Punto domal cefálico en rinoplastia: Una nueva alternativa en contornos de punta nasal

Cephalic dome suture in rhinoplasty: A new alternative in nasal tip contours

Fernando Casanueva L¹, Pablo Rosel P¹.

RESUMEN

Introducción: El manejo de los contornos de la punta nasal requiere de un adecuado conocimiento de la composición anatómica y superficie estética para lograr resultados satisfactorios y naturales.

Objetivo: Describir la técnica del punto domal cefálico, beneficios y sus resultados en una serie de pacientes sometidos a rinoseptoplastia.

Material y método: Trabajo retrospectivo descriptivo, de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por autor principal (FC) utilizando la técnica señalada.

Resultado: La casuística consta de 31 pacientes sometidos a rinoseptoplastia, de los cuales el 71% corresponde al género femenino, siendo el promedio de edad de la muestra de 28 años. El tipo de abordaje fue vía delivery en 29 pacientes. No hubo complicaciones tanto intra como posoperatorias. Los resultados fueron exitosos en el 100% de los casos.

Discusión y conclusión: El manejo de los contornos nasales es vital para obtener un resultado estético exitoso, idealmente sin estigmas quirúrgicos para lograr un aspecto natural de la nariz. El punto domal cefálico como nueva alternativa de manejo de los contornos nasales es una técnica efectiva y simple de realizar.

Palabras clave: Punta nasal, punto domal cefálico, rinoplastia.

ABSTRACT

Introduction: The management of the contours of the nasal tip requires adequate knowledge of the anatomical composition and aesthetics to achieve satisfactory results and natural surface.

Aim: To describe the technique of domal cephalic extent, benefits and results in a series of patients undergoing rhinoplasty.

Material and method: Retrospective descriptive labour patients operated on for primary author using the indicated technique.

Results: The casuistry consists of 31 patients undergoing rhinoplasty, of which 71% were female, the average age of the sample of 28 years. The type of approach was

¹ Médico Otorrinolaringólogo, Servicio Otorrinolaringología, Hospital San Vicente de Arauco.

via delivery in 29 patients. There were no complications intra and post operative. We were successful in 100% of cases.

Discussion and Conclusion: *The management of nasal contours is vital for successful cosmetic result, ideally without surgical stigmas to achieve a natural appearance of the nose. The cephalic domal point as a new alternative management of nasal contours is an effective and simple technique.*

Key words: *Cephalic domal point, rhinoplasty, rhinoseptoplasty.*

INTRODUCCIÓN

La rinoseptoplastia es una de las cirugías estéticas realizadas con más frecuencia¹. Los objetivos principales al realizar una rinoseptoplastia son crear una nariz que sea atractiva y funcional, idealmente sin estigmas quirúrgicos. Para lograr esto se debe entender la relación que existe entre la superficie estética, estructuras anatómicas subyacentes y factores funcionales².

La superficie estética se refiere a reflejos y sombras que enfatizan la forma de una nariz. Ésta debe ser mantenida, modificada o creada cuando no existe para lograr un resultado exitoso.

El resultado estético y proporciones ideales han sido descritas extensamente³⁻⁵, siendo la descripción realizada por Sheen⁶, la más reconocida. Éste describió la punta ideal como dos triángulos equiláteros geodésicos con una base común formada por una línea que conecta ambos domos. A pesar de esto Toriumi en 2006 revolucionó los conceptos de manejo de los contornos nasales⁷. Analizó diferentes narices, principalmente de modelos, que frecuentemente eran usadas como referencia por pacientes que buscan cirugía. Éstas eran consideradas ideales no solo debido a su atractivo, sino también por su aspecto natural. Incluso puntas anchas, si poseen reflejos y sombras favorables, eran consideradas muy atractivas.

Toriumi diseñó una serie de imágenes⁷ para demostrar cómo contornos específicos crean reflejos y sombras que ayudan al cirujano a crear contornos de apariencia atractiva y natural.

En la visión frontal se deben visualizar los puntos de definición de la punta, reflejos horizontalmente orientados representando éstos la posición horizontal de los domos. Estos puntos deben extenderse lateralmente por el reborde alar hacia el lóbulo alar, creando una continuidad desde la punta hacia las alas, sin pinzamientos, ni sombras que alteren esta continuidad. En la región de

la suprapunta debe existir una sutil sombra que se extienda hacia la región supraalar. En la visión lateral debe existir un sutil quiebre en la región de la suprapunta y la punta debe ser curvilínea evitando bordes puntiagudos. En la visión basal la nariz debe tener una forma triangular sin pinzamientos, ni concavidades entre la punta y el lóbulo alar.

Frecuentemente pacientes sometidos a rino-plastia presentan pinzamientos o sombras que aíslan la región de los domos del resto de la punta nasal, generando un aspecto redondeado de esta (Figura 1). Esto se debe, a que al intentar aplanar la crura lateral, con la intención de solucionar una punta bulbosa, se realiza la sutura domal clásica^{8,9}. Con esto, generalmente se produce un pinzamiento alar o el borde caudal de la crura lateral baja (Figura 2).

Para solucionar esto Toriumi⁷ después de realizar la sutura domal clásica, reconstituye el soporte y contorno del margen alar colocando un injerto de soporte^{10,11} en el reborde alar, con el fin de aumentar el volumen en esta zona y así mantener el contorno y la continuidad desde los puntos de definición hacia el reborde y lóbulo alar (Figura 3). Con esta técnica se consiguen resultados satisfactorios desde el punto de vista estético y funcional, con un aspecto natural a la vez.

En 2013 Çakir publicó una nueva forma de evaluar la superficie estética, analizando la nariz como subunidades poligonales, siendo éstas modificables con cirugía para lograr un resultado exitoso¹².

Para lograr una buena angulación de la crura lateral y con esto una adecuada superficie estética, este autor crea un nuevo punto llamado "punto domal cefálico", distinto a la sutura domal clásica que es horizontal^{8,9}.

Con este punto se logra crear el triángulo domal, bajar el borde cefálico de la crura lateral y subir el borde caudal (Figura 4). Al angular de esta forma

la crura se obtiene una definición adecuada de la punta¹², teniendo resultados similares a los conseguidos con la técnica de Toriumi, sin la necesidad de injertos extra como el injerto de reborde alar.

OBJETIVO

La presente publicación tiene por objeto describir la técnica del “punto domal cefálico”, sus beneficios, así como la experiencia de los autores.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, mediante revisión de los protocolos quirúrgicos y archivos fotográficos de todos los pacientes sometidos a rinoplastia en quienes se utilizó esta técnica entre octubre 2013 y marzo 2014. Todas las cirugías realizadas por el autor principal (FC). Los datos se analizaron utilizando software Numbers 3.2. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del hospital y las personas fotografiadas dieron su consentimiento para esta publicación.

Técnica quirúrgica

Se debe realizar una disección de los cartílagos laterales inferiores, realizando una incisión marginal e intercartilaginosa, luego se diseña la piel vestibular bajo la región de los domos. Posterior a esto se debe analizar la posición del neodomo y efectuar la resección cefálica de la crura lateral, siendo esta resección la mínima necesaria (Figura 5).

Luego se ejecuta la sutura domal cefálica, a través del borde cefálico desde la crura medial hacia la lateral, 2 a 3 mm bajo al neodomo. Posteriormente se efectúa el mismo paso a 3 mm de la salida del punto en la crura lateral, desde ésta hacia la crura medial nuevamente en el borde cefálico; no caudalmente como se realiza en la sutura domal horizontal clásica (Figura 6).

Luego, a diferencia de la publicación original, los autores utilizamos un vástago¹⁴, debido a que nuestra población mestiza se caracteriza por presentar una crura medial muy débil¹⁵. A continuación se realiza una sutura en 8 interdomal (Figuras 7 y 8).

Con esto se logra unir estas subunidades poligonales, formando el triángulo domal, polígono interdomal, polígono infralobular y polígono facetario (Figura 9).

RESULTADOS

Se recopiló un total de 31 pacientes sometidos a rinoseptoplastia, 22 del género femenino (71%) y 9 masculinos (29%). La edad promedio fue de 28 años, con un rango que va desde los 17 a 47 años. Del total 29 se realizaron vía delivery y solo 2 por vía abierta. Ningún caso tenía antecedentes de cirugía nasal previa.

El 100% de las cirugías se realizó debido a septodesviación obstructiva.

El 100% de los casos requirió de resección cefálica de la crura lateral. En el 100% se utilizó un vástago asociado.

El tiempo de seguimiento promedio fue de 7 meses, con un mínimo de 4 a un máximo de 11 meses.

Tiempo promedio de cirugía fue de 180 minutos.

No se presentaron complicaciones con el uso de esta técnica, ya sea hemorragia o infección. Además todos los resultados fueron satisfactorios del punto de vista estético y funcional, sin necesidad de realizar una cirugía de revisión.

CASO 1 (FIGURAS 10, 11)

Paciente de 23 años sometida a rinoseptoplastia funcional y estética. Paciente presentaba una septodesviación obstructiva, asociado a una giba osteocartilaginosa, punta bulbosa. Cruras laterales anchas y convexas, además presentan una angulación rotacional aumentada (Figura 10 A,C; Figura 11 A,C). Se efectuó resección giba y abordaje vía delivery de la punta nasal, realizando punto domal cefálico, resección cefálica conservadora asociado a un vástago y sutura interdomal en 8.

En la visión frontal se puede ver claramente los puntos de definición de la punta, además del sombreado sutil en la región de la suprapunta extendiéndose hacia lateral en la región supraa-

Figura 1. Resultado quirúrgico no satisfactorio, pinzamiento en reborde alar, aislando la región de los domos del resto de la punta nasal. Típico estigma quirúrgico, aspecto pinzado con punta redondeada.

Figura 3. Injerto reborde alar.

Figura 6.

Figura 2. Esquema que evidencia cómo las suturas domales horizontales clásicas, producen un aplastamiento de la crura lateral, con esto se produce un pinzamiento produciendo sombras no deseables, aislando la región de los domos.

Figura 4. Efectos punto domal cefálico: Se visualiza la formación del triángulo domal, la elevación del borde caudal y cómo se deprime el borde cefálico de la crura lateral.

Figura 5.

Figura 7.

Figura 8.

Figura 9. Se visualiza punta nasal finalizada por acceso delivery, se visualizan claramente las subunidades poligonales.

Figura 10. Fotos preoperatorias: A,C. Fotos posoperatorias: B,D.

Figura 12. Fotos preoperatorias: A,C. Fotos posoperatorias: B,D.

Figura 11. Fotos preoperatorias: A,C. Fotos posoperatorias: B,D.

Figura 13. Fotos preoperatorias: A,C. Fotos posoperatorias: B,D.

lar, generando una punta nasal estéticamente atractiva.

En la visión lateral se observa un sutil quiebre de la suprapunta. La visión oblicua se visualiza el reflejo del reborde alar que traduce la continuidad desde la punta hacia el lóbulo alar, sin sombras, ni pinzamientos. La visión basal se observa la punta nasal de aspecto triangular, debido a que el punto domal cefálico eleva el borde caudal de la crura lateral, aumentando el volumen de este reborde alar. Además al realizar un abordaje delivery se evita la cicatriz columelar, favoreciendo aún más un resultado natural (Figura 10 B,D; Figura 11 B,D).

CASO 2 (FIGURA 12,13)

Paciente de 22 años, sometida a rinoseptoplastia funcional y estética. Paciente presentaba una septodesviación obstructiva, asociado a una giba osteocartilaginosa, punta desrotada, además una angulación rotacional de la crura lateral aumentada (Figura 12 A,C; Figura 13 A,C). Se efectuó resección giba y abordaje vía delivery de la punta nasal, realizando punto domal cefálico, resección cefálica conservadora asociado a un vástago y sutura interdomal en 8.

En la visión frontal se pueden visualizar nuevamente los puntos de definición de la punta, además del sombreado en la región de la suprapunta extendiéndose hacia lateral en la región supraalar. En la visión lateral se visualiza un sutil quiebre de la suprapunta. La visión oblicua se visualiza el reflejo del reborde alar que traduce la continuidad desde la punta hacia el lóbulo alar.

También realizada vía abordaje delivery. Resultado estético satisfactorio de aspecto natural; sin pinzamientos ni sombras no deseadas, evitando estigmas quirúrgicos (Figura 12 B,D; Figura 13 B,D).

DISCUSIÓN

Generalmente los pacientes que solicitan una rinoplastia buscan afinar su punta nasal. Los cirujanos, con la intención de lograr esto, sólo colocan énfasis en adelgazar estructuras anatómicas obteniendo estigmas quirúrgicos no deseados, por

lo que el manejo de los contornos de la punta nasal es clave.

Esto ocurre debido que al realizar la sutura domal clásica^{8,9}, con la intención de aplanar la crura lateral para solucionar una punta bulbosa, generalmente se produce un pinzamiento alar o el borde caudal de la crura lateral baja, alterando la continuidad del reborde alar. Esto puede ser evitado realizando la sutura domal clásica lo más cefálico posible, siendo esto muchas veces insuficiente.

Çakir¹² analiza la crura lateral con dos ejes espaciales: Un eje longitudinal que se refiere a la posición divergente de la crura lateral con respecto a la contralateral, y un eje rotacional, correspondiente a la posición o ángulo de la crura lateral con respecto al cartilago lateral superior, siendo un ideal de 100° aproximadamente. Cuando este ángulo se encuentra aumentado se genera un abultamiento en la región del supratip, alterándose la definición de la punta.

El punto domal cefálico es un punto de angulación que actúa sobre el eje rotacional de la crura lateral, éste como nueva técnica del manejo de los contornos de punta nasal es una técnica efectiva sencilla de aprender y realizar.

Si comparamos la técnica con la de Toriumi⁷, ambas logran resultados exitosos, pero esta nueva técnica es mucho más simple y rápida de realizar. Al utilizar el injerto de reborde alar encontramos algunas desventajas como uso de injerto extra, necesidad de realizar una resección de base alar por aumento del tamaño de las narinas, dificultad de la técnica que conlleva a asimetrías, cicatrices no deseadas y en manos expertas, requiere de cuarenta minutos extra aproximadamente.

Con el punto domal cefálico se logra manejar adecuadamente los contornos de punta nasal, evitando las desventajas descritas en el párrafo anterior. Además al utilizar injertos de forma excesiva en la punta nasal se obtiene un aspecto rígido, a pesar de tener contornos adecuados.

Con esto se logra dar la forma triangular a la punta nasal, creando una buena transición desde la punta hacia el lóbulo alar, evitando pinzamientos y sombras no deseadas en esta área, favoreciendo un resultado estético atractivo de aspecto natural.

El éxito de esta técnica puede verse afectado por la debilidad del cartílago, lográndose mejores resultados en pacientes con cartílagos fuertes. En pacientes con cartílagos muy débiles, quizás esta técnica no es suficiente, siendo necesario la utilización de un injerto de reborde alar.

En la serie de casos presentada se logró 100% de resultados exitosos en el manejo de contornos nasales, sólo con el punto descrito asociado a una mínima resección cefálica de la crura lateral.

A pesar del corto tiempo de seguimiento, por el uso reciente de esta técnica debido a que se describió en marzo de 2013, en el trabajo original de Cakir se obtienen resultados similares con un promedio de observación de 1,5 años¹².

No se reportaron complicaciones con este punto a diferencia de la casuística del autor original en la cual se presentaron 0,78% de hemorragias (2 casos) y ningún caso de infección. Esto puede estar influenciado por el número de pacientes y tiempo de seguimiento, aunque el autor original presentó complicaciones generales como hemorragia, no presentó complicaciones desde el punto de vista funcional o estético.

CONCLUSIONES

El manejo de los contornos nasales es vital para obtener un resultado estético exitoso, idealmente sin estigmas quirúrgicos para lograr un aspecto natural de la nariz. El punto domal cefálico como nueva alternativa de manejo de los contornos nasales es una técnica efectiva y simple de realizar.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROHRICH RJ, AHMAD J. Rhinoplasty. *Plastic Reconstr Surg* 2011; 128(2): 49e-73e.
2. TORIUMI DM. Structural approach to primary rhinoplasty. *Aesthet Surg J* 2002; 22: 72-84.
3. CHAIT LA, WIDGEROW AD. In search of the ideal nose. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105(7): 2561-7.
4. LEONG SC, WHITE PS. A comparison of aesthetic proportions between the healthy Caucasian nose and the aesthetic ideal. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006; 59(3): 248-52.
5. GUNTER JP, HACKNEY FL. Clinical assessment and facial analysis. In: Gunter JP, Rohrich RJ, Adams WP Jr, eds. *Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery by the Masters*. 2nd ed. St. Louis: Quality Medical; 2007; 105-23.
6. SHEEN JH, SHEEN AP. *Aesthetic Rhinoplasty*. 2nd ed. St Louis, Mo: CV Mosby; 1987.
7. TORIUMI DM. New Concepts in Nasal Tip Contouring. *Arch Facial Plast Surg* 2006; 8: 156-85.
8. GRUBER RP, WEINTRAUB J, POMERANTZ J. Suture techniques for the nasal tip. *Aesthet Surg J* 2008; 28(1): 92-100.
9. GRUBER RP, CHANG E, BUCHANAN E. Suture techniques in rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 2010; 37(2): 231-43.
10. GUYURON B. Alar rim deformities. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(3): 856-63.
11. HACKNEY FL. Diagnosis and correction of alar rim deformities in rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 2010; 37(2): 223-9.
12. ÇAKIR B, DOĞAN T, ÖRERÖĞLU AR, DANIEL RK. Rhinoplasty: surface aesthetics and surgical techniques. *Aesthet Surg J* 2013; 33(3): 363-75.
13. TORIUMI DM, CHECCONE MA. New concepts in nasal tip contouring. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2009; 17(1): 55-90.
14. PEDROZA F. A 20-Year Review of the "New Domes" Technique for Refining the Drooping Nasal Tip. *Arch Facial Plast Surg* 2002; 4(3): 157-63.
15. COBO R. Hispanic/Mestizo Rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2010; 18(1): 173-88.

Dirección: Fernando Casanueva L.
Hospital San Vicente de Arauco
E mail: fjcasanueva@gmail.com