

RINOPLASTIA CON TOMA DE INJERTO AUTOLÓGICO COSTAL

Loza Rodríguez, A; García Enríquez, B; Olvera Suárez, Ma.Y.
CENTRO MÉDICO ISSEMYM Toluca
Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

RESUMEN

En la rinoplastia el injerto con cartílago autólogo es el estándar de oro para la reconstrucción basada en el aumento de volumen dorsal y soporte estructural, el cartílago costal es considerado el mejor material de injerto en pacientes que requieren una importante reconstrucción, donde el cartílago costal y de concha es insuficiente. Este material autólogo tiene una baja tasa de complicaciones en comparación con injertos aloplásticos ya que no estimula una respuesta inmune, aunque su morbilidad es mayor en comparación con injertos septales y de concha, aunque estas se observan en una mínima cantidad cuando se realizan con la técnica adecuada. El presente caso, se trata de paciente masculino de 20 años de edad con deformidad aparentemente de origen congénito de los dos tercios inferiores del dorso nasal, condicionando sintomatología de obstrucción nasal probablemente secundario a colapso valvular. A través de un enfoque abierto, se utilizó cartílago costal derecho el cual se obtuvo sin complicaciones y el dolor fue la queja principal del posoperatorio, se utilizaron 2 injertos uno tipo Strut para proyección de la punta y el segundo se moldeó para relleno del dorso así como para dar rotación a la punta, los resultados fueron cosméticamente favorables y el paciente refirió mejoría en cuanto a la obstrucción nasal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 20 años de edad, con deformidad rinoseptal aparentemente de origen congénito como antecedente perinatal de importancia cuenta que se trató de producto macrosómico de 4.950 kg obtenido por parto eutócico. Su padecimiento actual lo refiere desde la infancia con obstrucción nasal bilateral constante niega antecedentes traumáticos y quirúrgicos nasales. A la exploración física se observa nariz con hipoplasia de la porción cartilaginosa, condicionando punta ptosica y colapso valvular bilateral, (Figuras 1-4) el septum se encontró funcional sin deformidades.

CONCLUSIONES

Todos los estudios apoyan que los autoinjertos no inducen una respuesta inmune, tienen bajas tasas de infección y extrusión; al igual que el cartílago costal es el de elección para la reconstrucción nasal en pacientes con escasa disponibilidad de cartílago septal o conchal y cuando se requieren grandes cantidades de éste, permitiendo una adecuada remodelación para satisfacción estética, y que cuando se dispone con una técnica adecuada las tasas de morbilidad son bajas.

INTRODUCCIÓN

En la Rinoplastia los injertos espaciadores de cartílago es un componente crítico que influye en los resultados estéticos proporcionando volumen, definición de punta y proyección; además de mejorar la capacidad de funcionamiento nasal en combinación con un injerto columnar.^{3,4} Los injertos pueden ser de diferentes materiales, ya sean autólogos o aloplásticos; el cartílago autólogo presenta ventajas como no estimular una respuesta inmune y presenta sólo costos biológicos.^{1,2} Los mejores sitios donantes cartilaginosos, son los injertos del septum, de concha auricular y costilla, el de elección es de septum para evitar realizar otros abordajes aunque es insuficiente cuando se requiere dar volumen.^{2,3,4} Los injertos del pabellón auricular el inconveniente de tener falta de rigidez y la concavidad innata.^{3,4} El cartílago costal es el injerto de elección para el aumento y el apoyo dorsal además de que presenta menos resorción,³ pero a menudo se pasa por alto debido potenciales complicaciones del sitio donante como deformación, dolor, cicatriz, chasquido de la pared torácica y neumotorax.^{2,4} La porción central de la 5° a la 8° costilla es el sitio preferente por la mayoría de los cirujanos, sin embargo, las costillas flotantes 11° y 12° son, naturalmente rectas y requieren menos deformación; y es preferible tomarlo del lado derecho para no confundir con dolor de origen cardíaco, su toma se realiza posterior a la elevación del pericondrio superior e inferior con menor riesgo de daño al paquete neurovascular o puede solo recolectar su porción exterior dejando la parte interna disminuyendo las morbilidades postoperatorias.² Los Injertos espaciadores no solo se utilizan para ensanchar una porción estrecha del dorso, sino también para mejorar el ángulo de la válvula nasal interna cuando ésta se encuentra insuficiente.² Este reporte de caso se describe la experiencia en el uso de injerto de costilla autólogo.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

El paciente se sometió a anestesia general e intubación orotraqueal, se realizó asepsia en región facial y se colocaron capelina y campos estériles, se infiltró lidocaína con epinefrina en una dilución 1:50,000, en punta nasal, dorso y hacia ramas ascendentes del maxilar bilateral. Se realiza abordaje de septum con túneles anteriores para toma de injerto de cartílago. Se realizaron incisiones marginales bilaterales y se unieron con una incisión transcolumellar en "V" invertida, se disecó hasta exponer cartílagos laterales inferiores, superiores y huesos propios de la nariz, se observó cartílagos laterales inferiores cortos y domos separados, se prosiguió colocar injerto de cartílago de septum tipo Strut de columella y se fijó a cruras mediales con 4 puntos simples de nylon 5-0, obteniendo un ángulo nasolabial de 90° a 95°. Se prosiguió a unir domos con 2 puntos simples interdomales con nylon 5-0. Después se evaluó la cantidad de volumen faltante para obtener un dorso recto con un ángulo naso-frontal de 115° a 135° y se decidió la toma de injerto costal por insuficiencia de cartílago cuadrangular, la cual se llevó a cabo por el servicio de cirugía Plástica y Reconstructiva con toma de cartílago de la 7° costilla derecha, sin complicaciones (Figura 9); éste injerto de moldeo en forma de cajón y se colocó por encima de cartílagos laterales y una cuña por encima de huesos propios de la nariz, con bordes biselados, fijándose con 2 puntos simples de nylon 5-0 hacia lateral en cada cartílago lateral superior y un punto simple externo hacia piel de dorso, las incisiones marginales se afrontan con catgut 4-0 puntos simples, se procede a colocar múltiples injertos de cartílago septal de 1 x 2 mm de tamaño hacia premaxila, y se afronta incisión transcolumellar con puntos simples de nylon 5-0, se coloca férula de micropore y acuplast, terminando procedimiento sin complicaciones (Figuras 5-8).

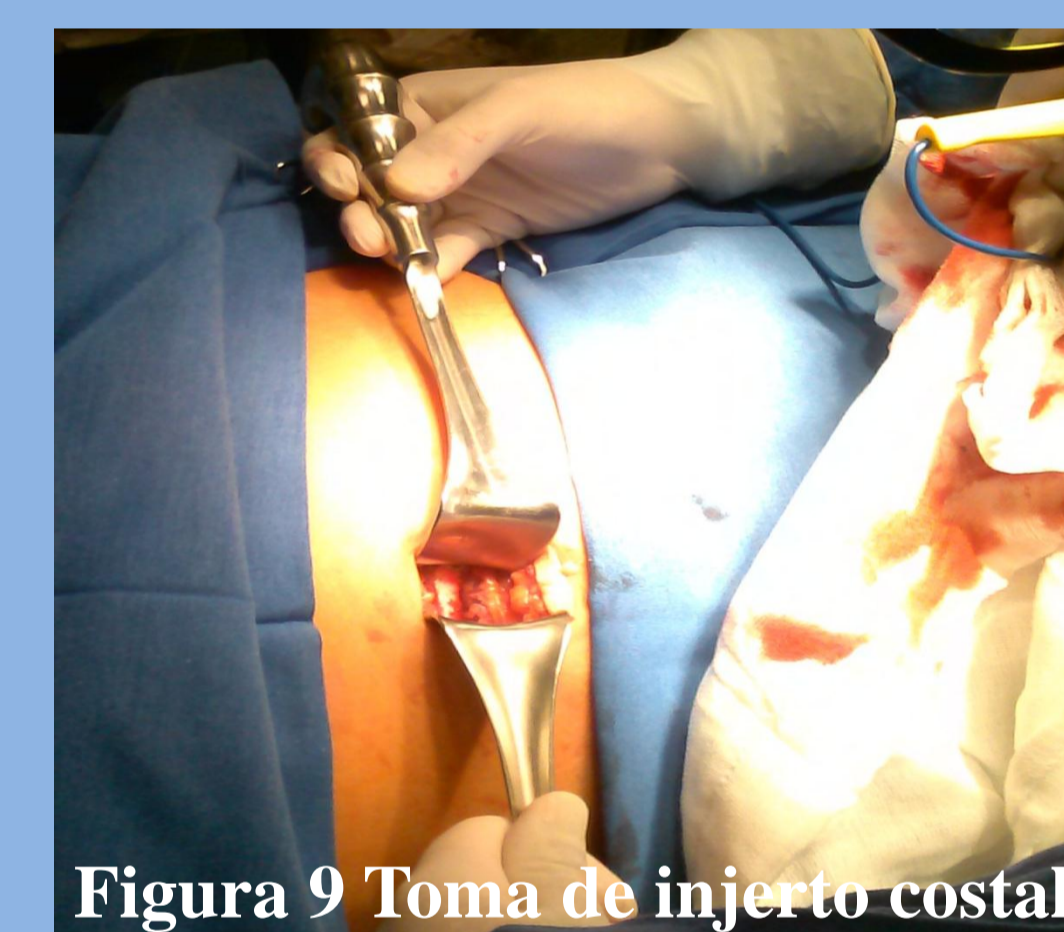


Figura 9 Toma de injerto costal

DISCUSIÓN

El objetivo de la rinoseptoplastia es la reconstrucción nasal armónica con el resto de la estructura facial y el funcionamiento óptimo de la vía aérea nasal. La depresión de los 2 tercios inferiores de la nariz es debido a una pérdida de altura del septum y ausencia de soporte de la punta, por lo que en este caso se abogó por dar mayor soporte caudal con injerto transcolumellar y al mismo tiempo otorgarle proyección a la punta nasal, y al tratarse de un defecto mayor por ausencia de volumen en los dos tercios inferior de la nariz se requirió un injerto costal moldeado para recrear una armonía facial. De los 3 sitios posibles y más comunes donantes, que incluyen el septum, pabellón auricular y el cartílago costal, éste último es quien proporciona mejor volumen y permite moldear a las necesidades de la deformidad, donde estudios reportan bajas tasas de morbilidad en el sitio de toma de injerto; Michel Lee et al. en los 322 casos de rinoplastia con toma de injerto costal solo un paciente presento seroma en sitio donante⁴, A. Moreti et al. en su estudio de 54 pacientes solo 2 pacientes con complicaciones en sitio donante (seroma e infección de herida)², Daniel días Lopes no reporto complicaciones en su estudio de 4 pacientes³, lo que no habla de baja tasas de complicaciones en sitio donante con el uso de una técnica correcta, siendo la molestia principal que refiere el paciente el dolor con duración 1 a 6 semanas en promedio que coincidió con nuestro paciente, donde refirió molestias locales hasta 4 semanas después del procedimiento, sin complicaciones. Todos los estudios abogan por el injerto costal como el estándar de oro para rinoseptoplastia que requiera grandes cantidades de volumen debido a su ausencia de respuesta inmunológica, durabilidad, bajas tasas de infección y extrusión, A. Moreti et al. reportó en sus 54 casos 4 pacientes con infección en sitio receptor², en este reporte de caso el paciente no curso con ninguna complicación antes mencionada en el posoperatorio, con una satisfacción estética y mejoría en la ventilación nasal.

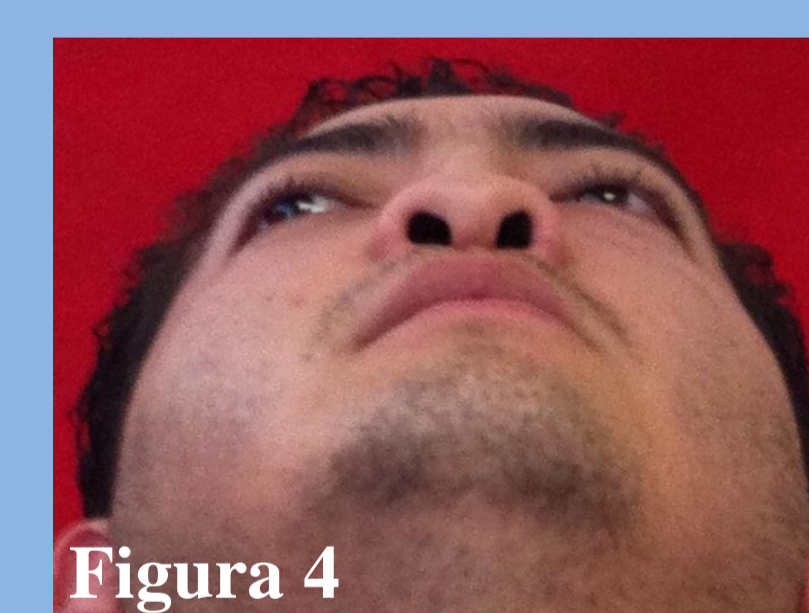


Figura 4



Figura 8

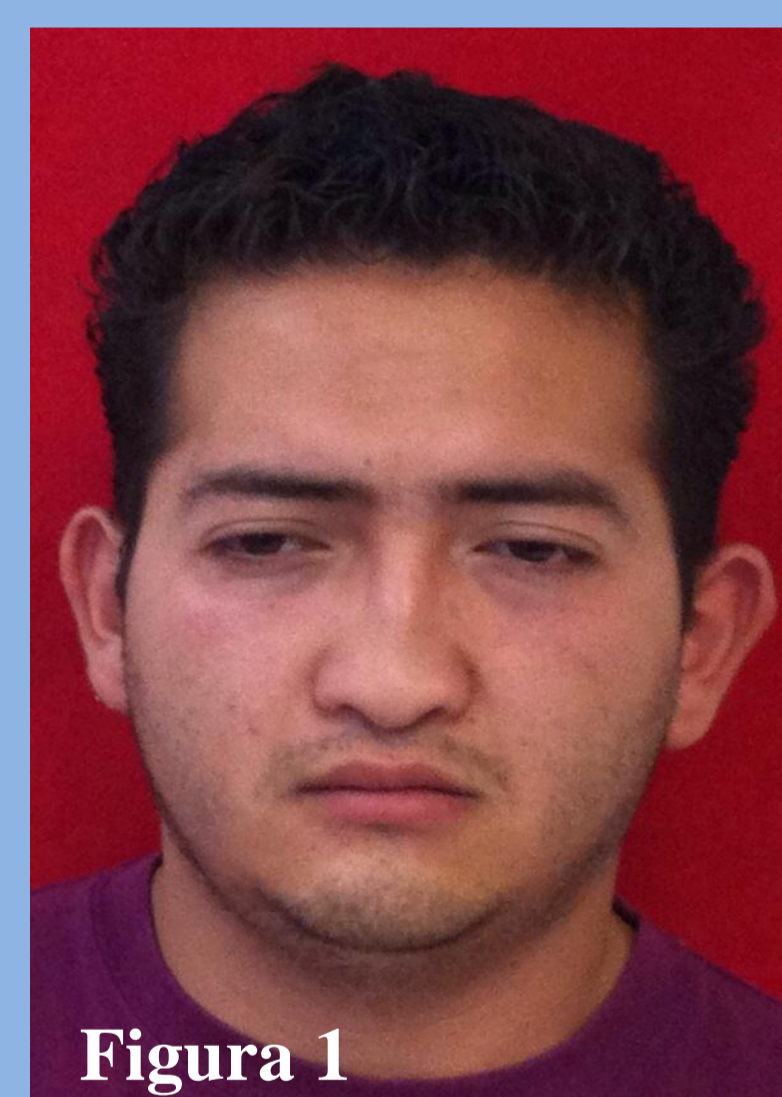


Figura 1

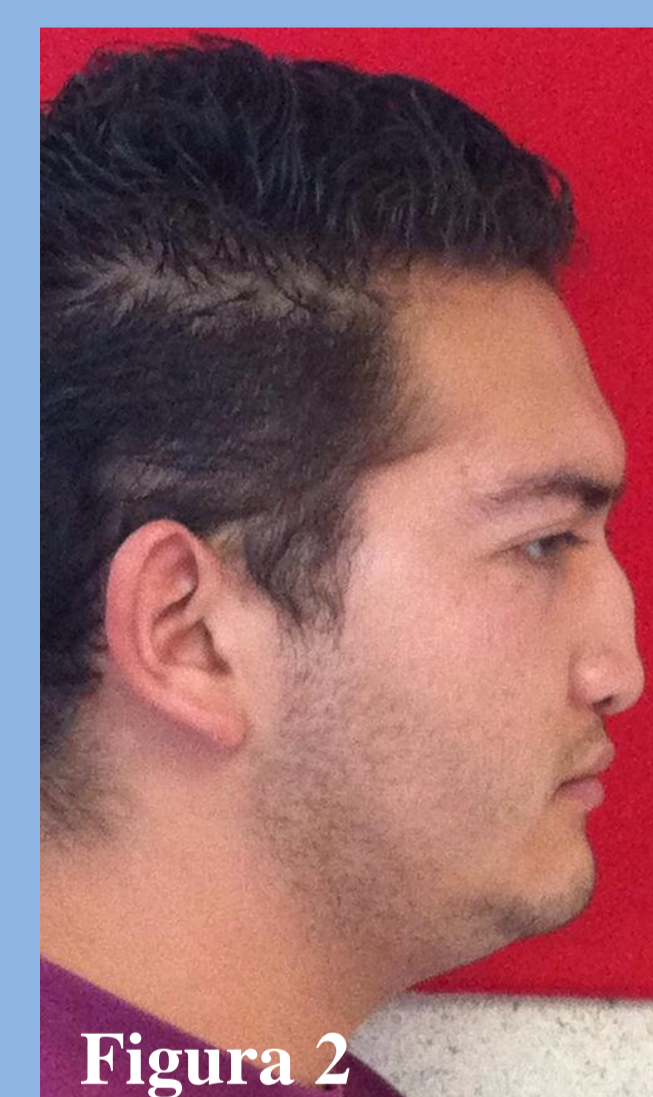


Figura 2

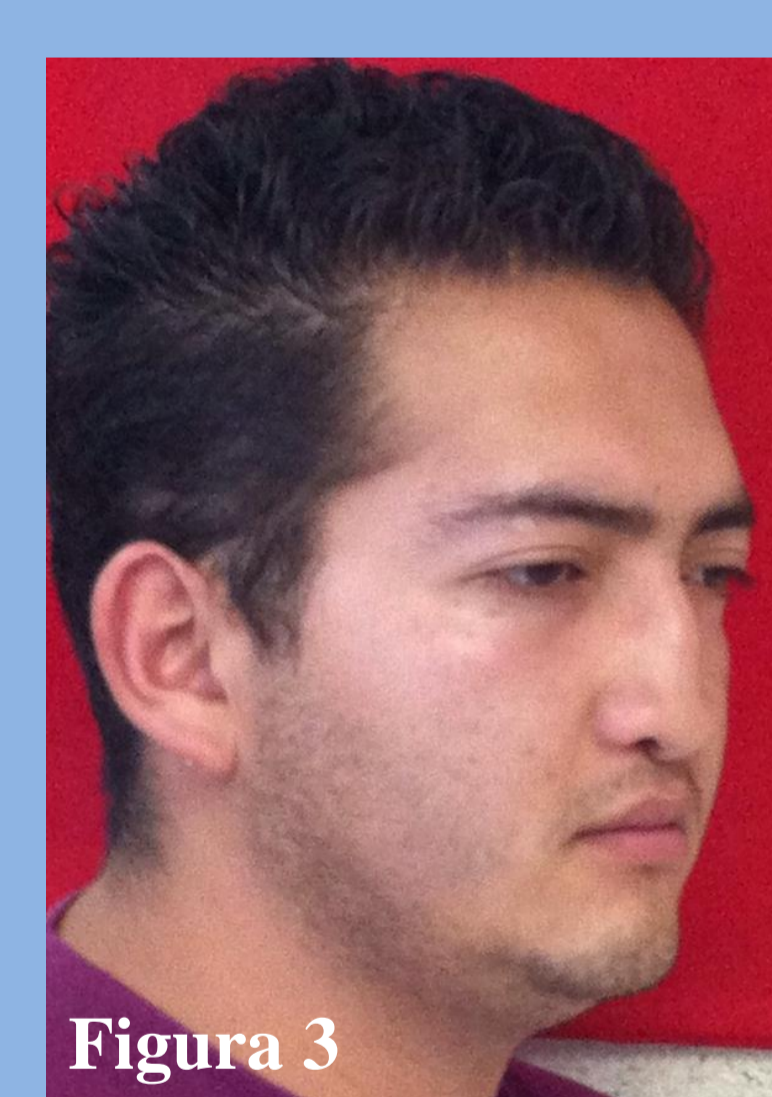


Figura 3



Figura 5



Figura 6

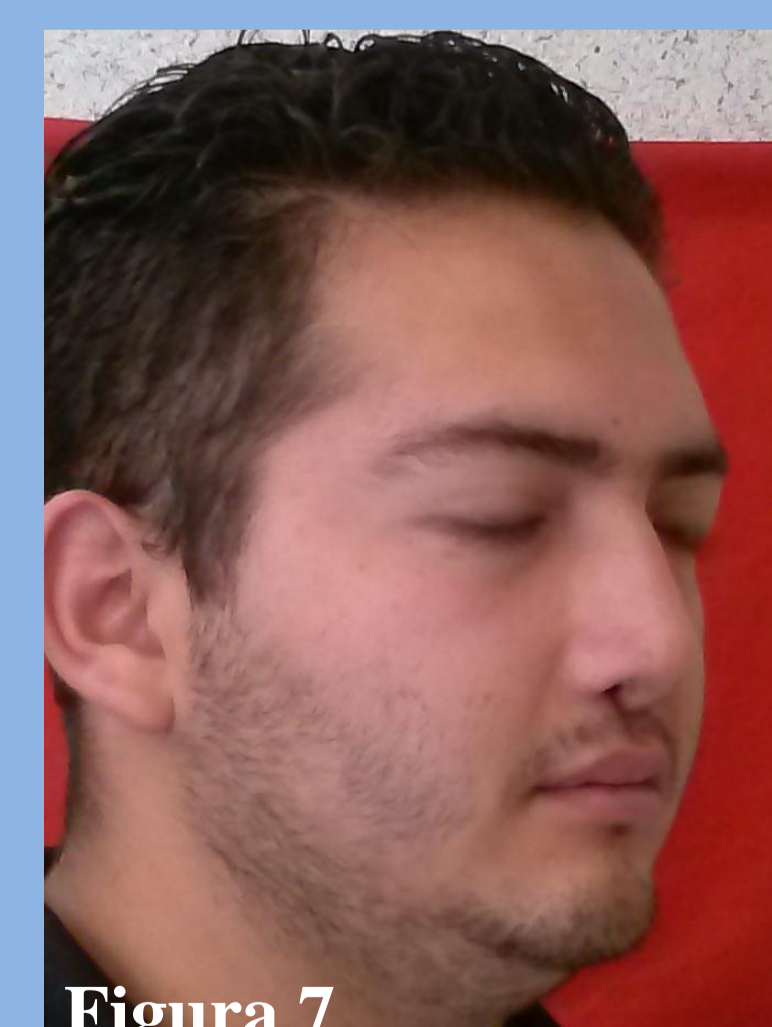


Figura 7

Figuras 1 a 4. Proyecciones preoperatorias
Figuras 6 a 8. Proyecciones 6 semanas después de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aftab Ahmed, Pedram Imani, Hade D. Vuyk. "Reconstruction of significant saddle nose deformity using autogenous costal cartilage graft with incorporated mirror image spreader grafts", The Laryngoscope mach 2010, 120 : 491-494.
2. A. Moretti, S. Sciuto. "Rib grafts in septorhinoplasty", Acta Otorhinolaryngologica Italica 2013, 33 : 190-195.
3. Daniel Dias Lopes, Bruno Gazire de Araújo Andrade, Michel Luciano Holger Toledano Vaena, Denise Salles Coelho Da Mota. "Single block costal cartilage graft in rhinoplasty", Revista Brasileira de Cirurgia Plástica 2011, 26(3) : 453-460.
4. Michael Lee, MD; Jared Inman, MD; Yadranko Ducic, MD, FACS. "Central segment harvest of costal cartilage in rhinoplasty", The Laryngoscope, October 2011, 121 : 2155-2158.