

ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



EL TABIQUE NASAL EN LA RINOPLASTIA: TÉCNICAS DE SEPTOPLASTIA BÁSICA

FWA Otten

La corrección de desviaciones del tabique nasal supone un componente importante en la cirugía de rinoplastia. No solamente para la cirugía funcional, sino también para el aspecto estético, el septum merece cierta atención. En el pasado en la cirugía del tabique se realizaban grandes resecciones de hueso y cartílago llegando a tener ocasionalmente consecuencias funcionales y cosméticas negativas. Hoy en día, debido a su función de soporte, en la cirugía de septoplastia se intenta ser lo más conservador posible mediante la preservación y reconstrucción del septum nasal.

El tabique nasal lo conforman una porción posterior ósea y una anterior cartilaginosa. La *Figura 1* muestra el tabique nasal en una disección en cadáver. El tabique óseo tiene dos componentes: el vómer y la lámina perpendicular del etmoides



Figure 1: El septum se compone del cartílago cuadrangular o cartílago septal anterior (1), la lámina perpendicular del etmoides (2) y el vomer (3)

La porción anterior cartilaginosa, compuesta por el cartílago cuadrangular y dos cartílagos laterales superiores, es una importante estructura de soporte de la nariz (*Figuras 2a, b*). Un septum cartilaginoso recto y firme contribuye a un contorno externo adecuado de las regiones cartilaginosas de la nariz y a mantener un flujo de aire eficiente.

Esto significa que las malformaciones anatómicas del cartílago septal pueden provocar alteraciones funcionales y estéticas.



Figura 2a: el cartílago septal y los laterales superiores conforman una única estructura cartilaginosa

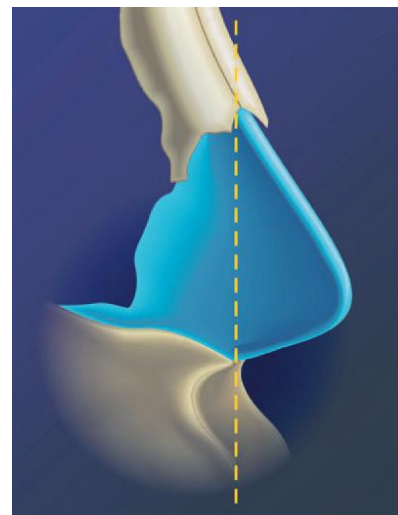


Figura 2b: la región del cartílago septal a la derecha de la línea de puntos supone la estructura de soporte más importante del septum, determinante en la forma externa de la nariz cartilaginosa e importante para un adecuado flujo de aire a través de la nariz



Figura 3a: perfil nasal marcado debido a un cartilago septal anterior 'alto'

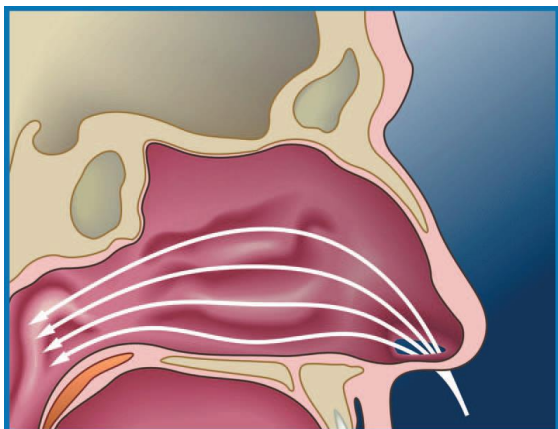


Figura 3b: sección transversal de la cavidad nasal donde se observa el estrechamiento de la región anterior en comparación con la posterior

Las alteraciones funcionales suelen ser resultado de desviaciones septales de la región anterior del tabique. Esta área es la más estrecha de la nariz (*Figura 3b*). Pequeñas anomalías anatómicas dan lugar inme-

diatamente a la obstrucción de las vías respiratorias nasales.

Podemos observar alteraciones estéticas en tabiques 'altos' y en desviaciones septales anteriores las cuales provocan un dorso nasal cartilaginoso torcido, asimetría en la columela o en la punta nasal (*Figuras 19a y 28a*). Un defecto en el cartílago septal resulta en una depresión en el dorso nasal (*Figura 38a*), mientras que un sobredesarrollo de la región dorsal o caudal del septum puede producir, respectivamente, una joroba dorsal nasal, un ángulo nasolabial romo o una "columela colgante" (*Figuras 25a, 33a*).

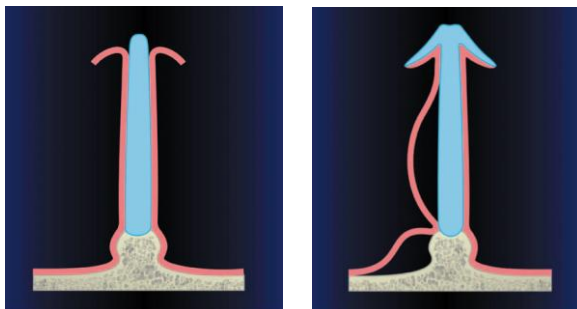
El septum óseo tiene menos función de soporte que el cartilaginoso y provoca menos alteraciones funcionales ya que la cavidad nasal posterior es mucho más ancha (*Figura 3b*). Como resultado, el tabique óseo tiene un manejo más sencillo. La septoplastia es con frecuencia el paso inicial en la rino-plastia debido a que la realineación del tabique, como estructura de soporte de la línea media de la nariz, es esencial para obtener resultados exitosos en la cirugía funcional, de la punta nasal o de la pirámide nasal ósea.

Abordaje estándar del septum

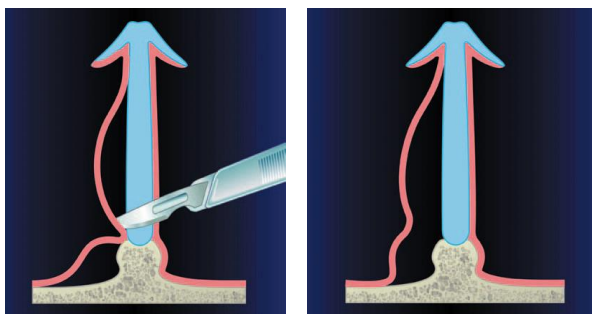
Debido a que el septum cartilaginoso es una importante estructura de soporte se debe intervenir de la manera más conservadora posible. Disecando lo menos posible conseguimos que la mayoría de conexiones de esta estructura de soporte pueden quedar intactas junto al resto de esqueleto nasal. Este objetivo se puede lograr, en la mayoría de los casos, al tunelizar el tabique anterior solo en un lado, dejando el mucopericondrio contralateral intacto. El túnel se realiza en el lado donde existe suficiente espacio para manejar el instrumental. Si hay que abordar una desviación inferior del tabique se debe realizar un túnel inferior en

el mismo lado para poder visualizar esta región del septum que tiene que ser corregida. Después de disecar las fibras cruzadas del tejido conjuntivo que cubre la base del septo el túnel anterior y el inferior se convierten en un compartimento único, lo que permite obtener una adecuada visión del tabique nasal y la premaxila subyacente.

El procedimiento arriba descrito está esquemáticamente representado en las Figuras 4a-d. Posteriormente, el túnel septal se agranda en una dirección posterior elevando un colgajo mucoperióstico del tabique óseo en el mismo lado.



Figuras 4a, b: abordaje estándar del septum: (a) corte coronal esquemático del cartílago septal anterior; (b) túnel anterior e inferior



Figuras 4c, d: (c) disecación de las fibras cruzadas caudales; (d) los túneles anterior e inferior conforman un único compartimento para una mejor visión del tabique nasal y la premaxila

Mediante disección roma de la unión entre el tabique cartilaginoso y óseo también podemos elevar el colgajo mucoperióstico

del lado contralateral del tabique óseo (Figura 4e). Mediante este abordaje se puede alcanzar todo el septo. Una disección en cadáver ilustra este procedimiento en las Figuras 5a-c.

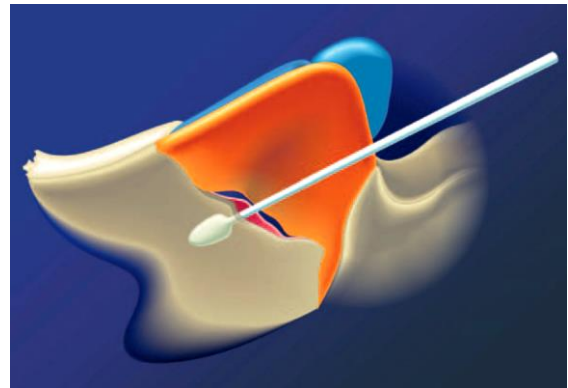
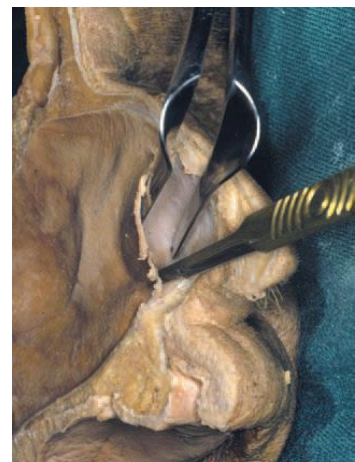


Figura 4e: condrotomía posterior con la creación de un túnel posterior contralateral a lo largo del septum óseo. El mucopericondrio anterior contralateral permanece unido al septo cartilaginoso para una mejor estabilidad



Figura 5a. Realización de un túnel septal unilateral

Figura 5b: Disección de las fibras cruzadas caudales



La separación roma del septum cartilaginoso y óseo (condrotomía posterior) no debe realizarse muy alta ya que el tabique cartilaginoso pierde por completo el soporte del tabique y pirámide ósea en una importante zona llamada área k o Keystone (Piedra angular), el punto más alto de conexión entre el tabique óseo y cartilaginoso (Figura 5c).

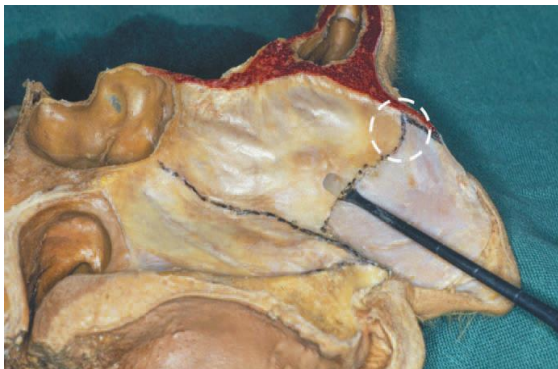


Figura 5c: condrotomía posterior; el círculo punteado blanco señala el área K

Este es el caso especial cuando se debe remover la joroba dorsal ya que con este procedimiento el área K se debilita y se reduce desde arriba (Figura 5d).



Figura 5d: relación entre el área K y la resección de la joroba dorsal

Si el área K se destruye se produce lo que se conoce como “nariz en silla de montar” (Figura 38a). Dejando el mucopericondrio unido al septum en un lado se genera mayor estabilidad para esta estructura de soporte. Después de luxar el septo cartilaginoso hacia un lado, las desviaciones septales

óseas se pueden eliminar con unas pinzas o fórceps, dejando el tabique óseo antero-superior intacto para conservar el área K. La Figura 5e muestra esto.



Figura 5e: Área donde normalmente se retiran los fragmentos óseos desviados del tabique

El resto del septum óseo no tiene una función importante de soporte. Si fuese necesario, se pueden volver a colocar trozos aplastados de hueso septal al final de la operación para prevenir la atrofia de la mucosa a largo plazo.

Antes o después de esta corrección del septum óseo, el cartílago septal puede realinearse desde el túnel anterior unilateral en el 90% de los casos. Hay que resecar de la forma más conservadora posible y reconstruir el cartílago en línea media con el objetivo de conservar su función de soporte (Figuras 5f, g).

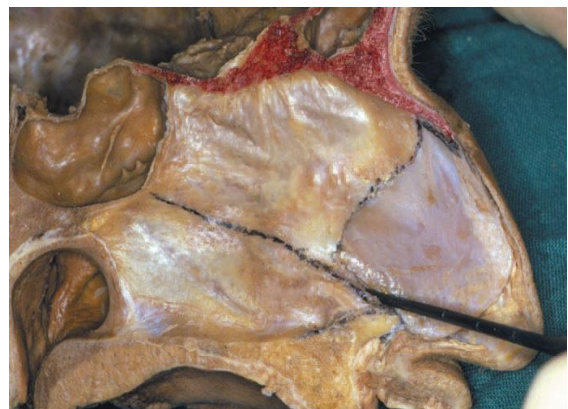


Figura 5f: luxación del borde caudal del cartílago septal hacia el túnel

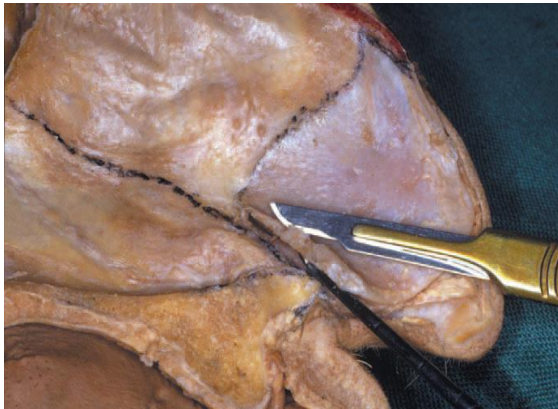


Figura 5g: reseción de una tira de cartílago caudal en caso de septum muy alto o luxado

Tunelizar ambos lados junto con la reseción de fragmentos de hueso y cartílago del septo crea el riesgo de que el tabique caiga hacia la fosa nasal, pivotando sobre el área K (*Figura 6a*). Esto provoca una menor función de soporte del septum y la consecuente caída de la punta nasal (*Figuras 6b, c*).

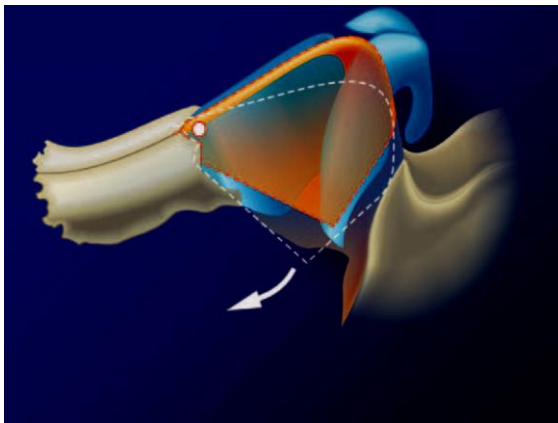


Figura 6a: ilustración esquemática de la caída de la nariz como resultado de la pérdida de soporte del septum. Esto puede suceder tras tunelizar ambos lados, resear zonas anteriores del septo óseo y de partes caudales del cartílago septal

Sin embargo, este fenómeno se puede emplear en ciertos casos en los cuales el objetivo sea la desproyección nasal. En general se realiza una larga incisión hemitransfixiante (*Figura 7a*).



Figuras 6b, c: paciente antes de una cirugía de septoplastia y aspecto postquirúrgico del mismo paciente con caída de la nariz como resultado de la pérdida de soporte del septum tras una septoplastia



Figura 7a: línea de la incisión hemitransfixiante

Siguiendo el plano subpericóndrico se abre un túnel anterior en el mismo lago (*Figura 7b*). Separando el colgajo de mucopericondrio del tabique nasal con un espéculo nasal conseguimos una buena visión del cartílago septal.

No obstante, al tirar hacia abajo de la esquina inferior de la incisión hemitransfixiante con un pequeño gancho o erina, se genera una exposición mucho mejor del tabique (*Figura 7a*), particularmente cuan-

do las fibras cruzadas del tejido conectivo entre el túnel anterior e inferior se disecan con bisturí bajo una visión clara y directa (Figuras 7d, e).



Figura 7b: túnel septal anterior



Figura 7c: exposición del septum inferior y premaxila usando un pequeño gancho



Figura 7d: disección del tejido conjuntivo de recubrimiento basal



Figura 7e: exposición del túnel anterior e inferior como un solo compartimento

Correcciones funcionales del septum

Septum alto con desviación convexa anterior

En este caso el tabique es demasiado largo para la altura de la fosa, pero sigue insertado en la cresta maxilar. Después de crear un túnel septal anterior con un despegador roma en el lado cóncavo, las fuertes uniones de la mucosa basal al septum se disecan con bisturí. Tras liberar el borde caudal del cartílago septal y la cresta maxilar del recubrimiento mucoso, las dos estructuras son separadas de forma roma y así poder reseca la franja inferior del cartílago septal sobredesarrollado. El mucopericondrio del lado contralateral del septo se mantiene en su sitio. Se debe tener cuidado de no reseca demasiado cartílago con el objetivo de preservar la función de soporte del septum (Figuras 5f, g y 8a, b, c).

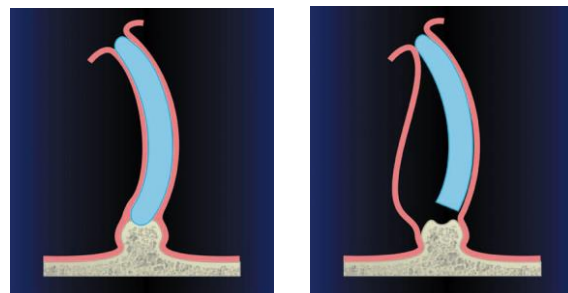
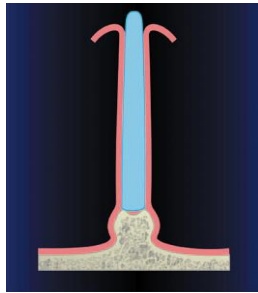


Figura 8a: septum demasiado alto con desviación convexa; b: túnel septal anterior con resección de una franja basal del cartílago septal anterior demasiado largo

Figura 8c: rectificación espontánea del cartílago septal tras la resección de la franja basal



El septo cartilaginoso ya se puede realinear en la línea media, estabilizado por el mucopericondrio contralateral que permanece unido a él. Existen situaciones donde el septum mantiene su forma curvada (*Figura 9a, b*).

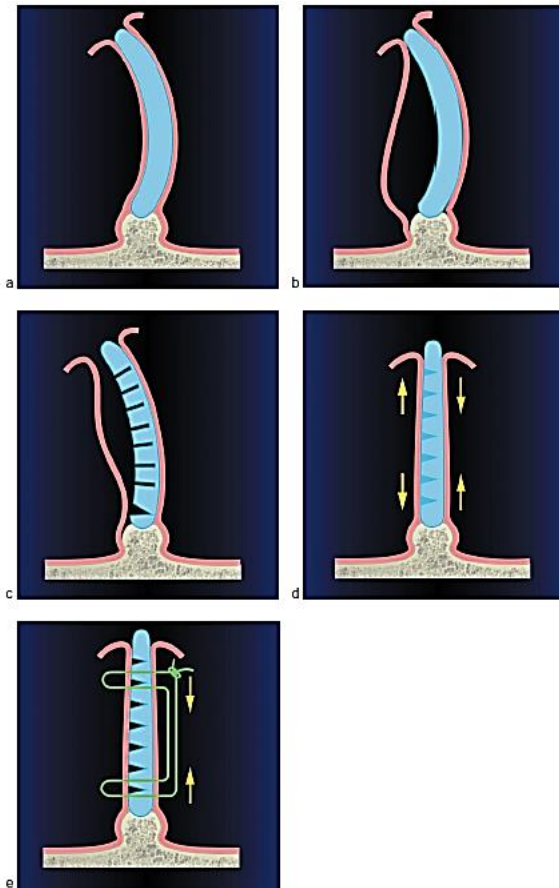
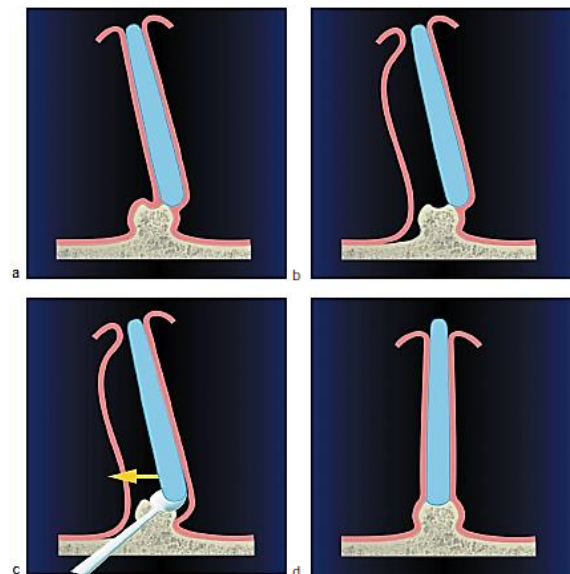


Figura 9a: cartílago septal anterior desviado; b: túnel septal anterior sin rectificación espontánea del tabique; c: escoriaciones en el lado cóncavo del septo; d: enderezamiento del septum como resultado de (1) pérdida de la memoria elástica del cartílago y (2) elasticidad del mucopericondrio lateral

En estos casos se puede enderezar el cartílago realizando incisiones en el lado cóncavo y consiguiendo que este sea maleable. Además, la elasticidad del mucopericondrio lateral ayuda a rectificar el septum (*Figura 9c, d*). El mucopericondrio unido al lado convexo contribuye a la estabilidad de los fragmentos de cartílago marcados, incluso si se ha cortado completamente este. Se puede reforzar con dos nudos colchoneros continuos con Vicryl 4x0 con la salida de los extremos distales superior e inferiormente a la deflexión y realizando el anudado en el lado convexo (*Figura 9e*).

Tabique anterior luxado

En esta situación el septum se encuentra desinsertado y reposa lateralmente a la cresta maxilar (*Figura 10a*).



Figuras 10a: cartílago septal luxado; b: túneles anterior e inferior; c: liberación y levantamiento del septum anterior de la cresta maxilar; d: reposicionamiento del tabique en la línea media

En consecuencia, la realización de un túnel septal anterior va a permitir un mejor manejo del lado contralateral. A través de la unión del borde caudal del cartílago septal

y la cresta maxilar se puede alcanzar el suelo de la fosa nasal contralateral levantando el septum luxado (Figura 5f y 10b, c). Con esta maniobra liberamos el borde caudal del septo luxado. Después de levantar el mucoperiostio del suelo de la fosa contralateral, el septum luxado puede volver a recolocarse en la línea media sobre la cresta maxilar (Figura 10d).

En caso de cartílagos septales de gran tamaño y luxados el borde caudal se puede reducir de la misma manera que los procedimientos de resección previamente indicados, dejando la mucosa contralateral intacta como factor estabilizador (Figuras 11a-d).

El septum puede ser fijado en la línea media con una sutura en la espina nasal anterior como se ilustra en la Figura 12.

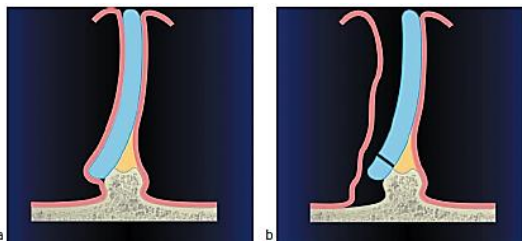


Figura 11a: septum demasiado largo luxado; b: túneles anterior e inferior

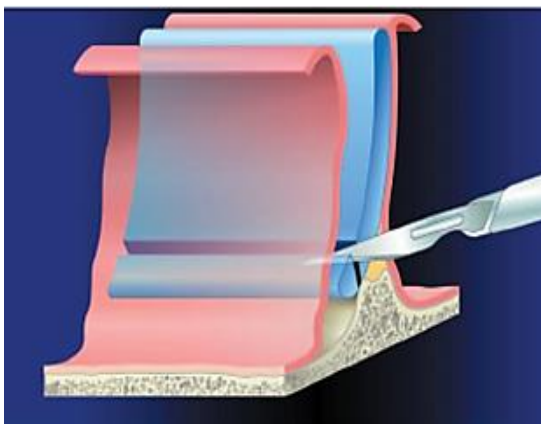


Figura 11c: resección de una franja caudal del septum

Figura 11d: realineamiento del tabique

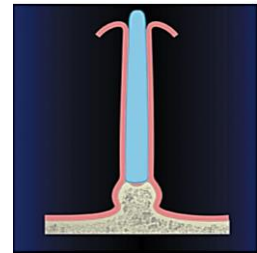
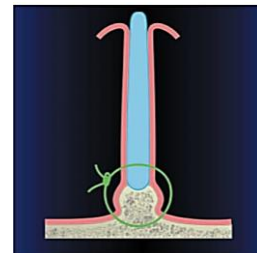


Figura 12: estabilización del cartílago septal mediante una sutura de la región basal a la espina nasal



Cresta y espolón septal

La mayoría de veces encontramos una cresta septal a lo largo del cartílago septal y vómer. Una cresta a menudo se reduce a un espolón o una espina. Esta malformación se puede alcanzar y corregir mejor desde el lado contralateral, como en los septos luxados. Después de resecar la región desviada del cartílago septal, la porción ósea de la cresta y el espolón se libera de la mucosa contralateral, según el abordaje clásico, y se retira con unas pinzas de mordida o mediante una fractura.

Líneas de fractura del septum

Las líneas de fractura en el cartílago septal pueden discurrir horizontal o verticalmente. En la mayoría de casos el excedente o superposición de cartílago alrededor de la línea de fractura debe ser reseca para realizar el realineamiento del septum. Este procedimiento se muestra en una disección en cadáver en la Figura 13.

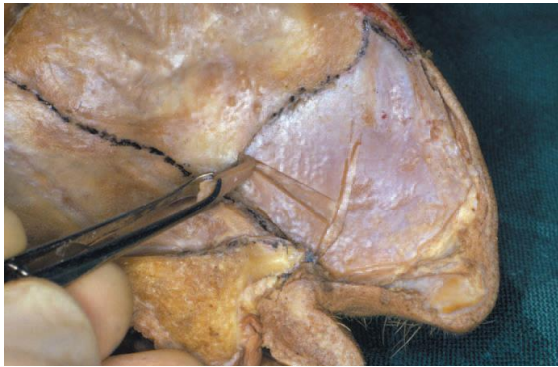


Figura 13: resección del exceso de cartílago en una línea de fractura vertical y horizontal

La resección se realiza mejor con un bisturí a través de un túnel septal anterior unilateral, dejando la mucosa opuesta intacta para que sirva como estructura estabilizadora (Figura 14a). Se puede arreglar aún más si realizamos suturas de colchonero a través de la zona de escisión y los fragmentos del cartílago septal (Figura 14b). En esta situación el recubrimiento de la mucosa contralateral sirve de gran ayuda para el realineamiento del septum anterior y previene la superposición de los fragmentos fracturados. Una representación de lo que podría ocurrir después de tunelizar ambos lados se muestra en las Figuras 14c, d.

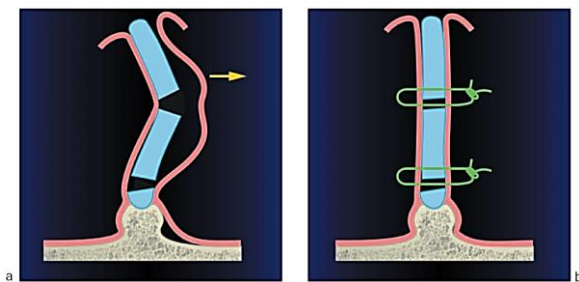
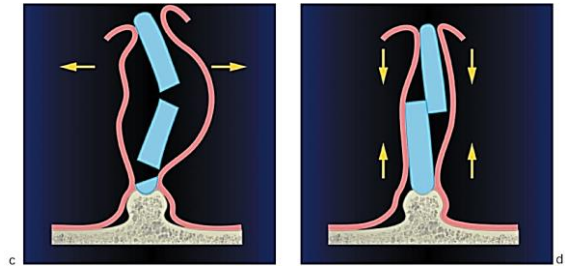


Figura 14a: resección de las líneas de fractura a través de un túnel septal izquierdo. Estabilización de los fragmentos fracturados gracias a su unión al mucopericondrio contralateral; b: realineamiento del tabique y fijación mediante suturas de colchonero



Figuras 14c, d: desestabilización del cartílago septal fracturado tras haber tunelizado ambos lados

Desviaciones septales altas

Desviaciones septales muy altas son difíciles de corregir cuando se encuentran en el área K, importante zona de soporte del septum (Figura 5c). La resección de estas malformaciones conlleva el riesgo de destruir esta región de soporte. Una desviación alta del cartílago septal puede ser rectificada con un triturador de cartílago (Figuras 15a, b). Aplastando y triturando el cartílago de esta región conseguimos debilitarlo y enderezarlo, pero manteniendo su función de soporte intacta.

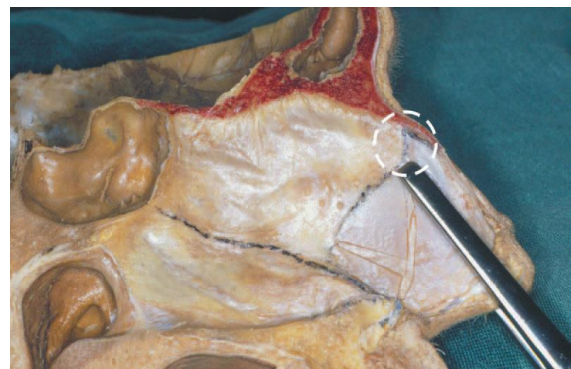


Figura 15a: aplastamiento de una desviación septal alta en el área K

Defectos septales anteriores

Un defecto del cartílago septal anterior provocado por un traumatismo o una cirugía previa resulta en una pérdida de soporte del esqueleto cartilaginosa nasal. El provoca alteraciones funcionales y también estéticas. El tabique tiene que ser reconstruido con un injerto en la columela tipo strut.

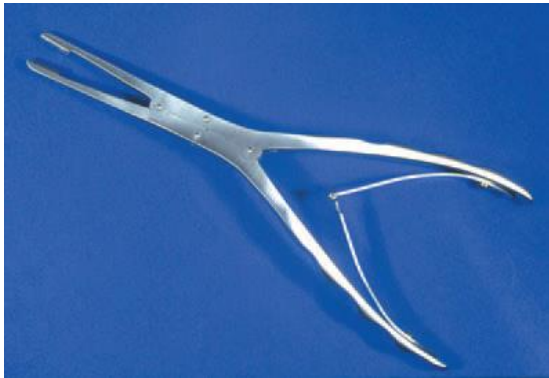


Figura 15b: triturador de cartílago

A través de una incisión hemitransfixiante, realizada en una zona relativamente posterior, creamos un bolsillo en la parte membranosa del septum y la columela, entre las curvas mediales de los cartílagos alares (Figuras 16). Hay que asegurarse de cortar todas las fibras del bolsillo para poder introducir el injerto columelar adecuadamente.



Figura 16: creación de un bolsillo en columela con unas tijeras curvas

Este injerto o puntal se obtiene de cartílago septal posterior o cartílago auricular, se coloca sobre la espina nasal anterior y se fija mediante una sutura tipo colchonero en la entrada al bolsillo columelar (Figura 17a, b). El nuevo soporte que otorga el puntal permite la apertura del área de la válvula nasal anterior. Las Figuras 18a y b muestran el efecto de esta maniobra en la apariencia externa de la nariz.

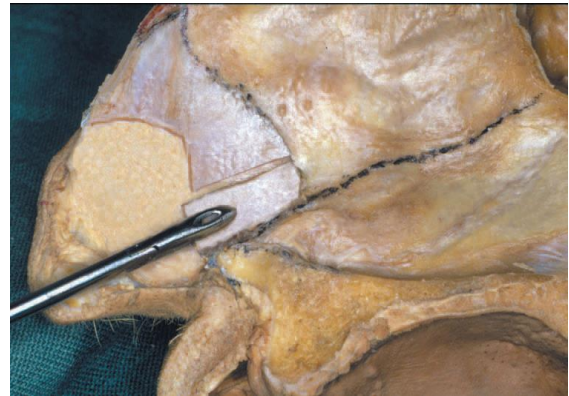


Figura 17a: obtención de cartílago del septum cartilaginoso posterior

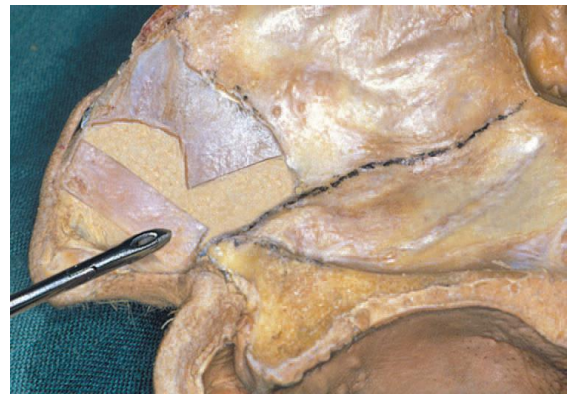


Figure 17b: reconstrucción de un defecto del cartílago septal anterior con un injerto de columela

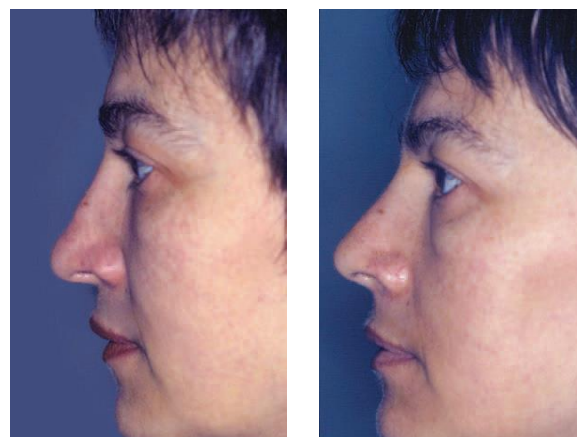


Figura 18a: Vista preoperatoria de un paciente con pérdida de soporte del tabique como resultado de un defecto septal cartilaginoso anterior; b: vista postoperatoria del mismo paciente después de la reconstrucción del tabique, como se ilustra en las Figuras 17a, b

Correcciones estéticas del septum

En la rinoplastia el objetivo estético puede conseguirse frecuentemente mediante correcciones del tabique nasal. Al observar con mayor detalle el tabique se puede analizar qué parte debe corregirse para alcanzar un determinado objetivo estético. Algunas de estas situaciones se describen a continuación.

Desviación del dorso nasal cartilaginoso

Una desviación alta del cartílago septal puede provocar que el dorso nasal externo también presente una desviación (*Figura 19*).

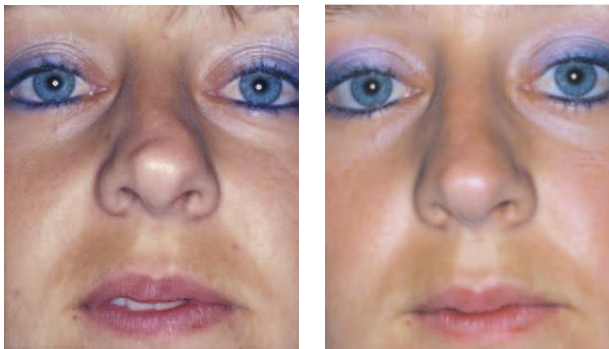


Figura 19: dorso nasal cartilaginoso torcido como resultado de una desviación septal alta y vista postoperatoria tras la corrección del tabique y los cartílagos laterales superiores

En estas circunstancias los cartílagos laterales superiores son a menudo asimétricos. Además de una corrección septal rutinaria, la realineación de la región dorsal del septum puede conseguirse mejor tras separar uno (en el lado convexo del tabique) o ambos cartílagos laterales superiores del septo nasal. Esto puede realizarse cuidadosamente a través de la mucosa de la fosa nasal mediante una incisión con bisturí (*Figura 20a*). El dorso nasal se palpa al mismo tiempo con un dedo notando como la hoja del bisturí atraviesa el cartílago debajo de la piel (*Figura 20b*).

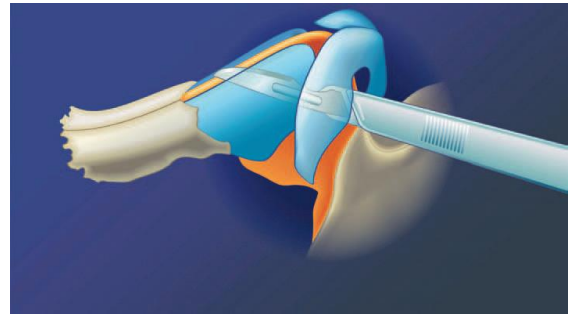


Figura 20a: separación del cartílago lateral superior derecho del tabique, directamente a través de la fosa nasal

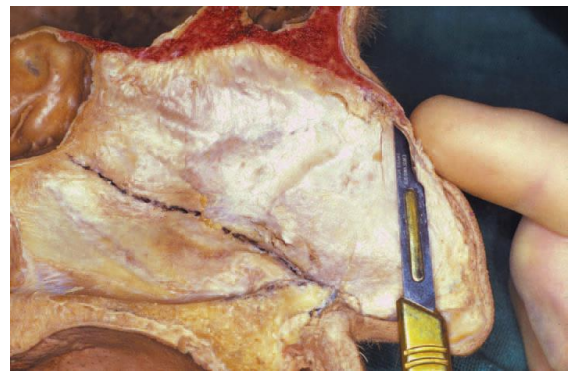


Figura 20b: palpación digital del dorso nasal para notar el bisturí atravesar el cartílago lateral superior debajo de la piel de la nariz

Los cartílagos laterales superiores se realinean automáticamente con el tabique enderezado. No es necesario suturar. El efecto de este procedimiento se describe en las *Figuras 21a-g*. Si es necesario, la piel del dorso nasal se puede elevar a través de una incisión hemitransfixiante (con unas tijeras a través del ángulo septal anterior) para liberar el lado dorsal del tabique de sus fijaciones a la piel (*Figuras 22a, b*).

Estas maniobras ayudan a rectificar el dorso cartilaginoso de la nariz, como puede verse en la *Figura 19b*. Una alternativa es introducir injertos espaciadores entre el septum y los cartílagos laterales superiores mediante un abordaje abierto.

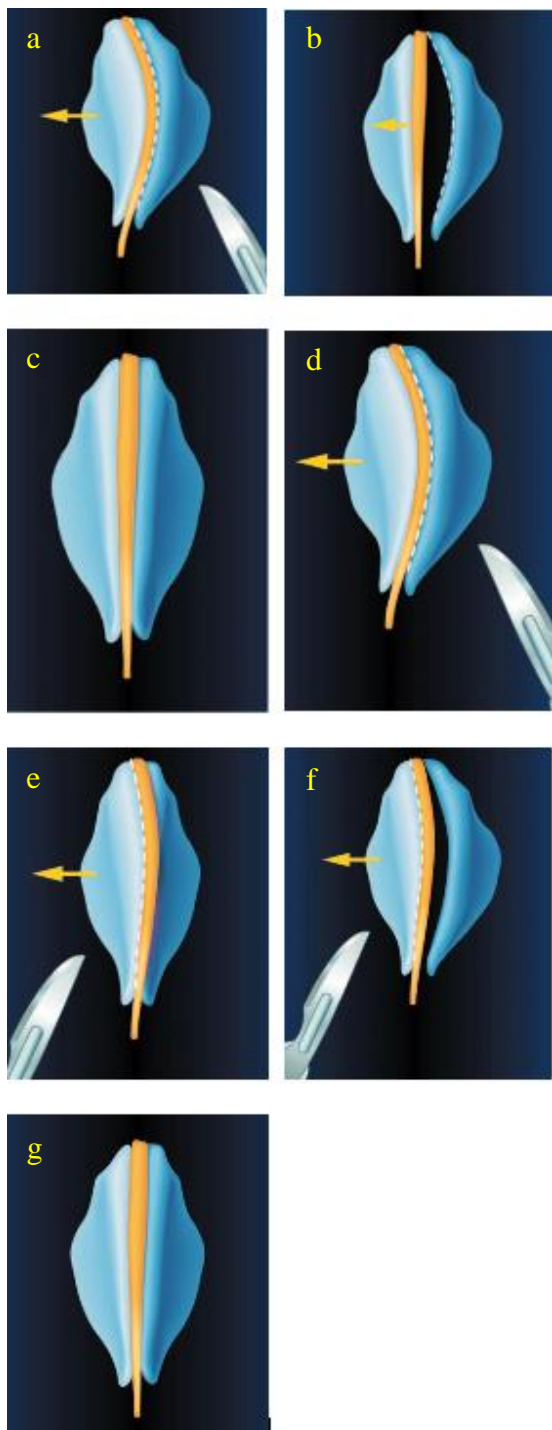


Figura 21. Septum dorsal torcido y cartílagos laterales superiores asimétricos; b, c: realineamiento del tabique después de separarlo del cartílago lateral superior izquierdo; d-g: a veces ambos cartílagos laterales superiores tienen que ser separados para poder rectificar el dorso septal



Figura 22a, b: liberación de la piel del dorso nasal a través de la incisión hemitransfixiante lo que facilita enderezar el dorso septal

Rotación de la punta nasal

La rotación descendente de la punta nasal es frecuentemente resultado a un ángulo septal anterior y un margen caudal del cartílago septal demasiado prominentes (Figura 23a). La palpación con el dedo pulgar y el índice ayuda al diagnóstico de estas variaciones de la anatomía septal. Esto puede corregirse simplemente resecando el cartílago y la mucosa suprayacente del ángulo septal anterior y el borde caudal adyacente (Figura 24a, b). Después de este simple procedimiento, la punta nasal gira automáticamente hacia arriba como resultado de la elasticidad de la piel del dorso nasal (Figura 23b). Tras esto el defecto es cerrado principalmente con suturas reabsorbibles.



Figura 23a: paciente con ángulo septal anterior y borde septal adyacente prominentes (y joroba dorsal); b: aspecto posoperatorio después de la resección del ángulo septal anterior (y joroba). Nótese la rotación hacia arriba de la punta nasal con este procedimiento

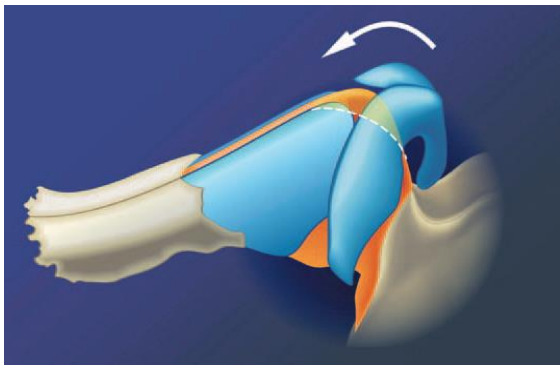


Figura 24a: área de resección del ángulo septal anterior. Esta resección produce una rotación hacia arriba de la punta nasal

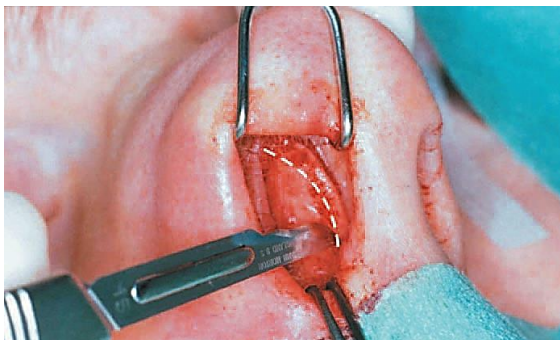


Figura 24b: resección del ángulo septal anterior. La mucosa que lo recubre es reseca en la misma cantidad que el cartílago

Corrección del ángulo nasolabial

Un margen caudal del septum prominente cerca de la espina nasal a menudo provoca un ángulo nasolabial romo (*Figura 25a*).



Figura 25a: aspecto preoperatorio de un paciente con un ángulo nasolabial romo como resultado de un margen caudal del septum y una espina nasal demasiado prominentes; b. Vista posoperatoria después de la resección de este margen caudal del septum y reducción de la espina nasal, así como de una reconstrucción del ángulo frontal

Como se menciona anteriormente, la palpación ayuda a conocer la anatomía subyacente. Resecando esta región del borde caudal del cartílago junto a la mucosa que lo recubre, en combinación con una reducción de la espina nasal (si fuese necesario), podemos reducir el ángulo nasolabial (*Figuras 26a, b*). La *Figura 25b* muestra el resultado de este procedimiento.

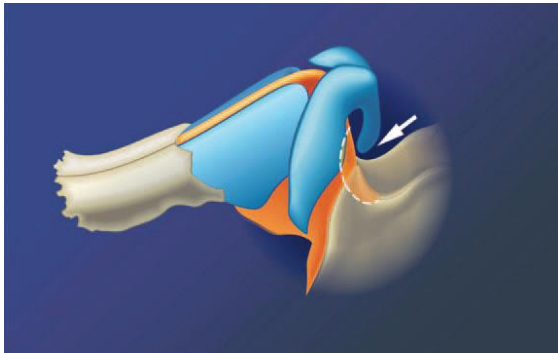


Figura 26a: área de resección del septo y la espina nasal para corrección de un ángulo nasolabial roto

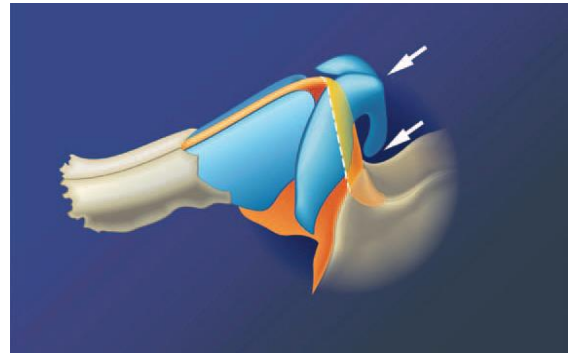


Figure 27a: resección de todo el margen caudal del septo en un caso de columela sobredesarrollada "colgante"

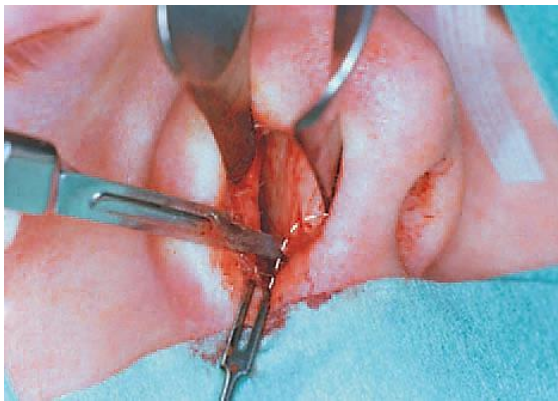


Figura 26b: resección del septo, tal como se ilustra en la Figura 25a, durante la cirugía. La mucosa suprayacente es reseca en la misma cantidad que el cartílago



Figure 27b: la misma situación de la Figura 27a durante la cirugía. La mucosa suprayacente es reseca en la misma cantidad que el cartílago

Columela sobredesarrollada "colgante"

En esta situación (a veces combinada con una crura medial grande de los cartílagos alares), todo el margen del septo caudal es a menudo demasiado prominente. Esta malformación puede ser corregida por medio de una incisión de transfixión completa. De esta manera, todo el margen caudal del septo cartilaginoso puede ser recortado junto con el mucopericondrio suprayacente (*Figura 27a, b*). Suturando el defecto primario, la columela demasiado prominente puede retraerse a la posición deseada.

Desviación del borde caudal del septum

Cuando hay una desviación del borde caudal del tabique, el resultado es una columela distorsionada y, ocasionalmente, una fosa nasal obstruida en el lado desviado (*Figura 28a*). Si el septo caudal es demasiado largo, el borde desviado simplemente se reseca con su mucosa suprayacente (*Figura 29*). Con una longitud normal, el cartílago septal deberá marcarse en el lado cóncavo para repositonarlo en la línea media, después de crear un bolsillo columelar (*Figura 28b*). Ver El defecto septal anterior para crear un bolsillo columelar (*Figura 16*).



Figura 28a: vista preoperatoria de un paciente con una desviación del margen caudal del septo cartilaginoso. Nótese la fosa izquierda parcialmente obstruida; b: aspecto posoperatorio del mismo paciente tras la corrección del septo caudal

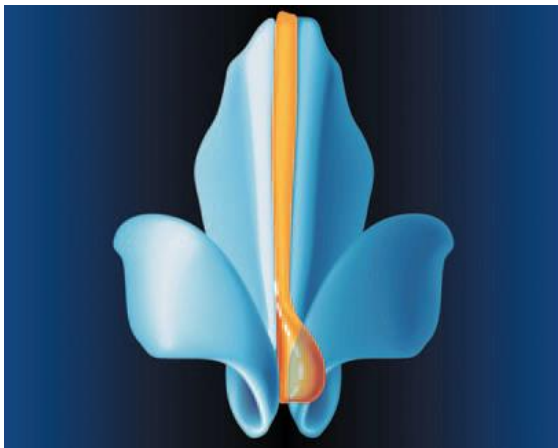


Figura 29: área de resección o de incisiones relajantes del septo en un caso de desviación del septo caudal, como se ilustra en las Figuras 28a, b

En situaciones excepcionales incluso la punta nasal puede ser asimétrica como resultado de una fuerte desviación del septo caudal. En estas circunstancias todo el tabique cartilaginoso se libera de la mucosa suprayacente en ambos lados, se reseca, se reconstruye y se vuelve a colocar, fijándolo con suturas colchoneras, para evitar la retracción columelar (Figuras 30a, b).



Figura 30a: vista preoperatoria de un paciente con asimetría de la punta nasal como resultado de una desviación severa del septo cartilaginoso anterior. b: vista postoperatoria del mismo paciente luego de la reconstrucción del septo. No se practicó cirugía de la punta nasal

Desviación de la base nasal

Cuando el septo está marcadamente desviado y luxado en el margen caudal, la realineación completa del septo no siempre es posible. Esto se debe a que toda la base nasal es ocasionalmente asimétrica (Figura 31a).



Figura 31a: paciente con septo caudal desviado y base nasal asimétrica; b: paciente luego de la corrección septal y la excavación de la base nasal o “plano mágico” (ver Figuras 32a, b)

En estas circunstancias, el área entre la piel de la base nasal (y parte del labio superior)

y el *musculus orbicularis oris* debe ser excavada para enderezar completamente el septo y la base de la nariz. El socavamiento del denominado “plano mágico” es realizado fácilmente extendiendo el tejido de forma roma con unas tijeras ligeramente curvas a través de una incisión hemitransfixiante (Figuras 32a, b). El resultado de esta maniobra se ve ilustrado en la Figura 31b.



Figura 32a: introducción de las tijeras en la base nasal o “plano mágico” vía la parte caudal de la hemitransfixión; b: la línea punteada indica el “plano mágico”. Este es el área a ser excavada durante la corrección del septo para realinear una base nasal asimétrica

Giba nasal cartilaginosa

La giba nasal cartilaginosa es el resultado de un septo dorsal cartilaginoso sobredesarrollado (Figura 33a). Para corregir esta situación, el lado dorsal del cartílago cuadrangular debe ser resecado (Figura 34). Esto en sí mismo es una corrección del

tabique. Es difícil juzgar la cantidad precisa y el lugar de reducción. Con frecuencia, también se debe recortar el ángulo septal superior para evitar la llamada “nariz en pico de loro” (Figura 33b).



Figure 33a: vista preoperatoria de una paciente con giba ósea y cartilaginosa. La parte cartilaginosa de la giba se compone de cartílago septal; b. Deformidad posoperatoria en pico de loro (flecha amarilla) luego de la extirpación de la giba. Este es el resultado de una reducción insuficiente del septo dorsal cartilaginoso

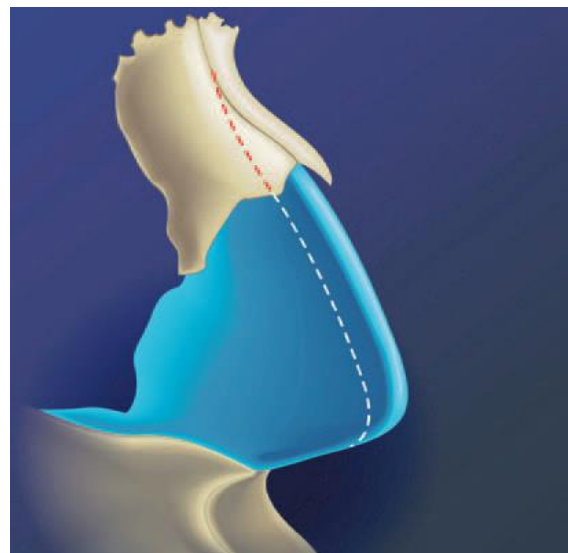


Figura 34: La línea de puntos indica el área correcta de reducción dorsal (septo cartilaginoso) que debería haberse realizado en el paciente de la Figura 33a. Tenga en cuenta que también se debe resecar el ángulo septal anterior

El mejor enfoque, en un procedimiento endonasal, para alcanzar este objetivo es una incisión de transfixión en combinación con una incisión intercartilaginosa en ambos lados. Después de liberar el ángulo septal anterior y el dorso cartilaginoso, se puede estimar la cantidad exacta de cartílago dorsal que debe reducirse (Figura 35). Esto es esencial para un buen resultado estético del perfil nasal (Figuras 36a, b).

Defecto del cartílago nasal dorsal, la nariz “en silla de montar”

Los pequeños defectos del dorso cartilaginoso se pueden reconstruir con pequeñas capas de cartílago del paciente en el defecto del dorso (Figuras 37a, b). A través de una incisión endonasal, el injerto se introduce en el área del defecto en una pequeña bolsa, para evitar el desplazamiento del injerto en el dorso. En caso de colapso del dorso nasal cartilaginoso (Figura 38), se debe reconstruir el tabique en su totalidad. Para esta corrección, a menudo se indica un abordaje externo.



Figura 35: Resección del ángulo septal anterior en caso de extracción de joroba cartilaginosa durante la cirugía. La cantidad precisa de resección del cartílago es esencial para un buen resultado de la extracción de la joroba



Figura 36a: Vista preoperatoria de un paciente con una giba dorsal cartilaginosa y ósea ("nariz a tensión"); b: vista postoperatoria del mismo paciente de la figura 36a después de la resección correcta de la joroba (con el ángulo septal anterior). Observe el cambio indirecto del ala, la narina y la punta nasal (reducción) como resultado de esta maniobra



Figura 37a: Paciente con un pequeño defecto del dorso del cartílago septal. Vista preoperatoria; b. Vista postoperatoria del mismo paciente después de rellenar el defecto con cartílago del propio paciente

El procedimiento se observa esquemáticamente en las Figuras 39a, b. El cartílago septal posterior, el tabique óseo, el cartílago auricular o costal son los materiales entre los que se puede elegir. Esta reconstrucción provoca un fuerte cambio estético de la nariz y la cara en su conjunto.

La *Figura 38* muestra el resultado de este procedimiento en la nariz de un paciente que se ha reconstruido con cartílago tomado de sus orejas sobresalientes. En la misma operación se realizó una otoplastia en ambos lados.



Figura 38: Paciente con una "nariz en silla de montar" severa después de una resección excesiva del cartílago septal durante la cirugía (izquierda); Vista postoperatoria después de la reconstrucción del tabique con cartílago del oído del paciente. Tenga en cuenta que también se ha realizado otoplastia en ambos pabellones auriculares

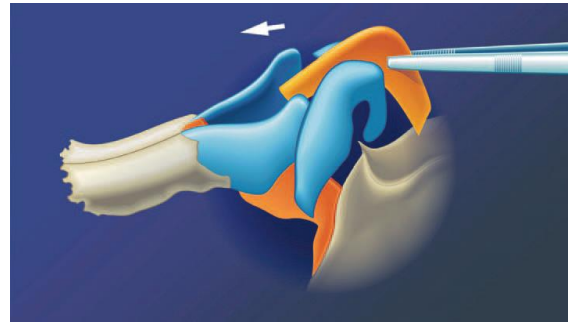


Figura 39a: reconstrucción esquemática del septum anterior con injerto de cartílago

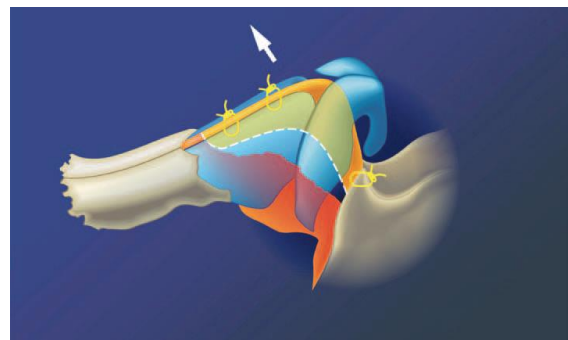


Figura 39b: injerto de cartílago fijado; tenga en cuenta el cambio del perfil dorsal de la nariz

Manejo postoperatorio

Si es necesario después de uno de estos procedimientos, el tabique cartilaginoso anterior puede suturarse a la espina nasal (*Figura 12*) para lograr una realineación segura del tabique anterior. Opcionalmente, el colgajo mucopericondríco se puede volver a unir al tabique mediante suturas pasantes en el tabique cartilaginoso. Esto previene el hematoma septal y crea estabilidad. Los tapones nasales pueden permanecer in situ durante 24-48 horas. El tratamiento antibiótico de rutina no es necesario.

El material de este capítulo es originario del libro de texto **“Rhinoplasty: A practical guide to functional and aesthetic surgery of the nose”** G.J. Nolst Trenité (ed)

ISBN 978-90-6299-206-5

<https://www.rhinoplasty.nl/store/>

Autor

FWA Otten MD, PhD
Department of Otorhinolaryngology
Diaconessenhuis
Houtlaan 55
2334 CK
Leiden, Netherlands

Traductor

Javier Padilla Cabello MD
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
Granada, España
jpadillacabello@gmail.com

Coordinador de las traducciones al castellano

J. Alexander Sistiaga Suárez MD
FEBEORL-HNS, GOLF IFHNOS
Unidad de Oncología de cabeza y cuello
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Universitario Donostia
San Sebastián, España
jasistiaga@osakidetza.eus

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

THE OPEN ACCESS ATLAS OF OTOLARYNGOLOGY, HEAD & NECK OPERATIVE SURGERY

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

