascoain y Marqués González.

Centro Habana,

Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: [jcgalvez@infomed.sld.cu](mailto:jcgalvez@infomed.sld.cu)

<sup>1</sup>Especialista de II Grado en Cirugía Reconstructiva y Quemados. Profesor Auxiliar.