

## Resumen

La Rinoplastia es un procedimiento quirúrgico fascinante y complejo dirigido a obtener una buena función nasal y estética. El uso de injertos es de mayor importancia para el cirujano nasal para lograr tales resultados. El injerto de escudo se obtiene usualmente del cartílago septal, y es debidamente moldeado y biselado hasta obtener la forma de escudo. El injerto se inserta en la punta, anterior a la crura intermedia para definir el doble punto de quiebre. La tensión del injerto en la piel debe ajustarse para evitar el exceso de tensión. Una vez más el abordaje endonasal ofrece al cirujano una bolsa precisa para la inserción del injerto y permite una verificación inmediata de su posición evitando el riesgo de una presión excesiva del injerto sobre la piel. Alternativamente el injerto se puede fijar a la parte inferior de las cruras y se fija el segmento extra de cartílago a la espina nasal anterior. Se presentan los resultados en un paciente

## Abstract

Rhinoplasty is a fascinating and complex surgical procedure aiming at attaining a well-functioning and aesthetically pleasant nose. The use of grafts is of the utmost importance for the nasal surgeon to achieve such results. The shield graft is usually attained from septal cartilage; it is accurately moulded and edge-bevelled to obtain a shield-like shape. The graft is inserted at the tip-columellar junction (anterior to the intermediate crura) to define the "double-break" columellar profile. The graft stiffness should be adjusted to prevent it from appearing under the skin. Once again, the "endonasal" approach offers the surgeon a precise skin pocket for graft insertion thus allowing an immediate verification of graft positioning and avoiding the risk of graft excessive pressure under the skin ("tent-effect"). Alternatively, the graft can be fixed to the inferior lateral crura (after a "delivery" procedure) with reabsorbable suture, and an extra graft that is fixed to the anterior nasal spine. I present the results in one patient.

## Introducción

La cirugía nasal debe de ir dirigida a técnicas de mínima invasión, con cicatrices no visibles, reducir el tiempo quirúrgico, rápida recuperación postoperatoria, restauración de la anatomía natural y esteica y de la función. El objetivo principal de los injertos son los siguientes: Mejorar la definición y aumentar la proyección de la punta, mejorar la definición de la rotación de la punta, mejorar la definición del ángulo nasolabial y nasofrontal, definir el doble punto de quiebre, y ocultar las irregularidades resultantes de la gibeotomía y de las osteotomías. Debe de prepararse una bolsa del tamaño adecuado al injerto, para evitar desplazamientos del mismo y en caso necesario fijarlos con sutura no absorbible a estructuras nasales vecinas. Se presenta el caso de una paciente en que se utiliza un injerto de Sheen más un injerto extra rectangular y delgado que se articula a él, y se apoya en la espina nasal anterior previa disección de una bolsa precisa que aloja al injerto.

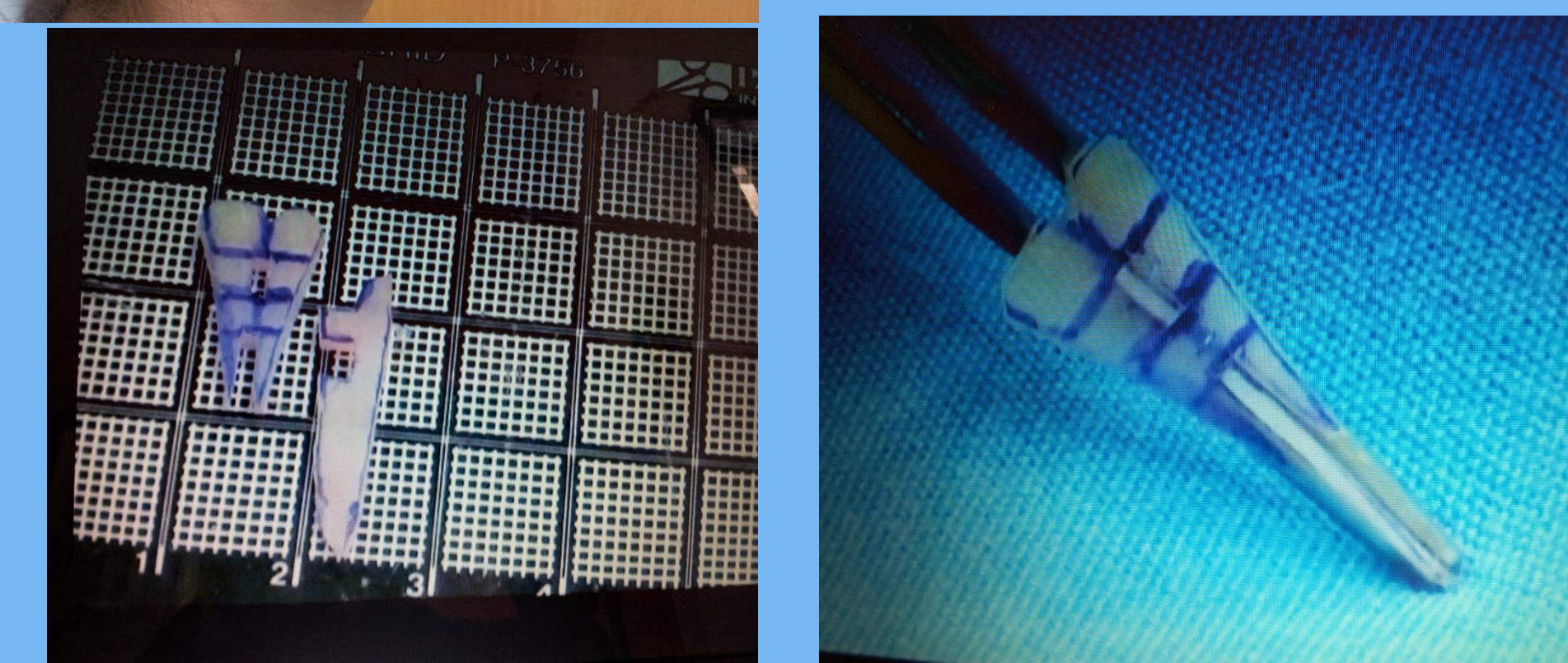
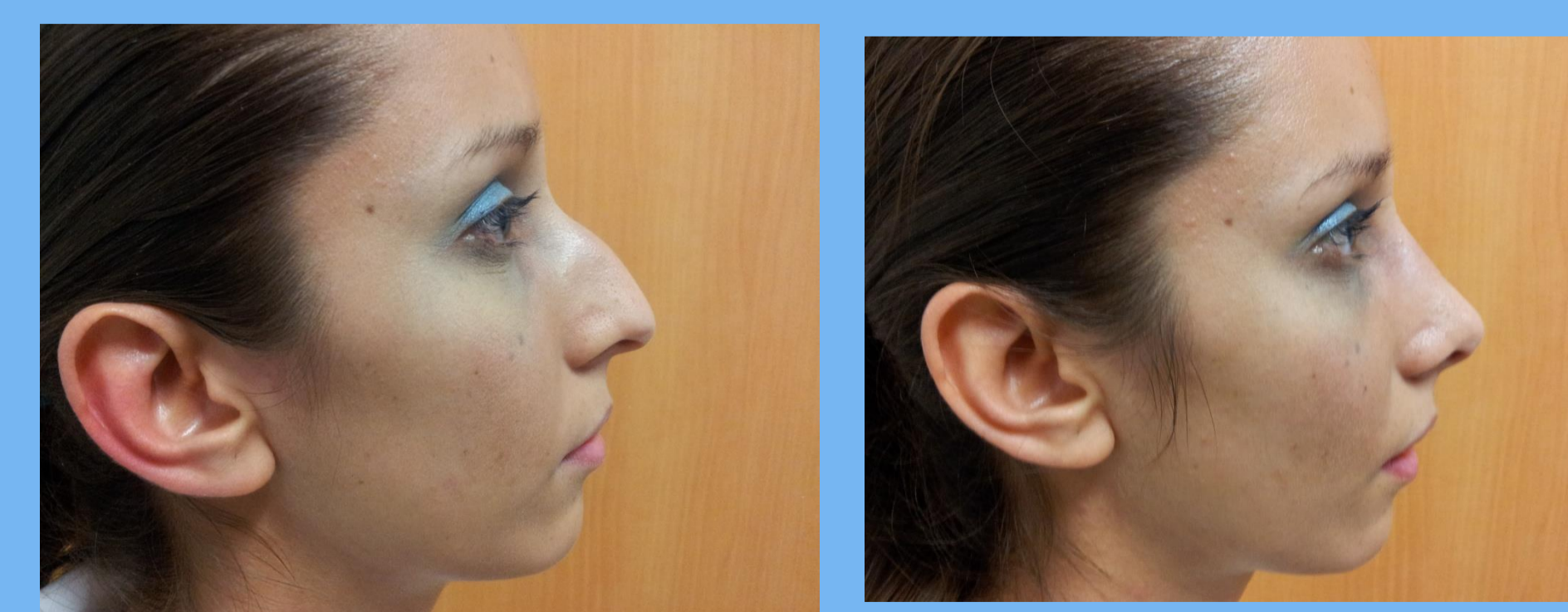
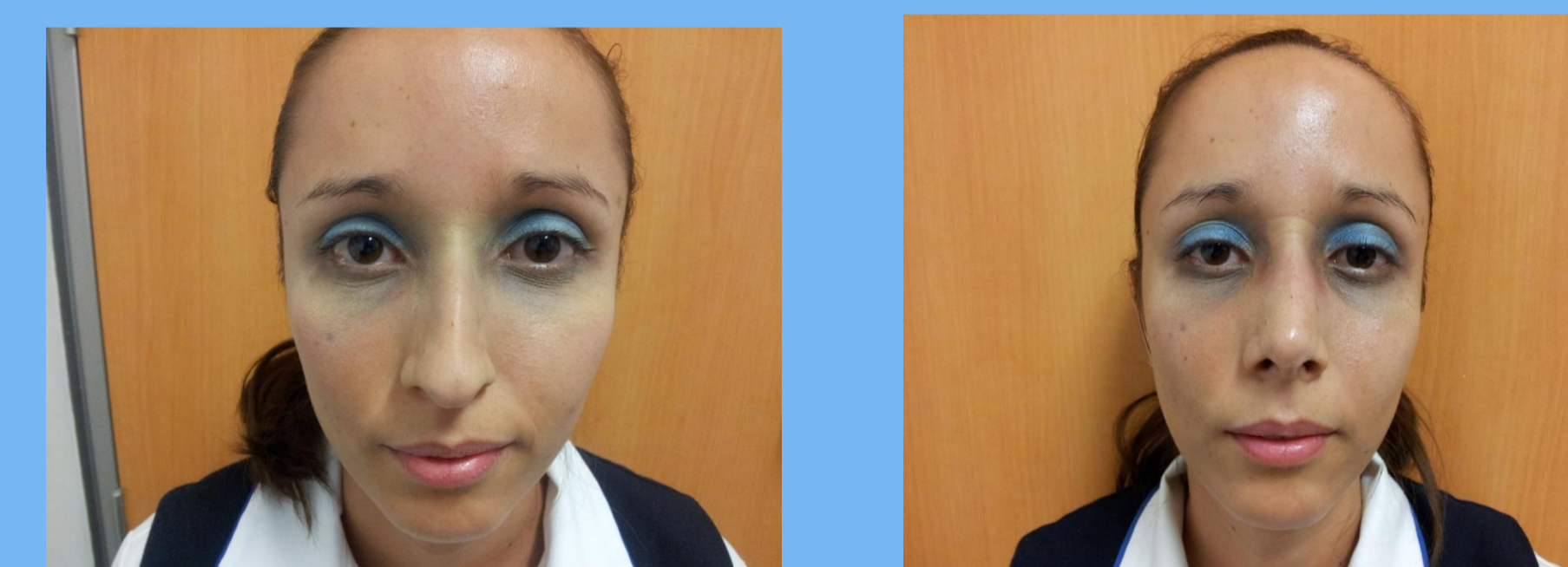
## Descripción del Caso Clínico

Se trata de femenino de 23 años de edad con obstrucción nasal izquierda, rinorrea anterior hialina, descarga posterior hialina, y antecedente de trauma nasal hace varios años, a la exploración física con giba osteocartilaginosa, domo prominente e irregular, septum con desviación septal izquierda impactada en área IV de Cottle, cornetes hipertróficos. No ha mejorado con tratamiento médico. Se efectúa cirugía nasal, Rinoseptumplastia con resección de cresta espolón en área IV con técnica de Cottle. Resección de giba osteocartilagino, osteotomías laterales, resección de retornos y de borde cefálico de cartílago lateral inferior. Colocación de Injerto de Sheen previa disección de bolsa hasta espina nasal anterior para asentar ahí el segundo segmento del injerto. Los dos segmentos se unen con sutura absorbible

## Protocolo de Estudio

Historia clínica completa, preoperatorios, biometría hemática completa, perfil de coagulación, química sanguínea, tomografía de nariz y senos paranasales, Foto documentación y análisis facial. Estudios de sangre normales, la tomografía computarizada con senos paranasales libres, con desviación septal cresta osteocartilaginosa en área IV y cornetes inferiores hipertróficos.

Se realiza una evaluación completa y se programa para cirugía nasal, con el siguiente plan quirúrgico, resección de cresta espolón del septum, toma de injerto de cartílago cuadrangular, resección de giba osteocartilaginosa, resección de retornos, y de borde cefálico del cartílago lateral inferior, disección de bolsa a nivel de columela desde el domo hasta la espina nasal anterior, de tamaño adecuado al injerto de dos segmentos. Moldeo del injerto y colocación del mismo, verificación del resultado.



## Discusión

Existen otros injertos como los de Goldman, Peck, y otras modalidades para colocarlos en la punta nasal, domo, cruz medial, cruz lateral, columela, y sus combinaciones, sin embargo el clásico injerto de Sheen con la modificación propuesta ofrece ventajas ya que logra estabilizarse al apoyarse en la espina nasal anterior con su segmento rectangular y delgado, y en caso de no lograrse estabilizar, es válido el empleo de sutura absorbible para fijarlo a estructuras vecinas y mantenerlo fijo y en la línea media. Es un injerto de fácil obtención al realizar la septumplastia y ofrece un excelente material para moldear, biselar y unir el injerto de Sheen a su segmento rectangular y delgado que se apoyará en la espina nasal anterior. La disección de una bolsa de tamaño adecuado proporcionará un excelente soporte al mismo, una bolsa muy pequeña puede romperlo al insertarlo y una bolsa grande producirá que el injerto se movilice y desplace. La fijación con sutura absorbible es válida para impedir los desplazamientos.

## Conclusión

El injerto de Sheen modificado con técnica endonasal proporciona un excelente y fácil método de obtener resultados muy satisfactorios, siempre y cuando se realice una disección cuidadosa y un moldeo perfecto del injerto. Se propone esta técnica como una alternativa para lograr un afinamiento de la punta nasal con buena rotación y proyección.

## Referencias

1. Daniel RK. Mastering rhinoplasty. Berlin, Heidelberg, Germany: Springer Verlag; 2010.
2. Tebbetts JB. Rethinking the logic and techniques of primary tip rhinoplasty: A perspective of the evolution of surgery of the nasal Tip. Otolaryngol Clin North Am. 1999;32:741-754. [PubMed]
3. Daniel RK. Rhinoplasty: open tip suture techniques: a 25-year experience. Facial Plast Surg. 2011;27:213-224. [PubMed]
4. Micheli-Pellegrini V. Rinoplastica. Atlante di chirurgia pratica. Firenze: SEE Editor; 2005.
5. Gunter JP, Rohrich RJ. Augmentation rhinoplasty: dorsal onlay grafting using zapead autogenous septal cartilage. Plast Reconstr Surg. 1990;86:39-45. [PubMed]