

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
HOSPITAL ESCUELA “ANTONIO LENIN FONSECA”**



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

***Evolución Clínica de los Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente  
de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca”  
en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011***

**AUTOR**

**Dra. María José Chávez Calderón.**  
Residente del IV año de Cirugía Plástica y Reconstructiva  
Hospital Antonio Lenin Fonseca

**TUTOR Y ASESOR METODOLÓGICO**

**Dra. Cynthia Batres Silva.**  
Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva  
Hospital Escuela “Antonio Lenin Fonseca”

**MARZO, 2012**

## DEDICATORIA

*Este trabajo monográfico se lo dedico primero a Dios todopoderoso fuente de vida, amor y misericordia de quien he recibido siempre inmensas bendiciones.*

*A mi esposo, **Edgard José**, quién es fuente de inspiración en mi vida, mi eterna compañía en las buenas y en las malas, que en todo momento ha dado muestras de su amor, gracias por ser especial; a mi dulce nena **María Cielo**, mi angelito, el motor que siempre me impulsa a ser mejor cada día.*

*A mi madre **Yolanda Sofía** y a mi tía **Martha Belia** quienes han sido ejemplo de esfuerzo, ahínco y amor, gracias por su apoyo incondicional.*

*A mi tía **Herla Susana**, mis primos **Xilonem, Xochilt** y **Xoloth**, quienes siempre han creído en mi, y en mi potencial sin dudar.*

*A mis amigos incondicionales de toda la vida, los quiero, gracias por ser especiales y formar parte de este esfuerzo...*

## **AGRADECIMIENTO**

Le doy gracias a Dios por haber concluido este trabajo monográfico, ya que tuve mis altas y mis bajas, pero siempre la fe y la fuerza de voluntad me hizo salir adelante.

A mis maestros por la paciencia y el impulso para superar obstáculos, quienes con sus conocimientos y experiencia nos condujeron por el camino del buen saber, para ponerlos en práctica en nuestra labor diaria.

A mi familia por ser ellos mi primera escuela, fuente inspiración y superación, además por esperar las largas horas de compañía que no les dediqué.

A todos los pacientes por formar parte de este estudio y ser por y para ellos este esfuerzo cotidiano.

A todos Muchas Gracias....

## **OPINIÓN DEL TUTOR**

Es de satisfacción enfocar que a pesar de los problemas y obstáculos que existe en nuestro país se estén realizando estudios con visión de futuro, investigando nuestras debilidades técnicas como servicio para brindar y mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes, ya que ellos buscan confort tanto funcional como estético cuando solicitan la realización de una cirugía nasal (Rinoplastia).

La finalización de este estudio es el esfuerzo de meses de arduo trabajo de la Dra. Chávez, con el cual se pretende dar pauta para dar conocer la evolución clínica de los pacientes operados en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva para así tener datos estadísticos propios.

La quiero felicitar de forma sincera por la dedicación con la que desarrollo el estudio y le deseo éxito en todas sus metas propuestas.

---

**Dra. Cynthia Batres Silva**

Especialista Cirugía plástica y Reconstructiva

Hospital "Antonio Lenin Fonseca"

## RESUMEN

El objetivo de la rinoplastia estética es la modificación de la morfología nasal, que va desde pequeños refinamientos de partes blandas a cambios mayores que involucran tratamiento de la estructura ósea, preservando la fisiología normal de la nariz.

El servicio Cirugía Plástica y Reconstructiva de este hospital es de referencia nacional por lo cual es necesaria la realización de estudios para valorar la evolución clínica de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en esta unidad.

El presente trabajo es una revisión de casos, descriptivo, retrospectivo, observacional y de corte transversal; se realizaron 43 rinoplastias en el periodo de enero a noviembre del 2011, de las cuales el rango de edades más frecuentes fueron 16 – 25 años, con predominio del sexo masculino, de zona urbana, el diagnóstico de ingreso por el cual asisten a consulta externa fueron trauma nasal con desviación septal y laterorrinia, las causas de dichos trastornos son las agresiones, accidentes y caídas.

Los procedimientos quirúrgicos de abordaje cerrado fueron los más frecuentes, solamente un caso se complicó con infección del sitio quirúrgico; el grado de satisfacción de los pacientes en su mayoría fueron buena y muy buena, ya que muchos pacientes refieren haber mejorado de su trastorno funcional y no tanto el estético, aunque se comprueba que las complicaciones no determinaran un resultado adverso en el paciente.

## INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
OPINIÓN DEL TUTOR	iii
RESUMEN	iv
I. INTRODUCCIÓN-----	1
II. ANTECEDENTES-----	3
III. JUSTIFICACIÓN-----	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	6
V. OBJETIVO-----	7
VI. MARCO TEORICO-----	8
VII. MATERIALY METODO-----	31
VIII. RESULTADOS-----	37
IX. ANALISIS-----	40
X. CONCLUSIONES-----	44
XI. RECOMENDACIONES-----	45
XII. BIBLIOGRAFIA-----	46
XIII. ANEXOS-----	48

## I. INTRODUCCIÓN

La rinoplastia o cirugía de nariz es la más antigua de las cirugías plásticas. Treinta siglos antes de la era cristiana ya era practicada por los sacerdotes egipcios, como aparece en el papiro de Edwin Smith, el libro sagrado de los Brahamanes Susruta Veda 600 A.C., describe la reparación de las narices mutiladas por medio de colgajos. En 1597 Gaspare Tagliacozzi publica una monografía describiendo la reconstrucción nasal con colgajo del brazo. En nuestro siglo Jaques Joseph de Berlin es la figura que sofisticó la rinoplastia, aprimora la técnica, desenvuelve instrumentos apropiados y enseña su arte a algunos privilegiados. <sup>(10)</sup>

Fueron necesarios más de 20 años para que Sercer en 1956 publicara un importante trabajo donde mostraba sus resultados con la rinoplastia abierta descrita por Rethi. Ivo Padovan (1970) y Goodman (1978) se consideran dos grandes cirujanos que desarrollaron y extendieron esta técnica quirúrgica y obtuvieron buenos resultados. Se destacan en los años 80, Wright, Anderson y Gunter, quien continúa en el decenio de 1990 la publicación de resultados alentadores del abordaje abierto. <sup>(4)</sup>

La rinoplastia es una de las más difíciles cirugías estéticas y es posible obtener óptimos resultados en algunos casos, sin embargo es muy difícil obtener siempre excelentes resultados. No hay una rinoplastia que sirva de patrón, para todos los casos, cada caso es importante analizarlo y planearlo sobre medida. En materia de resección es preferible errar por dejar de retirar que retirar en exceso. <sup>(10)</sup>

Normalmente se recomienda a los pacientes que esperen al menos hasta los 14 ó 15 años, e incluso posiblemente algunos años más en el caso de los varones, antes de ser intervenidos. La razón no es otra que la falta de desarrollo de la nariz en edades tempranas.

No hay límite de edad en el adulto para ser intervenido de rinoplastia siempre que no exista una contraindicación anestésica, además, la rinoplastia se realiza en

ocasiones junto a un lifting facial o junto a otro tipo de procedimientos de rejuvenecimiento facial.

En muchos casos los problemas de ventilación nasal pueden ser corregidos al mismo tiempo que se realiza la corrección de la forma.

Entre las indicaciones principales para ser intervenido de rinoplastia destacan:

- a. La nariz aparenta ser demasiado larga para la cara.
- b. Cuando se observa una giba en el dorso nasal de perfil.
- c. El aspecto de la misma es demasiado ancha en la visión frontal.
- d. La punta nasal tiene aspecto de estar caída.
- e. La punta nasal es gruesa o ancha.
- f. Las narinas son muy anchas.
- g. La nariz no está centrada en la cara o su silueta está quebrada.
- h. La nariz aparenta ser demasiado corta para la cara.
- i. Una herida o traumatismo previo han alterado la morfología nasal. <sup>(9)</sup>

## **II. ANTECEDENTES**

Actualmente la Rinoplastia busca que la nariz devuelva la armonía facial del paciente. Es decir que un resultado óptimo, generalmente, hace que la nariz siga los rasgos estructurales de la cara. Uno de los objetivos principales del cirujano es producir narices que luzcan como "no operadas".

La intervención siempre debe resolver todos los problemas estéticos y funcionales en el mismo acto operatorio. Por lo cual se están realizando, rinoplastias y rinoseptumplastia con abordaje ya sea cerrado o abierto en nuestro hospital.

Dentro de los estudios realizados en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca obtuvimos varios, pero tomaremos en cuenta los más cercanos, a partir del año 2000.

Un estudio realizado por la Dra. Johanna Pérez Mena, titulado, "Rinoplastias en pacientes atendidos en los Hospitales Antonio Lenin Fonseca y Bautista de Managua en el año 2000"; en el hospital Bautista se analizó una muestra de 47 pacientes, el grupo etáreo más frecuente fue de 25-39 años, del sexo femenino, tipo rinoplastia primaria, con técnica quirúrgica cerrada; diagnóstico de ingreso más frecuente fue giba nasal, sin complicaciones.

En el Hospital Antonio Lenin Fonseca la edad predominante fueron los menores de 20 años (50%), del sexo masculino (83%), tipo de rinoplastia secundaria (83%), con igual cantidad de pacientes con técnica quirúrgica cerrada y abierta, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue la laterorrinia (61%), por ende se realizó a estos pacientes Septumplastia, se presentaron complicaciones por defecto de la técnica y planificación quirúrgica. <sup>(7)</sup>

Otro estudio es el realizado por la Dra. Cynthia Batres Silva, "Resultados de Rinoplastias en Pacientes Atendidos en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006" el cual es un estudio retrospectivo cuyo objetivo era determinar los posibles factores relacionados con la obtención de resultados adversos, se estudió una muestra de 19

intervenciones quirúrgicas, se analizó 10 casos con resultado adverso y 9 casos con resultado bueno, el grupo etáreo más frecuente en la muestra de resultado adverso fue de 25-34 años, y en el otro predominaron 15-34 años, el sexo más frecuente fue el femenino en la muestra 1 y el masculino en la muestra 2, pero no fue estadísticamente significativa, la mayoría de los defectos fueron tipo traumático, en la muestra 1, la técnica quirúrgica efectuada con mayor frecuencia fue la abierta, con igual proporción de resultado adverso como bueno, en la muestra 2 se encontró que hubo mayor resultado adverso al realizar la técnica cerrada.

La rinoplastia primaria fue mayor que la secundaria, se obtuvo mejores resultados al utilizar injertos autólogos, que al utilizar materiales aloplásticos, con disminución de complicaciones al aplicar profilaxis quirúrgica, la estancia hospitalaria no se extendió más de 2 días. <sup>(1)</sup>

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La rinoplastia constituye una de las cirugías más complejas de nuestra especialidad. Mucho se ha escrito en la literatura médica mundial acerca de las técnicas empleadas a fin de manejar de una manera integral los problemas funcionales y estéticos nasales, los tipos de abordaje con sus ventajas y desventajas.

Por lo cual consideramos que es de importancia actual por el aumento de los procedimientos quirúrgicos estéticos en este hospital y en el país, además el estudio nos presentaría una perspectiva clínica de los resultados obtenidos de las cirugías realizadas en el periodo en estudio, además de permitirnos corregir las causas de las posibles complicaciones.

Con los resultados obtenidos servirá como pauta para reproducir, mejorar y realizar estudios analíticos en esta unidad hospitalaria.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la Evolución Clínica de los Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir la Evolución Clínica de los Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

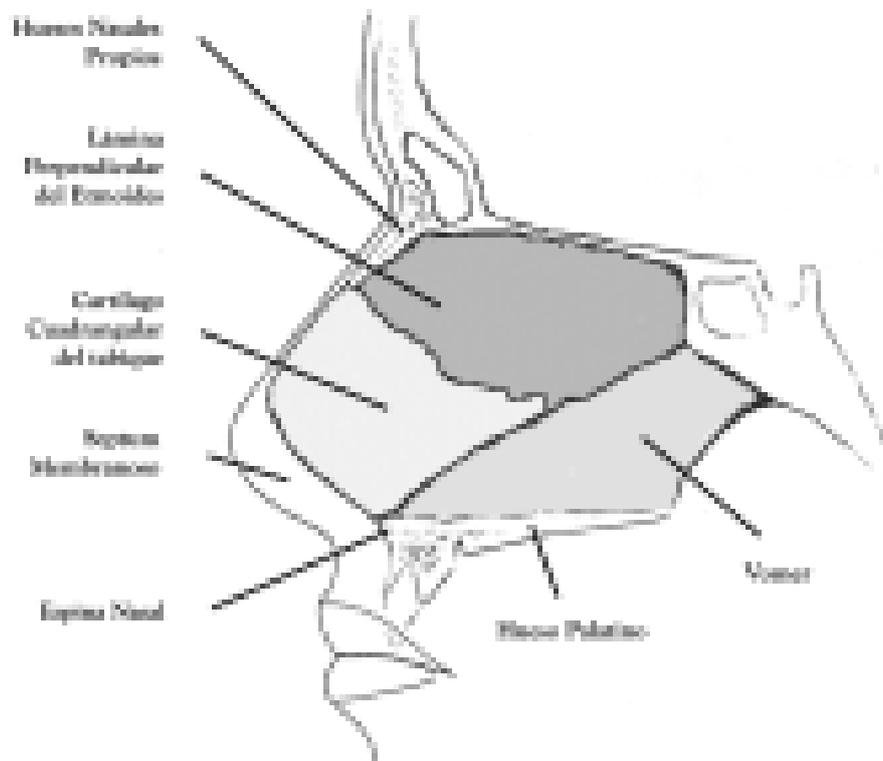
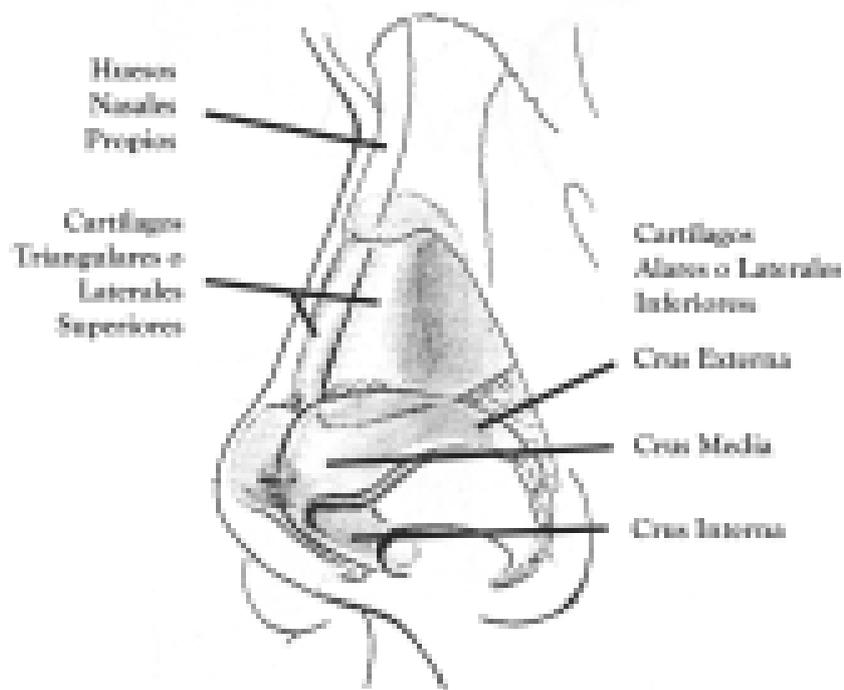
1. Determinar las características socio-demográficas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.
2. Conocer el diagnóstico clínico de los pacientes en estudio al ser ingresados.
3. Identificar el tipo de procedimiento quirúrgico empleado.
4. Determinar las complicaciones post-quirúrgicas que presentaron los pacientes estudiados.
5. Identificar resultados clínicos que se obtuvieron en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, evaluados en el estudio en relación a la satisfacción.

## VI. MARCO TEORICO

El objetivo de la rinoplastia estética es la modificación de la morfología nasal, que va desde pequeños refinamientos de partes blandas a cambios mayores que involucran tratamiento de la estructura ósea, preservando la fisiología normal de la nariz.

La estructura nasal está dada por los siguientes componentes (figura 1):

- A. **Punta:** el soporte de la punta nasal está dado por su principal estructura que corresponde al cartílago alar. El cartílago alar a su vez está compuesto por la crus interna, crus medial y el complejo crural lateral (crus lateral y cartílagos accesorios). La punta nasal según sus características puede tener una hiperproyección o hipoproyección, puede ser ancha, estar caída o tener asimetrías.
  
- B. **Dorso:** está compuesto por una estructura piramidal osteocartilaginosa cuyo tercio proximal es óseo (huesos nasales) y sus 2/3 distales son cartilaginosos (unión de cartílagos alares y tabique). Según sus características, el dorso puede ser prominente, bajo, irregular o desviado.
  
- C. **Septum:** está formado por el cartílago cuadrangular del tabique, la lámina perpendicular del etmoides y el vómer. Generalmente, las desviaciones nasales se acompañan de desviaciones importantes del septum, presentando además alteraciones funcionales.
  
- D. **Zona perialar:** está constituida por las bases alares, la unión ala-mejilla y el borde libre del ala nasal. Los principales problemas estéticos que puede tener esta zona son deformidades de la base alar y alteraciones de la relación columelo-alar.<sup>(9)</sup>



## **EXÁMEN CLÍNICO**

Es importante realizar una valoración psicológica del paciente, para darnos cuenta de cuáles son sus deseos y expectativas, apostando por rectificaciones moderadas y razonables. Los mejores candidatos para la rinoplastia son aquellas personas que están buscando la “mejoría” de su aspecto, no la “perfección”. Además de una salud física adecuada, son de vital importancia una estabilidad psicológica en el paciente y una actitud realista en cuanto a sus aspiraciones. Los enfermos psiquiátricos y los dismórficos constituyen una contraindicación quirúrgica.

Por otro lado es necesario realizar un estudio exhaustivo del equilibrio y la armonía facial para integrar artísticamente la nariz en la cara. La forma, la posición, las dimensiones y los volúmenes de la frente, los marcos orbitarios, pómulos, labios y mentón han de examinarse cuidadosamente.

Algunas rinoplastias requieren una cirugía esquelética que puede armonizar al unísono la cara y la nariz. En el perfil nasal debe valorarse al nasión, el ángulo naso frontal, el ángulo naso facial, la silueta de la arista, la punta, el complejo columelo-lobular y el ángulo naso labial.

En la visión frontal hay que evaluar la raíz nasal, el dorso, la punta (proyección y anchura) y el complejo ala-columelar.

La piel fina y translúcida dejará mostrar mejor los relieves cartilaginosos, mientras que la piel gruesa suele ser poco elástica y enmascara las estructuras subyacentes. La palpación y el pinzamiento entre los dedos permitirán apreciar el grado de grosor de la misma.

Los tegumentos que recubren la pirámide nasal son primordiales para obtener un resultado estético e incluso funcional correcto. En la raíz nasal es mayor que en las zonas laterales y la piel llega a ser fina en las crestas lacrimales. En la parte media la piel se adelgaza para tener un grosor de 2-3 mm.

En la zona supra apical (espacio limitado por el ángulo de divergencia, bordes superiores de los pilares laterales y cranealmente limitado por el punto más saliente del dorso cartilaginoso, con forma de rombo) la piel se hace más gruesa y se adhiere más a los planos profundos. La rotación de la punta de la nariz, la reducción de los pilares laterales, el retroceso del dorso nasal y el estrechamiento de la bóveda ósea van a dar lugar a un exceso de piel en este lugar por disminución de los ejes del rombo apical.

Los mecanismos de soporte de la punta nasal lo constituyen principalmente los pilares laterales y mediales. Ha de evaluarse la dimensión, talla forma, resistencia y elasticidad de los mismos. Por palpación se nota la diferencia entre una punta que tiene un buen sostén y resistencia, de otra con un soporte inadecuado.

Otros elementos que forman parte del soporte son la existencia de una giba cartilaginosa que actúe como puntal de la tienda de campaña, el tabique membranoso que separa la columela del tabique nasal, la espina nasal, posibles adherencias de los cartílagos a la piel y adherencias del borde inferior del cartílago triangular al borde superior del alar.

Con el examen endoscópico nasal se estudia la morfología del tabique nasal, la forma y el volumen de los cornetes. Debe apreciarse especialmente una desviación del cartílago septal, pues puede ser responsable de la asimetría nasal.

La toma de fotografías ha de ser un método habitual tanto para el estudio preoperatorio como para el momento de realizar la intervención, por ello han de estar visibles para el cirujano en todo momento. Han de tomarse proyecciones de frente, de perfil (ambos perfiles) y oblicuas. También es importante tomar una proyección caudal para valorar la forma de las ventanas nasales, el aplastamiento de las alas y la proyección columelo-apical.

Las telerradiografías con rayos blandos o las xerografías complementan la información de las partes blandas. La telerradiografía es interesante cuando

existen deformidades importantes, o ante ciertas rinoplastias secundarias o difíciles y cuando se asocian anomalías asociadas del mentón o bien se proyecta colocar injertos óseos. <sup>(9)</sup>

En los últimos años han tomado cada vez más importancia el tratamiento de las imágenes por ordenador. Con esta tecnología podemos realizar modificaciones previas a la cirugía en las fotografías de los pacientes; pero debe ser utilizada con cautela, procurando no dar falsas expectativas a los pacientes, ni prometer resultados que en la pantalla pueden parecer prometedores

## **POSICIÓN DEL PACIENTE Y DEMARCACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS NASALES**

El paciente ha de estar colocado en una mesa quirúrgica, en posición de 20 - 30° en anti-Trendelenburg, con la cabeza hacia atrás, con el fin de que el plano de Fráncfort sea perpendicular a la horizontal de la mesa. La cabeza ha de quedar estable con un apoyo. La anestesia empleada suele asociar anestesia general con anestésicos locales para infiltrar la nariz. Muchas rinoplastias, especialmente las que no se asocian a septoplastia y tienen un cometido estético, se realizan bajo anestesia local y sedación. Es recomendable realizar un taponamiento faríngeo, con gasas humedecidas con suero salino.

Se recomienda realizar un marcaje preoperatorio de las estructuras anatómicas de la nariz, con el fin de facilitar el acto quirúrgico. Es imprescindible realizar una palpación de las estructuras cartilaginosas y óseas (según Aufricht, sentir la nariz y transmitir esa sensación a nuestros dedos).

Es útil demarcar los bordes de los cartílagos alares mayores y los márgenes caudales de los huesos nasales, del hueso maxilar y la línea del canto interno. También es recomendable marcar la línea media y delimitar la zona tejido ósteo-cartilaginoso que vamos a rebajar del dorso nasal. Marcaremos la incisión transcolumelar si se realiza un abordaje abierto.

## INCISIONES Y ABORDAJE

Se emplean distintas incisiones a la hora de realizar la rinoplastia, en función de la indicación quirúrgica específica para ese caso y también, en función de la preferencia individual de cada cirujano. En general se admiten 6 tipos de incisiones a la hora de realizar una rinoplastia: transcolumelar, intercartilaginosa, infracartilaginosas, transcartilaginosa y transfixiantes. En la siguiente tabla (tabla I) se especifica la localización de las más utilizadas, junto a su aplicación práctica.

INCISION	LOCALIZACION	INDICACION
TRANSCOLUMELAR	Sobre la piel de los pilares mediales, quebrada en escalón o en V. En el punto más estrecho de la columela	Rinoplastia abierta Acceso a los pilares mediales
INTERCARTILAGINOSA (marginal)	Siguiendo el borde medial del cartilago lateral y por delante del borde cefálico del cartilago alar lateral	Acceso al dorso nasal Resección cefálica del cartilago alar por eversión en RP cerrada Corrección de los cartilagos alares o laterales con injertos
INFRACARTILAGINOSA	Siguiendo el borde caudal del pilar lateral del cartilago alar, hasta el ápex de la narina y adyacente al borde caudal del pilar medio y medial a lo largo del margen de la columela Puede unirse a la incisión transcolumelar para la RP abierta	RP abierta Exposición del cartilago alar en la rinoplastia cerrada Exposición del cartilago alar para corrección de deformidades secundarias o colocación de injertos
TRANSCARTILAGINOSA	Por la mucosa y el pilar lateral, entre los bordes cefálicos y caudales del pilar lateral	RP cerrada sin deformación de la porción caudal del pilar lateral y se proyecta reseca parte del alar. Alternativa a la intercartilaginosa
TRANSFIXIANTE	Siguiendo el borde caudal del septo desde el ángulo septal a la espina nasal	Corrección del septo Acceso al septo caudal o a la espina nasal

## ESQUELETONIZACIÓN

Por la esqueletonización se obtiene la exposición del esqueleto osteocartilaginoso de la nariz mediante la elevación de los tejidos blandos. Este hecho supone un factor fundamental para realizar modificaciones en la

arquitectura nasal. Los traumatismos que podamos producir en el envoltorio del esqueleto podrían perjudicar los resultados de la rinoseptumplastia.

El traumatismo puede producir un sangrado que dificulte la visibilidad y perjudique la evaluación de las estructuras anatómicas y como consecuencia las maniobras quirúrgicas. Cuanto mayor sea el traumatismo y el sangrado, mayor será la formación de tejido cicatricial. El despegamiento de los tejidos blandos si no se realiza correctamente, puede dificultar la readaptación de los mismos al esqueleto osteocartilaginoso. En las rinoplastias cerradas, uno de los principios que se debe respetar es el despegar únicamente las zonas que van a ser tratadas sin tocar las inserciones del resto de los tejidos blandos al esqueleto.

El adelgazamiento de los tejidos blandos en la punta nasal para definir mejor los cambios que realicemos en la misma es una maniobra peligrosa que puede acarrear consecuencias irreparables.

El despegamiento de estos tejidos por un plano inmediatamente superior al esqueleto produce menos sangrado y es menos traumático, independientemente de la extensión del despegamiento.

En este sentido, es importante realizar un despegamiento simétrico de los tejidos blandos. Para el abordaje abierto, se realiza en primer lugar la incisión vestibular y columelar según se ha explicado previamente. Después de realizar la incisión transcolumelar, se identifican los vasos columelares si no han sido previamente seccionados de antemano, procedemos a coagularlos. Si se realiza una separación con tijera bajo la piel columelar es más fácil identificarlos. Posteriormente se identifican los pilares mediales y se prosigue la disección en sentido craneal hasta contactar con la incisión vestibular. Se levanta todo el tejido blando en bloque, manipulándolo con un gancho o con una erina, procurando no dañarlo en ningún momento. Cuando nos aproximamos a los domos, continuamos la disección por encima de los mismos y la prolongamos por encima de los pilares laterales de los cartílagos alares, para exponerlos.

Para visualizar el dorso, tenemos que realizar la disección por encima de los cartílagos laterales y de los huesos nasales. Es útil emplear el separador modificado de Aufricht, para obtener así una exposición de la raíz.

Es conveniente preservar las uniones entre los pilares mediales, ya que permiten una adecuada movilidad y son importantes a la hora de colocar un injerto en la punta nasal.

## **SEPTUMPLASTIA**

La cirugía del tabique nasal está ligada íntimamente a la realización de la rinoplastia, puesto que las malformaciones y las deformidades del mismo podrían influir en la arquitectura de las estructuras adyacentes. El tratamiento del tabique nasal pretende cumplir dos objetivos primordiales: en primer lugar corregir la posible obstrucción de las fosas nasales y en segundo, extirpar un segmento del septo que pueda utilizarse como injerto posteriormente.

Para efectuar un abordaje del septo, lo más común es realizar una retracción de la columela para realizar una incisión transfixiante de la porción caudal del mismo con un bisturí del 15. En algunos casos es necesario realizar una exposición de la espina nasal. Dicha incisión se extiende desde el ángulo nasal anterior, al posterior y permite un abordaje de la totalidad del septo incluyendo la porción posterior.

A continuación se realiza una incisión en el pericondrio para proseguir con una disección bajo el mismo, a lo largo del septo nasal, procurando no extenderse hacia la porción alta del tabique. Es importante respetar la zona próxima a la lámina cribosa y al neuroepitelio. En la región posterior, la disección puede extenderse más y en la porción inferior es recomendable detenerse a la altura de la cresta condrovomeriana, donde la mucosa es fina, más transparente y está más tensa. El mismo procedimiento ha de realizarse en la otra cara del septo nasal. En este momento se podrían efectuar incisiones en cuña del septo en el ángulo septal posterior para disminuir el ángulo naso labial o bien el ángulo nasal anterior, para rotar la punta. Es necesario asegurarse de que la

dissección se está llevando a cabo en el plano subpericóndrico. Si encontramos sangrado, probablemente estemos actuando por encima del pericondrio.

El abordaje por vía externa está indicado en casos de desviación del borde anterior y cuando se realiza una intervención septal secundaria, o se han producido bridas cicatriciales que han cerrado el camino a un abordaje desde los orificios nasales. Una vez expuesto el esqueleto cartilaginoso, se realiza una separación por tracción con erinas de los cartílagos alares mayores. Se localiza el septo y se procede a identificar el plano subcondral.

Para realizar la resección del septo, es preciso desarticularlo de las inserciones en el hueso, sin resecar la inserción del dorso en el septo óseo. Conviene preservar al menos 15 mm de cartílago en el dorso y en la porción caudal para que no se hundan el mismo ni la punta nasal. La porción reseçada hay que conservarla para emplearla como donante de injertos si fuera necesario. Para extraerla podemos emplear una pinza sin dientes, con la que presar el cartílago y con movimientos prudentes y suaves, lo extirpamos en bloque. El cartílago suele ser más grueso en la porción más interna y más baja.

Con el cartílago extraído se pueden tallar dos fragmentos para colocarlos a modo de injertos intercalares o de expansión ("spreader grafts"), que suelen dar más apertura a la válvula nasal y evitan así el colapso. Estos injertos han de suturarse al dorso cartilaginoso, por dentro de los cartílagos triangulares. Parte de ellos ha de quedar alojada en el dorso óseo. Cuando su longitud es excesiva pueden hacer una impronta en la mucosa nasal, hacia el vestíbulo, así como en la línea del dorso nasal. El vómer puede extraerse por separado con la ayuda de una tijera en forma de bayoneta o con una gubia. Es importante destacar que este hueso podría utilizarse también como injerto.

Un desgarró de la mucosa unilateral no suele tener repercusiones negativas, sin embargo, si es bilateral es preciso suturar al menos uno de los lados o bien recolocar cuidadosamente los colgajos, procurando realizar un taponamiento que afronte bien las zonas comprometidas, sin que queden orificios que comuniquen las fosas nasales.

Cuando se pretende abordar una zona menos extensa, podemos emplear la incisión de Killian, que consiste en realizar un corte sobre la propia mucosa nasal, de trayecto oblicuo, a unos 10-15 mm del borde caudal del septo. Como vías de acceso alternativas, existe la intrabucal, por disección del suelo de las fosas nasales, con la finalidad de tratar el pie óseo y por último, el abordaje por vía externa.

### **Cirugía de la punta nasal**

Los objetivos de la cirugía de la punta nasal son obtener una proyección satisfactoria, por reducción o aumento, después de tratar los cartílagos o mediante la aplicación de injertos. También se podría modificar la forma de los cartílagos alares por medio de su resección parcial, suturándolos o haciendo incisiones sobre ellos. Hay autores que recomiendan realizar el tratamiento de la punta nasal antes de proceder a rebajar el dorso si fuese necesario, y argumentan que de esta forma, la reducción del dorso se efectúa en función de la nueva proyección de la punta nasal. En cualquier caso, es importante obtener una simetría en las dimensiones de las estructuras de la punta nasal, ya que cuanto mayor sea ésta, mayor será la simetría externa.

#### ***Elevación de la punta nasal***

Si la nariz es muy larga, la columela ha de acortarse desde la espina nasal hacia el ángulo septal. Si la longitud de la nariz es aceptable, pero la punta desciende con la sonrisa, lo recomendable es elevar el tercio externo de la columela o aplicar los conceptos de rinoplastia dinámica. Si la espina nasal es muy prominente se puede reducir con una raspa o con la ayuda de una gubia, pero hay que tener cuidado de no resecaarla en exceso pues se produciría un receso del ángulo naso labial.

Es conveniente tener en cuenta la longitud del labio superior antes de acortar la columela, pues podría acentuarse la longitud del labio cuando éste se acorta en exceso. Al elevar la punta nasal se intenta crear una línea recta desde la espina nasal hasta el nuevo ángulo septal. En algunos pacientes esta línea

recta podría producir un efecto de cierto “ocultamiento” de la columela. En esos casos debería trazarse el corte quebrado, en tres segmentos, para darle una forma convexa al septo en su porción anterior con el fin de darle un contorno más notable a la misma. Así el tercio externo es el que elevará la punta nasal.

Algunos cirujanos proponen que la incisión transcartilaginosa no ha de conectarse con la incisión transfixiantes de los cartílagos alares, para prevenir de este modo la formación de una cicatriz que en algunos casos tiende a ser recta con una contractura. La incisión transcartilaginosa ha de separar la columela membranosa del borde caudal del septum. El cartílago una vez expuesto es seccionado con un bisturí desde la espina nasal hasta el ángulo nasal. Se recomienda que la línea de incisión produzca un ángulo ligeramente obtuso.

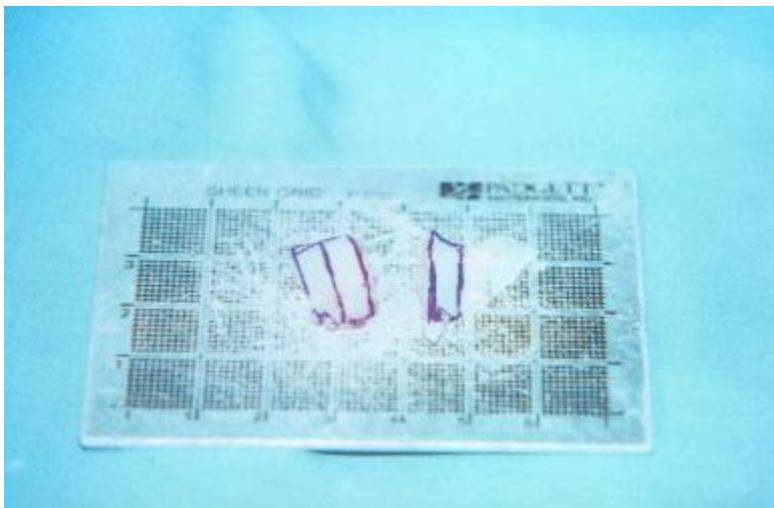
### ***Injerto “onlay” de la punta nasal***

Se utilizan para aumentar la proyección de la punta nasal y para cambiar el contorno de la misma. También pueden ser utilizados para corregir asimetrías de la punta. Han de evitarse en aquellos pacientes que tienen una piel nasal muy fina.

La anchura ha de oscilar entre 8 y 12 mm. La longitud entre 8 y 15 mm y el grosor entre 1 y 3 mm. El injerto es más grueso en el borde alto y más estrecho en la base. Se sutura a los márgenes caudales de los pilares mediales o intermedios después de que hayan sido estabilizados con injertos interdómicos de la columela. Lo recomendable es emplear suturas de PDS o de Nylon y es conveniente colocar en primer lugar las suturas de la base.

Si el injerto de la punta se ha colocado en un paciente en el que se ha realizado una sección de los domos con re suturado de los mismos, el margen caudal de los domos debería esconderse detrás del injerto, para disminuir el riesgo de un punto palpable o visible. Dos tipos de injerto “onlay” para la punta nasal son los de Sheen y Tessier.

El injerto de Sheen es una variante que tiene forma de corazón o de trapecio y se desliza por delante de los pilares intermedios. Mientras que el injerto de Tessier se denomina en alas de golondrina o en flor de lis por su aspecto. <sup>(8)</sup>



Injertos cartilaginosos procedentes del septo nasal, preparados para ser tallados



Injerto "onlay" de la punta nasal

### **Colocación de un injerto en la columela**

La colocación de este tipo de injertos mejora el soporte de la punta nasal y puede dar un aspecto más satisfactorio a la proyección de la misma. También puede usarse para corregir una anomalía de los pilares mediales. Puede ser colocado por abordaje externo o interno. En el abordaje externo es necesario crear un bolsillo entre los pilares. El injerto ha de medir normalmente entre 8-12

mm de largo, por 3-4mm de ancho y 1-2mm de grosor. Puede ser extraído del propio septo o bien de otras zonas donantes de cartílago, como la concha auricular o las costillas. Al colocarlo es preferible dejar un remanente de tejidos blandos entre la espina nasal y el injerto. No debería extenderse por encima del pilar intermedio.

En la rinoplastia cerrada, se realiza una incisión vestibular y transcrural. Se introduce el injerto y se manipula hasta alojarlo en la posición deseada. Se utilizan suturas transfixiantes para fijarlo.

Una alternativa para dar más proyección a la punta es utilizar un injerto en paraguas. Se trata de una técnica habitual en el tratamiento de la punta nasal mediante la colocación de un injerto en forma de "T". Algunos autores realizan el tallado del injerto con concha auricular para constituir el vástago y cartílago nasal para el sombrero. El injerto ha de colocarse en un bolsillo entre los pilares mediales. La porción más alta del mismo ha de recortarse en ocasiones, para darle forma al ángulo nasal anterior. Si se dejase como único constituyente de la punta, crearía una impronta en la piel, con forma puntiaguda, que a la larga podría causar una úlcera de presión, por ello es necesario colocar en su porción más alta un injerto "onlay", perpendicular al mismo, para darle el aspecto de paraguas. Las indicaciones para este tipo de injertos son:

Pérdida de proyección de la punta nasal tras una realización una rinoplastia.

- Pérdida de proyección de la punta después de perder el soporte septal.
- Punta con piel gruesa, punta amorfa.
- Acortamiento congénito de la punta nasal.
- Punta nasal caída.

### **Reducción de los cartílagos alares mayores**

Se realiza fundamentalmente para tratar puntas nasales de aspecto globuloso, o con asimetrías inestéticas. Durante el acto quirúrgico, se escinde la porción cefálica del pilar lateral del cartílago alar mayor, sin olvidar que tenemos de

respetar al menos 7-9mm de este cartílago. La resección media del cartílago alar mayor es de 5mm. Esto hace que quede una banda de tejido cartilaginoso suficiente para producir un estrechamiento conservador de la punta nasal. Para definir la prolongación lateral del cartílago, se define una marca a 12mm desde el domo. Un error muy común es resecar el cartílago hacia la porción lateral en exceso, esto debilita al remanente de cartílago y puede originar una depresión lateral muy notable o bien una retracción cefálica.

### **Tratamiento del cartílago alar lateral (overlay)**

Cuando necesitamos rebajar la proyección del pilar lateral del cartílago alar mayor, se puede efectuar una incisión del pilar lateral, por fuera de los domos y una recolocación posterior de los bordes a modo de solapa (uno por encima del otro), con la ayuda de puntos de sutura. Cuando se efectúa esta maniobra hay que tratar de conservar la simetría de los cartílagos. Se utilizarán suturas para mantener la aposición de los bordes del cartílago alar.

### **Estrechamiento de la base nasal**

Si al descender la punta nasal se ensancha la base nasal o bien el paciente presenta una base ensanchada de por sí, se puede realizar la técnica de Weir. La incisión inferior ha de centrarse en el pliegue alar para seguir un trayecto curvo hasta el borde de la narina. La incisión superior se emplazará en función de la cantidad de tejido que se desee resecar. A continuación se extirpa una cuña de tejido. No debe abordarse la piel vestibular. Aunque parece lógico tener que resecar piel de la zona vestibular para prevenir la aparición de una oreja de perro; en principio este exceso de piel ayuda a evitar un estrechamiento del pilar alar.

### **CIRUGÍA DEL DORSO NASAL**

Normalmente cuando un paciente se presenta en la consulta para que se le realice un tratamiento del dorso nasal, lo que nos pide es que se reseque en la medida de lo posible el exceso del mismo.

Lo que el cirujano ha de procurar en primer lugar, es obtener una exposición de la zona dorsal de la pirámide nasal. Para ello, se realiza el despegamiento de la piel del dorso con tijeras curvas de Joseph para crear así un bolsillo sobre la misma. Es recomendable que el bolsillo se extienda lateralmente hasta la zona de dorso que se va a resear. La finalidad de esta maniobra es facilitar la reposición del tejido blando sobre el esqueleto nasal lo antes posible. Algunos autores proponen que no es necesario elevar el periostio en el tratamiento del dorso.

La resección del dorso puede efectuarse de dos formas distintas, bien por medio de un osteotomo, o bien mediante un legrado controlado. La resección en bloque del dorso osteocartilaginoso en una única maniobra, empleando para ello un osteótomo es una técnica que proporciona buenos resultados, aunque quizá puede ser peligrosa para un cirujano principiante. Con esta técnica conviene ser conservador a la hora de realizar la resección de los tejidos, puesto que se puede realizar una extirpación excesiva del dorso. Es recomendable realizar pequeños golpes por pares en el osteótomo procurando hacer avances controlados. El cirujano inexperto debería realizar un marcaje cutáneo de la porción de dorso que desea resear. Si no se tiene mucha pericia con el osteótomo, podemos utilizar una raspa con la cual es más fácil controlar el exceso de resección. El osteótomo es imprescindible para resear el rádix cuando está sobre elevado.

Cuando se haya efectuado la resección del dorso es necesario afinar con retoques la zona cartilaginosa e incluso se hace necesario en ocasiones, recortar las porciones sobrantes de los cartílagos triangulares.

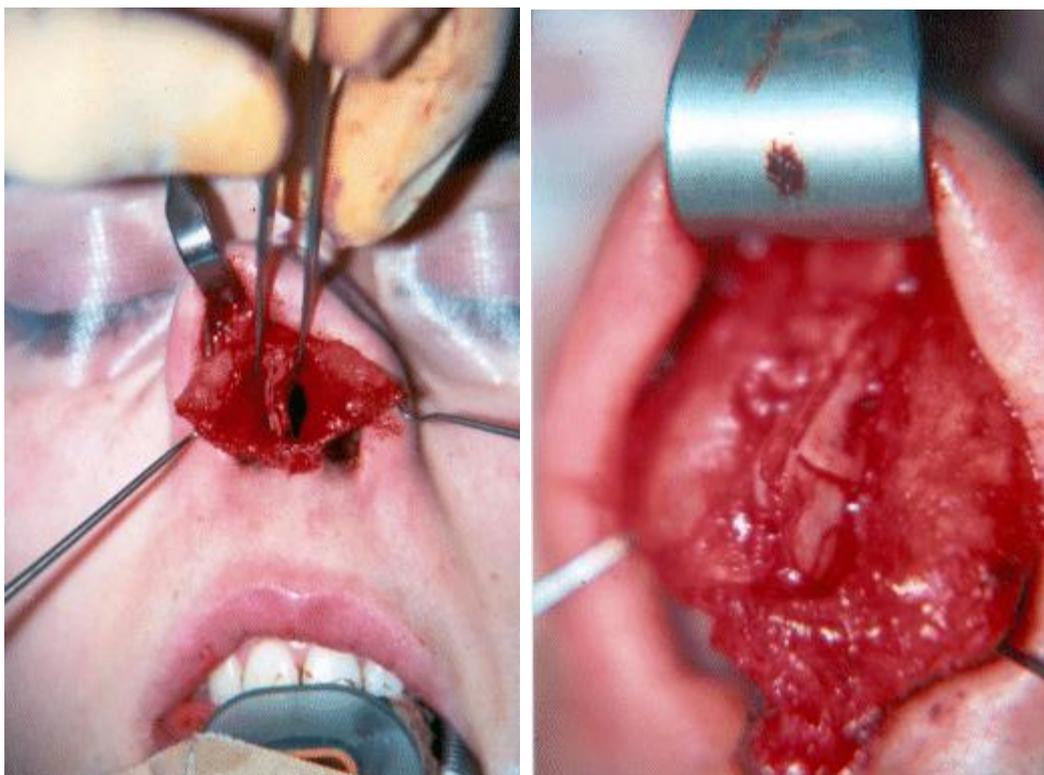
Es importante preservar el mucopericondrio de los cartílagos laterales puesto que proporcionan un soporte considerable a los mismos y disminuyen el riesgo de colapso inferomedial, que dejan como secuela una deformidad de V invertida. Los márgenes óseos deben ser pulidos con una legra y hay que procurar que no quede ningún resalte óseo.

La otra opción para el tratamiento del dorso es el raspado del mismo, fundamentalmente de la porción ósea. Con esta técnica podemos ir realizando una resección controlada, hasta obtener la forma deseada. A continuación es necesario afinar el acabado del dorso con la ayuda de una tijera recta, para resecar las porciones más craneales de los cartílagos triangulares y retirar los pequeños fragmentos del hueso legrado. Hay cirujanos que utilizan para pulir estas zonas la legra recíproca.

En el abordaje externo se debe realizar un despegamiento de las porciones superiores de los cartílagos triangulares en sus inserciones al septo, para crear así un colgajo de mucopericondrio. La disección ha de realizarse desde el ángulo septal hasta la unión con el marco óseo.

Esta vía no ofrece un interés especial en cuanto a la resección y extracción de la giba, salvo en los casos con orificios nasales pequeños y estrechos. En tales casos, la ventaja estriba en proporcionar una mayor precisión en la rebaja del dorso cartilaginoso y en la colocación del osteótomo en el borde inferior de los huesos propios.

No podemos olvidar la posibilidad de dejar como secuela una impronta no deseable del septo nasal, por encima de la punta, también conocida como "supratip". Suele darse en pacientes en los que se ha reseca en exceso el dorso nasal en la mitad superior, sin efectuar un tratamiento armónico del dorso cartilaginoso.



Injertos de expansión situados en el dorso cartilaginoso. A- Vista general; B- Detalle

## **OSTEOTOMÍAS**

Según la localización, las osteotomías se clasifican como mediales o laterales. Se recurre a ellas para amoldar el marco óseo a la nueva estructura nasal. Las indicaciones fundamentales para realizar las osteotomías dependen de la agresividad del acto quirúrgico, por ello, cuanto más conservadora sea la intervención, menos indicada estará la osteotomía. La colocación de injertos sobre el dorso nasal produce un efecto que disimula la apertura de la pirámide nasal cuando se reseca el dorso, lo cual reduce la necesidad de practicarlas.

Cuando hay una desviación de pirámide ósea y es necesario reponer las láminas laterales o cuando hay que modificar la anchura de la bóveda ósea se hace necesario practicarlas. No obstante, se recomienda no modificar la anchura de la raíz nasal. Después de la resección de la giba osteocartilaginosa, cuando se pasa el pulpejo del dedo sobre el dorso entre las dos láminas óseas laterales podemos explorar y descubrir la existencia de una deformidad en “techo abierto”.

Las osteotomías laterales han de realizarse tras marcar previamente sobre la piel las zonas que queremos fracturar. Éstas se efectúan desde el punto más lateral de la apertura piriforme hasta un punto medial al canto interno del ojo. En la práctica se trata de un punto a 3-4 mm por encima de la base de la apertura piriforme y adyacente a la cabeza de la concha inferior. Algunos cirujanos prefieren crear previamente un túnel subperióstico a lo largo del trayecto de la línea de osteotomía.

El corte se ha de ir controlando con los dedos de la mano no dominante. Conforme avanzamos, tenemos que ir desviando el corte cefálicamente hacia el punto elegido en la proximidad del canto interno. Como la rinoplastia no es una sucesión de tiempos quirúrgicos estereotipados, la osteotomía lateral no es siempre necesaria en cada intervención. Lo recomendable es realizarlas al final del acto quirúrgico, pues se trata de un tiempo operatorio más hemorrágico, que podría acarrear dificultades cuando se realicen maniobras operatorias más delicadas.

La osteotomía lateral clásica se inicia en la apertura piriforme y permaneciendo baja, remonta hacia la zona ósea densa de la raíz por delante de la cresta lagrimal anterior. Se continúa con una osteotomía mediana y con una resección de los fondos de saco óseos. Con ella se pretende estrechar los huesos propios para producir un ligero estrechamiento de la raíz nasal, aunque tiene el riesgo de efectuarse a expensas de la continuidad armoniosa de las líneas supraorbitarias y dar lugar a un aspecto poco natural.

La osteotomía curva ascendente o de Sheen, se indica en la mayoría de los casos, sobre todo cuando la anchura de la bóveda ósea a mitad de la altura de la pirámide nasal es más manifiesta que la anchura de la raíz nasal. La curva de la osteotomía va un poco por debajo del canto interno y se dirige hacia dentro. De esta forma se consigue un estrechamiento de la bóveda ósea, con una rotación de los huesos alrededor de un eje fijo situado a la altura de la línea intercantal que corresponde al límite inferior de los fondos de saco óseos, lo cual conserva la anchura de la nariz.

La osteotomía de Tardy se efectúa frente a la cabeza del cornete inferior y se emplea para evitar un estrechamiento excesivo en la parte inferior del orificio piriforme. Se procura realizar una fractura en tallo verde, aunque algunos autores propugnan que este tipo de fracturas no son del todo recomendables y han de reservarse para los pacientes de más edad.

Para realizar las osteotomías mediales se introduce un osteótomo fino de 10 mm. en la unión entre el hueso nasal y el septo. Estas no siempre son necesarias, sobre todo cuando se realizan resecciones amplias del dorso porque pueden dejar una deformidad en suelo abierto. Por el contrario, no son necesarias cuando la anchura de la bóveda es moderada y la raíz nasal es más bien profunda y estrecha.

Es preferible realizarlas antes que las laterales y tienen por misión debilitar el límite inferior de la zona de hueso denso. A veces, cuando tratamos un hueso excesivamente convexo, se pueden realizar osteotomías intermedias, antes de proceder a realizar la osteotomía lateral.

Las osteotomías externas persiguen la misma finalidad, mediante traumatismos percutáneos que se completan con maniobras manuales para fracturar las ramas ascendentes de los maxilares, con un osteótomo de 1 mm. Con estas maniobras se preserva la integridad de las mucosas.

## **VENDAJES**

Las incisiones de las mucosas se cierran con suturas reabsorbibles. Las incisiones cutáneas han de afrontarse con suturas de monofilamentos de 5 ó 6 ceros. Es conveniente realizar un taponamiento nasal con gasas mechadas impregnadas en cremas antibióticas o con férulas semirrígidas recubiertas con sustancias oleosas.

La contención externa se realiza con una férula nasal de escayola o prediseñada con materiales plásticos, que se moldean con calor.

Antes es conveniente inmovilizar el plano cutáneo con bandas adherentes estériles para la pirámide nasal y la punta nasal. A continuación se coloca la férula, para mantener la nariz en la posición deseada durante el proceso de consolidación. Hay que evitar un ceñido en exceso la férula para evitar lo que se denomina “dorso en hoja de cuchillo”

## **RINOPLASTIA SECUNDARIA**

En distintas ocasiones, el cirujano ha de reintervenir narices que han sido operadas con anterioridad, en las que el resultado obtenido no ha sido el deseado porque se han producido alteraciones de la estructura anatómica que afectan negativamente el aspecto armónico. Otras veces, son los traumatismos nasales o las secuelas de los mismos, los que obligan a realizar una reintervención, que a priori se antoja más complicada. En todos estos casos hablamos de rinoplastia secundaria. Hay autores que clasifican las alteraciones como mayores y menores. Los defectos menores son los que presentan aquellas narices que han perdido la naturalidad y parecen artificiales. En ellas, se observan ciertos matices como por ejemplo un ángulo nasofrontal poco excavado, una nariz muy recortada, un dorso rebajado en exceso o una punta con una falta de definición llamativa, que dejan constancia de que se trata de narices operadas. Los defectos mayores son los que se producen como consecuencia de resecciones excesivas y/o irregulares.

Para tratar este tipo de problemas se antoja necesario realizar un abordaje que sea lo más cómodo posible, siempre y cuando las cicatrices previas lo permitan. Éste dependerá de la elasticidad de los tejidos y de la localización y la extensión de la zona que queremos corregir. La vía de abordaje externa está especialmente indicada en aquellos casos con narinas estrechas, con tejidos poco elásticos y con defectos importantes.

Cuando por intervenciones previas los tejidos se encuentran muy esclerosados y fibrosos, se puede recurrir a la vía de abordaje medio-columelar sagital, que deja como secuela una cicatriz poco visible.

Para corregir salientes óseos o cartilagosos se puede recurrir a un legrado. En el caso en que aparezcan depresiones, se podrían emplear injertos preferentemente cartilagosos, para dar relleno. Las desviaciones son difíciles de reparar y a veces hay que recurrir a injertos para camuflarlas o a osteotomías en casos graves.

### **Deformidades secundarias del dorso nasal**

Cuando se realizan resecciones excesivas del dorso nasal o bien como consecuencia de traumatismos nasales, se produce una deformación del dorso con hundimiento del mismo. Según la localización de la afectación a lo largo del dorso se producirán distintas malformaciones. Por esta razón es necesario saber identificar si se ha producido una falsa giba, una giba verdadera o un hundimiento total del dorso. El tratamiento de estas deformidades es distinto.

En cualquier caso los objetivos que tenemos que plantearnos son la reposición de los elementos desplazados y la reconstrucción del dorso, bien con injertos cartilagosos o de hueso (corticoesponjosa). En otros casos se hace necesario la realización de osteotomías correctoras para complementar el tratamiento.

El abordaje intranasal es suficiente si se trata de tratar una deformidad aislada. Cuando la deformidad es mayor, es conveniente realizar un abordaje transcolumelar.

### **Narices planas**

Son aquellas que presentan una distancia entre los extremos de las alas nasales mayor que la de la longitud de la columela. Al hacer presión sobre la punta, ésta se deprime con facilidad puesto que no presenta un soporte adecuado. El objetivo consiste en armar la columela con un soporte sólido y lo suficientemente largo como para recuperar la proyección. Son útiles injertos cartilagosos y los injertos óseos. Así se consigue dar un eje mayor vertical a los orificios nasales.

### **Deformidad en V invertida**

Son alteraciones de la pirámide nasal que están normalmente provocadas por una resección excesiva de los cartílagos triangulares, o por una resección excesiva del dorso en narices especialmente anchas, incluso tras haber realizado correctamente las osteotomías. El aspecto de la deformidad depende del grosor de la piel y suele ser menos notable en las narices con piel gruesa.

Para corregir los defectos, se utilizan habitualmente injertos cartilaginosos, que camuflan y refuerzan las estructuras. Los injertos “onlay” sobre el dorso o colocados lateralmente suelen dar resultados satisfactorios, aunque lo más importante es conocer la deformidad para prevenirla.

### **Nariz corta**

Hablamos de nariz corta, cuando la distancia desde el ángulo nasofrontal hasta las cúpulas está acortada. Cuando se pretende corregir esta deformidad en una segunda intervención, uno de los grandes problemas que hay que afrontar en primer lugar es la liberación de los tejidos fibrosos y cicatriciales. Normalmente la nariz queda acortada tras resecar en exceso la porción superior de los pilares laterales y las cúpulas, o bien por acortamiento excesivo de tabique o por último, por una retracción de la cobertura cutánea. Para conseguir un nuevo alargamiento, se ha de trabajar en las tres estructuras que componen la pirámide nasal: la piel, la mucosa y el marco osteocartilaginoso.

Para alargar el armazón rígido se utilizarán injertos cartilaginosos en la punta o bien debajo de los pilares laterales. La asociación de algunos injertos de forma superpuesta es una buena solución en algunos casos tanto primarios como secundarios. Hay que ser cautelosos pues es una de las deformidades de más difícil corrección que existen.

### **Puntas amputadas**

Cuando se produce una resección amplia del arco alar, fundamentalmente a expensas de las cúpulas y de los pilares mediales, se habla de narices amputadas. En estos casos, es necesario dar proyección y una curvatura armónica a la propia punta, con la ayuda de injertos superpuestos, que se

pueden reforzar con injertos de la columela tipo paraguas. Es un error grave el intentar reducir el dorso para redefinir la punta.

### **Deformidad en pico de loro**

Cuando ocurre una falta de adaptación de la piel al esqueleto subyacente se puede producir el efecto conocido como deformidad en pico de loro. La deformidad se caracteriza por una convexidad supra-apical justo por encima de las cúpulas, que se acentúa más al deprimir el dorso o al retraer la punta. Las causas fundamentales son las resecciones insuficientes, que dejan un remanente de tejido cartilaginoso por encima de los cartílagos alares o por resecciones excesivas o en pacientes con pieles gruesas que tienen poca elasticidad, lo cual favorece que la misma se acumule sobre las cúpulas. Otras veces, una retracción excesiva de la punta favorecida por una incisión transfixiante, que se continúa hasta la punta nasal, o una columela de una persona con punta caída o una mala colocación de los apósitos, son las causas que originarán este defecto.

En estos casos se podrían emplear injertos de cartílago para rellenar los defectos y conseguir de esta forma que la piel quede depositada sobre una estructura sólida.

### **Depresiones alares**

Se llama así al efecto de colapso de los cartílagos alares mayores, tras una resección excesiva del mismo, o bien por una retracción cutánea. El aspecto del cartílago alar suele ser cóncavo. En casos moderados se pueden colocar injertos que ayuden a disimular la asimetría. Éstos han de colocarse sobre el cartílago alar. En casos graves, sería necesario recurrir a un injerto del cartílago conchal. <sup>(9)</sup>

## **VII. MATERIAL Y MÉTODO**

### **ÁREA DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio en el “Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011”

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Revisión de Casos, el cual es descriptivo, retrospectivo, observacional y de corte transversal.

### **UNIVERSO**

Todos los pacientes atendidos por patología nasal en consulta externa del servicio de cirugía plástica del “Hospital Antonio Lenin Fonseca”

### **MUESTRA.**

Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente por rinoplastia en el “Hospital Antonio Lenin Fonseca” en el periodo de estudio. (43 pacientes)

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

1. Paciente portadores de patología nasal.
2. Pacientes que requieren intervención quirúrgica Nasal.
3. Pacientes con cumplan con los criterios para ser operados.
4. Pacientes atendidos durante el periodo de estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

1. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

## **METODO E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.**

En el instrumento se llenaron fichas previamente elaboradas por la investigadora, con las variables que permitieron el cumplimiento de los objetivos planteados a partir de los expedientes clínicos solicitados al departamento de archivo clínico de la unidad de salud en estudio.

## **METODO E INSTRUMENTO PARA ANALIZAR LA INFORMACIÓN.**

Los datos obtenidos en la ficha fueron procesados utilizando el programa SPSS 11, Word y Excel, posteriormente en cuadros distribuidos en frecuencia y porcentaje según las características de las variables.

Se realizó cruce de variables según la operacionalización de variables. Además, análisis univariado y bivariado. Los gráficos se realizaron en Microsoft Excel y los resultados fueron editados en Microsoft Word 2007.

## **VARIABLES**

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Diagnóstico de ingreso
5. Causa del trauma nasal
6. Tipo de Rinoplastia
7. Procedimiento quirúrgico
8. Complicaciones
9. Evolución clínica
10. Correlación entre Diagnóstico de ingreso / Sexo
11. Correlación entre Causa del Trauma / Sexo
12. Correlación entre Procedimiento quirúrgico / Complicaciones
13. Correlación entre Evolución clínica / Complicaciones

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la solicitud de atención.	Menor de 15 años  16 – 35 años  36 - 45 años  46 – 55 años  Mayor de 56 años
Sexo	Diferencia física constitutiva entre el hombre y la mujer.	Masculino  Femenino
Procedencia	Comunidad o lugar geográfico al que pertenece el paciente	Urbano  Rural
Diagnóstico de Ingreso	Determinación de la naturaleza de la patología nasal.	Trauma nasal + desviación septal  Giba osteocartilaginosa  Hipoplasia del puente nasal (nariz en silla de montar)  Laterorrinia
Causa de Trauma Nasal	Motivo por cual sufre deformidad nasal	Accidente  Agresión  Caída

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Tipo de Rinoplastia	Determinación de la cantidad de cirugías nasales se ha realizado el paciente.	Rinoplastia primaria  Rinoplastia secundaria
Procedimiento Quirúrgico	Cirugía realizada a los pacientes con patología nasal.	Rinoplastia abierta  Rinoplastia cerrada  Rinoseptumplastia cerrada  Rinoseptumplastia abierta  Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago  Rinoplastia abierta + injerto de cartílago  Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago y fascia temporal  Rinoplastia abierta + injerto de cartílago y fascia temporal  Rinoseptumplastia cerrada + osteotomía  Septumplastia

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>ESCALA</b>
Complicaciones	Patologías asociadas directamente con la intervención quirúrgica	Hemorragia Dehiscencia Infección
Evolución clínica	Determinar el grado de satisfacción del resultado clínico de la cirugías realizadas	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo

## VIII. RESULTADOS

El total de pacientes intervenidos quirúrgicamente de rinoplastia en el periodo en estudio fue de 43, los cuales se ingresaron por consulta externa, a todos se les aplicó antibiótico profiláctico con cefazolina y al 100% se le administró anestesia oro-traqueal balanceada, en quirófano de cirugía mayor.

Acorde a la muestra analizada, en este estudio se encontró que dentro de las características socio-demográficas el grupo de edad, en donde más de la mitad de los estudiados fueron los de 16 – 25 años con el 67.4% (29), seguido por el 16.2% (7) los cuales eran los de edad entre 26 – 35 años, un 9.3% (4) compuesto por los pacientes menores de 15 años, el 4.6% (2) entre los 36 – 45 años y un 2.3% (1) fueron mayores de 46 años. La edad promedio de los intervenidos fue de 37 años, DE =  $\pm 24$  y la mediana fue de 20.5 años. (Cuadro #1)

El sexo predominante fue el masculino con 58.1% (25) y el femenino con 41.8% (18). (Cuadro #2) Los datos de procedencia reflejados en este estudio revelan que el 90.7% (39) eran de zona urbana y apenas el 9.3% (4) eran de zona rural. (Cuadro #3)

Del total de pacientes intervenidos quirúrgicamente, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue el trauma nasal con desviación septal con un 65.1% (28), seguido por la laterorrinia con 25.5% (11), un 6.9% (3) presentaron giba osteocartilaginosa prominente y el 2.3% (1) presentó hipoplasia del puente nasal (nariz en silla de montar) como secuela de leishmaniosis, cabe recalcar que muchos de los expedientes no se especificó diagnóstico, describiendo sitio anatómico de la deformidad nasal. (Cuadro #4)

De los 43 pacientes en estudio, 39 presentaron trauma nasal con desviación septal y laterorrinia y las causas de estas fueron, las agresiones con el 43.5% (17), seguido por los accidentes de tránsito 35.8% (14) y por último las caídas con 20.5% (8). (Cuadro #5) En el total de pacientes, el tipo de rinoplastia realizada fue en el 90.7% (39) una rinoplastia primaria y en el 9.3% (4) una rinoplastia secundaria. (Cuadro #6)

El procedimiento quirúrgico más frecuente realizado fue la rinoseptumplastia cerrada con un 39.5% (17), seguido por la rinoplastia cerrada con un 16.2% (7), la septumplastia sola se realizó en un 14% (6), la rinoseptumplastia cerrada con osteotomía se realizó en un 9.3% (4), la rinoplastia abierta, la rinoseptumplastia abierta y rinoplastia abierta con injerto de cartílago se realizó en un 4.6% (2) cada una; la rinoplastia cerrada con injerto de cartílago y la rinoplastia cerrada y abierta con injerto de cartílago cubierto con fascia temporal se realizó solamente en el 2.3% (1) cada una. (Cuadro #7)

De los pacientes intervenidos quirúrgicamente sólo el 3.6% (1) se complicó con infección del sitio quirúrgico, el 97.4% no tuvo ninguna complicación. (Cuadro #8)

Con respecto a los resultados de la evolución clínica de los pacientes se encontró que el 53.5% (23) el grado de satisfacción fue buena, seguida por muy buena en el 25.5% (11), excelente y regular obtuvieron el mismo porcentaje con 9.3% (4) y sólo el 2.3% (1) el resultado fue malo, en la revisión de expedientes se encontró que la mejoría en la mayor parte de la pacientes fue funcional y no estética. (Cuadro #9)

En la correlación de las variables diagnóstico de ingreso y sexo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente se encontró que el 41.9% eran del sexo masculino con trauma nasal más desviación septal, seguido por las mujeres con igual diagnóstico, la laterorrinia se presentó casi con igual porcentaje en ambos sexos 13.9% en hombres y 11.6% en mujeres, la giba osteocartilaginosa fue un diagnóstico más frecuente en mujeres 4.6% y la hipoplasia del puente nasal se dio en una paciente con antecedentes de leishmaniosis. (Cuadro #10)

En el cruce de variables causas del trauma y laterorrinia con el sexo de los pacientes se reporta que la mayor incidencia de trauma y laterorrinia se da en el sexo masculino por agresión en un 25.6% (10), por accidente 23% (9) y por caída 12.9% (5); en el sexo femenino la agresión se da en un 17.9% (7), por accidente 12.8% (5) y por caída 7.6% (3). (Cuadro #11)

Al realizar la correlación de procedimiento quirúrgico y complicaciones lo más relevante es que la rinoplastia cerrada con injerto de cartílago cubierto con fascia temporal fue el único que se infectó. (Cuadro #12)

Según la relación satisfacción del paciente y complicaciones, el resultado de la rinoplastia realizada al paciente que se complicó con infección del sitio quirúrgico, fue buena. (Cuadro #13)

## **IX. ANALISIS DE RESULTADOS**

Los resultados del estudio evolución clínica de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de rinoplastia, se abordaron datos socio-demográficos de la muestra en estudio, en donde el grupo de edad más frecuente fue el de 16 – 25 años con el 67.4% correspondiendo a más de la mitad de los pacientes estudiados, con una mediana de 20.5 años, coincidiendo con los estudios realizados previamente en el hospital como son en de la Dra. Johanna Pérez Mena, “Rinoplastias en pacientes atendidos en los Hospitales Antonio Lenin Fonseca y Bautista de Managua en el año 2000” el cual reporta que los pacientes intervenidos en el Hospital Antonio Lenin Fonseca fueron el 50% para los menores de 20 años y el de la Dra. Cynthia Batres Silva, “Resultados de Rinoplastias en Pacientes Atendidos en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006” en el cual el rango de edades de 25 – 34 años fue el más frecuente en los pacientes con buen resultado (44.4%) y 50% en los de resultado adverso; al igual que en la literatura internacional los cuales refieren la realización de dicho procedimiento en pacientes mayores de 15 años, ya que a partir de esta edad existe un completo desarrollo de las estructuras nasales.

El sexo con mayor frecuencia fueron los hombres con 58.1% (25), las mujeres con 41.8% (18), coincidiendo con el estudio de la Dra. Johanna Pérez Mena, en el año 2000 que reporta 83.3%, no así con el de la Dra. Cynthia Batres Silva, en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006 el cual reporta mayor porcentaje en el sexo femenino, la literatura internacional refiere que los pacientes que solicitan rinoplastias estéticas son en igual proporción en hombres y mujeres, pero en nuestro hospital consideramos que por ser un hospital de trauma es considerable que los hombres sean los más frecuentes, además corresponde con el diagnostico más frecuente.

En los datos de procedencia de los pacientes intervenidos de rinoplastia, el 90.7% (39) eran de zona urbana y apenas el 9.3% (4) eran de zona rural, esto se explica por la mayor accesibilidad de la población del casco urbano al hospital.

Con respecto al diagnóstico de ingreso, el más frecuente fue el trauma nasal con desviación septal con un 65.1%, seguido por la laterorrinia con 25.5%, un 6.9% presentaron giba osteocartilaginosa prominente y el 2.3% presentó hipoplasia del puente nasal (nariz en silla de montar) como secuela de leishmaniosis, consideramos que estas estadísticas son aceptables ya que los pacientes atendidos por consulta externa en su mayoría fueron valorados por el servicio de otorrinolaringología en primera instancia por trauma nasal y luego referidos a nuestro servicio para brindarle corrección funcional y estética al paciente en un mismo procedimiento quirúrgico, además recordemos que nuestro hospital, es de trauma y de referencia nacional para el servicio de otorrinolaringología y cirugía plástica; dichas estadísticas coinciden con el estudio de la Dra. Cynthia Batres Silva, en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006 el cual refiere que el defecto nasal adquirido fue lo más frecuente con un 84.2%, igual que el estudio de la Dra. Johanna Pérez realizado en el año 2000 en donde lo más frecuente fue la laterorrinia en un 61.1%.

De los 43 pacientes en estudio, 39 presentaron trauma nasal con desviación septal y laterorrinia, las causas de estas deformidades nasales fueron, las agresiones con el 43.5%, seguido por los accidentes de tránsito 35.8% y por último las caídas con 20.5%, todos con previa valoración por otorrinolaringología, estos datos corresponden a la literatura sobre trauma nasal ya que el paciente agredido es el que busca más rápidamente asistencia médica, además siendo este un hospital de trauma el segundo en frecuencia son los accidentes.

El tipo de rinoplastia realizada en el 90.7% de los pacientes fue la rinoplastia primaria y la rinoplastia secundaria en un 9.3%, esto significa que la mayoría de los pacientes no se le había realizado ninguna cirugía de nariz previamente, basados en las estadísticas internacionales se estima, que hasta el 20% de los pacientes operados de rinoplastia solicitan algún tipo de solución a alguna imperfección estética y/o funcional. A nivel técnico la rinoplastia secundaria es más difícil debido a que los tejidos se encuentran más firmes fibrosos y de difícil disección quirúrgica.

En este estudio se encontró que el procedimiento quirúrgico más frecuente realizado fue la rinoseptumplastia cerrada con un 39.5%, seguido por la rinoplastia cerrada con un 16.2%, la septumplastia sola se realizó en un 14%, la rinoseptumplastia cerrada con osteotomía se realizó en un 9.3%, la rinoplastia abierta, la rinoseptumplastia abierta y rinoplastia abierta con injerto de cartílago se realizó en un 4.6% cada una; la rinoplastia cerrada con injerto de cartílago y la rinoplastia cerrada y abierta con injerto de cartílago cubierto con fascia temporal se realizó solamente en el 2.3% cada una. Esto demuestra que a la mayoría de los pacientes se les realizó un abordaje cerrado, al igual que la tendencia internacional por realizar este tipo de cirugía, a pesar de ser un hospital escuela, en donde la literatura reporta que es mejor un abordaje abierto para cirujanos poco experimentados por la exposición completa de la anatomía nasal, en contraste con el estudio realizado por la Dra. Cynthia Batres Silva, en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006 el cual reporta que el abordaje abierto fue el más frecuente en los pacientes con buenos resultados clínicos, mientras que en los pacientes con resultado adverso fue más frecuente el abordaje cerrado.

Del total de pacientes intervenidos quirúrgicamente sólo el 3.6% se complicó con infección del sitio quirúrgico, el 97.4% no tuvo ninguna complicación, en el estudio realizado por la Dra. Dra. Johanna Pérez Mena en el año 2000 refiere que las complicaciones más frecuentes fueron, extrusión de implante y obstrucción nasal y en el realizado por la Dra. Cynthia Batres Silva en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006 la mayor complicación fue la movilización, reabsorción, extrusión de injerto, seguido por las infecciones y hematomas, cabe recalcar que en la actualidad el uso de implantes de silicona es muy pobre, generalmente se utilizan injertos autólogos por la alta frecuencia en muchos países de dichas complicaciones. La literatura internacional reporta que las infecciones por rinoplastia son sumamente raras, pero generalmente se asocia a inadecuada asepsia y a inadecuada profilaxis quirúrgica, no siendo así en el caso del paciente de este trabajo monográfico

En la evolución clínica de los pacientes se encontró que el grado de satisfacción fue en un 53.5% bueno, 25.5% muy bueno, con igual porcentaje,

9.3% excelente y regular y 2.3% resultado malo, en la revisión de expedientes se encontró que la mejoría en la mayor parte de la pacientes fue funcional y no estética, como ya se refería anteriormente el 20% de las rinoplastias requiere un retoque, rinoplastia secundaria o de revisión, si se realiza por el mismo cirujano.

Existe una relación de las variables diagnóstico de ingreso y sexo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente ya que se encontró que el 41.9% eran del sexo masculino con trauma nasal más desviación septal, seguido por las mujeres con igual diagnóstico, la laterorrinia se presentó casi con igual porcentaje en ambos sexos 13.9% en hombres y 11.6% en mujeres, este hecho se le atribuye a que es un hospital de trauma, el cual cuenta con el servicio de otorrinolaringología, además de que las agresiones son más frecuentes en hombres, la giba osteocartilaginosa fue un diagnóstico más frecuente en mujeres 4.6%, a estos pacientes se les realizó cirugía meramente estética y la hipoplasia del puente nasal se dio en una paciente con antecedentes de leishmaniosis.

En el cruce de variables causas del trauma y laterorrinia con el sexo de los pacientes se reporta que la mayor incidencia de trauma y laterorrinia se da en el sexo masculino por agresiones en un 25.6%, accidentes 23% y por caídas 12.9%; en el sexo femenino la agresión se dio en un 17.9%, accidentes 12.8% y por caída 7.6%, todo esto debido a que este hospital es meramente de trauma, el sexo masculino sufre más trauma en general porque son los según reportes de la policía conducen en estado de ebriedad y por lo general más violentos.

El procedimiento quirúrgico de rinoplastia cerrada con injerto de cartílago cubierto con fascia temporal fue el único que se infectó. Existe literatura que reporta alto índice de infección en la utilización de fascia en rinoplastia. Según la relación satisfacción del paciente y complicaciones, no hay relación significativa entre la evolución clínica (satisfacción) y la complicación.

## **X. CONCLUSIONES**

1. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente de rinoplastia en el hospital Antonio Lenin Fonseca, representan la población del casco urbano, en su mayoría con edades comprendidas entre los 16 – 25 años, con una mediana de 20.5 años, del sexo masculino.
2. Los principales diagnósticos de ingreso de los pacientes fueron los traumas nasales con desviación septal y la laterorrinia, y la principal causa de estas fueron las agresiones y los accidentes de tránsito
3. La rinoplastia más realizada fue la primaria y los procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron los de abordaje cerrado: como la rinoseptumplastia cerrada, rinoplastia cerrada, septumplastia y la rinoseptumplastia cerrada con osteotomía.
4. Solamente el 3.6% de las rinoplastias se complicó y los resultados de la evolución clínica según grado de satisfacción fueron en su mayoría bueno y muy bueno.
5. El trauma nasal es más frecuentes en hombres; la técnica quirúrgica que se complicó fue la rinoplastia cerrada con injerto de cartílago cubierto con fascia temporal, y no existe correlación entre la complicación con satisfacción mala.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Mantener la profilaxis quirúrgica siempre, a pesar de la baja incidencia de infecciones de sitio quirúrgico en rinoplastias.
2. Mejorar el llenado del expediente clínico desde la evaluación prequirúrgico de los pacientes, con respecto al diagnóstico y/o trastornos anatómicos funcionales necesarios a corregir, para permitir la elección del abordaje y técnica quirúrgica acorde con cada caso, hasta el momento de la cirugía, describiendo adecuadamente los procedimientos realizados, además describir de forma exhaustiva los hallazgos en las evoluciones postquirúrgicas en consulta externa.
3. Apoyar la realización de estudios posteriores, de metodología experimental que permitan comparar las técnicas quirúrgicas realizadas en esta unidad de salud, con mira a la resolución de los trastornos tanto funcionales como los estéticos.
4. Mantener el acceso en los hospitales estatales para la realización de rinoplastias, dada la alta incidencia de traumatismos nasales y la necesidad de asegurar el adecuado adiestramiento de los residentes en el manejo de esta patología.

## **XII. BIBLIOGRAFIA**

1. BATRES SILVA, CYNTHIA., (2007) Resultados de Rinoplastias en Pacientes Atendidos en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de Enero 2003 a Diciembre del 2006.
2. COIFMAN – CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA (2009) Tomo II, Cirugía estética y reconstructiva de la cara y del cuello, Amolca. Tercera edición, Colombia, pp. 1533 – 1707.
3. DZIEWULSKI. P., DUJON. D., SPYRIOUNIS. P. et al (1995) A retrospective analysis of the results of 218 consecutive rhinoplasties British Journal Plastic Surgery, Northern General Hospital and Royal Hallamshire Hospital N°48, pp. 451-454 [citado 10 Octubre 2011]
4. GÁLVEZ CHÁVEZ.J.C., (2005) Rinoplastia abierta, experiencias en el hospital Clínico-quirúrgico «Hermanos Ameijeiras» Rev. Cubana Cir. N° 44, pp: 4.
5. GUERREOSANTOS J. (1990) Open rhinoplasty without skin-columella incision. Plast Reconst Surg; N° 85, pp 955.
6. McCARTHY J. (1996) Plastic Surgery. Volumen 3, Parte 2, W. B. Saunders Company, USA.
7. PÉREZ MENA, JOHANNA., (2001) Rinoplastias en pacientes atendidos en los Hospitales Antonio Lenin Fonseca y Bautista de Managua en el año 2000.
8. SHEEN J.H., (1997) Closed versus open rhinoplasty-and the debate goes on. Plast Reconstr Surg; 99: 859.
9. TRATADO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reconstructiva (SECPRE), pp. 1220

10. VÉLEZ, C. E., Consideraciones Generales de Rinoplastias.  
[www.susmedicos.com/art \*\*rinoplastia\*\* consideraciones \*\*Velez\*\*.htm](http://www.susmedicos.com/art_rinoplastia_consideraciones_Velez.htm)  
[citado 22-Julio-2011].

**ANEKOS**

## **ANEXOS Nº 1**

### **RESULTADOS**

#### **CUADRO #1**

Distribución según edad de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Menor de 15 años	4	9.3
16 – 25 años	29	67.4
26 – 35 años	7	16.2
36 – 45 años	1	2.3
Mayor de 46 años	2	4.6
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

#### **CUADRO #2**

Distribución según sexo de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Masculino	25	58.1
Femenino	18	41.8
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #3**

Distribución según procedencia de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Urbana	39	90.7
Rural	4	9.3
<b>TOTAL</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #4**

Diagnostico de ingreso de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Trauma nasal + desviación septal	28	65.1
Giba osteocartilaginosa	3	6.9
Hipoplasia del puente nasal (nariz en silla de montar)	1	2.3
Laterorrinia	11	25.5
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #5**

Causas de trauma nasal y laterorrinia de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>CAUSAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Accidente	14	35.8
Agresión	17	43.5
Caída	8	20.5
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #6**

Tipo de Rinoplastia realizada a los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>TIPO DE RINOPLASTIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Rinoplastia primaria	39	90.7
Rinoplastia secundaria	4	9.3
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #7**

Procedimiento realizado a los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Rinoplastia cerrada	7	16.2
Rinoplastia abierta	2	4.6
Rinoseptumplastia cerrada	17	39.5
Rinoseptumplastia abierta	2	4.6
Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago	1	2.3
Rinoplastia abierta + injerto de cartílago	2	4.6
Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago y fascia temporal	1	2.3
Rinoplastia abierta + injerto de cartílago y fascia temporal	1	2.3
Rinoseptumplastia cerrada + osteotomía	4	9.3
Septumplastia	6	14
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #8**

Complicaciones de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Infección	1	3.6
Sin complicaciones	42	97.4
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #9**

Grado de satisfacción de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Excelente	4	9.3
Muy buena	11	25.5
Buena	23	53.5
Regular	4	9.3
Mala	1	2.3
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

### **CUADRO #10**

Distribución según diagnóstico de ingreso y sexo de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>SEXO</b>				<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>		
Trauma nasal + desviación septal	18	41.9	10	23.2	<b>28</b>	65.1
Giba osteocartilaginosa	1	2.3	2	4.6	<b>3</b>	6.9
Hipoplasia del puente nasal (nariz en silla de montar)	0	0	1	2.3	<b>1</b>	2.3
Laterorrinia	6	13.9	5	11.6	<b>11</b>	25.5
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>58.1</b>	<b>18</b>	<b>41.8</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

**CUADRO #11**

Distribución según causa del trauma nasal y laterorrinia con sexo de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

CAUSAS	SEXO				TOTAL	%
	M	%	F	%		
Accidente	9	23	5	12.8	14	35.8
Agresión	10	25.6	7	17.9	17	43.5
Caída	5	12.9	3	7.6	8	20.5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>61.5</b>	<b>15</b>	<b>38.3</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

**CUADRO #12**

Distribución según procedimiento realizado y complicaciones de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

PROCEDIMIENTO	COMPLICACIONES				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
Rinoplastia cerrada	0	0	7	16.2	7	16.2
Rinoplastia abierta	0	0	2	4.6	2	4.6
Rinoseptumplastia cerrada	0	0	17	39.5	17	39.5
Rinoseptumplastia abierta	0	0	2	4.6	2	4.6
Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago	0	0	1	2.3	1	2.3
Rinoplastia abierta + injerto de cartílago	0	0	2	4.6	2	4.6
Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago y fascia temporal	1	2.3	0	0	1	2.3
Rinoplastia abierta + injerto de cartílago y fascia temporal	0	0	1	2.3	1	2.3
Rinoseptumplastia cerrada + osteotomía	0	0	4	9.3	4	9.3
Septumplastia	0	0	6	14	6	14
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2.3</b>	<b>42</b>	<b>97.7</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

**CUADRO #13**

Distribución según satisfacción y complicaciones de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

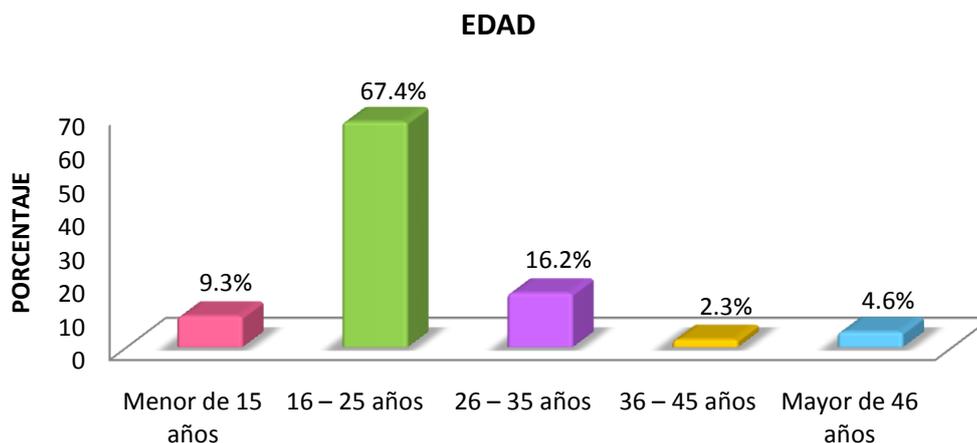
SATISFACCIÓN	COMPLICACIONES				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
Excelente	0	0	4	9.3	4	9.3
Muy buena	0	0	11	25.5	11	25.5
Buena	1	2.3	22	51.1	23	53.4
Regular	0	0	4	9.3	4	9.3
Mala	0	0	1	2.3	1	2.3
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2.3</b>	<b>42</b>	<b>97.7</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de la información.

## ANEXOS Nº 2

### GRÁFICO #1

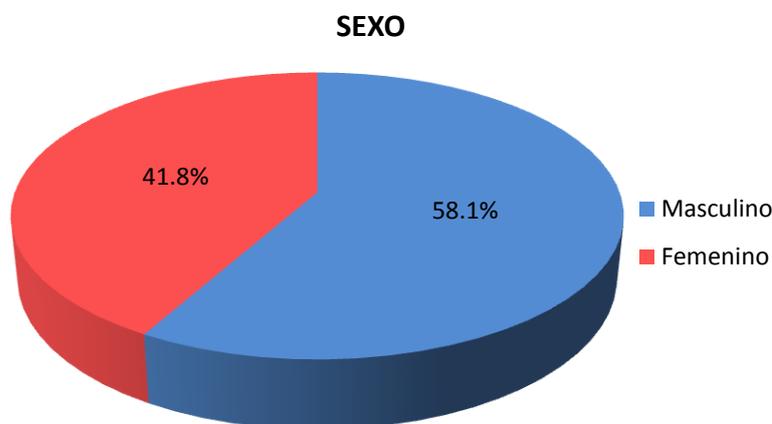
Distribución según edad de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #1

### GRÁFICO #2

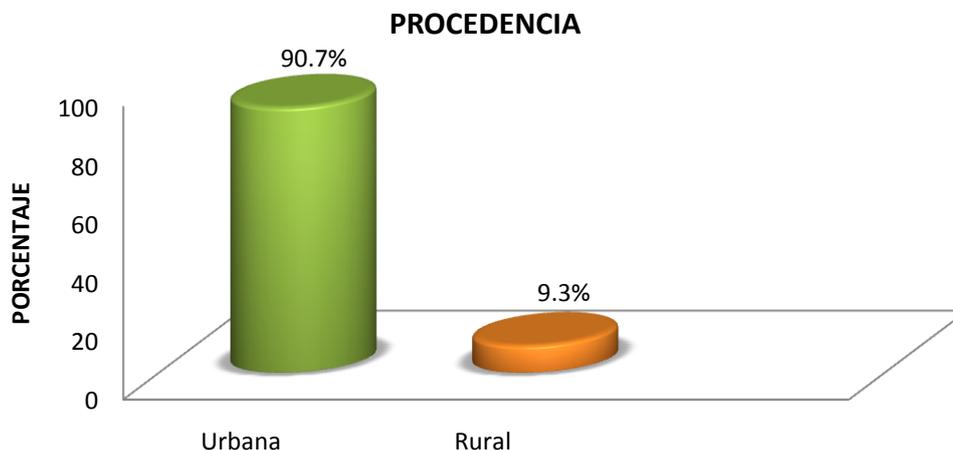
Distribución según sexo de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #2

### **GRÁFICO #3**

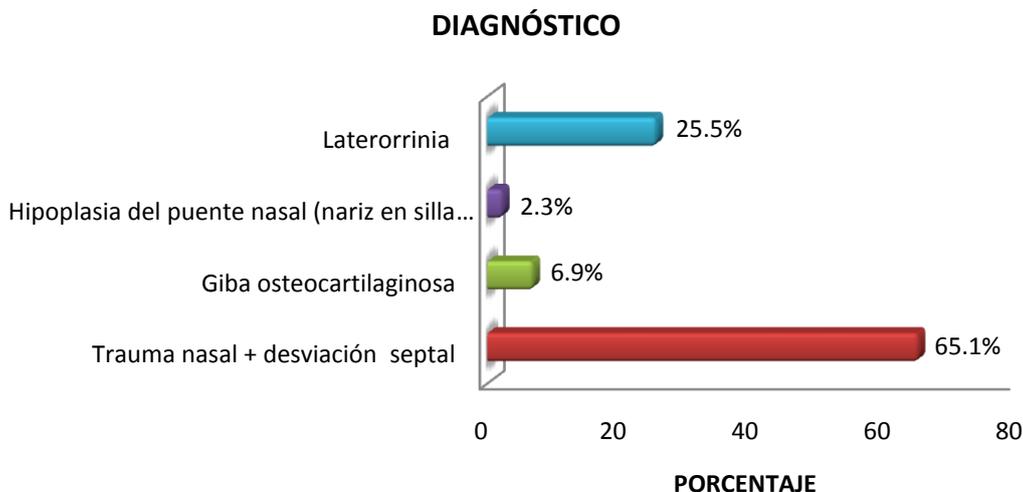
Distribución según procedencia de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #3

### **GRÁFICO #4**

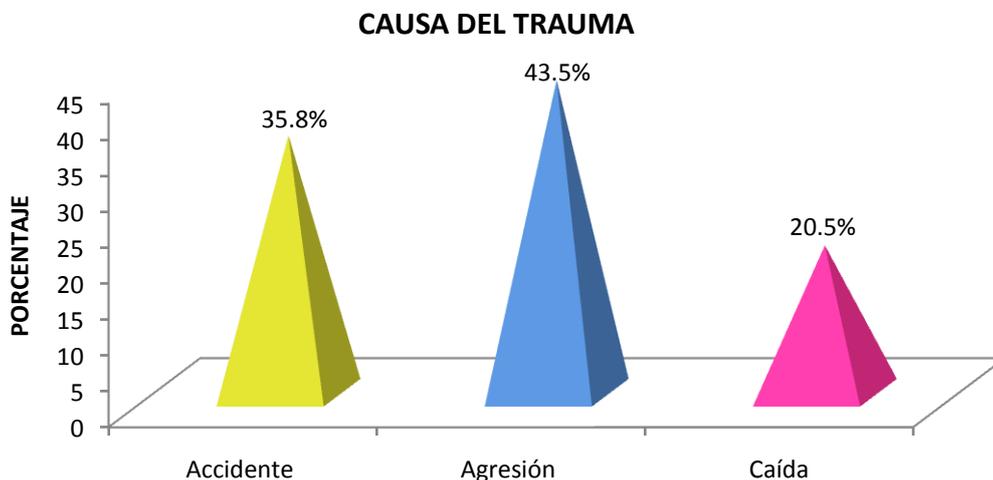
Diagnostico de ingreso de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #4

### **GRÁFICO #5**

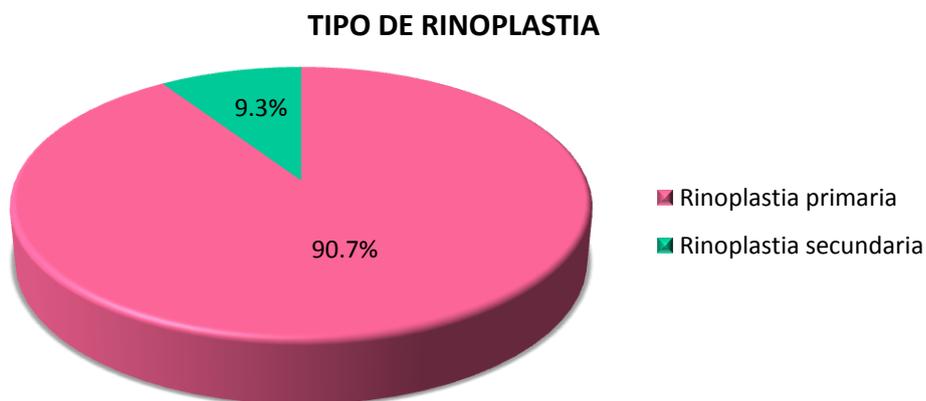
Causas de trauma nasal y laterorrinia de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #5.

### **GRÁFICO #6**

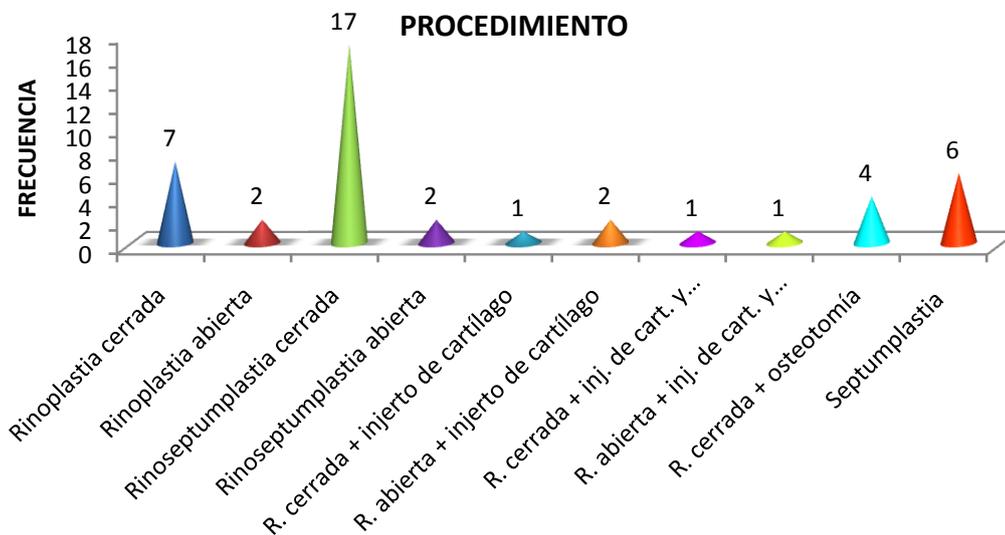
Tipo de Rinoplastia realizada a los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #6.

**GRÁFICO #7**

Procedimiento realizado a los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastias en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #7

**GRÁFICO #8**

Complicaciones de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

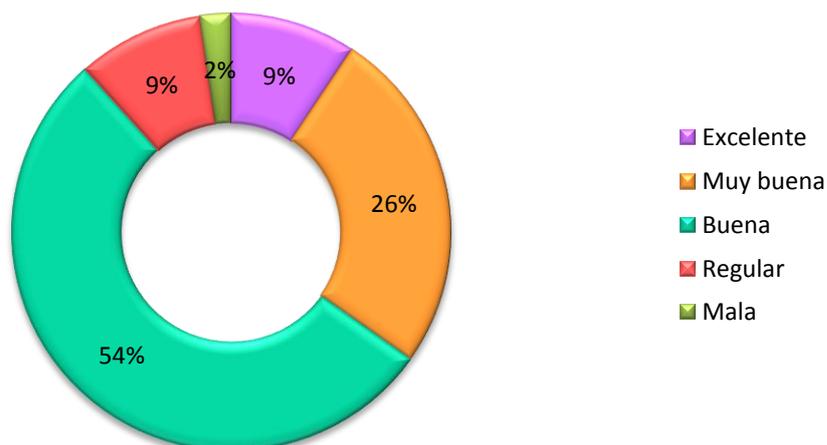


Fuente: Cuadro #8.

### **GRÁFICO #9**

Grado de satisfacción de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

#### **SATISFACCIÓN**

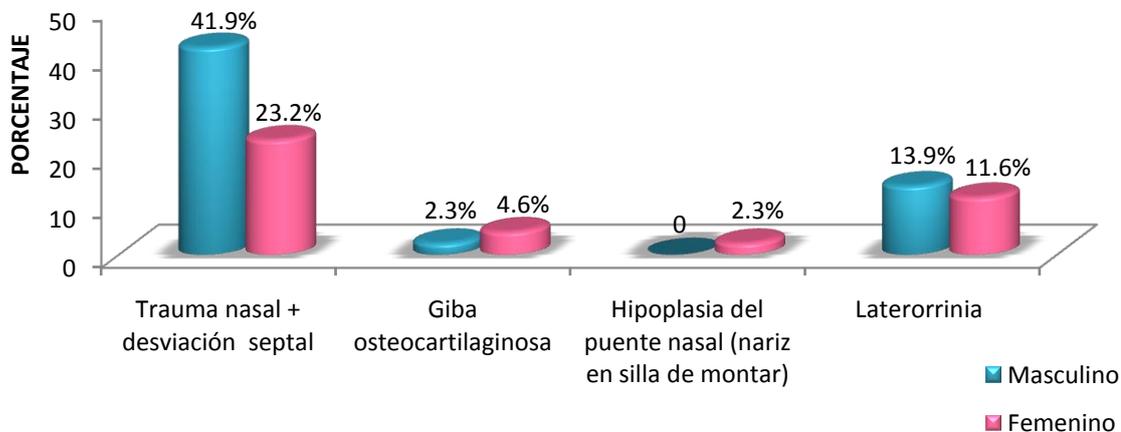


Fuente: Cuadro #9.

### **GRÁFICO #10**

Distribución según diagnóstico de ingreso y sexo de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.

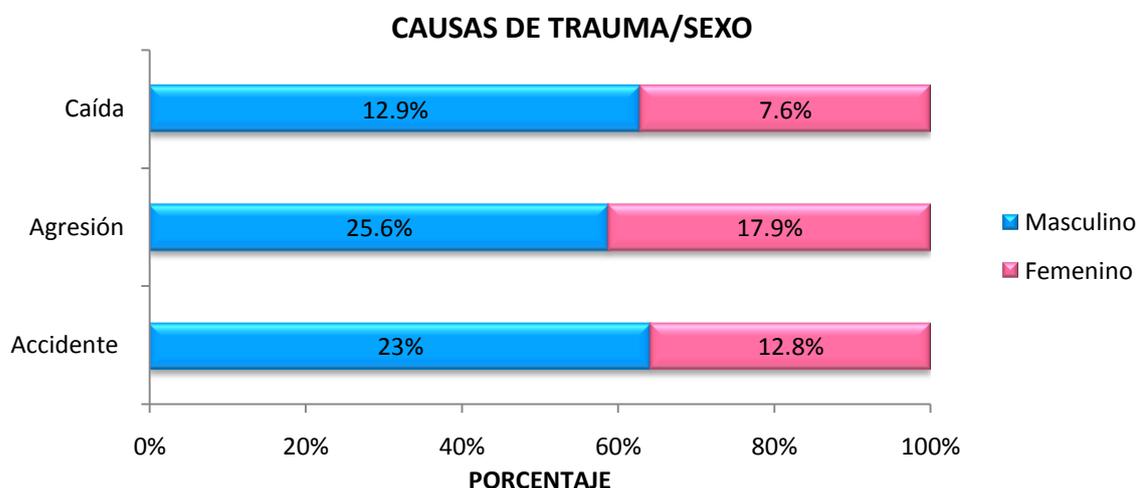
#### **DIAGNOSTICO/SEXO**



Fuente: Cuadro #10

### **GRÁFICO #11**

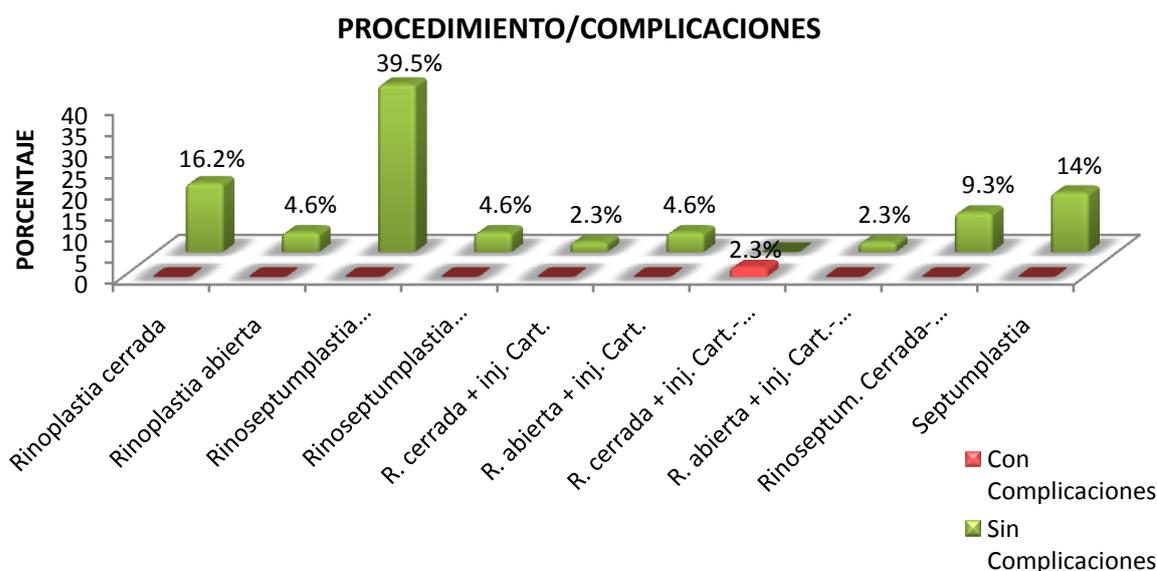
Distribución según causa del trauma nasal y laterorrinia con sexo de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #11

### **GRÁFICO #12**

Distribución según procedimiento realizado y complicaciones de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #12

**GRÁFICO #13**

Distribución según satisfacción y complicaciones de los pacientes Intervenidos Quirúrgicamente de Rinoplastia en el “Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca” en el periodo comprendido de Enero a Noviembre del 2011.



Fuente: Cuadro #13

## **ANEXOS N° 3**

### **INSTRUMENTO**

#### **FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

##### **I. Datos generales.**

Nombre:

Edad:

Sexo:

Procedencia:

##### **II. Datos de la enfermedad.**

Diagnóstico de ingreso:

1. Trauma nasal + desviación septal
2. Laterorrinia
3. Giba osteocartilaginosa
4. Hipoplasia del puente nasal

Causa del trauma nasal y laterorrinia:

1. Accidente
2. Agresión
3. Caída

Tipo de Rinoplastia

1. Primaria
2. Secundaria

## Procedimiento quirúrgico empleado

1. Rinoplastia cerrada
2. Rinoplastia abierta
3. Rinoseptumplastia cerrada
4. Rinoseptumplastia abierta
5. Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago
6. Rinoplastia abierta + injerto de cartílago
7. Rinoplastia cerrada + injerto de cartílago y fascia temporal
8. Rinoplastia abierta + injerto de cartílago y fascia temporal
9. Rinoseptumplastia cerrada + osteotomía
10. Septumplastia

## Complicaciones

1. Infección
2. Dehiscencia
3. Movilización de injerto
4. Ninguna

## Satisfacción del paciente.

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo