

# RINOPLASTIA DEFINITIVA EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA UNILATERAL

## DEFINITIVE RHINOPLASTY IN PATIENTS WITH UNILATERAL LABIOPALATIN FISURA

Miguel García Wenninger<sup>1</sup>, Celso Aldana Ubilus<sup>2</sup>, \*José Hernando Sandoval Pérez<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo.** Presentar una técnica quirúrgica que corrija tanto funcional como estéticamente las alteraciones nasales en pacientes con fisura labiopalatina unilateral. **Materiales y métodos.** Serie de casos de 4 pacientes operados de rinoseptoplastia con secuelas de fisura nasolabiopalatina unilateral en el centro nacional de quemaduras y cirugías reconstructivas entre los años 2016 y 2017. **Resultados.** El abordaje abierto fue realizado en todos los pacientes, las osteotomías fueron asimétricas en su mayoría, la septoplastia fue realizado en un 100%, así como la colocación de un poste columelar e injerto de Sheen (tipo escudo) en la punta en todos los casos. **Conclusión.** La corrección adecuada de la nariz fisurada se puede lograr teniendo en cuenta el conocimiento profundo de las alteraciones de cada paciente en particular. A pesar no existir un algoritmo ideal, el cirujano debe contar con un esquema mental que le permita tratar de forma individualizada cada caso siempre centrándose en dos metas principales: la corrección de la asimetría y de la función.

**Palabras clave:** Rinoseptoplastia primaria, fisura nasolabiopalatina unilateral.

### ABSTRACT

**Objective:** To present a surgical technique that corrects both nasal alterations in patients with unilateral labiopalatine fissures, both functionally and aesthetically. **Materials and method:** Case series of 4 patients operated on for rhinoseptoplasty with sequelae of unilateral nasolabiopalatine fissure in the national center of burns and reconstructive surgeries between 2016 and 2017. **Results:** The open approach was performed in all patients, the osteotomies were mostly asymmetric, the septoplasty was performed 100%, as well as the placement of a columellar post and Sheen graft (shield type) at the tip in all cases. **Conclusion:** The correct correction of the fissured nose can be achieved taking into account the deep knowledge of the alterations of each patient in particular. Although there is no ideal algorithm, the surgeon must have a mental framework that allows him to treat each case individually, always focusing on two main goals: the correction of asymmetry and function.

**Keywords:** Primary rhinoseptoplasty, unilateral nasolabiopalatine fissure.

### INTRODUCCIÓN

La deformidad nasal en pacientes con fisura nasolabiopalatina trae consigo problemas tanto estéticos como funcionales. La alteración nasal es variable y depende de varios factores como la magnitud del defecto inicial, el soporte óseo y la reparación que se haya efectuado conjuntamente con la queiloplastia o en edad escolar (*Figura 1*). La rinoplastia definitiva en estos pacientes representa un verdadero desafío debido a que se trata en la mayoría de los casos de cirugías secundarias o terciarias dependiendo de cuantas veces el paciente se haya operado antes de culminado su crecimiento.

La rinoplastia primaria realizada en el momento de la queiloplastia se centra actualmente en la manipulación casi exclusiva del cartilago alar afectado, sin embargo, muchas veces encontramos secuelas a nivel de la columela, septum y dorso nasal a la hora de realizar la rinoplastia definitiva. No debemos olvidar que la rinoplastia definitiva debe realizarse una vez culminado el crecimiento facial, generalmente a los 16 años en mujeres y 18 años en hombres. Es la última cirugía que se realiza en pacien-



Fig. 1. Se puede observar las diferencias en la estructuras o soporte óseo en fisuras clínicamente similares.

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Hospital de Clínicas. Paraguay

1. Cirujano Plástico. Miembro de la SPACPRE. Staff del Hospital de Clínicas e IPS.

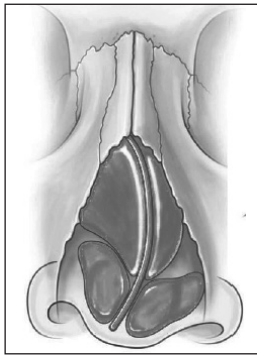
2. Cirujano Plástico. Miembro de la SPACPRE. Jefe de la Unidad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

3. Residente 3° año de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética.

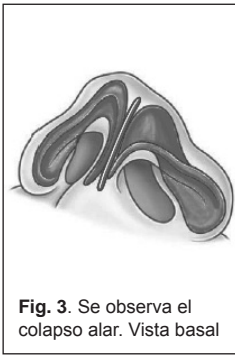
Recibido: 08 abril de 2019 - Aceptado: 10 abril de 2019

Autor correspondiente: Jose Sandoval. Email: sandovalperez@hotmail.com

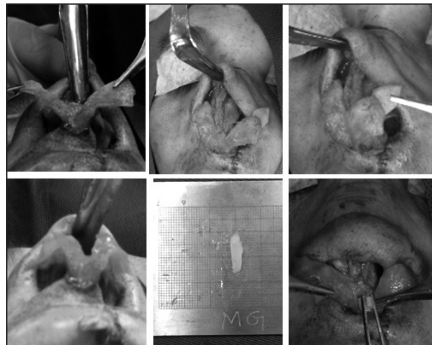
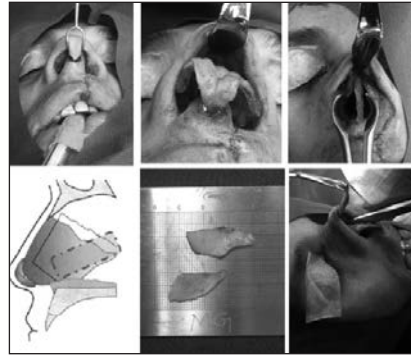
**Fig. 2.** El septum caudal se sostiene del lado sano. El colapso del cartilago alar izquierdo distorsiona el cartilago triangular desviándose el septum hacia el lado fisurado ocasionando la caracteristica laterorrinia de estos pacientes.



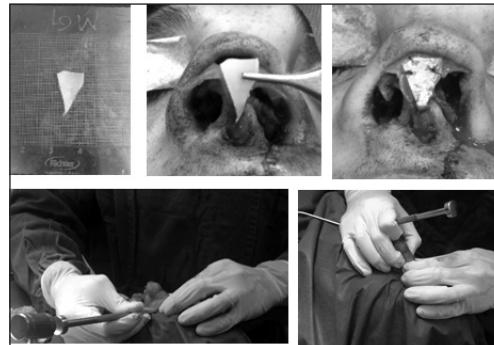
**Fig. 3.** Se observa el colapso alar. Vista basal



**Fig. 4.** Abordaje abierto. Exposición de cartilagos alares. Separación de componentes (septum y cartilagos laterales superiores). Septumplastia respetando marco en I de por lo menos 10 x 10 mm. Se observan los injertos en la parrilla de Sheen. Osteotomías paramedianas.



**Fig. 5.** Disección completa de los cartilagos alares. Colocación del injerto de extensión alar en el lado afectado. Colocación de poste columelar.



**Fig. 6.** Confección del injerto para punta (Sheen). Osteotomías laterales percutáneas para reducción de la base ósea.

tes fisurados. Es importante recalcar que aproximadamente un 20 a 30% de los pacientes fisurados tienen indicación de cirugía ortognática, procedimiento que debe realizarse antes de la rinoplastia definitiva.

Las alteraciones nasales que se presentan en estos pacientes son características y entre ellas encontramos en la vista frontal una punta nasal desviada hacia el lado no fisurado, desviación del septum nasal hacia el lado fisurado, desviación del septum caudal hacia el lado sano y laterorrinia. Asimismo, se observa asimetría en la implantación de las alas nasales y de la base ósea (**Figura 3**).

Se pueden notar otros cambios como una punta nasal poco proyectada, bulbosa y con falta de definición además de un surco ala – mejilla poco marcado, retracción alar, ala nasal caudalizada del lado fisurado, giba dorsal en algunos casos y una consistencia cutánea en la mayoría de las veces gruesa.

En la vista basal son características las alteraciones como el colapso alar del lado afectado, asimetría de las narinas, ausencia de la base de la crura medial, y la inclinación del trípode nasal (**Figura 3**). Además, se observa disminución y desviación de la columela hacia el lado fisurado con menor proyección de la escotadura piriforme del mismo lado.

El objetivo del trabajo es presentar una técnica quirúrgica que corrija tanto funcional como estéticamente las alteraciones nasales en pacientes con fisura labiopalatina unilateral.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo consiste en una serie de casos de pacientes operados de rinoseptoplastia con secuelas de fisura nasolabiopalatina unilateral en el centro nacional de quemaduras y cirugías reconstructivas entre los años 2016 y 2017. Los criterios de inclusión fueron: haber culminado el crecimiento facial, pacientes con secuelas de fisuras unilaterales y pacientes que no se realizarán una cirugía ortognática. Se descartaron pacientes con fisuras bilaterales, pa-

cientes que no hayan culminado el crecimiento facial y pacientes en quienes se planea una cirugía ortognática.

Se presentan cuatro pacientes entre los 18 a 35 años. Dos de sexo masculino y dos de sexo femenino. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico. Las cirugías fueron llevadas bajo anestesia general y por el mismo cirujano.

Una vez preparado el campo con Iop solución y compresas estériles se infiltra la nariz con 10 ml de lidocaína con adrenalina al 1%. Se esperan 10 minutos para lograr el efecto vasoconstrictor de la adrenalina. Se procede a realizar un abordaje abierto trans-columelar en V (Chevrón) con extensión marginal bilateral. Una vez disecada la punta se exponen los cartilagos alares en donde se puede observar la asimetría marcada de los mismos. Una vez disecado el dorso se diseca el septum para la realización de la septumplastia resecaando el área desviada y utilizando dicho injerto para el armazón de la punta nasal. Es muy importante que antes de la resección de la giba cartilaginosa se separen el cartilago cuadrangular (septal) de los laterales superiores o triangulares con una buena disección subpericóndrica de tal manera a no lesionar la mucosa. Esta separación de componentes nos va a permitir resecar de forma gradual el exceso de dorso cartilaginoso sin excedernos sobre todo a nivel de los cartilagos triangulares para no ocasionar una incompetencia de la válvula nasal interna lo cual se traduce en una deformidad en v invertida. Al realizar la septumplastia se deja como mínimo un marco cartilaginoso de 10 x 10 mm para evitar el colapso. En caso de persistir la desviación septal se pueden realizar suturas de colchonero o fijar el septum caudal a la espina nasal anterior con un punto en 8 de sutura 5.0 no reabsorbible. En caso de existir giba ósea se realiza el raspado. Posterior a eso se realizan las osteotomías paramedianas con cincel de 4 o 6 mm (**Figura 4**). Posteriormente vamos a la punta a realizar la disección completa de los cartila-



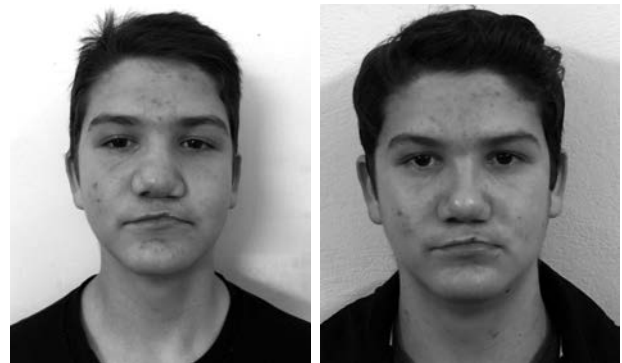
**Fig. 7.** Se observan las líneas dorsales mejor definidas y los puntos luminosos de la punta centrales y simétricos.



**Fig. 8.** Se puede observar la mejoría de las líneas dorsales, punta definida con puntos luminosos centrales. Mejoría de la simetría alar.



**Fig. 9.** Mejor definición de las líneas dorsales y de la punta nasal.



**Fig. 10.** Se observa la mejor definición del dorso nasal. Puntos luminosos de la punta centrales y simétricos a pesar de la persistencia del edema. Mejoría en la implantación alar.

gos alares. Luego realizamos la resección cefálica de alares respetando por lo menos 4 mm en mujeres y 6 mm en hombres. Se coloca el injerto de extensión alar en el cartilago alar colapsado el cual se aloja en un bolsillo que va a la apertura piriforme. Se procede posterior a esto a la colocación de un poste columelar el cual se fija a las cruras mediales de los cartilagos alares con sutura no reabsorbible 5.0 (*Figura 5*); posterior a esto se confecciona un injerto para punta nasal en escudete tipo Sheen en cual se fija a los domos de los cartilagos alares con sutura no reabsorbible 5.0 (*Figura 6*). Se realizan las osteotomías laterales percutáneas con cincel de 2 mm y por último el cierre de piel y el reposicionamiento del ala nasal en caso de ser necesario con suturas no reabsorbibles 6.0. Se realiza ferulización con micropore y yeso y taponamiento nasal anterior con gasas vaselinadas. Se coloca una gasa bajo la nariz para absorber cualquier sangrado leve la cual se fija a las mejillas con micropore.

El paciente queda internado una noche. Al día siguiente va de alta con dieta blanda, analgésicos y antibióticos por una semana, a las 48 horas se retiran los taponamientos nasales. El primer cambio de yeso se realiza a la semana al mismo tiempo que se retiran los puntos. En caso de persistir alguna desviación se colocará un nuevo yeso, en caso contrario se ferulizará la nariz solo con micropore. Se utiliza el micropore hasta completar un mes del postoperatorio.

## RESULTADOS

**Caso 1:** Paciente de 30 años de edad, de sexo femenino, con diagnóstico de secuelas de fisura labiopalatina izquierda sometida a queiloplastia a los 5 meses, palatoplastia al año y medio y rinoplastia hace 10 años. Se realizó una rinoseptoplastia con

abordaje abierto, osteotomias, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo sheen sobrepasando 7 mm el dorso nasal (*Figura 7*).

**Caso 2:** Paciente de sexo masculino, de 35 años de edad, con diagnóstico de secuelas de fisura labiopalatina izquierda sometida a queiloplastia a los 9 meses, revisión de la misma a los 5 años y palatoplastia a los 3 años. Se realizó una rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomias, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo Sheen sobrepasando 10 mm el dorso nasal. Adicionalmente se revisó la cirugía del labio obteniéndose mayor longitud, reorientando las fibras del orbicularis oris, pero todavía con leve retracción del mismo (*Figura 8*).

**Caso 3:** Paciente de sexo femenino, de 18 años de edad con diagnóstico de fisura labial incompleta izquierda, sometida a queiloplastia a los 4 meses de edad y rinoplastia a los 10 años. Se realizó una rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomias, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo Sheen sobrepasando 12 mm el dorso nasal (*Figura 9*).

**Caso 4:** Paciente de sexo masculino, de 18 años de edad con diagnóstico de fisura labiopalatina izquierda completa, sometida a queiloplastia a los 3 meses de edad, palatoplastia a los 12 meses, injerto óseo alveolar a los 8 años y rinoplastia a los 15 años. Se realizó una rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomias asimétricas, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo Sheen sobrepasando 10 mm el dorso nasal. Adicionalmente se realizó medialización de alas nasales con resección en cuña del piso nasal (*Figura 10*).

## DISCUSIÓN

Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la nariz fisurada. Si bien cada paciente debe ser tratado de forma individualizada, cada cirujano debe contar con las diferentes herramientas para tratar cada tipo de alteración. El tratamiento en base a las alteraciones estructurales del cartílago y hueso es el gold standard hoy por hoy ya que las técnicas que utilizaban incisiones cutáneas en la punta y columela están en desuso debido a las cicatrices producidas en zonas muy expuestas.

El abordaje abierto creo que es fundamental en este tipo de narices debido a que este nos brinda una idea clara de todas las alteraciones estructurales que se presentan.

Las osteotomías en su mayoría deben ser asimétricas para la corrección de la laterorrinia y a su vez para disminuir la base ósea, aumentada en la mayoría de los casos en estos pacientes. La septumplastia es mandatoria siempre teniendo en cuenta de conservar al menos un marco de soporte que no sea menor a 10 mm x 10 mm. Cualquier espolon maxilar debe ser removido y en caso de que el septum no quede centralizado, este debe fijarse a la espina nasal con un punto en 8 con sutura no reabsorbible.

Si se detecta colapso de la válvula nasal interna deben tenerse en cuenta los injertos espaciadores (spreaders grafts) y en el caso de colapso de la válvula nasal externa los injertos de reborde alar son una inmejorable opción. La debilidad del esqueleto cartilaginoso en estos pacientes nos obliga a colocar un buen poste columelar para dar soporte a la punta y mejorar su proyección.

La gran mayoría de los pacientes fisurados de nuestro país tienen piel gruesa. Es por esto que debemos utilizar injertos generosos para la punta nasal de tipo escudo (Sheen). En pieles muy gruesas lo ideal es que el injerto de Sheen sobrepase en 10 a 12 mm al dorso y en pieles no tan gruesas 8 mm.

Las complicaciones más frecuentes son la persistencia de la asimetría, sobre todo a nivel del ala nasal afectada y la deformidad del supratip. La recidiva del colapso alar puede contra-

rrestarse utilizando un conformador de silicona en la nariz patológica durante los 6 primeros meses del postoperatorio y la persistencia de la inflamación de la suprapunta inyectando triamcinolona cada 2 a 3 semanas a partir del primer mes.

## CONCLUSIÓN

La corrección adecuada de la nariz fisurada se puede lograr teniendo en cuenta el conocimiento profundo de las alteraciones de cada paciente en particular. A pesar de no existir un algoritmo ideal, el cirujano debe contar con un esquema mental que le permita tratar de forma individualizada cada caso siempre centrándose en dos metas principales: la corrección de la asimetría y de la función.

El abordaje abierto nos permite hacer un diagnóstico de la problemática en este tipo de pacientes pudiendo tratar los diferentes problemas de forma individualizada sobre todo a nivel de la punta y ala nasal.

La rinoplastia de aumento es casi una regla en este tipo de pacientes. A la hora de corregir la punta es muy importante contar con el injerto en escudo (Sheen) para proyectarla debido a que la mayoría, sobre todo en nuestro medio cuenta con una piel gruesa típica de nuestra población.

El injerto de extensión alar demuestra ser importante para evitar el colapso alar en estos pacientes, idealmente tomado del cartílago cuadrangular siempre y cuando se encuentre presente. Es importante alojarlo en un bolsillo justo a nivel de la escotadura piriforme.

El poste columelar es necesario debido al abordaje abierto el cual transgrede numerosos ligamentos intercartilaginosos y también debido a la debilidad de los cartílagos alares que presentan generalmente estos pacientes.

Las osteotomías se hacen casi imperativas tanto para la corrección de la base ósea como para la laterorrinia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Neligan PC. Plastic surgery: third edition. Volume three: Craniofacial, head and neck surgery. Elsevier saunders. 2013.
2. Mathes. Plastic surgery: second edition. Volume 4: Pediatric Plastic Surgery. Saunders. 2005.
3. Mccarthy. Plastic surgery. Volume 4: Cleft lip and palate and craniofacial anomalies. W.b. Saunders company. 1990.
4. Allori AC, Mulliken JB. evidence-based medicine: secondary correction of cleft lip nasal deformity. *Plast Reconstr Surg* 2017.
5. Byrd HS, El-musa KA, Yazdani A. Definitive repair of the unilateral cleft lip nasal deformity. *Plast reconstr surg*. 2007.
6. Guyuron B. Moc-ps (sm) cme article: late cleft lip nasal deformity. *Plast reconstr surg*. 2008.
7. Fisher MD, fisher DM, marcus JR. Correction of the cleft nasal deformity: from infancy to maturity. *Clin plast surg*. 2014.
8. Prada JR, Cantini JE. Cirugía craneofacial. Volumen II. Impresión médica. 2011.
9. Coiffman. Cirugía plástica, reconstructiva y estética. Tomo III: cirugía bucal, maxilar y craneoorbitofacial. Amolca. 2007.
10. Prada JR. Cirugía de la nariz. Editorial fucs. 2015.