

## RINOPLASTIAS

*Dr. Lorenzo Mir y Mir (\*)*

*(Jefe del Servicio de Cirugía Plástica  
del Instituto Policlínico de Barcelona)*

Las rinoplastias en la historia de la humanidad son tan antiguas como la cirugía misma. Se comprende, ya que el hombre lo que en más aprecio tiene es a su vida, pero una vez asegurada ésta y a renglón seguido, el hombre se preocupa sobre todo de su morfología.

El aspecto de la figura humana, aunque abarca por entero a toda ella, es indiscutible que la región o parte más noble y que mayormente expresa el contenido del alma humana, de la persona, es la cara. La cara, que es la parte visible y agradable a la vista de la cabeza, encierra en sí la expresión, no sólo de los órganos de los sentidos que en ella radican y que la embellecen, sino que también actúa como puerta de entrada y salida de las ideas; es por tanto, la puerta del cerebro,

del pensamiento. En una palabra, constituye la parte o región más noble del individuo; es lógico por tanto, la preocupación desde el mismo principio del género humano en conservar la belleza graciosamente dada por el Creador y la preocupación por la misma, esencialmente en lo que a la cara concierne. Es por eso que, asimismo, y en contraposición, nada ofende, molesta e hiere más, que la alteración de la morfología normal de la cara; por ello, tanto en las leyes como en los hechos de guerra, las mutilaciones diversas a nivel de la cara, constituyen una de las penas o de los castigos más temidos, y en consecuencia, más en voga a través de los tiempos.

Consecuencia de la lesión punitiva, del defecto o malformación

(\*) Conferencia pronunciada el 26-11-68 en la Clínica La Inmaculada, Jaén.

que se sigue a la extirpación de una parte de la cara, ha sido también la aspiración de corregirla con los medios al alcance. Aparte de la transmisión por tradición de padres a hijos, lo cierto es que los primeros escritos sobre las reconstrucciones nasales de que hay noticia, son los concernientes a la rinoplastia practicada en la India, denominada por ello "indiana": La rinoplastia de la que ya doce o trece siglos antes de Jesucristo, nos queda constancia y que era practicada en muchas regiones del actual subcontinente hindú. En ellas, como he dicho antes, la punición que la ley no sólo autorizaba por ciertos delitos, sino que ponía en práctica, era precisamente la sección de la nariz, siendo el adulterio en la mujer uno de los motivos más frecuentes por los que aplicaba esta ley. Claro está, que un tal estigma ya imborrable para toda la vida, causaba gran depresión y era asimismo, una marca indeleble que ocasionaba el desprecio de la sociedad a su tiempo. Por ello, enseguida salieron métodos de reconstrucción de la nariz y entre ellos, el colgajo indio o indiano (tomado de la frente), es un buena muestra de su lograda técnica (fig. 1).

Pasados siglos, y a través, como he dicho antes, de las tradiciones y de las invasiones árabes en el sur de Europa, fueron transmitiéndose todas estas modalidades y técnicas para reconstruir defectos accidenta-

les o punitivos. Pero en todo ello, por desgracia, no queda constancia escrita y sólo se sabe que en el siglo XV, la familia de los Brancas obtuvo un gran prestigio en tal aspecto, con las reconstrucciones faciales y en toda la cuestión de cirugía reparadora. No obstante, fue Gaspar Tagliacocci quien a finales del siglo XVI, funda o hace surgir de una forma ya más científica, una escuela de Cirugía reparadora; y con un espíritu crítico, clínico y técnico, logra la reconstrucción de la nariz, de los labios y de los pabellones auriculares. Gaspar TAGLIACOCCI, nacido en Bolonia en 1545, murió poco después de la publicación de su obra, a los 53 años de edad, y es, repetimos, el puntal, el primer hito del que tenemos buena y gran documentación, y sobre el que se asienta la historia de la cirugía plástica. La técnica de Gaspar TAGLIACOCCI, denominada ya así a partir de entonces y sobre todo, en este nuestro siglo, en el que la cirugía plástica ha tomado carta de naturaleza y adquirido una propia personalidad, ampliamente desarrollada, la técnica de TAGLIACOCCI ha pasado a denominarse y a conocerse por el método de rinoplastias a la italiana, tomando como región donadora el brazo, generalmente el brazo izquierdo (fig. 2).

En la actualidad, no obstante, en pleno siglo XX, siguen todavía no lejos de nosotros, estos problemas

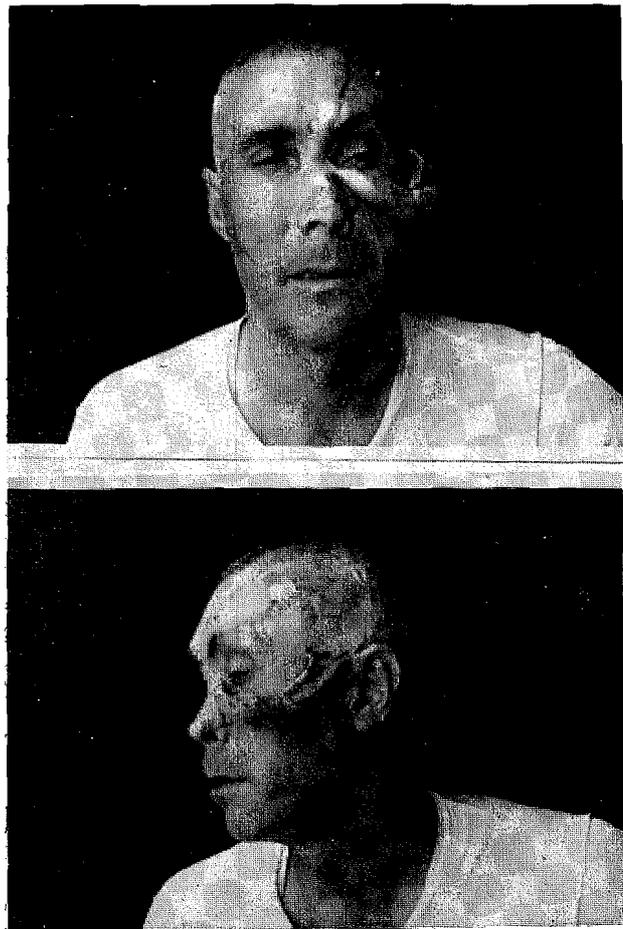


Fig. núm. 1

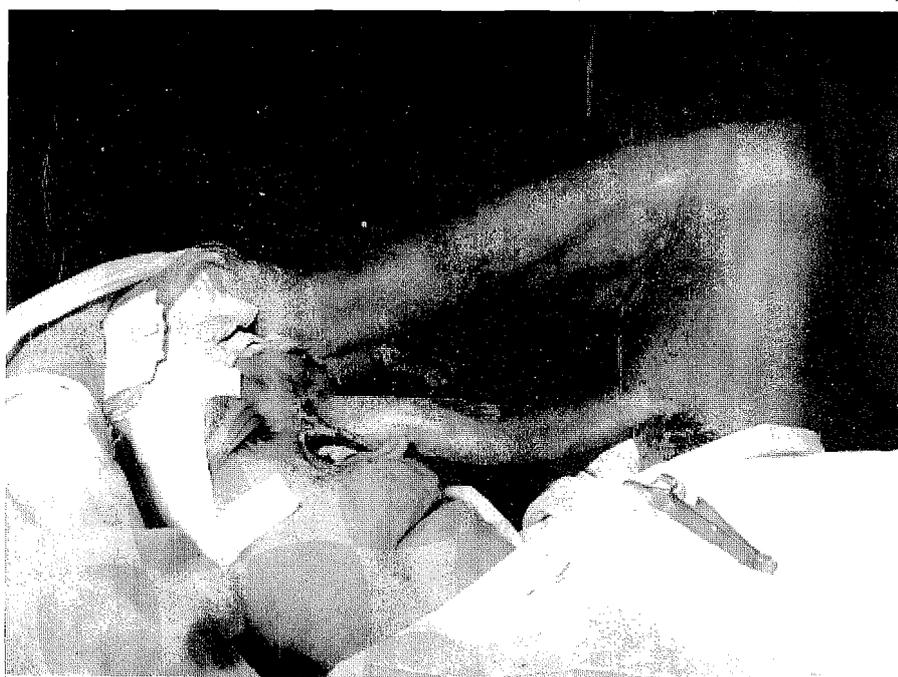


Fig. núm. 2

de orden, podríamos llamarle, penalista. En Argelia, concretamente, hasta hace pocos años, la ley castigaba a los ladrones y a según que otros reos, a la pena de amputación de su nariz, nariz y labio conjuntamente en muchos casos. Vemos por tanto, que la sociedad se ha defendido siempre y ha tratado de separar a los malhechores mediante unos medios cruentos y monstruosos, para lograr detener el progreso del vicio y la maldad. Aquí confirmamos de nuevo el hecho de que nada afecta más a la persona humana que su desfiguración como tal, como persona humana, y concretamente su desfiguración facial. Causa más terror, la pena anunciada de desfiguración facial, que la privación incluso de la libertad durante cierto tiempo, aunque sea largo.

La cirugía plástica en la actualidad, nosotros la consideramos en cuatro grandes grupos: el grupo de la cirugía del accidente, en el que incluimos por derecho propio las quemaduras, o sea, el grupo *traumático*; el grupo o capítulo de las enfermedades o defectos *congénitos*; el grupo de las secuelas o lesiones subsiguientes a uno u otro proceso de *enfermedad*, o bien a las mutilaciones terapéuticas para curar o intentar curar dichas enfermedades y el grupo final, el grupo de la *cirugía estética*, que como hemos dicho tantas veces, se caracteriza porque a diferencia de lo que

ocurre con el resto de la cirugía plástica, que trata de normalizar al individuo para reintegrarlo a la sociedad, la cirugía estética propiamente dicha, trata de mejorar, de perfeccionar alguna de las partes de la morfología humana, partiendo ya de una cierta normalidad. La cirugía plástica, la reparadora, lleva al hombre hacia la normalidad, partiendo de un defecto antisocial, mientras que la cirugía estética, partiendo ya de la normalidad, trata de mejorar, perfeccionar y embellecer la forma humana.

Así pues, al hablar de rinoplastias hemos de referirnos por separado a estos cuatro capítulos, en que a "grosso modo" dividimos la cirugía reparadora o plástica. Hoy vamos a dejar de lado lo que concierne a las reparaciones nasales en cuanto a su origen congénito, congénito en el sentido reparador, ya que la cirugía estética es también una reparación sobre defectos más o menos notables de origen congénito. Pero me refiero con ello a la cirugía reparadora del defecto antisocial congénito, del labio leporino, de la polidactilia, del nevus gigante, etc. Como sabemos, todas las malformaciones faciales del labio leporino, paladar, etc., pueden simultáneamente alterar y prácticamente la alteran siempre, la configuración o conformación de la nariz, o al menos de parte de ella, del ala nasal correspondiente a la hendidura o fisura labio-palatina.

Ello, como digo, constituye ya un capítulo especial y del que no nos vamos a ocupar en esta comunicación. Así pues, nos limitamos a considerar de una forma breve la rinoplastia en lo que concierne a la reparación nasal postraumática, a la recuperación nasal post-enfermedad o postterapéutica y a la reparación nasal estética propiamente dicha.

1) Desde el punto de vista *traumático*, se comprende que las lesiones y los defectos consecutivos que atañen a la nariz sean múltiples, innumerables. El accidente siempre es caprichoso y siempre es algo distinto, desde la lesión mínima que afecta a los planos cutáneos de una pequeña parte de la nariz, dejando simplemente cicatrices inestéticas que deben corregirse, pasando por deformidades cicatriciales que atañen a la base de implantación del ala nasal, a la configuración de las mismas alas por pérdida de sustancia o por cicatrices a cualquier nivel, hasta el traumatismo que destruye y destroza la nariz, parte de ella o incluso toda la cara; se comprende que la cirugía reparadora postrauma de la nariz, sea muy amplia y variada. A modo de ejemplos, queremos presentarles aquí algunos de los casos que comentamos, porque son los que en la práctica habitual suelen observarse con mayor frecuencia. En primer lugar, queremos hacer

hincapié en el hecho de que ante una lesión extensa de la cara que incluya la nariz, como en cualquier otro tipo de lesión que incluya partes importantes de la expresión, el restablecimiento de la función, de los sentidos que hay emplazados en la cara, tiene primacía. La reconstrucción inmediata, la corrección, debe efectuarse con orden, aproximando con puntos de anclaje previos, las zonas límites e importantes de la configuración facial. No basta tratar de cerrar la herida, comenzando por un extremo hasta llegar al otro, porque en muchas ocasiones veremos que la reconstrucción, el cierre de dicha herida, ha sido defectuoso y queda un "decalaje" que afea tanto o más que la cicatrización espontánea misma, que hubiera ocurrido de no haberse efectuado un cierre quirúrgico (figura 3).

En segundo lugar, quiero recordar que en cirugía plástica y en el momento actual, en el que disponemos de tantos medios (antibióticos, etc.), el concepto antiguo de efectuar un Friedrich de la herida, de varios milímetros ha de ser revisado; hay partes, sobre todo en la cara, los párpados, el ala nasal, etc., en las que su práctica sistemática puede alterar estética y funcionalmente incluso a la región afectada por el trauma; *hay que ser conservadores*, sólo hay que limitarse a extirpar los tejidos que



Fig. núm. 3

están ya auténticamente desvitalizados y en caso de duda, si se trata de regiones de función muy específica y comprometida, preferimos correr el riesgo de respetar algún tejido, quizás de vitalidad dudosa; la extirpación del mismo, si es que en efecto su vitalidad es nula, será más fácil y siempre más factible a posteriori. Por lo tanto, repito, orden siempre en la sutura, tratando de reconstruir anatómicamente, morfológicamente los puntos más característicos de la fisonomía facial. En primer lugar, antes de cerrar la herida y efectuar la reconstrucción en varios planos, afrontar con puntos provisionales las zonas claves; en segundo lugar, repito, ser cauto en la indicación y, sobre todo, en la práctica del Friedrich o extirpación del borde de la herida.

Ante las *secuelas* postaccidente, hay que poseer un criterio ecuánime y recordar que siempre los tejidos de vecindad sí pueden ser utilizados (sin añadir más deformidad a la ya existente), debemos usarlos; es decir, lo mejor, si no hay contradicción, es utilizar los tejidos vecinos, que bastarán por sí solos para corregir la deformidad o que precisarán ser ayudados mediante injertos libres. El injerto libre tiene amplias indicaciones asimismo en la cara, y hay que cuidar de saber escoger el que más conviene en cada región. En general, el injerto

libre de piel total es el que posee mayor indicación, dada su textura, con la integridad de sus fibras elásticas y además, porque suele dar mejor color, sobre todo si se toma de zonas adyacentes (pabellón auricular, región supraclavicular, etc.), pero hay una excepción: en los párpados superiores no deben ser usados. En cuanto a la nariz concierne, por lo tanto, piel total, cuando ésta sea suficiente.

En la reparación de las secuelas postraumáticas, si son importantes, usamos con preferencia los colgajos frontales, variantes más o menos afortunadas del colgajo indio, aunque como digo, pueden usarse innumerables técnicas de injertos libres combinados con plastias locales (fig. 4).

Los traumas del ala nasal, con defectos resultantes en la misma, pueden ser corregidos (y aquí tienen su principal indicación) mediante los injertos libres *complejos*, generalmente del pabellón auricular, constituidos no solamente de piel, sino que vienen integrados por cartílago y planos subcutáneos; precisan de gran vitalidad en los tejidos adyacentes, del lecho, para sobrevivir; pero si logran esta supervivencia, lo que suele ocurrir (escogiendo los casos) en un 80 % de los mismos, el resultado es insuperable y, sobre todo, rápido, pues basta con una sola intervención. Creo que en casos dudosos vale la

pena intentarlo, pues poco tiempo se pierde, aun suponiendo que fracase esta técnica (fig. 5).

2) Y pasamos a las *reparaciones nasales por enfermedad*. Aquí, aparte de enfermedades cutáneas de tipo benigno o maligno, pero muy limitadas, como son epitelomas basocelulares incipientes, el rinofima, etc., la extirpación será la regla, seguida de injerto libre o bien de una plastia por deslizamiento de los tejidos de vecindad.

Cuando la extirpación lo es a causa de una neoplasia o de una radionecrosis, la exéresis, repito, ha de ser amplia y no tener estrechez de criterio, ya que cuanto más amplia sea la extirpación, mayores y mejores garantías tendremos de haber logrado un éxito definitivo.

Aquí sí que la cirugía plástica ha dado un gran paso, en la curación del cáncer cutáneo, ya que el miedo a la extirpación y a la gran deformidad que pueda quedar tras una extirpación amplia por neoplasia cutánea en la cara, hacía que los cirujanos en general fueran temerosos y se quedasen cortos, dando lugar a que la aparición de recidivas fuera la regla. Hoy día, sabiendo que la cirugía plástica con sus técnicas tan variadas puede solucionar cualquier defecto por grande que éste sea y puede devolvernos el individuo a la sociedad más o menos normalizado, no debe afrontarse la extirpación de un cán-

cer de cara con un criterio estrecho. Por lo tanto, una gran extirpación seguida inmediatamente o no, difiriendo la reconstrucción según los casos y según el criterio del cirujano y según sea el origen y la causa de dicha extirpación. La reconstrucción de la nariz en su totalidad o en gran parte de la misma, se efectúa aquí también, mediante amplios colgajos frontales, siguiendo la técnica de NEW u otra similar (figs. 1 y 6).

Y para finalizar, vamos a hablar de la *cirugía estética* de la nariz, que interesa, que duda cabe, esencialmente al bello sexo. Aquí, repetimos, creo que lo que se trata no es de reparar nada monstruoso, nada defectuoso o antisocial, sino de mejorar el aspecto ya de por sí más o menos normal del individuo, de la persona. La cirugía estética de la nariz, como dice su nombre, trata de darle el mayor grado de belleza a dicha parte de la fisonomía facial. Ahora bien, sabemos que no a todas las caras les va la misma nariz y también, por otro lado, en contraposición a esto, sabemos que existen ciertas modas de las que no nos podemos separar, que van juntas con la época social en que vivimos. Así, por ejemplo, aunque hay excepciones, en general hoy día una nariz griega podrá gustar o no gustar, según sea el conjunto de la persona portadora de dicha nariz, escogerá una nariz griega por bella

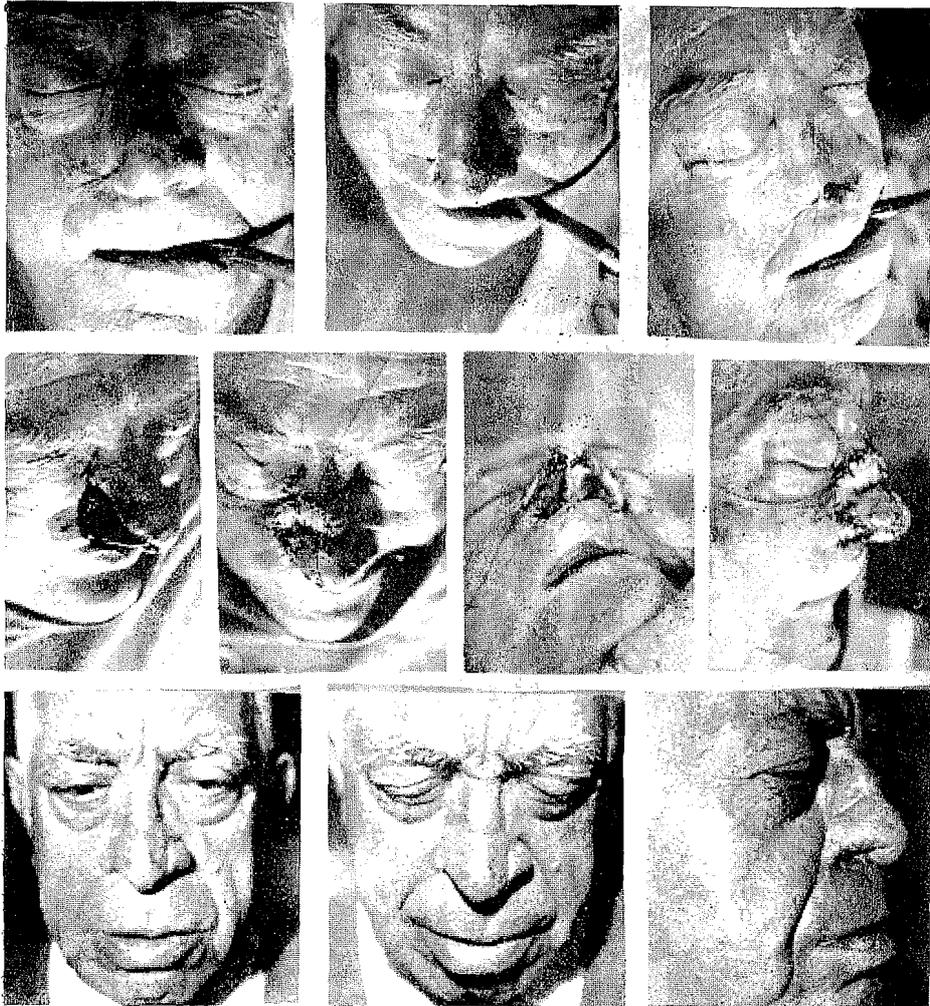


Fig. núm. 4



Fig. núm. 5



Fig. núm. 6

que sea; narices griegas que hoy día admiramos, pero las admiramos puestas en su tiempo; no nos gustan puestas en el nuestro. Así pues, que duda cabe, que la moda varía y la moda influye sobre el gusto artístico de la sociedad.

La nariz pequeña, respingona, que hoy día viene solicitada por tanta juventud, es indudable que desde el punto de vista abstracto no es bonita; ahora bien, colocadas en el medio actual, en nuestro ambiente (cinematográfico por excelencia), nos hemos habituado a ella y expresa en cierto modo una característica femenina, cual es la redondez, la falta de ángulos y quizá tratemos de buscar la feminidad por este lado, ya que la vamos perdiendo por otro. Antes, me refiero desde el punto de vista del hombre, cuando las mujeres eran femeninas en todas sus manifestaciones, el hecho de que la nariz fuera griega y atractiva, nada influía porque la feminidad de la mujer estaba acreditada y asegurada por todas las demás facetas. Pero, repito, desde el momento en que la mujer ha perdido parte de estos atributos (con derecho, que duda cabe, y con éxito también) y se ha apropiado y se ha igualado socialmente al hombre en muchos aspectos profesionales, jurídicos, etc., como que Dios puso a la mujer para atraer al hombre para la continuidad de la especie, la mujer tiene que reservarse atributos de feminidad, de "debilidad"

para atraer al "sexo" fuerte y quizá esta expresión de nariz pequeña, respingona no acentuada, sea una manifestación del actual concepto de la feminidad que se adhiere a la fisonomía, a ciertos rasgos fisonómicos, ya que no puede referirse a otros rasgos o caracteres más profundos, que, repito, se han igualado con el hombre (hasta el extremo de llegar a lo que los americanos llaman el fifti-fifti), en muchos aspectos de la vida moderna.

La rinoplastia estética puede ser requerida bien por defecto, bien por exceso. Cuando es requerida por defecto, puede serlo por defectos congénitos, traumáticos o infecciosos, que han dejado secuelas de esta índole; hay que considerar que la colocación de un cuerpo extraño siempre, podríamos decir, es en cierto modo menos satisfactoria que la colocación de material autógeno. Ahora bien, si el defecto es pequeño, nosotros creemos que puede solucionarse con los mismos elementos que hay en la nariz. Si es algo mayor, pero no exageradamente, complementándolo bien con hueso conservado de otros pacientes o con cartílago del menisco, técnica que propusimos ya en el año 1952. Pero cuando se trata de casos ya más importantes con defectos prácticamente totales del esqueleto nasal, entonces no existe otro remedio o solución a nuestro modo de ver, que el empleo autógeno de cresta ilíaca. La cresta ilíaca tiene una vi-

talidad enorme, sigue viviendo en la mayoría de los casos al ser trasplantada y por tanto, resiste muy bien a la infección, permitiendo incluso más adelante, remodelar ciertos casos en los que no se ha sido muy exacto tras el primer tiempo operatorio. Además, en la zona dadora, respetando la misma espina de la cresta ilíaca, la espina ilíaca anterior, no interesándola, repito, se pueden obtener grandes porciones de hueso ilíaco sin que haya deformidad morfológica subsiguiente en esta región de la cadera que marca la cintura (fig 7).

En cuanto a las reparaciones por exceso, hay que distinguir entre las reparaciones por exceso parcial, bien sea de la punta, bien sea del dorso o caballete de la nariz; o bien cuando estas demandas de intervenciones por exceso, se refieren a la totalidad de la nariz. En general, diremos que salvo raras excepciones, siempre hay que efectuar un retoque en todas las partes constituyentes de la nariz. En ciertos casos, el retoque de la punta o de los cartílagos de la misma será pequeño en comparación con la gran extirpación osteocartilaginosa. En otros casos, el retoque de la punta será mayor en comparación con la pequeña o casi nula extirpación ósea, pero siempre conviene "proporcionar" la nariz. En ocasiones nos piden que nos limitemos a la reparación de la punta por ser cartílagos excesivamente grandes, sin

darse cuenta de que una vez arreglada la punta aparecerá y se verá una nariz muy ancha, una nariz de base ósea amplia, cuya amplitud, cuya anchura no se percibía antes, dado que pasaba a segundo término por ser la punta la más exagerada. Por tanto, hay que valorar bien todos los aspectos y no hay que dejarse influenciar exclusivamente por la demanda del cliente.

Así pues, aquí presentamos una serie de casos con unos esquemas que a "grosso modo" nos informan de lo que debe hacerse para corregir la anchura de la nariz, para corregir la altura del caballete y para estrechar la base del mismo. En muchas ocasiones el éxito de una reparación nasal depende asimismo de todo el perfil de la cara; por tanto, siempre que el mentón sea pequeño, sea retraído o incluso en casos en que preoperatoriamente no lo parezca demasiado, nosotros creemos que debe ser rellenado, aumentando con el mismo hueso nasal extirpado. Todo se hace por vía mucosa, o sea, que no se efectúan cicatrices externas, y por tanto creemos que la profiloplastia, como le llama AUFRICHT, o sea, la reconstrucción nasal y el mentón simultáneamente, debe hacerse al menos en un 50 % de los casos que se nos presentan (figs. 8 y 9).

Cuando las aletas son excesivamente amplias, preferimos esperar a un segundo tiempo para reducir



Fig. núm. 7



Fig. núm. 8



Fig. núm. 9

las mismas por vía externa; espera que nos convence en muchos casos de la no necesidad de efectuarla y es por eso y además por no interferir la circulación de la misma punta, por lo que preferimos diferir la posible reducción de dichas alas por vía externa. El éxito de la reparación nasal se logra en un

80 % a los 15 días o antes del mes aproximadamente y el otro 20 % es muy personal y depende en cada caso de las características propias de la piel, etc. No obstante, creemos que la evolución hacia la normalidad, hacia la naturalización de la nariz, tarda como promedio un año, desde el momento operatorio.