

REPORTE DE CASOS / CASES REPORT

Rinoplastia definitiva en pacientes con Fisura Labiopalatina Unilateral

Definitive rhinoplasty in patients with Unilateral Labiopalatin Fisura

García M^{1,2}, Sandoval J^{2,3}, Aldana C^{1,2}, Balmelli B^{1,3}

¹Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Asunción, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Unidad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, San Lorenzo, Paraguay.

³Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Nacional de Quemaduras y Cirugías Reconstructivas, Asunción, Paraguay.

Correspondencia: José Sandoval sandovalperez@hotmail.com

Recibido el 04/09/2019; aprobado para publicación el 30/09/2019

Editor responsable: Carlos Miguel Ríos-González

RESUMEN

Introducción: La deformidad nasal en pacientes con fisura nasolabiopalatina trae consigo problemas tanto estéticos como funcionales. La rinoplastia definitiva en estos pacientes representa un verdadero desafío debido a que se trata en la mayoría de los casos de cirugías secundarias o terciarias dependiendo de cuantas veces el paciente se haya operado antes de culminado su crecimiento.

Objetivo: Presentar una serie de casos sobre Rinoplastia definitiva en pacientes con Fisura Labiopalatina Unilateral.

Presentación del caso: Serie de casos de 4 pacientes operados de rinoseptoplastia con secuelas de fisura nasolabiopalatina unilateral en el Centro Nacional de Quemaduras y Cirugías Reconstructivas (CENQUER) entre los años 2016 y 2017. El abordaje abierto fue realizado es todos los pacientes, las osteotomías fueron asimétricas en su mayoría, la septumplastia fue realizado en un 100%, así como la colocación de un poste columelar e injerto de Sheen (tipo escudo) en la punta en todos los casos.

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

Palabras Clave: Rinoplastia; Fisura del paladar; Procedimientos Quirúrgicos Reconstructivos; Paraguay

ABSTRACT

Introduction: Nasal deformity in patients with nasolabiopalatine fissure brings both aesthetic and functional problems. The definitive rhinoplasty in these patients represents a real challenge because it is treated in the majority of cases of secondary or tertiary surgeries depending on how many times the patient has undergone surgery before completing its growth.

Objective: To present a series of cases on definitive Rhinoplasty in patients with Unilateral Labiopalatine Fissure.

Case presentation: Case series of 4 patients operated for rhinoseptoplasty with sequelae of unilateral nasolabiopalatine fissure at the National Center for Burns and Reconstructive Surgery (CENQUER) between 2016 and 2017. The open approach was performed in all patients, osteotomies were asymmetric in their In most cases, septumplastia was performed in 100%, as well as the placement of a columelar pole and Sheen graft (shield type) at the tip in all cases.

Conclusion: Proper correction of the cracked nose can be achieved taking into account the deep knowledge of the alterations of each particular patient. Despite the absence of an ideal algorithm, the surgeon must have a mental scheme that allows him to treat each case individually, always focusing on two main goals: the correction of asymmetry and function.

Key words: Rhinoplasty; Cleft palate; Reconstructive Surgical Procedures; Paraguay

INTRODUCCIÓN

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

La rinoplastia primaria realizada en el momento de la queiloplastia se centra actualmente en la manipulación casi exclusiva del cartilago alar afectado, sin embargo, muchas veces encontramos secuelas a nivel de la columela, septum y dorso nasal a la hora de realizar la rinoplastia definitiva. No debemos olvidar que la rinoplastia definitiva debe realizarse una vez culminado el crecimiento facial, generalmente a los 16 años en mujeres y 18 años en hombres. Es la última cirugía que se realiza en pacientes fisurados. Es importante recalcar que aproximadamente un 20 a 30% de los pacientes fisurados tienen indicación de cirugía ortognática, procedimiento que debe realizarse antes de la rinoplastia definitiva⁽²⁾.

Las alteraciones nasales que se presentan en estos pacientes son características y entre ellas se puede encontrar en la vista frontal una punta nasal desviada hacia el lado no fisurado, desviación del septum nasal hacia el lado fisurado, desviación del septum caudal hacia el lado sano y laterorrinia. Asimismo, se observa asimetría en la implantación de las alas nasales y de la base ósea⁽²⁾.

Se pueden notar otros cambios como una punta nasal poco proyectada, bulbosa y con falta de definición

además de un surco a la – mejilla poco marcado, retracción alar, ala nasal caudalizada del lado fisurado, giba dorsal en algunos casos y una consistencia cutánea en la mayoría de las veces gruesa⁽³⁾.

En la vista basal son características las alteraciones como el colapso alar del lado afectado, asimetría de las narinas, ausencia de la base de la crura medial, y la inclinación del trípode nasal. Además, se observa disminución y desviación de la columela hacia el lado fisurado con menor proyección de la escotadura piriforme del mismo lado⁽⁴⁾.

Por todo lo anterior se planteó como objetivo presentar una serie de casos sobre Rinoplastia definitiva en pacientes con Fisura Labiopalatina Unilateral.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

El trabajo consiste en una serie de casos de pacientes operados de rinoseptoplastia con secuelas de fisura nasolabiopalatina unilateral en el Centro Nacional de Quemaduras y Cirugías Reconstructivas (CENQUER) entre los años 2016 y 2017. Los criterios de inclusión fueron: haber culminado el crecimiento facial, pacientes con secuelas de fisuras unilaterales y pacientes que no se realizarán una cirugía ortognática. Se descartaron pacientes con fisuras bilaterales, pacientes que no hayan culminado el crecimiento facial y pacientes en quienes se planea una cirugía ortognática.

Se presentan cuatro pacientes en edad comprendida entre los 18 a 35 años. Dos fueron de sexo masculino y dos de sexo femenino. Los pacientes firmaron Consentimiento Informado correspondiente para el procedimiento quirúrgico. Las cirugías fueron llevadas bajo anestesia general y por el mismo cirujano. Todos los aspectos éticos de la investigación fueron respetados.

CASO CLINICO #1	<p>Paciente de 30 años de edad, de sexo femenino, con diagnóstico de Secuelas de fisura labiopalatina del lado izquierdo, con historia de queiloplastia a los 5 meses de edad, palatoplastia al año y medio y rinoplastia hace 10 años</p>		<p>Se realizó rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomías, injerto de extensión alar lado izquierdo, poste e injerto tipo “Sheen” sobrepasando 7 mm el dorso nasal</p>	
------------------------	--	---	---	---

<p>CASO CLINICO #2</p>	<p>Paciente de sexo masculino, de 35 años de edad, con diagnóstico de Secuelas de fisura labiopalatina del lado izquierdo, con historia de queiloplastia a los 9 meses, revisión de la misma a los 5 años y palatoplastia a los 3 años de edad</p>		<p>Se realizó rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomias, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo “Sheen” sobrepasando 10 mm el dorso nasal. Adicionalmente se corrigió la cirugía del labio obteniéndose mayor longitud, al reorientar las fibras del orbicularis oris, pero en cuyo resultado se puede observar la persistencia de leve retracción del mismo</p>	
<p>CASO CLINICO #3</p>	<p>Paciente de sexo femenino, de 18 años de edad con diagnóstico de Fisura labial incompleta izquierda, con historia de queiloplastia a los 4 meses de edad y rinoplastia a los 10 años</p>		<p>Se realizó rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomias, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo “Sheen” sobrepasando 12 mm el dorso nasal</p>	
<p>CASO CLINICO #4</p>	<p>Paciente de sexo masculino, de 18 años de edad con diagnóstico de Fisura labiopalatina izquierda completa, con historia de queiloplastia a los 3 meses de edad, palatoplastia a los 12 meses, injerto óseo alveolar a los 8 años y rinoplastia a los 15 años</p>		<p>Se realizó rinoseptoplastia con abordaje abierto, osteotomias asimétricas, injerto de extensión alar izquierda, poste e injerto tipo “Sheen” sobrepasando 10 mm el dorso nasal. Adicionalmente se realizó medialización de alas nasales con resección en cuña del piso nasal</p>	

DISCUSIÓN

Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la nariz fisurada. Si bien cada paciente debe ser tratado de forma individualizada, el cirujano debe contar con las diferentes herramientas para tratar cada tipo de alteración. El tratamiento en base a las alteraciones estructurales del cartílago y hueso es el “gold standard” hoy por hoy ya que las técnicas que utilizaban incisiones cutáneas en la punta y columela están en desuso debido a las cicatrices producidas en zonas muy expuestas⁽⁵⁾.

El abordaje abierto creemos que es fundamental en este tipo de patología nasal debido a que brinda una idea clara de todas las alteraciones estructurales que se presentan⁽⁶⁾.

Las osteotomías en su mayoría deben ser asimétricas para la corrección de la laterorrinia y a su vez para disminuir la base ósea, aumentada en la mayoría de los casos en estos pacientes. La septumplastia es mandatoria siempre cuidando conservar al menos un marco de soporte no menor a 10 mm x 10 mm. Cualquier espolón maxilar debe ser removido y en caso de que el septum no quede centralizado, el mismo debe fijarse a la espina nasal con un punto en 8 y sutura no reabsorbible^(7,8).

Si se detecta colapso de la válvula nasal interna deben tenerse en cuenta los injertos espaciadores (spreaders grafts) y en el caso de colapso de la válvula nasal externa los injertos de reborde alar son una inmejorable opción. La debilidad del esqueleto cartilaginoso en estos pacientes nos obligó a colocar

un buen poste columelar para dar soporte a la punta y mejorar su proyección⁽⁹⁾.

La gran mayoría de los pacientes fisura labiopalatina de nuestro país tienen como característica tener piel de consistencia gruesa que obliga a utilizar injertos generosos para la punta nasal de tipo escudo (Sheen). En pieles muy gruesas se recomienda que el injerto de Sheen sobrepase en 10 a 12 mm al dorso y en pieles no tan gruesas 8 mm⁽¹⁰⁾.

Las complicaciones más frecuentes son la persistencia de la asimetría, sobre todo a nivel del ala nasal afectada y la deformidad del supratip. La recidiva del colapso alar puede contrarrestarse utilizando un conformador de silicona en la nariz patológica durante los 6 primeros meses del postoperatorio y la persistencia de la inflamación de la suprapunta inyectando triamcinolona cada 2 a 3 semanas a partir del primer mes⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

La corrección adecuada de la nariz fisurada se puede lograr con el conocimiento profundo de las alteraciones de cada paciente en particular. A pesar de no existir un algoritmo ideal, el cirujano debe trabajar con un esquema mental para el tratamiento individualizado de cada caso con dos metas: la corrección de la asimetría y de la función.

El abordaje abierto permite un diagnóstico acertado y orienta el tratamiento en forma individualizada sobre todo a nivel de la punta y ala nasal.

La rinoplastia de aumento es casi una regla para este tipo de pacientes. Para corregir la punta de la nariz es

muy importante contar con el injerto en escudo (Sheen) para proyectarla, debido a que la mayoría de los pacientes cuenta con la característica de piel gruesa típica de nuestra población.

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

El poste columelar es necesario debido a la utilización del abordaje abierto, el cual transgrede numerosos ligamentos intercartilaginosos, y debido a la debilidad de los cartílagos alares que generalmente presentan los pacientes. Las osteotomías se hacen casi imperativas tanto para la corrección de la base ósea como para la laterorrinia.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

Financiación: Financiado por los autores.

Contribuciones: GM y SJ colaboraron en la concepción del estudio original, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y búsqueda de financiación, AC y BB participó en la concepción del estudio original, recolectó los datos y colaboró en la redacción del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RSP y/o del INS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neligan, P.C., Plastic surgery: Third edition. Volume three: Craniofacial, Head and Neck Surgery. Elsevier Saunders. 2013
2. Mathes. Plastic Surgery: Second edition. Volume 4: Pediatric Plastic Surgery. Saunders. 2005.
3. Mccarthy. Plastic Surgery. Volume 4: Cleft lip and palate and craniofacial anomalies. W.B. Saunders company. 1990.
4. Alexander CA, Mulliken JB. Evidence-based medicine: Secondary correction of cleft lip nasal deformity. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2017.
5. Byrd hs, El-musa ka, Yazdani a. Definitive repair of the unilateral cleft lip nasal deformity. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2007.
6. Guyuron B. Moc-ps. CME article: Late cleft lip nasal deformity. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2008.
7. Fisher Md, Fisher Dm, Marcus Jr. Correction of the cleft nasal deformity: from infancy to maturity. *Clinic and Plastic Surgery*. 2014.
8. Prada J.R, Cantini J. E. Cirugía craneofacial. Volumen II. Impresión médica. 2011
9. Coiffman. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Tomo III: Cirugía bucal, maxilar y craneorbitofacial. Amolca. 2007.
10. Prada J, R. Cirugía de la nariz. Editorial FUCS. 2015.