

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

CORRECCION ESTETICA DE LA CIFOSIS NASAL

**TESIS presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala, por**

CARLOS ENRIQUE QUEVEDO F.,

Ex-interno del Hospital General: 4º de Medicina de Mu-
jeres; 1º de Maternidad; 1º Cirugía de Hombres, Sección
B. Interno del Servicio de Emergencia en el Hospital
General. Interno del Hospital de la Guardia Civil. Inter-
no de las Guarderías Infantiles Nos. 2 y 3. Ex-interno del
Servicio de Gastroenterología de la Consulta Externa del
Hospital General. Ex-interno de la Clínica de Polio-
mielitis. Profesorero de la Juventud Médica.

en el acto de su investidura de

MEDICO y CIRUJANO.



GUATEMALA, JULIO DE 1952

PLAN DE TESIS

Primero:

Historia de la Rinoplastía.

Segundo:

Consideraciones Anatómicas, Topográficas y Arquitectónicas de la Pirámide Nasal.

Tercero:

Estudio Anatómico-Quirúrgico del Esqueleto Óseo de la Nariz.

Cuarto:

Caracteres Raciales y Herencia.

Quinto:

Etiopatogenia de las Deformidades.

Sexto:

Preoperatorio.

Séptimo:

Anestesia.

Octavo:

Técnica Quirúrgica de la Rinoplastía.

Noveno:

Postoperatorio.

Décimo:

Indicaciones y contraindicaciones de la Rinoplastía.

Undécimo:

Conclusiones.

HISTORIA DE RINOPLASTIA

Pasando revista histórica de la moderna rinoplastia nos ayudará para comprender la evolución que tuvo este arte desde su nacimiento en Egipto y en la India. Los papiros de Ebers que datan del año 1,500 a. J.C. ponen en evidencia, que la cirugía rinoplástica, de tipo avanzado la practicaban ya los egipcios en una época anterior a 3,500 a. J.C. Del mismo modo los Vedas o libros sagrados de la misma antigüedad, muestran que este arte era ya conocido de los antiguos indos, que lo consideraban como una curación poco honrosa y lo relegaban a las castas más inferiores, los Koomas (alfareros).

Siguiendo el curso de los injertos de los tejidos, la cirugía rinoplástica pasó de la India y Egipto, a las partes meridionales de Asia, Persia, Arabia, Grecia, Calabria, y de aquí a otras partes de Italia. Celso (53 a. J.C.) escribió con autoridad en su obra "De Medicina" sobre las operaciones restauradoras de defectos de la nariz, oídos y labios. Galeno (130 a 210 d. J.C.) dió instrucciones minuciosas para la reparación de los defectos de la nariz, oreja y boca.

Durante la Edad Media, no se hicieron progresos importantes en cirugía nasal. La única referencia auténtica durante este período se debe a Paublus Aegineta, en los siglos IV, V, VI y VII. Los métodos indiano e italiano de rinoplastia estaban prohibidos en tales épocas. Lan Franc de Milán (1295), oyendo hablar de un procedimiento por el que se había vuelto a colocar en su sitio una nariz completamente separada comentó: Eso es mentira, pues el espíritu que preside la vida, nutrición y el movimiento, desaparecen instantáneamente, así que se separan del cuerpo.

La rinoplastía no resucitó hasta el siglo XV. Peter Risano en sus "Anales del Mundo" y en el volumen VIII, describió que en el año 1442 un tal Branca de Catania introdujo en Europa el método indio de restauración de la nariz.

Branca cirujano de Sicilia ha encontrado un procedimiento de restaurar las narices perdidas. Saca carne del brazo del paciente o le injertan la nariz de un esclavo. Branca seguía la costumbre antigua de utilizar un colgajo de las proximidades del carrillo o de la frente, para reparar la nariz. Por el contrario su hijo Antonio se preocupó más de evitar las cicatrices en la cara, y por eso utilizó la piel del brazo; a él corresponde el mérito de haber introducido, lo que se llama método italiano de rinoplastía.

Sin embargo el mérito de usar colgajo del brazo, para restaurar la nariz, se atribuye generalmente a Gasparo Tagliacozzi (1546-1599) profesor de Anatomía de Bolonia, que fué el primero que escribió científica y filosóficamente sobre el método. En 1597 se publicó su trabajo "De Curtorum Chirurgia per Insitionem".

En su obra describió diversas operaciones, pero daba preferencia a su método especial de Rinoplastía, conocido con los nombres de procedimiento de Tagliacozzi o procedimiento italiano.

Es sorprende la estrecha analogía que presenta la técnica y las conclusiones de Tagliacozzi con las concepciones modernas.

Los principios de la operación dice Tagliacozzi en el Capítulo XII de la obra, derivan del cultivo de los árboles; así como los injertos y los tallos se implantan o se inoculan en los troncos, del mismo modo, en los animales una parte puede injertarse en otra. Así como en los injertos o inoculación que se hacen en los vegetales, hay necesidad de hendir el tronco, así que herir la parte animal en la que va a injertarse la parte extraña. En otros aspectos, sin em-

bargo hay algunas diferencias entre procesos animales y vegetales, la principal de ellas es que estando los animales compuestos de partes de distinta conformación, la parte injertada debe tener análoga comparación a la parte que va a suplirse. Después pasa a considerar qué materiales son los más aptos para suplir partes deficientes. Los Tegumentos, añaden ese material que debe usarse por que es el que más se parece al material de las orejas, labios y nariz.

Después divide la piel de las diferentes partes del cuerpo humano en cuatro clases y concluye que la piel del brazo es la que mejor se adapta.

Los capítulos XV y XVI contiene instrucciones sobre la cantidad de piel que debe tomarse y la forma en que las partes deben ponerse en contacto hasta que "prendan". Tagliacozzi observa que la piel se retrae en longitud y anchura, en un octavo, un sexto y hasta un cuarto de su tamaño normal una vez separada del brazo. Aconseja pues, que el cirujano actúe con gran discreción sobre este punto y recomienda que se peque más por exceso que por defecto al tallar el colgajo de piel. Las partes deben unirse mediante sutura entrecortada.

En el libro segundo Tagliacozzi describe la operación de rinoplastía después de señalar los instrumentos y demás aparatos necesarios, procede a dibujar o delinear sobre la piel del brazo el colgajo requerido, pues éste debe ser el primer tiempo de toda operación de esta clase.

A pesar del celo con que Tagliacozzi cultivó el arte de la rinoplastía esta operación murió con él.

Además de los resultados anatómicos malos, el peligro de la infección, hemorragia secundaria y la gangrena por falta de asepsia, y el dolor por falta de anestesia hacían imposible que tal operación gozara de mucho crédito. Sólo a partir de la mitad del siglo XIX se reconoció la necesidad de restaurar el revestimiento mucoso y el esqueleto, al mismo tiempo que la piel y como los resultados eran más sa-

tisfactorios, aumentó el interés por las rinoplastías. Durante la pasada guerra mundial se perfeccionaron los métodos indiano e italiano y aunque no se desarrollaron nuevos principios básicos, se simplificó y se standarizó la operación, hasta tal punto que hoy puede darse a los pacientes que necesitan una rinoplastía, una cierta seguridad de que podremos restaurarles una nariz que armonice con la cara, su situación, tamaño y color con un mínimo de cicatriz y sin ningún obstáculo a la respiración nasal.

Llegamos a la época del genial creador contemporáneo, profesor Joseph de Berlín, con su método por vía endonasal, quien dió nueva orientación a estas operaciones y su maravilloso instrumental, como así también a su técnica que han sido universalmente adoptados.

Gracias a él todos los defectos nasales pueden ser arreglados, y sin dejar cicatriz visible, siendo esta posibilidad lo que ha desarrollado tanto esta cirugía convirtiéndola en la rama más práctica y de mayor éxito de la cirugía estética.

Gracias a la cirugía estética, una serie de trastornos psíquicos depresivos de toda índole que produce a una persona, el saberse poseedora de un defecto nasal por pequeño que sea, pudiéndola convertir en una inadaptable a la vida de relación y precipitándola en ocasiones hasta el suicidio.

Rinoplastía en Guatemala

Las rinoplastías y correcciones estéticas, fueron practicadas por primera vez por el Dr. Guillermo Morán, tanto en la Primera Cirugía de Hombres del Hospital General, como en clientela privada.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ANATOMICAS, TOPOGRAFICAS Y ARQUITECTONICAS DE LA PIRAMIDE NASAL

En la arquitectura de la nariz llama la atención la variabilidad de los elementos histológicos que toman parte en su conformación: huesos y cartílagos como tejidos de sostén; formaciones membranosas de conexión; músculos, piel y mucosa de revestimiento, etc. Estos elementos, agrupados en forma especial dan lugar a las modalidades anatómicas y fisiológicas de este órgano.

Anatómicamente, estos diversos elementos, para conservar su conformación piramidal de acuerdo con su tipo racial, deben guardar entre sí particulares relaciones que mantengan los ángulos, líneas, planos, curvas y dimensiones que aseguren a su cara externa proporciones armónicas, y por la cara interna, lúmenes, espacios y relaciones intranasales indispensables para el desempeño normal de sus funciones.

Haciendo un estudio de su resistencia, vemos que la mitad superior es ósea y por lo tanto fija y sólida. Esta porción forma la parte más importante del esqueleto de sostén. Su parte media es de constitución cartilaginosa, movable, depresible, comprende la zona ocupada por los cartílagos laterales. La tercera región es cartilaginosa, membranosa y muscular, con movimientos voluntarios, elástica y flexible, especialmente en sentido lateral. Además existe una capa fibrosa que conecta los diferentes cartílagos entre sí y con los huesos vecinos.

De esta observación, se desprende, que podemos distinguir tres zonas diferentes en la arquitectura nasal, basándonos en su constitución anatómica, en su resistencia y

En ninguna parte los cartílagos de la nariz se ponen en contacto directo con el hueso.

El cartílago alar es el más importante del esqueleto nasal. Forma con el homónimo, del lado opuesto, las regiones lobular, alar, columelar y la zona del vestíbulo.

Tiene una prolongación interna y otra externa que le da forma de herradura. Por su porción interna forma parte del subtabique, el lóbulo por su parte media y la porción alar por su prolongación externa. La rama externa tiene forma de ala, es más ancha en su parte media, donde alcanza de 10 a 15 milímetros. La rama interna más angosta y regular de 3 a 5 milímetros de ancho, se dobla en ángulo agudo para dirigirse al tabique.

Este cartílago está totalmente vestido de piel, por sus dos caras, en la rama externa y por la cara vestibular de la rama interna.

Cuando se levanta la capa cutánea por vía vestibular y se separa el subtabique del tabique, este cartílago en su totalidad forma parte integrante del revestimiento cutáneo. Las deformidades de este elemento hacen variar la morfología de la nariz en la zona más importante.

La forma de unión entre el cartílago alar y el lateral y las distancias y dirección que separan estos elementos tienen importancia considerable. Cuando se acorta el diámetro longitudinal de la nariz extirpando un trozo del tabique, se produce un espolón formado por el borde inferior de los cartílagos laterales en la parte alta y superior de los vestíbulos.

d) *Periostio y pericondrio del esqueleto óseo-cartilaginoso-fibroso de la nariz.*—Del estudio histológico publicado por Henckel y Dal Borgo en 1943, se llega a la conclusión que, los únicos elementos que unen entre sí los cartílagos alares, accesorios y laterales con los huesos vecinos, son el periostio y el pericondrio, los que recíprocamente se

continúan después a envolver por separado cada uno de estos elementos.

El periostio y el pericondrio, al pasar de una zona ósea a una cartilaginosa, o viceversa, se adosan íntimamente, formando con el tejido conjuntivo accesorio, verdaderos ligamentos de conexión de la cadena óseo-cartilaginosa-fibrosa del esqueleto nasal.

Para desprender el cartílago lateral de pericondrio el cual está muy adherido, es necesario hacer una incisión en su borde inferior que lo ponga al descubierto y con una espátula o tijera apropiada se puede desprender el cartílago de este tejido solamente hasta su borde superior.

La capa periostal de los huesos propios y apófisis ascendentes se encuentra normalmente adherida a la su-

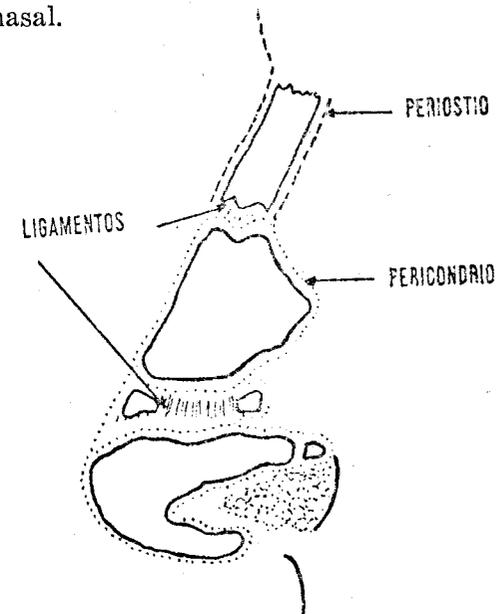


Figura Nº 2

Esquema de conexión de periostio y pericondrio.

superficie ósea por una multitud de fibras que penetran en la estructura ósea, las que, con frecuencia, están reforzadas por fuertes bridas producidas en la capa osteogénica debido a los numerosos traumatismos que recibe esta región, haciendo irrealizable su desprendimiento.

El tejido osteogénico del periostio, cuando es estimulado por traumatismo o maniobras quirúrgicas, produce osteoblastos, y con ella la formación de hueso nuevo o callo

óseo, el que altera la regularidad de la superficie. Por esta razón, el trabajo que se efectúa en el hueso debe ser lineal y preciso.

e) *Dorso o Borde Superior*.—El dorso constituye la línea más importante. Si su dirección es recta, convexa o cóncava, da origen al tipo de nariz recta, cifótica o lordótica, respectivamente.

La línea dorsal por su extremo superior se continúa con la frente, determinando una fuerte depresión o surco en su punto de unión. Este surco faltaba en las estatuas griegas, por lo cual a este perfil se le denomina helénico.

Por su extremo inferior se continúa con la convexidad del lóbulo y baja siguiendo el subtabique, constituyendo la línea basal. Ambas tienen señalada importancia en rino-cirugía plástica.

El dorso está formado en la parte superior por la unión de los huesos propios; en la media por el cartílago septodorsalis y en su parte inferior por los cartílagos alares.

Observando la armonía del conjunto facial en sus tres zonas frontal, nasal y maxilar, se aprecian como poco proporcionadas aquellas caras, en las cuales es mayor la longitud del eje nasal, comparado con el de la frente que llega hasta el nacimiento de los cabellos y con la zona maxilar, que va desde el subtabique hasta el mentón.

f) *Líneas y Angulos*.—La línea basal con la línea dorsal forman un ángulo abierto hacia atrás —ángulo dorso-basal—; la línea basal con el labio superior forman otro ángulo abierto hacia adelante —ángulo baso-labial—. Este último se aproxima al ángulo recto. Ambos tienen una arista común que los influencia recíprocamente.

Trazando dos líneas que empiecen a nivel del borde inferior de los huesos propios y bajen horizontalmente por la cara externa de la apófisis ascendentes hasta llegar a

los surcos naso-genianos, se forma un ángulo abierto hacia la cavidad nasal, dividido por el tabique, lo que se aprecia muy bien en el esquema adjunto, al cual llamamos ángulo dorso-geniano.

De la mayor o menor longitud de la línea que separa estos surcos, depende que la nariz sea catalogada como ancha o como angosta.

g) *Caras y Surcos*.—La nariz tiene tres caras y una base. La interna se confunde con las fosas nasales. Las caras laterales externas se continúan con la piel de las regiones vecinas formando con ellas surcos bien marcados, tales como el naso-palpebral, naso-geniano y naso-labial. Estos surcos representan exactamente los límites de la nariz.

El surco menos acentuado es el naso-geniano, que separa la nariz de las mejillas. El naso-labial, más profundo, separa el ala de la parte inferior de las mejillas y del labio superior.

La dirección de estos surcos debe servir de guía cuando se trata de inmovilizar la pirámide: el molde de yeso o el aparato contensor no deben pasar de estos límites, porque entonces cae bajo la acción de los grupos musculares vecinos que lo movilizan.

h) *Vestíbulo Nasal*.—Es la región que ponen en comunicación el exterior, con las fosas nasales. La piel de la cara externa da la vuelta en el borde alar y cubre de capa cutánea toda la superficie del vestíbulo. Esta importante franja de piel, tiene su mayor anchura en la parte media del ala y piso del vestíbulo —de uno y medio a dos centímetros—, para disminuir en el subtabique. Esta capa se puede utilizar en colgajos para restaurar pérdidas de tejidos de su propia región. El límite externo del vestíbulo está representado por el surco alar.

El límite interno por el borde inferior de las ramas laterales del cartílago septo-dorsalis sitio donde la piel

empieza a perder sus caracteres histológicos para transformarse en mucosa. El epitelio corneo desaparece y las células profundas de la capa de Malpighi se alargan, se hacen más superficiales, constituyendo luego el epitelio cilíndrico con cilios vibrátiles que caracteriza a la pituitaria.

En el límite superior de este vestíbulo se observa un repliegue semi-anular que disminuye apreciablemente en ese sitio el lumen vestibular, espacio que por su forma elíptica ha sido comparada con la hendidura glótica.

Cuando hay dificultad respiratoria por una causa intranasal, la respiración se hace forzada permanentemente, lo que con el tiempo, trae consigo una deformidad, por aspiración de los tejidos a nivel del borde superior o cerca de él, levantándose una pequeña prominencia que acentúa la deficiencia respiratoria. Esto, se traduce, por fuera por una depresión supra-alar. Otras veces la corriente inspiratoria llega a cerrar las ventanas nasales. Esto sucede cuando los cartílagos y los músculos alares están poco desarrollados.

ESTUDIO ANATOMO-QUIRURGICO DEL ESQUELETO OSEO DE LA NARIZ

a) *Esqueleto Oseo*.—Está formado por los huesos propios, los que se articulan sólidamente entre sí —sinostosis— y por las apófisis ascendentes y espina nasal anterior, elementos que forman su cuerpo; por las apófisis palatinas del maxilar superior y del hueso palatino, que forman el piso y por el etmoides y el vómer que lo dividen en dos mitades.

En síntesis, podemos decir que los huesos propios forman el esqueleto óseo anterior de la nariz y que las apófisis ascendentes constituyen las columnas óseas de sostén

con base en el cuerpo del maxilar, al que podemos considerar como formando los cimientos de la pirámide nasal.

El límite lateral de la pirámide ósea, se puede representar por una línea que partiendo de la escotadura piri-forme, del punto más ancho de su parte media, suba por la cara externa de la apófisis ascendente, pasando alrededor de cuatro a cinco milímetros por delante del borde externo de la fosa lacrimal en dirección al punto de reunión pluri-articular formado por el hueso propio con la terminación de la apófisis ascendente y el frontal.

b) *Proyección Endonasal de la pared externa*.—Como corresponde a su constitución, vamos a estudiar la proyección de esta pared en sus dos mitades, la fibrocartilaginosa y la ósea.

La región fibrocartilaginosa, mirada por su cara interna está representada por la superficie cutánea del vestíbulo, por la zona de transición de piel a tejido mucoso, y por la mucosa que recubre la pared interna de las ramas laterales del cartílago septo-dorsalis.

Proyectada esta pared fibrocartilaginosa hacia la fosa nasal, se pondría en relación únicamente con el cartílago cuadrangular del tabique nasal.

La mitad ósea, observada por su cara interna está representada por la mucosa que cubre la cara endonasal de las apófisis ascendentes y huesos propios de la nariz.

Esta región es de forma triangular y lisa; limitada por su vértice con la ranura articular que une estos huesos con el frontal, y por su base con el borde inferior de los huesos propios y borde libre de las apófisis ascendentes, por delante con la ranura media interna de unión de los huesos propios y por atrás y los lados por la línea que deslinda este esqueleto del maxilar, la que acabamos de describir.

Proyectada esta pared ósea hacia la fosa nasal, se pondría en relación en sus tres cuartas partes superiores

con la porción ósea del tabique nasal y en su cuarto inferior con la parte superior del cartílago cuadrangular.

Los surcos naso-palpebral y naso-geniano están formados por el pliegue que hacen los tejidos blandos al deslindar el esqueleto nasal con las regiones vecinas; ellos representan el límite lateral del esqueleto.

Proyectada la línea de estos surcos a la cara intranasal pasaría por arriba aproximadamente un centímetro por delante de la cabeza del cornete medio, y por abajo, en su extremo inferior, por delante de la inserción de la cabeza del cornete inferior. Los cornetes, ocultos dentro de la fosa nasal, están fuera del territorio de la pirámide nasal. Sólo pueden ser alcanzados en los grandes traumatismos de dirección antero-posterior, en los cuales hay hundimiento intracavitario del esqueleto.

Esta región ósea triangular que acabamos de describir se presta a cualquier excursión quirúrgica por estar su territorio, tanto por su pared externa como interna, libre de elementos anatómicos de importancia.

c) *Punto y Líneas de ataque del Esqueleto Óseo.*—Para movilizar el esqueleto óseo de la pirámide nasal hay que separarlo de sus conexiones óseas externas, con los maxilares y el frontal y de la interna o septal.

La separación de las conexiones externas puede ser parcial, o sea, con los maxilares —osteotomía de la apófisis ascendente— o total, con los maxilares y el frontal —osteotomía de las apófisis ascendentes— y de los huesos propios.

El punto donde debe iniciarse la diéresis ósea y el camino a seguir para su desconexión parcial o total deben conocerse con exactitud.

El punto de ataque se encuentra en la parte más abierta del tercio medio de la escotadura piriforme. La osteotomía que separa el esqueleto de los maxilares debe seguir la línea que representa el límite lateral de este esque-

leto cuya dirección, como lo hemos dicho, principia en la parte más abierta del tercio medio de la escotadura piriforme, asciende por la cara externa de las apófisis ascendentes, pasa de cuatro a cinco milímetros por delante del borde externo de la fosa lacrimal, para terminar en el punto pluriarticular formado por el hueso propio, apófisis ascendente y el frontal. Osteotomía de la apófisis ascendente.

Cuando la separación se desea hacer total, la línea de la ostomía debe subir a través del extremo superior de los huesos propios para terminar en la vecindad del punto donde el borde anterior de estos huesos se articula con el frontal. Osteotomía de la apófisis ascendente y huesos propios.

Quirúrgicamente el extremo inferior de esta línea adquiere señalada importancia, porque es el punto preciso donde se debe iniciar la osteotomía de la apófisis ascendente.

El tabique, conexión interna, cuando está desviado en su porción cartilaginosa, tiene influencia sobre la morfología del esqueleto nasal —ver etiología de crecimiento— actitud que debe ser anulada previamente ha-

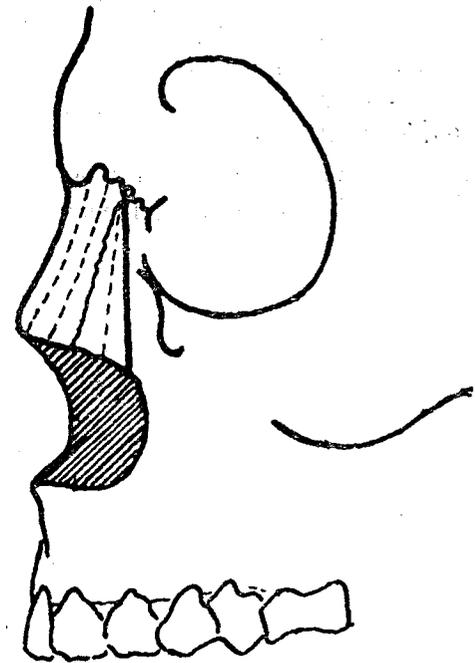


Figura Nº 3

Osteotomía de la apófisis ascendente.

ciendo una resección submucosa parcial del tabique, al mismo tiempo que mejore la fisiología de las fosas nasales, no debilita el eje septal como elemento de sostén.

En la práctica es muy importante tener presente que el límite lateral del esqueleto óseo está representado con mucha aproximación por el surco-geniano, y el sitio de ataque por el punto de unión de este surco alar.

Todo cirujano que vaya a intervenir en el esqueleto óseo deberá conocer exactamente la topografía anatómicoquirúrgica de esta región, el sitio donde debe iniciarse la osteotomía y el camino ascendente que debe seguir y las referencias externas e internas, conocimientos básicos en todas las intervenciones sobre este apéndice.

Cuando no se tiene una noción precisa se expone a efectuar osteotomías por delante de su límite lateral, dejando verdaderos peldaños en el plano que continúa la pared nasal con la región vecina, lo que hace fracasar el objetivo deseado.

Por todo lo expuesto, le asignamos a este estudio anatómicoquirúrgico, básica importancia en rino-cirugía plástica.

CAPITULO II

1.—*Caracteres Raciales y Herencia.*

Considerando las tres grandes ramas (blanca, amarilla y negra) se advierten interesantes variaciones en la forma de la nariz. Desde luego la base es horizontal en la raza blanca y más o menos oblicua en las razas amarilla o negra. También hay diferencia en la dirección y forma de los orificios nasales. En efecto, son verticales en la raza blanca, oblicuos en la amarilla y transversales en la negra.

De la comparación del diámetro de anchura, medido desde un ala nasal a la otra, y del de altura, desde la espina nasal anterior a la parte alta del lóbulo nasal, saca Testut una relación aritmética que denomina "Índice céfalo-métrico".

Las dimensiones de los diámetros transversales y verticales (ancho y alto respectivamente) son más aproximados en la raza blanca. Cuando es mayor la altura se denominan leptorrinos, si es mayor el ancho mesorrinos (orientales) y en el caso de ser mucho más ancho, platirrininos (raza negra) donde el diámetro de altura es mínimo.

Estas modalidades anatómicas especialmente localizadas en la base de la nariz, constituyen, sin duda, una de las más ostensibles diferencias de las razas humanas.

La Herencia.—Ha sido muy notoria la herencia de las características nasales, especialmente sus deformidades, lo que ha hecho típica la fisonomía de algunas familias.

La herencia humana, si bien se ciñe a las leyes de Mendel, su estudio se hace difícil a diferencia de lo que sucede en los trabajos experimentales con plantas o ratas. Esto se explica por dos razones: en primer lugar por las dificultades para apreciar los caracteres dominantes y

recesivos en toda su pureza, lo que impide deducir las características que presentarán las generaciones venideras, y en segundo lugar, por el escaso número de hijos de las actuales familias, lo que hace poco aplicable las leyes fundamentales de la herencia, que se basan en datos numerosos de carácter estadístico, y en las leyes de las posibilidades.

Sin embargo, podemos decir que las características externas de la pirámide nasal, tanto individuales como familiares y raciales se heredan, en general, con inusitada frecuencia.

A la pregunta si se hereda o no la nariz deformada que ha sido corregida, se puede contestar que aparecerá la manifestación en los descendientes si el defecto era debido a una alteración producida durante el crecimiento, de carácter genotípica unida a la germinoplasma, y que no se heredará si era de carácter patológico o traumático, fenotípica unida al somatoplasma.

Algunas deformidades que se observan en el lóbulo y en la base son producidas en sujetos que, por tener el labio superior corto están tratando continuamente de ocultar sus encías visibles, contracciones del labio superior.

Estas alteraciones constitucionales son susceptibles de transmitirse por herencia.

Las deformidades catalogadas como de tipo funcional no dejan margen para pensar en predisposiciones hereditarias.

A juzgar por la observación, parece que los progenitores masculinos tuvieron más influencia hereditaria que los femeninos en lo que se refiere a la conformación nasal.

Es indudable que deben existir causas mórbidas ocultas o microtraumáticas, que obrando en los centros de osificación del esqueleto fetal, especialmente del maxilar superior y de las distintas piezas que forman la pirámide nasal y que sin ser aparentes influyen a través del creci-

miento y van a producir una asimetría en los planos, dorso y líneas de la nariz, hecho que vendría a explicar la aparición de una deformidad nasal inexistente en los progenitores.

Lo mismo podríamos decir de los traumatismos producidos en la primera infancia, que pasan a veces inadvertidos los que posteriormente se manifiestan por apreciables deformidades del crecimiento. Estos como aquellas suelen ser consideradas como germinoplasmáticas, siendo en realidad producidas por alteraciones fenotípicas efectuadas durante el embarazo y en la primera infancia. Estas deformidades, según las leyes de Mendel, no están sujetas a transmisión hereditaria.

2.—Fisiología de la Pirámide y Fosas Nasales.

En el hombre la porción alar, por sus condiciones anatómicas y fisiológicas, ha recibido el nombre de zona activa, expresiva y funcional, y el vestíbulo nasal por su extremo superior interno ha sido catalogado como un diafragma respiratorio.

Los movimientos de dilatación alar son sincrónicos con sus funciones respiratorias, sirven para reflejar significativos estados anímicos.

Las alas nasales desempeñan un papel expresivo en algunos temperamentos, por medio de sus sutiles movimientos, calmadamente rítmicos durante la respiración, agitados en los estados febriles y dolorosos, arrítmicos y vibrantes cuando exteriorizan violentas emociones.

Los movimientos de dilatación alar son sincrónicos con los de abducción de las cuerdas vocales y de dilatación de la caja torácica. Estas funciones regulan la cantidad de aire que necesita un individuo en estado normal y en los momentos de gran actividad física o de fuertes impresiones psíquicas, ya sea dilatando el vestíbulo nasal, la hendi-

dura glótica, la capacidad torácica, o bien acelerando el número de inspiraciones, mejorando de este modo la hematosis.

En los estados patológicos, especialmente del campo pulmonar, las necesidades de mayor renovación del aire se expresan por una disnea intensa, hecho bien conocido en clínica, la que se acompaña de un rítmico y agitado movimiento de las paredes alares.

El vestíbulo nasal tiene además del servicio del aire necesario, el trabajo de purificarlo de sus grandes impurezas por medio de su filtro piloso y glándulas sebáceas. Las fosas nasales purifican, aun más, humedecen y calientan el aire durante el paso por su territorio, lo que se continúa en las vías respiratorias superiores, de modo que al llegar al esfínter laríngeo, se encuentra libre de toda impureza. De esta manera la nariz contribuye a la protección de las vías respiratorias inferiores.

Por otro lado la corriente respiratoria ventila los espacios intranasales y sus múltiples cavidades accesorias, condición indispensable para mantener la normalidad en estas regiones vecinas, cuya etiopatogenia tiene, como causa frecuente, una anormalidad de las fosas nasales.

La función olfativa, propia de la parte superior de las fosas nasales, tiene gran importancia tanto bajo el punto de vista rino-patológico, como gustativo, secretor y neurológico.

Cabe recordar que en la práctica quirúrgica es imposible respetar la integridad de la capa muscular, ya que todos sus músculos se insertan en el esqueleto y en la piel, la cual es desprendida total o parcialmente en casi todas las intervenciones de cirugía plástica que en ella se practican. Estas circunstancias dejan paralizadas, a veces largo tiempo, la función expresiva, y la patológica, como asimismo los movimientos sincrónicos de la inspiración.

4.—Factores Inespecíficos de Defensa de la Mucosa Nasal.

Es un hecho conocido desde hace muchos años la resistencia especial que posee la mucosa que tapiza las fosas nasales y sus cavidades accesorias contra las infecciones. En efecto, llama la atención de los especialistas la rareza de las complicaciones locales de tipo infeccioso, tanto en los traumatismos como en las intervenciones quirúrgicas intranasales verificadas aún en condiciones precarias de asepsia.

Desde los comienzos de la Bacteriología, su explicación despertó vivamente el interés de los bacteriólogos, quienes aisladamente o en colaboración con los rinólogos han realizado estudios que han aportado interesantes conocimientos sobre esta materia.

Uno de los primeros hechos constatados fué¹ la diferencia notable, tanto en cantidad como en calidad, de la flora microbiana encontrada en las diferentes zonas de la mucosa nasal en individuos normales. En el vestíbulo la flora es abundante y en todo semejante a la del medio ambiente, disminuye en cantidad en la zona respiratoria, y más en la región posterior para terminar casi por desaparecer en la región olfatoria. La inmensa mayoría de los microorganismos y partículas extrañas contenidas en el aire son retenidos en su pasaje por las fosas nasales, rino-farinx, llegando el aire inspirado a las vías respiratorias inferiores, prácticamente estéril y libre de impurezas.

Würtz y Larmoyez fueron los primeros autores que describieron la acción bacteriostática y bactericida del mucus nasal frente a gérmenes saprófitos o patógenos. Los trabajos de estos autores fueron confirmados posteriormente por Tórne en 1906 y por Schousboe-Zenfal, en 1914. Schousboe dió un paso más adelante al demostrar que la acción microbicida del mucus nasal no se debe a la pre-

¹ Lennox Brone. Throat and Nose. 1899.

sencia de bacterias saprófitas de las fosas nasales, como se sostuvo en un principio, pues destruyendo por calentamiento la totalidad de los gérmenes del mucus nasal, este mantiene intactas sus propiedades microbicidas.

En primer término, las vibrisas obstaculizan la penetración de partículas extrañas suspendidas en el aire que constituyen fuentes de contaminación. Los cilios vibrátiles de la mucosa arrastran el polvo y los gérmenes hacia las coanas. Finalmente, la presencia en el mucus nasal de un enzimo lítico llamado "Lisozima" completa este mecanismo defensivo, y cuyo descubrimiento representa un progreso notable.

Estos hechos justifican plenamente el concepto de los otorrinólogos en cuanto a la imprescindible necesidad de una respiración nasal perfecta, eliminando todas las causas obstructivas que obligan a una respiración bucal.

En 1922 Alexander Fleming comprueba que un gran número de tejidos y secreciones animales, así como también algunos tejidos vegetales, poseen la propiedad de lisar algunas especies microbianas saprófitas aisladas del aire. Un año después Fleming en colaboración con Allison V. C. publicaron un estudio más completo sobre el principio lítico contenido en dichos tejidos y secreciones que identificaron como una diastasa y denominaron "Lisozima". Demostraron, además, que la lisozima se encuentra en casi todos los tejidos y humores del organismo humano, con excepción del líquido céfalorraquídeo, sudor, orina, deposiciones, humor acuoso y cristalino.

Después vienen los trabajos de Arnold, Meredith y Singer, de Ignatius, de Howitt, de Sylvester Daly, de Burnet de Francis, de Cahn y Bronner, etc., quienes estudiaron por medio de minuciosas comprobaciones de laboratorio, el enzimo de la secreción nasal, sus cualidades físicas y químicas y su acción lítica sobre diferentes grupos microbianos y sarcinas de experimentación. Entre estos deben

descartarse los de Sylvester Daly, que en 1938 describe una técnica original para obtener y purificar la lisozima contenido en el mucus nasal, exponiendo además una técnica de titulación de su potencia. Cahn y Bronner en 1942, estudiaron el contenido lisozímico del mucus nasal en individuos normales, diariamente durante un mes, encontrando que sufre variaciones considerables. Igualmente encontraron que dentro de los 2 a 4 primeros días del resfriado común, dicho contenido disminuye hasta desaparecer; en cambio en las rinitis alérgicas encontraron un mayor contenido lisozímico que en los individuos sanos.

En 1927 fué aislado por primera vez por Wolff el lisozima de la clara del huevo, fuente muy rica en este principio, en forma de un polvo blanco. Mas tarde Meyer, Palmer y Thompson en 1936, Roberts en 1937, Abraham en 1939, mediante técnicas propias, lograron obtener el lisozima en forma amorfa o cristalina.

El lisozima, constituido por moléculas C-H-N-S y cenizas, es un polvo blanco, soluble en agua acidificada e insoluble en disolventes orgánicos y medios alcalinos, muy estable al calor. Conserva su actividad por semanas o meses, manteniéndolo en la estufa o mejor, aun, en el refrigerador.

Respecto al mecanismo de acción de este enzimo, Hallauer sugiere que su acción se ejerce sobre la fracción mucóidea de las membranas bacterinas, desintegrándolas, lo que dejaría en libertad un grupo de sustancias reductoras provenientes del protoplasma microbiano, produciéndose así la bacteriolisis. Epstein y Chain en 1940, demuestran que el lisozima es un enzimo del grupo de las carbohidrasas, que hidrolizan a un polisacárido del cuerpo microbiano que desempeña un papel de importancia en el mantenimiento de la vitalidad y de la morfología celular. La mayor o menor sensibilidad de las distintas especies microbianas, se explicaría por la mayor o menor importancia que

este polisacárido tenga en la mantención de la estructura morfológica en cada especie, ya que pueden coexistir otros elementos mantenedores de dicha estructura.

Entre los gérmenes sensibles a la lisozima se pueden contar el estafilococo, el estreptococo, el colibacilo y algunos virus como el de la influenza, del herpes, de la poliomielitis, etc., etc.

En resumen, la mucosa normal, por intermedio de su secreción, dispone de un recurso biológico de primer orden para defenderse y defender el organismo de los microbios que contiene el aire de las ciudades y los recintos cerrados.

CAPITULO III

1.—*Etiopatogenia de las deformidades.*

De acuerdo con su modalidad etiológica y evolución patológica, vamos a dividir las deformidades de la Pirámide Nasal en tres grandes grupos bien diferentes, tanto en su aspecto y forma, como en su génesis y tratamiento. Ellos son:

- 1.—Las deformaciones de la pirámide nasal con pérdida de tejidos;
- 2.—Las deformidades de la pirámide nasal con aumento de tejidos; y
- 3.—Las deformidades de la pirámide nasal sin pérdida de tejidos.

En este capítulo vamos a estudiar suscintamente el grupo de las deformidades con pérdida de tejidos porque, con mucha frecuencia, la etiología, evolución y tratamiento de un gran número de deformidades de este grupo se sale del campo de la Rinología hacia el de la Medicina General y Especializada (fisioterapia, ortopedia, etc.). No por eso es menos cierto que la Rinología, campo de muchas enfermedades específicas deformantes, tiene la obligación de capacitarse con la colaboración del internista y del cirujano plástico para estudiar algunos problemas médico-quirúrgicos, que no han sido abordados en todas sus facetas por la Rinología.

Este grupo tiene una gran variedad etiológica: tumores, traumatismos, herencia, lúes, tbc., leishmaniosis, lepra, rinoescleroma, miasis, etc. Estas enfermedades específicas corrientemente comprometen el esqueleto nasal y evolucionan en su primera fase, con hiperplasia infla-

matoria de los tejidos, para concluir, en su período de estado o ulceronecrótico, con pérdidas de substancia del territorio nasal.

A este grupo debemos agregar las afecciones tumorales traumáticas y congénitas, las que con frecuencia llegan a figurar en este capítulo con grandes caracteres: tumores malignos, grandes traumatismos, heridas cortantes, ausencia congénita, etc.

Las pérdidas de tejidos pueden ir desde el pequeño orificio a las grandes perforaciones y llegar a la pérdida casi total del esqueleto nasal.

En las deformaciones por aumento de tejidos figuran como causas etiológicas los tumores, afecciones cicatriciales, quistes, sífilis, lepra, rinoscleroma, leishmaniosis, miasis, etc. Este grupo lo vamos a exponer en su aspecto general, deteniéndonos sólo en algunas causales porque, como el anterior, se sale de la Rinología al campo de la Medicina Especializada y muchas de las causas etiológicas pasan por este grupo sólo transitoriamente, para ser, en el curso de esa evolución, en el grupo con pérdidas de tejidos.

Los tumores pueden aparecer en cualquier parte de la nariz, ya sea en su cara externa como interna, comprometiéndolo los tejidos tanto en superficie como en profundidad (rinofima, tricoepitelioma, sarcomas, angiomas, fibroangiomas, etc.).

Los tumores malignos de la cara mucosa son considerados más graves que los de la cara externa, por su evolución más rápida y propagación profunda a los territorios vecinos.

El origen de los tumores permanece en el misterio. Se aceptan causales predisponentes tales como el etilismo, tabaquismo, los traumatismos repetidos, irritaciones crónicas, vejez, etc. Se creen de acción carcinogénica los productos metabólicos (Lipschütz).

Las deformidades cicatriciales aparecen cuando este proceso sufre alteraciones en su labor reparadora, ya sea por una infección o por restos extraños entre los bordes de la herida, como por deficiencias en el afrontamiento de los planos de sutura (cicatrices tirantes, irregulares, hundidas, adheridas, etc.). Las más importantes e inevitables se deben a una predisposición personal de origen desconocido. Estas son las llamadas enfermedades de la cicatrización, la cicatriz queloides, las pigmentadas, dolorosas, etcétera.

La raza negra es muy propensa al queloides. Algunas tribus africanas se los provocan con fines estéticos, haciéndose ligeras heridas de la piel. La predisposición queloides en la raza blanca es diferente para las distintas zonas del cuerpo. Se considera la región costal y del esternón las más expuestas.

El queloides, uno de los grandes escollos de la cirugía plástica, está constituido por tejido conjuntivo igual a los fibromas. Tiene evolución progresiva, quedando estacionarios después de llegar a un tamaño proporcional al campo afectado. A veces la formación queloides es enorme comparada con la herida generadora. Hay algunas heridas en las cuales la cicatriz tiene fisonomía característica y son particularmente deformes como las producidas por la escrófula, la pústula maligna, las quemaduras.

El tratamiento del queloides que actualmente da mejor resultado es el radium o la radioterapia aplicados precozmente.

Los quistes se producen generalmente por dificultades del vaciamiento del contenido glandular, sebáceo, salival, etc., debido ya sea a alteraciones directas del conducto escretor o por compresiones de los tejidos vecinos, o bien, por una causa irritativa del tejido glandular que haga aumentar la secreción, la que por dificultades en su vaciamiento se acumula en forma tumoral.

ETIOPATOGENIA DE LAS DEFORMIDADES DE LA PIRAMIDE NASAL SIN PERDIDA DE TEJIDOS

Las causas etiológicas de las deformidades de la nariz, sin pérdida de tejidos, se pueden reunir en seis grupos, a saber:

- 1.—Paralíticas;
- 2.—Traumáticas;
- 3.—Congénitas;
- 4.—Hereditarias;
- 5.—De crecimiento o constitucionales; y
- 6.—Funcionales o mecánicas.

Vamos a exponer la manera de obrar de cada una de estas causales.

Las deformidades de origen paralítico se producen en los casos de parálisis del nervio facial, que inerva los músculos de las alas nasales los cuales mantienen las narinas en su actitud respiratoria normal. Esta actitud cambia con la parálisis de los músculos alares, apareciendo calibres diferentes del lumen y forma de las aberturas piriformes y del vestíbulo; al mismo tiempo se nota una ligera desviación del lóbulo hacia el lado sano por acción de los músculos antagonicos.

El tonus muscular que mantenía el equilibrio cesa y la narina paralizada toma una forma redondeada, en vez de elíptica que es lo normal.

Se comprueba que abolida la acción muscular la abertura nasal paralizada queda bajo acción del cartílago alar, cuya forma en herradura tiende a abrirla. El lado afectado queda inmóvil y desaparece la función de expresión de los estados patológicos, anímicos y los movimientos respiratorios.

Estas alteraciones neuro-musculares se restituyen junto con la recuperación funcional de la fibra nerviosa.

Cuando esta recuperación tarda mucho tiempo, queda una atrofia muscular estable que puede dar un aspecto asimétrico a la nariz.

En las deformidades de etiología traumática están incluidos los traumatismos en general, heridas cortantes, de armas de fuego, mordeduras, etc., cuya forma y grado varían considerablemente.

Hay que avaluar los microtraumatismos producidos en la región nasal durante la vida intra-uterina, lo que se traduce posteriormente por deformidades de importancia.

Son especialmente frecuentes las deformidades tardías producidas por traumatismos recibidos en la primera infancia, de los cuales muchos pasan inadvertidos y con el andar del tiempo determinan grandes deformidades debidas a lesiones de los centros de osificación o medio de juntura, deformidades que se van evidenciando a medida que el esqueleto va adquiriendo su desarrollo normal.

Los agentes traumáticos pueden actuar en las distintas etapas de la vida, produciendo deformidades inmediatas o tardías.

Considerando el sitio afectado, pueden clasificarse en deformidades del grupo y de la base, las que tienen manifestaciones y formas diferentes.

Los grandes traumatismos producen en el esqueleto nasal fracturas, hundimientos, desviación, heridas perforantes, pérdidas de tejidos de variadas proporciones, etc., de acuerdo con la violencia y tipo del agente productor. Los traumatismos de violencia media son los más frecuentes.

Las deformidades traumáticas son las que más deben preocupar a la Rinología por su variedad y frecuencia y porque al exteriorizarse en sus dos superficies alteran la morfología y fisiología de este apéndice.

Las deformidades de etiología congénita son raras. Se nace con ellas. Se manifiestan por ausencia parcial o total del esqueleto o bien por duplicidad o mala conformación de algunos de sus elementos.

Esta variedad busca su explicación etiológica en posibles alteraciones del germen, genotípicas, espermática u óvulo, ya sea considerados aisladamente o en su conjunción creadora.

Corrientemente estas deformaciones van acompañadas de otras manifestaciones, como en el caso presente.

En Chile, en los últimos treinta años, sólo he conocido un caso de ausencia congénita total de la Pirámide Nasal.

Las deformidades de etiología hereditaria, raciales y familiares, han hecho célebres a algunas familias y peculiarizado algunas razas. Esta rama etiológica se puede encuadrar perfectamente por la similitud de sus modalidades, evolución y tratamiento, a las del grupo de etiología de crecimiento que estudiamos en detalle, lo que nos priva de extendernos aquí, en mayores comentarios.

Esta deformidad se puede hacer presente desde la infancia o durante la adolescencia, pero es más completa cuando la nariz ha adquirido su desarrollo normal.

La diferencia substancial con las de crecimiento, radica en su génesis; fenotípicas o adquiridas las de crecimiento y germinoplasmáticas las hereditarias. En estas últimas, el germen lleva los caracteres dominantes de la especie, según las leyes de Mendel.

Etiología de crecimiento.—Su génesis obedece ya sea a alteraciones de los núcleos de osificación, junturas de conexión, irritaciones de la capa esteogénica, etc., producidas en el esqueleto nasal o en el maxilar superior, que forma sus cimientos.

Estas perturbaciones pueden iniciarse en la vida intrauterina como en la primera o segunda infancia, producidas por causas patológicas, traumáticas o micro-traumáticas. Las causas enunciadas se manifiestan durante el crecimiento por una alteración del esqueleto, la que llega a su máximo cuando éste ha adquirido su total desarrollo.

Para comprender mejor el proceso etiopatogénico de las deformidades de este grupo, conviene recordar aunque

sea suscintamente, algunas conformaciones anatómicas de este apéndice; borde anterior o dorso, piso nasal o bóveda palatina, maxilar superior, tabique, etc., y estudiar la influencia que el crecimiento defectuoso de alguno de estos elementos pudieran ejercer en su desarrollo normal.

El cartílago cuadrangular del tabique llena el ángulo abierto que forma el vómer con la lámina etmoidal, formándose en el vértice un punto de reunión pluriarticular, donde se generaliza la inmensa mayoría de las espinas y crestas del tabique.

El borde superior del cartílago septal ocupa el centro del dorso en su porción cartilaginosa, y sólo en su pequeña porción superior se articula con el extremo inferior de los huesos propios, en su parte media.

Las apófisis palatinas del maxilar superior y del hueso palatino forman el piso nasal.

La región ántero-inferior del esqueleto de la nariz es fibrocartilaginosa en sus tres cuartas partes. El resto es óseo: vómer.

De estas consideraciones anatómicas se desprenden algunos hechos interesantes: primero, que en la región ántero-inferior es movable y elástica especialmente a derecha e izquierda, lo que permite desviaciones en ese sentido; segundo, que el borde superior del tabique, unido histológicamente a los cartílagos laterales y ligado por finas fibras elásticas a los de la nariz cifótica. Tercero, que el borde superior del cartílago del tabique, en una pequeña porción, se articula con la mitad inferior más delgada de los huesos, zona que es susceptible de ser influenciada por el desarrollo del tabique. Parte ósea de la nariz cifótica.

La otra conformación anatómica, base fundamental de las deformidades de crecimiento, tiene relación directa con el desarrollo de algunas regiones de los maxilares superiores, apófisis ascendentes, espina nasal anterior y especialmente las apófisis palatinas, en cuya ranura central se inserta el borde inferior óseo del tabique.

Cuando se produce una alteración en el desarrollo del cuerpo de los maxilares superiores, o de alguna de las piezas citadas, ello puede repercutir en la conformación de la bóveda palatina o piso nasal, alterando la forma ligeramente cóncava de la bóveda, la que estrechada en su desarrollo se hace más profunda en forma ojival o semi angular a expensas del lumen de la fosa nasal, estrechando el campo en el cual el tabique debe desarrollarse.

En estas circunstancias, oprimido su crecimiento, el eje septa se desvía y dicho proceso repercute en el normal desarrollo del esqueleto nasal.

Cuando la desviación adopta la forma de arco, que es una de las más frecuentes, en el tejido cartilaginoso y elástico del tabique, trabaja la fuerza física —principio de acción y de reacción— la que, actuando durante el período de desarrollo y teniendo el extremo inferior fijo en el vómer, produce lentamente una desviación hacia el lado opuesto.

Las desviaciones del tabique producidas en su porción ósea no tienen influencia en la dirección del esqueleto cartilaginoso o ella es poco apreciable.

Otras veces la desviación septal se hace en forma de S o de escaño, sin que exista en estos casos deformidad, ya que las fuerzas físicas se neutralizan o bien ella se produce en pequeña escala.

El crecimiento exagerado de la pirámide nasal, se puede atribuir a razones similares, en las cuales actúan, a la vez, el tabique, los huesos propios, las apófisis montantes, el borde alveolar y espina nasal del maxilar superior, etc. (Rinomegalia).

Hemos observado acentuadas desviaciones posteriores del tabique en narices pequeñas que no tenían ninguna deformidad en la bóveda palatina ni del esqueleto nasal, atribuibles a alteraciones de la unión pluriarticular de los huesos que forman el tabique.

Etiología funcional o mecánica.—Se producen en las proximidades de la base —zona activa— y se exteriorizan tanto en la cara externa como interna, en esta última por un pequeño sollevamiento de las partes blandas en forma de tetilla. Esta prominencia interna se traduce por un surco o hundimiento proporcional en su cara externa, que deforma cuando es acentuado, el plano de las paredes laterales del ala nasal. Estas pequeñas deformidades se producen en pacientes que fuerzan continuamente su respiración.

Otra de las deformidades que entra en las de origen funcional, es aquella que se observa en la nariz de personas que tienen el labio superior corto y en las cuales se nota parte de la encía.

Esta deformidad se manifiesta al hablar, especialmente, al reír y se debe a que en ese momento entran en juego las fibras del orbicular de los labios y las del Risorio de Santorani, haciendo tracción de conjunto sobre la base de la nariz y del lóbulo, lo que con el tiempo, origina un descenso de esta región.

Es frecuente observar durante la risa un movimiento ánteroposterior de la punta de la nariz, concomitante con la tracción muscular.

Con el fin didáctico vamos a concluir este párrafo haciendo un cuadro etiológico de las deformidades de cada uno de los tres grandes grupos en que las hemos dividido al empezar este capítulo.

La evolución patológica tiene en este órgano especial significado. El cambio que sigue el proceso decide que la causa etológica sea catalogada en el grupo de aumento o de pérdida de tejidos, como sucede con frecuencia, en las de etiología tumoral y patológica.

Algunas veces, la evolución etiopatológica tumoral pasa por esas dos fases en forma sucesiva.

En otras ocasiones existen los dos procesos simultáneamente en proporciones variables.

En algunas deformidades de etiología patológica, como la leishmaniosis, lepra, miasis, rinoescleroma, etc., pasa algo parecido. Estas afecciones pasan por un período que las coloca en el grupo de aumento como lo es la etapa de la primera fase de su evolución, fase inflamatoria, para concluir en su período de estado, fase ulcerosa, con grandes pérdidas de tejidos.

Las deformidades de etiología congénita corresponden con mayor margen de probabilidades, por la ausencia parcial o total de este apéndice más que por su deformidad hiperplástica, el grupo de las con pérdida de tejidos.

Las deformidades sin pérdida de tejidos son las que tienen mayor número de causas etiológicas.

PREOPERATORIO

Al paciente que se le va a practicar la corrección de Cifosis Nasal, se le deberá preparar de la siguiente manera:

La noche antes de la operación deberá tomar una cápsula de Nembutal de 10 centigramos.

Una hora antes de la operación se le pondrá un centigramo de morfina con medio de atropina.

Después se recortan las vibrisas, lavando luego la nariz con agua, jabón y alcohol.

ANESTESIA

Antes de practicar la anestesia del paciente, debe hacerse la antisepsia de la región a operar, con alcohol o mercuriolato de colorado, a continuación se hará la puesta de campos para limitar el área operatoria.

La técnica de la anestesia se hará de la siguiente manera:

1º—Debe anesthesiarse la mucosa nasal, la cual se hace introduciendo gasas largas en solución de cocaína al 10%, exprimiendo las gasas para que no caiga la cocaína en la cavidad rinofaríngea, donde produce reflejo tusígeno.

2º—Deben permanecer las gasas 10 minutos en contacto con la mucosa.

3º—Anestesia de la Pirámide Nasal: Se utiliza novocaína en solución al 1%, 60 c. c. En la parte media de la nariz, en la incisión frontal en medio de las dos cejas, se coloca un botón anestésico con una aguja N° 23 de 6 cms. de longitud, haciéndose las infiltraciones hacia abajo, y bajo la piel, llegando hasta el reborde del ala de la nariz teniendo especial cuidado en que las infiltraciones más laterales cercanas al surco naso geniano lleguen lo más bajo posible (esto es indispensable para lograr una buena anestesia).

4º—Siempre en la misma parte del dorso de la nariz, se hace un pinchazo para anestesiar el tabique.

5º—Si la anestesia en esta forma no es suficiente, se puede reforzar con otros puntos de anestesia en la unión de las alas de la nariz con la mejilla y otro en el trayecto de la columna, hasta tocar la espina nasal.

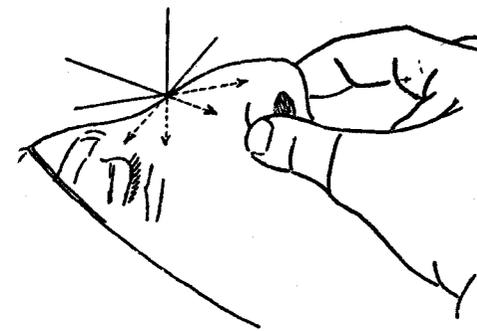


Figura N° 4
Anestesia.

TECNICA QUIRURGICA DE LA RINOPLASTIA

Una vez practicada la anestesia como se describió anteriormente, según Figura N° 4, la nariz queda aumentada

de volumen, lo cual es hasta cierto punto favorable, pues permite la fácil separación de la piel y de la parte esquelética de la nariz.

Solamente hay que grabarse la impresión de la forma de la nariz antes de practicar la anestesia y lo que hay que reseca de la parte ósea y cartilaginosa, para no quitar más o menos. Por la infiltración anestésica que deforma un poco la nariz, se pone siempre primero las gasas con cocaína dentro de la nariz para dejarlas todo el tiempo en que se practica la anestesia local con novocaína, y procedemos en la forma siguiente:

1º—Ligero masaje con compresa para distribuir uniformemente el líquido anestésico.

2º—Con el pulgar y el índice de la mano izquierda introducido en cada una de las fosas nasales, se siente la separación entre el tabique membranoso y cartilaginoso.

3º—En el tercio medio del tabique membranoso se pasa una aguja de punta de Trócar con hilo 50, y sin anudar, se deja más o menos de 5 cms., cuyas puntas están sostenidas con una pinza de Kelly (este punto es muy importante, pues sirve de tractor durante toda la operación).

4º—Con un bisturí de dos filos, o con un bisturí N° 15 de vías biliares se pasa por transficción en la unión del tabique membranoso con el cartilaginoso y de aquí se corta hacia arriba en toda su altura.

5º—Con un separador de nariz o tomando el ala entre el pulgar y el índice, se vuelve hacia afuera y se hace un corte que partiendo del ángulo externo del ala y a unos 3 milímetros del borde libre recorre el interior de la orilla de la fosa y se une con el corte anterior del tabique. Es importante que en este tiempo, se seccione de una sola vez la mucosa y cartílago alar, sin herir la piel, figura N° 5.

6º—Igual se hace con la otra fosa (da lo mismo hacer la derecha o la izquierda primero).

7º—Cerciorarse que el corte del ala sea unido al corte del tabique y que se han seccionado en su totalidad los dos cartílagos alares.

8º—Tirando el ayudante el hilo de tracción, colocando en el tabique, hacia arriba, el cirujano

con una tijera curva en la mano derecha y volteando hacia afuera la incisión practicada en la parte interna del ala, insinúa en esta herida la punta de la tijera (punta redonda) abriéndola y cerrándola con lentitud pero con firmeza hasta separar completamente la piel del esqueleto cartilaginoso en toda la extensión del ala; luego sigue hacia arriba, disecando en igual forma la piel del esqueleto óseo hasta llegar a la base de la nariz hacia arriba y el surco nasogeniano a los lados.

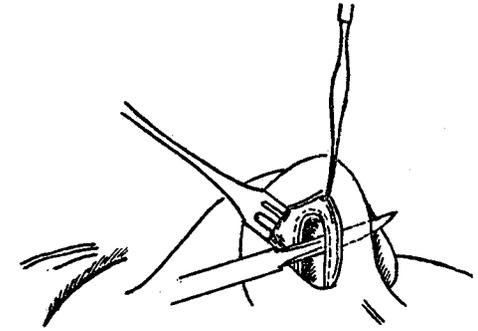


Figura N° 5

9º—Igual se hace del otro lado, teniendo cuidado de liberar la piel del dorso de la nariz y de la punta así como también de los pequeños colgajos que quedan del corte que se hizo en la parte interna del ala, hacia el borde

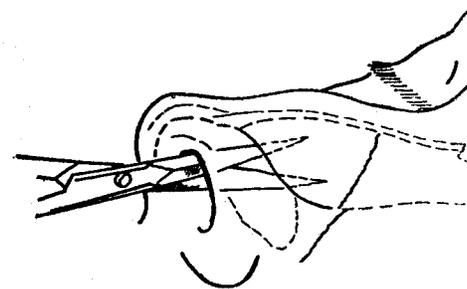


Figura N° 6

libre (todo este trabajo se hace con tijera curva).

10.—Con una pequeña espátula de Joseph se recorre toda la superficie entre la piel y esqueleto nasal con el fin de romper las pequeñas bridas que han quedado, si esto no es posible, entonces se secciona con tijera.

11.—Para detener la hemorragia que algunas veces puede ser abundante, solamente se adosa la piel al esqueleto nasal con una compresa durante un tiempo prudencial (durante todas las operaciones practicadas nunca hemos tenido una hemorragia de importancia).

12.—Tomando la sierra de Joseph con la mano derecha, se introduce en el corte hecho en la parte interna de la mucosa de la fosa derecha. Con el filo hacia el operador (sierra de Joseph derecha) el dedo pulgar e índice de la mano izquierda se apoya sobre la piel del dorso de la nariz y orientan la sierra.

13.—Se asierra la gibosidad ósea y cartilaginosa del lado derecho.

14.—Siguiendo los consejos anteriores, se hace lo mismo en el lado izquierdo, introduciendo aquí la sierra de Joseph izquierda, con el filo hacia el ayudante.

15.—Sección del tabique a la misma altura de los cortes de sierra, con tijera recta o con bisturí acodado protegido de Joseph.

16.—Con pinza de Kelly recta se extrae así la parte que se ha cortado de gibosidad nasal.

17.—Con un escoplo de Mal Beeck, introducido hasta encontrar la articulación de los dos huesos propios de la nariz, en la parte media, se separan estos con golpes de martillo.

18.—Se van haciendo cortes sucesivos con el escoplo y el martillo, hasta la parte media del surco nasogeniano, esto se repite de ambos lados (tres o cuatro cortes). Los últimos de estos cortes interesan la rama montante del maxilar superior.

19.—Al quitar la gibosidad ósea y cartilaginosa de la nariz, disminuye en altura y longitud, por lo que hay que

resecar la parte que sobra de cada uno de los cartilagos alares, resección que se hace con tijera.

20.—Para levantar un poco la punta de la nariz, como hay que hacer en estos casos, se reseca una cuña primero de tabique membranoso, cuña de vértice hacia la espina nasal y base hacia la punta.

21.—Resección de una cuña en igual forma de tabique cartilaginoso tanto más ancha en su base, cuanto más quiera levantarse la punta de la nariz.

22.—La operación está terminada, y no nos queda más que unir con uno o dos puntos de hilo 100 el tabique membranoso con el cartilago, poner un molde externo de yeso aproximando las dos paredes laterales de la nariz y que se mantienen con esparadrapo y un tubo de hule en cada ventana. Hemos notado que los resultados son más satisfactorios quitando este aparato enyesado a los 4 ó 5 días, sustituyéndolo por otro nuevo que se adapta mejor a la nariz, y sin el edema.

El edema en los párpados que aparece en el primero y segundo días, desaparece en el tercero y cuarto. Las equimosis que aparecen en los mismos lugares desaparecen más o menos en una semana.

El aparato enyesado permanece en su sitio de 12 a 14 días en total, los tubos de la nariz pueden ser quitados del 5º día en adelante.

Es notable hacer notar la absoluta falta de dolor durante la operación y postoperatorio.

El enfermo puede no hospitalizarse y dedicarse a sus ocupaciones habituales pocas horas después de la operación.

El edema y la formación de nuevo cayo de las fracturas conminutas hechas con el escoplo, dejando ya la forma definitiva de la nariz, desaparecen de dos meses en adelante.

Los puntos de hilos colocados en el tabique no deben ser quitados nunca antes de 20 días o un mes.

La duración de la operación por término medio es de 30 minutos.

POSTOPERATORIO

Siempre se pone a los enfermos 300,000 unidades de penicilina en cera, durante los primeros 5 días y se dá aspirina codeína o aspirina sola, para el dolor.

INDICACIONES DE LA RINOPLASTIA

Deformidades de la nariz que da cifosis, sea cual sea su origen.

CONTRAINDICACIONES

- 1.—Corta edad, no operar antes de los 14 años, pues el desarrollo esquelético de la nariz termina más o menos a esa edad.
- 2.—Edad avanzada, más de setenta años.
- 3.—Coriza.
- 4.—Senositis.
- 5.—Forunculosis.
- 6.—Acné.
- 7.—Ozena.
- 8.—Estados infecciosos en general.

CONCLUSIONES

- 1ª.—Deformidad de cifosis nasal. Es una de las principales causas para crear en los enfermos complejos psicicos.
- 2ª.—En la lucha por la vida juega un papel importante, la presentación estética del individuo, la cual en el caso de cifosis nasal es perfectamente corregible.
- 3ª.—La operación por cifosis nasal es una operación, sencilla, indolora, durante la operación y en el postoperatorio, y relativamente sin peligros.
- 4ª.—Es posible en los 98% de los casos dejar al enfermo a su entera satisfacción.
- 5ª.—Es necesario conocer perfectamente la anatomía y fisiología nasal para practicar esta operación.
- 6ª.—En nuestro medio y nuestra raza es muy frecuente la cifosis nasal.

CARLOS ENRIQUE QUEVEDO F.

Imprímase,

Dr. Carlos Mauricio Guzmán,
Decano.

Vº Bº,

Dr. Guillermo Morán M.

OBRAS CONSULTADAS

- 1.—General and Plastic, Surgery de *J. Eastman Sheehon*.
- 2.—Cirugía Plástica por *Lelio Zeno*.
- 3.—Cirugía Estética por *Ramón Palacio Posse*.
- 4.—La Rinología y Cirugía Plástica de la Pirámide Nasal,
por el Dr. *Alfredo Alcaíno*.
- 5.—Cirugía y Reparadora, por *Samuel Fomon*.