

Capítulo 57

Rinoplastia

Javier Arias Gallo

Javier González Lagunas

Álvaro García-Rozado González

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	783
1.1. Definición del problema	783
1.2. Repercusión social.....	783
1.3. Gestión sanitaria del problema.....	783
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	784
2. PREVENCIÓN	784
2.1. Factores etiológicos	784
2.2. Medidas preventivas.....	784
3. CLÍNICA.....	784
4. DIAGNÓSTICO.....	785
5. INDICADORES PRONÓSTICO	786
6. MANEJO TERAPÉUTICO	786
6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica	786
6.2. Indicações para el tratamiento	786
6.3. Objetivos terapéuticos.....	787
6.4. Posibilidades terapéuticas	787
6.5. Manejo perioperatorio	788
7. RESULTADOS.....	790
7.1. Seguimiento	790
7.2. Indicadores de resultado favorable.....	790
7.3. Indicadores de resultado desfavorable	790
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	791
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	792

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Las deformidades nasales se definen como aquellas alteraciones del aspecto externo de la nariz que la alejan del ideal estético dentro del grupo étnico o racial al que pertenece cada individuo. Es por tanto, una definición con aspectos subjetivos muy marcados. No obstante, para cada raza hay una serie de medidas faciales y proporciones que relacionan el tamaño de las estructuras nasales entre sí y con el resto de la cara y el cráneo, y a partir de las cuales se pueden establecer ciertas aproximaciones a un ideal de armonía nasal y facial. No se incluyen en esta definición las alteraciones nasales debidas a síndromes definidos, como las fisuras faciales o los síndromes con craneofaciosinostosis.

Las deformidades septales son aquellas alteraciones anatómicas del septum nasal que ocasionan síntomas como insuficiencia respiratoria nasal, epistaxis de repetición, sinusitis recidivante o costras y mucosidad crónicas. La desviación septal asintomática es la norma en la población general, y no se considera una entidad patológica.

1.2. Repercusión social

La nariz es uno de los elementos más importantes que configuran la estética y la armonía facial. Sus diversas alteraciones estéticas son una fuente importante de ansiedad para un gran porcentaje de la población.

En USA se efectúan anualmente unas 170.000 rinoplastias, lo que supone el 10% de toda la cirugía cosmética en ese país. Se trata además del procedimiento de cirugía estética más efectuado sobre adolescentes y jóvenes.

En España no hay un registro apropiado. No obstante, en la red sanitaria pública se efectuaron en el 2002 un total de 6.554 rinoplastias. Teniendo en cuenta que se trata de un procedimiento principalmente cosmético, que se realiza mayoritariamente en el ámbito de la medicina privada, posiblemente la cifra real sea varias veces mayor. Generalmente se considera que España es uno de los países del mundo con mayor número relativo de intervenciones de cirugía cosmética.

La septoplastia se efectúa aisladamente o en combinación con la rinoplastia. La insuficiencia respiratoria nasal es una de las patologías de mayor prevalencia en nuestro medio. Además de las molestias subjetivas y la pérdida de calidad de vida de quien la padece, puede también ser un factor agravante de patologías que ponen en peligro la vida como la apnea del sueño.

1.3. Gestión sanitaria del problema

La septorinoplastia es una de las intervenciones de cirugía cosmética y funcional más complejas, por lo que no debe ser efectuada por cirujanos con poca experiencia. Los especialistas habitualmente cualificados para efectuar esta intervención son los cirujanos maxilofa-

ciales, cirujanos plásticos y otorrinolaringólogos. Para efectuar este tipo de intervención es necesario un conocimiento profundo tanto de los aspectos estéticos de la intervención como de sus repercusiones funcionales.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Ayudar al profesional a la hora de tomar decisiones.
- Contribuir a mejorar los resultados para los pacientes.
- Servir de documento informativo que guíe a los pacientes a obtener mayor información sobre su deformidad.
- Homogeneizar la actuación de los cirujanos ante este tipo de deformidades.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

Las deformidades nasales tienen casi siempre un origen multigénico, heredándose en mayor o menor medida la apariencia facial de los progenitores. No obstante, hay una serie de factores externos que con menor frecuencia pueden alterar la forma de la nariz en desarrollo. Son fundamentalmente:

- Ingesta de determinados fármacos y tóxicos por la madre gestante (síndrome del alcohol fetal, etc).
- Parto distócico.
- Traumatismos nasales en la edad pediátrica, fundamentalmente con lesiones del septum nasal.
- Hiperplasia adenoidea, que provoca hábito de respiración nasal y diversas alteraciones dentofaciales.

Por otro lado, con mucha frecuencia la apariencia de deformidad nasal se ve modulada por ciertas características faciales, como hipo o hiperplasia malar, hipo o hipertelorismo orbitario, micro o macrogenia, y diversas alteraciones dentofaciales (prognatismo mandibular, hiperplasia maxilar, etc.).

2.2. Medidas preventivas

Sólo son útiles aquellas encaminadas a reducir el impacto de los factores externos que en ocasiones alteran el desarrollo normal de la nariz y la cara, ya mencionadas. Especial atención debe prestarse a evitar los tóxicos durante el embarazo, tratar la hiperplasia adenoidea y a evitar o en su caso tratar correctamente el trauma nasal.

3. CLÍNICA

La consideración de una nariz como deformada o malformada se ha dejado tradicionalmente a la decisión subjetiva del paciente y del cirujano. Sin embargo, la proporcionalidad y el balance entre las partes son elementos inherentes a la búsqueda de la belleza de la natu-

raleza en general. Estas mismas reglas son aplicables al aspecto estético de la nariz, lo que permite en cierto modo cuantificar el alejamiento de cada nariz particular del ideal de belleza. Para la raza blanca, el tamaño y la posición relativa ideales de la nariz con respecto a la cara, así como de las distintas partes de la nariz entre sí, no han cambiado significativamente desde la Grecia clásica o la época del Renacimiento.

Los rasgos nasales por los cuales los pacientes suelen buscar corrección quirúrgica suelen ser:

- Narices excesivamente grandes (sobre todo) o pequeñas.
- Desproporción entre las partes de la nariz: giba en el dorso, diversas alteraciones en el tamaño y la posición de la punta nasal, asimetrías nasales y alteraciones en la posición y tamaño de las narinas.
- Asimismo puede existir sintomatología añadida de relevancia quirúrgica y pronóstica, como la insuficiencia respiratoria nasal, la rinitis alérgicas o vasomotora, la faringitis crónica, y la sinusitis crónica o de repetición.
- También pueden coexistir desproporciones en otras regiones faciales, cuya corrección simultánea puede mejorar significativamente el balance facial final.

La deformidad septal sintomática ocasiona grados variables de insuficiencia respiratoria nasal, sequedad nasal, costras y epistaxis de repetición.

4. DIAGNÓSTICO

La anamnesis debe recoger exhaustivamente los deseos y las expectativas del paciente con respecto a la corrección de su deformidad y al impacto que pudiera tener en el resto de su vida. Unas expectativas estéticas o vitales desmesuradas respecto al resultado de la intervención la desaconsejan. También debe incluir los síntomas funcionales nasales (dificultad respiratoria nasal, costras, ronquidos nocturnos, etc.).

La exploración física debe incluir la inspección de las proporciones generales de la cara y de las partes de la nariz, así como una evaluación del color, calidad y grosor de la piel. La palpación es necesaria para determinar el tamaño y la forma de los huesos nasales, la posición de los distintos cartílagos y su fortaleza. La exploración con espéculo nasal informa de la angulación de la válvula interna y su eventual colapso, así como de las diversas alteraciones intranasales que puedan comprometer el resultado (desviación septal, hipertrofia de cornetes, perforaciones septales, mucosidad excesiva, etc.).

Aunque no es la norma en la cirugía que no es estrictamente de los huesos maxilares, el análisis cefalométrico puede ser una herramienta útil para localizar los defectos de la pirámide nasal.

En presencia de una insuficiencia respiratoria nasal significativa el test de Cottle (tirar lateralmente del surco nasogeniano del lado obstruido) orienta sobre la localización de la obstrucción (válvula interna), y previene al cirujano de efectuar maniobras quirúrgicas que puedan cerrar la válvula interna. Debe interrogarse sobre la presencia de síntomas que orienten hacia la rinitis alérgica o no alérgica, susceptibles de tratamiento médico.

La fotografía de la cara es fundamental. Debe hacerse con un objetivo que no distorsione la imagen (90-100 mm), con condiciones de luminosidad equilibradas y reproducibles. Al menos deben efectuarse proyecciones frontal, lateral, basal y mediolateral en 3/4.

Debe valorarse la petición de exámenes complementarios en función de los hallazgos clínicos. Los más importantes son la endoscopia nasal, el TC de senos paranasales y la consulta al psiquiatra. Otros estudios ocasionalmente solicitados son el estudio rinomanométrico o la consulta alergológica.

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

Los factores más determinantes para lograr la satisfacción del paciente tras la intervención son:

- La información detallada sobre el resultado esperado tras la intervención.
- La elección por parte del cirujano de pacientes sin expectativas desmesuradas respecto a la intervención.
- La elección de la técnica quirúrgica adecuada, con la que el cirujano tenga una mayor experiencia.

6. MANEJO TERAPÉUTICO

6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica

- Patología sistémica del paciente que pueda comprometer la anestesia y/o favorecer complicaciones de manejo anestésico, durante y después de la intervención. Los pacientes deben ser normalmente grados ASA I o II en el momento de la cirugía.
- Factores sistémicos que pueden afectar al resultado, como hipo o hipercoagulabilidad congénita o adquirida.
- Factores locales, fundamentalmente el antecedente de rinoplastia. Debe esperarse al menos un año antes de efectuar una corrección de una rinoplastia previa. La presencia de patología sinusal hace que debamos advertir al paciente sobre la posibilidad de reintervención (cirugía endoscópica nasal).
- Discapacidad mental y/o física.
- Falta de cooperación del paciente.
- Escasa capacidad de entendimiento del paciente y acompañantes de su problema y su corrección.
- Estado psicológico desfavorable.
- Severidad de la deformidad presente. Curiosamente, el cirujano debe ser especialmente cauto ante deformidades leves que causen gran preocupación al paciente.

6.2. Indicaciones para el tratamiento

6.2.1. Funcionales

Insuficiencia respiratoria nasal que no responde al tratamiento médico por colapso valvular, hipertrofia ósea de cornetes o desviación septal. Asimismo, la sequedad nasal, epistaxis

de repetición o costras persistentes, asociadas a trastorno anatómico obvio que pueda provocarlas, pueden ser indicaciones por sí solas de la intervención. También la sinusitis crónica debida a un septum que protruye en el complejo osteomeatal puede ser una indicación de septoplastia. La apnea del sueño no suele resolverse sólo con una septorriнопlastia, pero si hay una obstrucción nasal evidente puede ser un tratamiento coadyuvante.

6.2.2. Estéticas

Deformidad nasal estética evidente tanto para el paciente como para el cirujano, para cuya corrección el cirujano dispone de recursos quirúrgicos razonablemente eficaces, y cuyo resultado es de esperar que satisfaga al paciente.

6.2.3. Psicológicas

Esta indicación debe estar establecida por un psiquiatra o psicólogo clínico después de una completa evaluación del paciente.

6.3. Objetivos terapéuticos

- Satisfacer las expectativas del paciente.
- Obtener una nariz en equilibrio y armonía con respecto al resto de estructuras faciales.
- Mantener o en su caso mejorar la función respiratoria nasal.
- Minimizar la morbilidad y las molestias perioperatorias.
- Lograr unos resultados estables a largo plazo.

6.4. Posibilidades terapéuticas

6.4.1. Tratamiento médico de los componentes funcionales

Irrigación con suero fisiológico o solución salina, humidificación del ambiente (contraindicado si rinitis alérgica por hongos ó ácaros), inhalación de antiinflamatorios esteroideos, descongestionantes (precaución con la taquifilaxia), antihistamínicos orales, vacunas desensibilizantes si alergenos conocidos.

6.4.2. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento debe efectuarse con instrumental específico. En especial son recomendables tanto las gafas-lupa como la luz frontal (fotóforo), especialmente en la cirugía del septum nasal.

6.4.2.1. Abordajes quirúrgicos

Rinoplastia cerrada. Incisiones intercartilaginosa, intracartilaginosa, marginal, "delivery", transfixiante, hemitransfixiante. Abordaje completo al septum osteocartilaginoso.

Rinoplastia abierta. Incisiones transcolumelar y marginal. Abordaje completo al septum osteocartilaginoso.

6.4.2.2. Procedimientos quirúrgicos

Septoplastia y resección septal a demanda. Turbinoplastia y turbinectomía. Cirugía endoscópica sinonasal (CES). Obtención de injertos septales.

Resección de dorso osteocartilaginoso. Resección anterior del septum. Resección de cartílagos alares y laterales. Resección de bases alares.

Osteotomías: endonasales o transcutáneas.

Injertos: en dorso, punta, columela, paredes laterales nasales.

Materiales de injerto: cartílago septal, auricular, costal, hueso septal, de calota, costilla o cadera, fascia temporoparietal, materiales aloplásticos y homoinjertos (controvertido).

Fijación de los injertos y de las estructuras nasales: suturas, tornillos de osteosíntesis, agujas de Kirshner.

6.4.3. Otros procedimientos asociados

Prótesis aloplásticas en malar, mentón, surco nasogeniano, base alar. Osteotomías de avance, ensanchamiento o retrusión del esqueleto facial.

6.5. Manejo perioperatorio

6.5.1. Anestesia

- Generalmente se prefiere la anestesia general, aunque ocasionalmente se puede recurrir a la anestesia local y sedación.
- Intubación orotraqueal.
- Taponamiento orofaríngeo.
- Posición de anti-trendelenburg.
- Hipotensión controlada.
- Taponamiento nasal con adrenalina al 1/1.000. Infiltración con anestésico local y adrenalina al 1/100.000.
- Monitorización anestésica convencional.
- Extubación inmediata tras la intervención.

6.5.2. Medicación perioperatoria

La medicación prescrita puede variar en función de protocolos individuales u hospitalarios, y en pacientes específicos, pero generalmente incluirán:

- Antibióticos perioperatorios. Es discutido si su utilización previene de una (en todo caso infrecuente) infección postquirúrgica.

- Antiinflamatorios perioperatorios. Se acepta en general que una monodosis de corticoides puede reducir el edema postoperatorio. No obstante, se discute si sus potenciales efectos gastrointestinales adversos justifican su uso.
- Analgesia intra y postoperatoria.
- Antieméticos a demanda.

6.5.3. Ferulización nasal

La colocación de tiritas adhesivas contiene la inflamación local, evita la formación de hematomas en el dorso nasal y conforma la nueva arquitectura de la punta nasal. La escayola es utilizada en todos los casos en que han sido necesarias las osteotomías de la pirámide nasal. El taponamiento intranasal se embebe de pomada antibiótica de terramicina, y está destinado a evitar la aparición de un hematoma septal. Suele mantenerse 48 horas. No obstante, actualmente muchos cirujanos lo han sustituido por una sutura septal de ida y vuelta continua.

6.5.4. Hospitalización

Tras la intervención el paciente permanece una noche ingresado, aunque podría ser dado de alta unas horas después de la intervención dependiendo de circunstancias individuales. Sólo si se han obtenido injertos de fuentes extranasales puede estar justificado prolongar la estancia hospitalaria.

6.5.5. Cuidados postoperatorios

Tras la intervención el paciente permanece en observación hasta su completo despertar, y luego pasa a la planta de hospitalización convencional.

Los pacientes serán manejados en régimen habitual de hospitalización por parte del personal de enfermería y auxiliar:

Generalmente la dieta oral se puede reiniciar al cabo de 6 a 8 horas de la cirugía.

Medidas físicas para mejorar el confort del paciente: hielo local intermitente, cabecero de la cama incorporado, etc.

Tras 48 horas se retira el taponamiento nasal, y a los 7 días se retiran la férula de escayola y los puntos de sutura (en caso de rinoplastia abierta).

Los lavados nasales con suero fisiológico comienzan al retirar la escayola. No se permite al paciente que se suene la nariz al menos en las 2-3 primeras semanas. El ejercicio físico sin contacto se puede reinstaurar a las 3-4 semanas, y los deportes de contacto a las 6-8 semanas.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

- A los 3 meses es conveniente hacer una inspección intranasal con espéculo, para comprobar la permeabilidad de la vía aérea y la ausencia de complicaciones.
- Los cambios en la estética de la nariz suelen estar ya estabilizados al año de la intervención, momento en que se hace la revisión general previa al alta, que debe incluir un registro fotográfico completo, similar al preoperatorio.

7.2. Indicadores de resultado favorable

- Resolución de los problemas funcionales previos a la intervención.
- Satisfacción del paciente con el resultado obtenido desde el punto de vista estético.
- La satisfacción del cirujano con el resultado es un indicador de menor importancia que el anterior, y siempre está supeditado a aquél.
- Obtención de un equilibrio entre las partes de la nariz y con el resto de la cara.

7.3. Indicadores de resultado desfavorable

- La insatisfacción del paciente con el tratamiento es el indicador más importante de fracaso. Sin embargo, muchas veces esta insatisfacción depende más de un problema de comunicación entre el paciente y el cirujano que de un mal resultado de la intervención.
- La persistencia de los síntomas funcionales previos a la intervención más allá de 2-3 meses después indica que existe un problema anatómico sin resolver en el interior de la nariz.
- La presencia de costras o epistaxis esporádicas debe persistir durante más de 3 meses para tener significación patológica.
- La aparición en el postoperatorio inmediato o tardío de una perforación septal puede ser debida tanto a problemas técnicos de la intervención como al consumo concomitante de cocaína.
- El incumplimiento de expectativas razonables del paciente con respecto a los resultados estéticos de la intervención puede ser debido a una insuficiente corrección de la deformidad preoperatoria o la creación de nuevas deformidades postoperatorias. Estas deformidades secundarias a veces son estigmas típicamente postquirúrgicos, como la nariz pinzada, la aparición de una "deformidad en supratip", las asimetrías nasales, la retracción del ala nasal o la aparición de contornos anómalos en la superficie de la nariz. Raramente la cicatriz externa de la rinoplastia abierta resulta evidentemente visible.
- La infección postquirúrgica es muy rara. No obstante, si se produce es necesario instaurar tratamiento antibiótico de amplio espectro y drenar con aguja las eventuales formaciones purulentas que se formen.

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Las deformidades nasales y del septum (tabique) nasal son muy frecuentes en la población general. Su tratamiento habitual es quirúrgico. La septorinoplastia está considerada una de las intervenciones de cirugía cosmética más complejas, por lo que debe ser efectuada sólo por cirujanos con experiencia, del ámbito de la cirugía maxilofacial, cirugía plástica o la otorrinolaringología.

A partir de los deseos de usted, su cirujano le presentará un plan de tratamiento donde le explicará los objetivos que pueden lograrse con la intervención. No debe olvidar, no obstante, que los cambios efectuados por la intervención se producen a partir de una estructura nasal, una textura y un grosor de piel únicos, los de su nariz. Por ello no resulta realista plantearse conseguir la misma nariz que algún personaje público. Cada nariz encaja en un tipo de facciones determinadas, y de lo que se trata es que su nariz armonice con sus propias facciones, no con las de algún ser ideal.

La intervención quirúrgica requiere unas 24 horas de ingreso, habitualmente bajo anestesia general. La intervención se suele efectuar con incisiones en el interior de la nariz, aunque dependiendo del caso y de las preferencias del cirujano podría quedar una pequeña cicatriz en la base de la nariz, que suele ser casi invisible.

Si su cirujano lo considera adecuado le pondrá un taponamiento nasal un par de días, y una escayola durante una semana. En pocos días tras la cirugía usted podrá hacer la mayoría de las actividades normales; en unas 4 semanas podrá reinstaurar la práctica de deportes, excepto si son de contacto físico entre los jugadores, en cuyo caso es mejor esperar algunas semanas más.

Existe un porcentaje de pacientes, que oscila entre un 5 y un 20%, que requieren una segunda intervención para retocar algún elemento de la nariz que no haya resultado del todo satisfactorio para el paciente, o para corregir una posible insuficiencia respiratoria nasal residual.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Daniel RK. Rhinoplasty. Little, Brown & Co. Boston. 1993.
- Dinis PB, Haider H. Septoplasty: Long-term evaluation of results. *Am J Otolaryngol* 2002;23(2):85-90.
- Foda HMTM. The Role of Septal Surgery in Management of the Deviated Nose. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115(2):406-415.
- Godley FA, Nemeroff RF, Josephson JS. Current trends in rhinoplasty and the nasal airway. *Med Clin North Am* 1993;77(3):643-656.
- Gruber RP, Peck GC. Rhinoplasty. State of the art. *Mosby Year Book*. St Louis. 1993.
- Gunter JP, Rohrich RJ, Adams WP. Dallas rhinoplasty: nasal surgery by the masters QMP. St Louis 2002.
- Lund VJ. Office evaluation of nasal obstruction. *Otolaryngol Clin of North Am* 1992;25(4):803-815.
- Mazzola RFM, Felisati GMD. Rhinoplasty and Endoscopic Surgery for Functional and Inflammatory Nasal/Sinus Disorders. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115(3):705-710.
- Ortiz Monasterio F. Rhinoplasty . WB Saunders Philadelphia 1994.
- Rhee JSMM, Poetker DMM, Smith TLM, Bustillo AM, Burzynski MR, Davis REM. Nasal Valve Surgery Improves Disease-Specific Quality of Life. *Laryngoscope* 2005; 115(3):437-440.
- Rohrich RJM, Krueger JKM, Adams WPJ, Marple BFM. Rationale for Submucous Resection of Hypertrophied Inferior Turbinates in Rhinoplasty: An Evolution. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108(2):536-544.
- Sheen JH, Sheen AP. Aesthetic Rhinoplasty. Quality Medical Publishing Inc. St Louis. 1998.