

Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Comandante Manuel Fajardo"

Defectos del dorso nasal tratados con injerto autólogo

Dr. Ángel Soto Fernández,¹ Dr. Anselmo López Rodríguez² y Dra. Elina Muñiz Manzano¹

La nariz en silla de montar consiste en una depresión parcial o total del dorso nasal que puede ser congénita o adquirida, provocada por trauma, infección o neoplasia.^{1,2} La más frecuente es la producida por trauma no reciente o complicaciones de la septoplastia. Esta deformidad afecta la estética del paciente, influye negativamente en su estado psicológico e interfiere su vida social.³⁻⁸

En cuanto al tratamiento, existen diversas experiencias y opiniones sobre los injertos.⁸ Los injertos homólogos y heterólogos de cartílagos utilizados al inicio generaban reacciones inmunológicas, con el consecuente rechazo, así como las resinas de acrílicos y siliconas,^{9,10} lo cual hemos confirmado con nuestra propia experiencia, debido al poco tejido y vascularización existente entre la piel del dorso nasal y el tejido subyacente.

Métodos

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital "Comandante Manuel Fajardo". Se operaron 10 pacientes que presentaban defectos del dorso nasal, utilizándose injerto óseo o cartilaginoso.

Se consideró defecto grande aquel donde la depresión era de 4 mm o más, y pequeño menor que esta cifra. En los defectos grandes, se colocó injerto óseo de cresta ilíaca en forma de L apoyada en la espina nasal anterior y huesos propios, todo por técnica a cielo abierto. En el defecto pequeño se utilizó cartílago del pabellón auricular.

Resultados

En la tabla se muestra los 10 pacientes operados, de ellos 7 masculinos y 3 femeninos, con un promedio de edad 28 años, y predominio de la raza blanca.

Tabla. Pacientes operados según edad, sexo, raza, así como defecto, injerto, evolución y tiempo de operados.

No.	Edad	Sexo	Raza	Etiología		Defecto		Injerto		Evolución	Tiempo de operado (años)
				Cong.	Adq.	Grande	Pequeño	Óseo	Cart.		
1	27	M	M	x		x		x		Satisf.	8

2	29	M	B		x	x		x	Satisf.	7	
3	28	M	B	x			x		x	Satisf.	5
4	32	M	N		x	x		x	Satisf.	8	
5	34	M	B		x	x		x	Satisf.	10	
6	22	M	N		x	x		x	Satisf.	9	
7	23	F	N	x		x		x	Satisf.	10	
8	34	M	M		x	x		x	Satisf.	7	
9	28	F	B		x	x		x	Satisf.	10	
10	30	F	M		x	x		x	Satisf.	9	

Cong.: congénito; Adq.: adquirido; Cart.: cartilaginoso.

El defecto adquirido fue el más frecuente; el defecto grande fue el que más se presentó en los casos escogidos. Se colocó en 9 de ellos injerto óseo y en 1 solamente cartílago. La evolución fue satisfactoria en todos los casos, ya que no hubo rechazo del injerto, en un período de evolución promedio de 10 años.

Discusión

El injerto autólogo es el ideal para el tratamiento de los defectos del dorso nasal, que puede ser óseo o cartilaginoso. Los 9 casos operados con injerto de hueso ilíaco en forma de L apoyado en los huesos propios y espina nasal mediante la técnica a cielo abierto resultaron estética y funcionalmente favorables.^{1,10}

En un promedio de 10 años se han evaluado estos casos operados, y no se ha presentado reabsorción ni distorsión evidente. En el caso del defecto pequeño en que se utilizó cartílago, se obtuvo una evolución similar. En todos los pacientes se observaron resultados satisfactorio estética y psicológicamente a lo largo del tiempo.

Referencias bibliográficas

1. Uchida M, Kojima T, Hirase Y. Secondary correction of the bilateral cleft lip nose by excision of the columellar hooked flap and nasal remodelling with reverse-U flaps: a preliminary report. *Br J Plast Surg* 1994;47(7):490-4.
2. Adamson PA, Morrow TA. Soft tissue rhinoplasty. *J Otolaryngol* 1994;23(5):335-43.
3. Ramstad T, Bretteville G. Nasal stenosis after operations on the nose: expansion and subsequent maintenance of the nasal airway. Case report. *Scnd J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1994;28(3):235-8.
4. Conessa C, Tomasi M, Charpentier P, Salgas P. La depose du cartilage septal dans les vez devies traumatiques. Techniques - resultats. Removal and traumatic

- injuries, causing deviation. Technique-results. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1994;113(3):132-40.
5. Gubisch W. The extracorporeal septum plasty: a technique to correct difficult nasal deformities. *Plast Reconstr Surg* 1995;95(4):672-82.
 6. Dupoirieux L, Siciliano S, Savastano G, Souyris F. Interesse del trapianto autologo d'osso parietale bone graft in posttraumatic rhinoplasty. *Minerva Stomatol* 1994;43(11):507-12.
 7. Costa D, Orlando A, Di Mascio D. An expansible splint for treatment of nostril stenosis. *Ann Plast Surg* 1995;34(2):197-200.
 8. Browne JD. The midfacial degloving procedure for nasal, sinus and nasopharyngeal tumos. *Otolaryngol Clin North Am* 2001;34(6):1095-104.
 9. Thomassin JM, Paris J, Richard Vitton T. Management and aesthetic results of support grafts in saddle nose surgery. *Aesthetic Plast Surg* 2001;25(5):332-7.
 10. Gallent IM, Pons MR, Drever M. Vertical scar mastopexy with an Implant. *Famol Plast Surg* 2003;19(3):275-68.

Recibido: 19 de octubre de 2004. Aprobado: 5 de enero de 2005.

Dr. *Ángel Soto Fernández*. Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Comandante Manuel Fajardo". Calle D entre 29 y Zapata, municipio Plaza.

¹ **Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.**

² **Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Facultad de Estomatología. ISCM-H.**