

Punto interdomal en técnica cerrada

Interdomal suture in closed approach

Roberto Arias A¹, Leandro Rodríguez H¹, Mónica Rojas O², Mariana Bogado C¹.

RESUMEN

El manejo de la punta nasal es un elemento clave en toda rinoplastia. Las primeras técnicas empleadas sacrificaban la estructura del arco alar con resultados posoperatorios indeseables. En la era moderna de la rinoplastia, el manejo de la punta nasal se enfocó en remodelar, preservar y reposicionar los cartilagos alares mediante el uso de suturas. El punto interdomal es una sutura en forma de ocho o loop simple desde la porción más anterior de un domo hacia el contralateral uniendo la región más alta de las cruras mediales. En el presente artículo se realiza una revisión del uso de puntos de suturas en el manejo de la punta nasal, se describen las características del punto interdomal en técnica cerrada y se muestran sus resultados en una serie de casos.

Palabras clave: Punta nasal, puntos de sutura, punto interdomal en técnica cerrada.

ABSTRACT

The nasal tip surgery is a key element in rhinoplasty. The first techniques employed sacrificed the alar arch structure with undesirable postoperative results. In the modern era of rhinoplasty, nasal tip surgery focused on reshaping, preserving and repositioning the alar cartilages using reversible sutures. The interdomal suture is a figure-eight or simple loop suture placed from the most anterior portion of one dome to the contralateral joining the highest region of the medial crura. This article reviews the use of suture techniques in nasal tip reshaping and describes the interdomal suture in closed approach and its results in a clinical series.

Key words: Nasal tip, suture techniques, interdomal suture in closed approach.

¹ Médicos Servicio de Otorrinolaringología, Hospital del Salvador.

² Médico Cirujano Hospital del Salvador.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la punta nasal siempre ha sido considerado un elemento clave para una rinoplastía exitosa, siendo sus objetivos principales crear una punta más angosta y más definida¹⁻³. Ya a inicios del siglo XX Fomon declaró "quien domina la punta nasal, domina la rinoplastía", afirmación que sigue siendo válida hoy en día⁴.

Lograr un aspecto natural de la punta nasal es una tarea compleja y requiere que el cirujano realice un enfoque tridimensional de la anatomía de la nariz, teniendo siempre en consideración la forma y posición de la punta nasal, el grosor y tipo de piel, la calidad de los cartílagos y la etnia del paciente⁵.

HISTORIA

Las primeras técnicas en rinoplastía empleadas para el manejo de la punta nasal se centraban en un principio básico: Sacrificar la integridad de la crura lateral para aumentar la crura medial y así ganar proyección y altura en la punta. No obstante, el problema principal de estas técnicas con resección excesiva de cartílago es su irreversibilidad al perturbar la integridad estructural del arco alar. Además los resultados posoperatorios suelen ser indeseables y poco predecibles, ya que reducen el apoyo intrínseco de la punta nasal, disminuyen la proyección de la punta, debilitan los cartílagos alares y favorecen la retracción cicatricial^{1,4,6,7}.

Es por esto que en la era moderna de la rinoplastía se dio paso a un cambio en el manejo de la punta nasal. Su filosofía se centra en la remodelación, preservación y reposición de los cartílagos alares existentes mediante el uso de suturas sin necesidad de reseca tejido⁶⁻⁹ en pacientes debidamente seleccionados.

Dentro de las ventajas que tiene el uso de puntos de suturas para modificar la punta nasal, por sobre las técnicas antes empleadas, destaca su carácter reversible, el ser técnicas que preservan la anatomía y estructuras del arco alar, que permiten aumentar los mecanismos de soporte de la punta nasal y que además presentan resultados posoperatorios más predecibles basados en el sitio de localización de la sutura^{9,10}.

Actualmente existen diversos puntos de sutura para modificar la punta nasal entre los cuales se encuentra la sutura Interdomal^{6,10}.

DOMOS NASALES

Los domos nasales corresponden a la zona de transición entre la crura medial y la crura lateral conformando la región más proyectada de la punta nasal.

MEDIDAS ANATÓMICAS DE LA PUNTA NASAL

Algunas medidas que debemos conocer para manejar la punta nasal son: La distancia interdomal que no debe superar los 8 a 10 mm para que la punta no pierda definición. Esta distancia está regida por el ángulo de divergencia interdomal que no debe ser mayor a 30°¹¹. El ángulo de definición domal debe ser cercano a los 90° y el arco domal debe ser igual o menor de 4 mm^{1,11} (Figura 1).

PUNTO INTERDOMAL CLÁSICO

Jaques Joseph, el padre de la rinoplastía moderna, describió este punto por primera vez en 1931^{6,13}. Este punto consiste en una sutura en forma de 8 o *loop* simple que va desde la porción

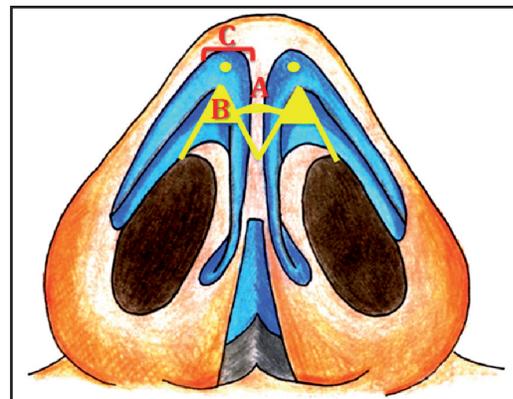


Figura 1. A: ángulo de divergencia interdomal $\leq 30^\circ$. B: ángulo de definición domal 90° . C: arco domal ≤ 4 mm^{9,11,12}.

más anterior de un domo hacia el domo contralateral, uniendo la parte más alta de las cruras mediales^{10,14}.

De acuerdo a diversos autores, los objetivos que busca alcanzar el punto interdomal son acortar la distancia entre los domos, angostar la punta, aumentar el largo y volumen de los lóbulos y mejorar la proyección de la punta nasal^{6,10,14-16}. Su uso estaría indicado en casos donde existe un aumento en el ángulo de divergencia interdomal, pero con una buena conservación de la anatomía de los domos¹⁰.

DESCRIPCIÓN DE LA VARIANTE DEL PUNTO INTERDOMAL PARA TÉCNICA CERRADA

Para el abordaje cerrado el punto interdomal consiste en pasar una sutura a través de la región cefálica del cartilago alar inferior a 3 ó 4 mm. por sobre el borde superior de la incisión caudal transfixiante del septum nasal en la región supradomal (Figuras 2, 3 y 4).

Si la punta nasal es muy ancha se colocará otro punto en el mismo borde cefálico de la crura lateral a 8 mm, en la región supradomal, a partir del borde superior de la incisión caudal lográndose con esto disminuir aún más el ancho de la punta nasal (Figura 5).

Generalmente se coloca un punto a 4 mm y otro a 8 mm siempre considerando las características de cada nariz, por esto debe presentarse la sutura para ver cuánto se angosta el domo previo a su ubicación definitiva (Figuras 6 y 7).

Posteriormente se anuda el punto en la región central aproximando ambos bordes, lográndose así disminuir la distancia interdomal (Figuras 7 y 8). Luego el punto que está a 4 mm se sutura y se corta. Posteriormente el que está a 8 mm se sutura y se tracciona fijándolo al septum cartilaginoso en su borde dorsal con lo cual se logra proyectar la punta nasal en la posición que queremos (Figura 9).

Siempre debemos considerar el uso de técnicas auxiliares que permitan mantener los cambios como la sutura del septum a las cruras medias y, aquellos pacientes que necesitan mayores cambios, puede dejarse un poste evitando la desproyección nasal a largo plazo.

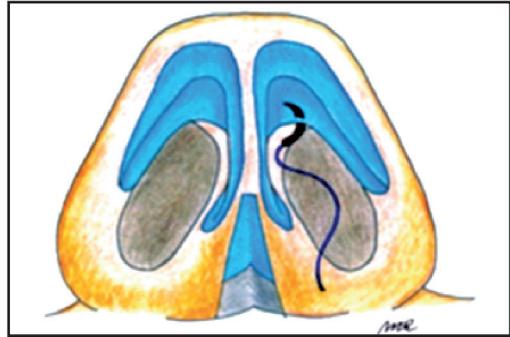


Figura 2.

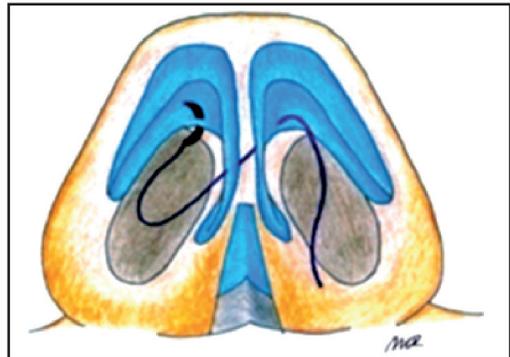


Figura 3.

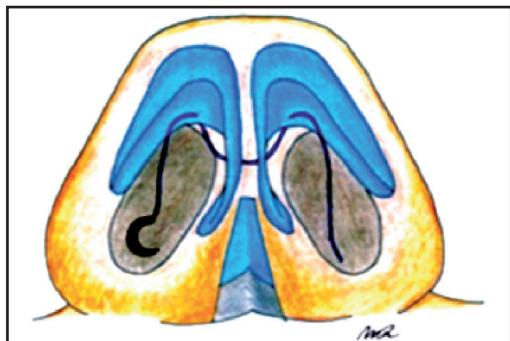


Figura 4.

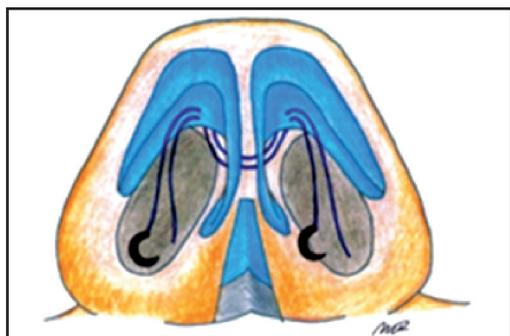


Figura 5.

El punto interdomal debe realizarse dos veces, especialmente en narices globosas, para asegurar el resultado y prevenir la deformación que podría producirse frente a un desgarramiento de los cartílagos.

EXPERIENCIA CLÍNICA

En un período de 3 años, a 102 pacientes se les realizó una rinoplastia con abordaje cerrado y con

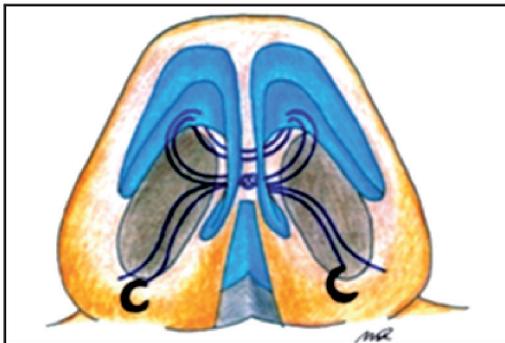


Figura 6.

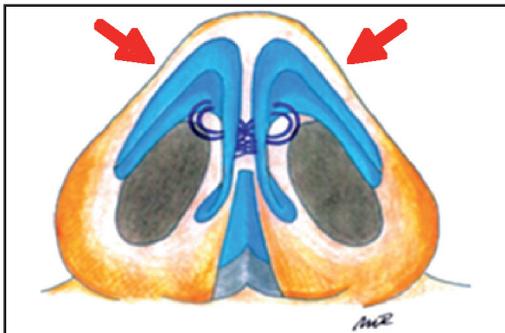


Figura 7.

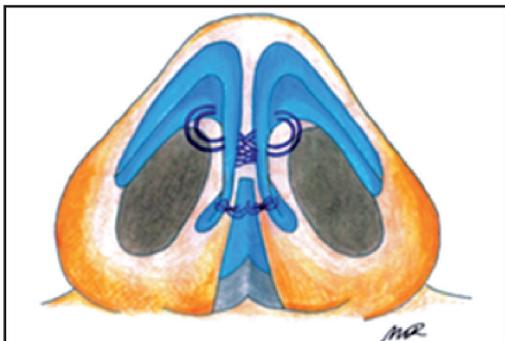


Figura 8.

manejo de la punta nasal mediante el uso del punto interdomal modificado anclado al septum nasal.

Los pacientes seleccionados para este tipo de cirugía fueron elegidos por el cirujano cumpliendo dos características principales: no presentar grandes alteraciones anatómicas y tener una punta nasal desproyectada.

Definir con más detalle y exactitud el tipo de paciente seleccionado es difícil, ya que la rinoplastia lleva implícito un tercio de habilidad, un tercio de conocimiento y un tercio de arte siendo este último un aspecto subjetivo que se adquiere y maneja con la experiencia y teniendo como objetivo final la armonía facial.

Sabemos que no es posible solucionar todas las deformaciones nasales con un solo punto de sutura, por esto siempre que fue necesario se complementó con técnicas coadyuvantes para lograr y mantener los cambios de las estructuras modificadas. Por ejemplo reseca el borde cefálico del cartílago alar, tira superior del cartílago cuadrangular, punto de fijación del septum nasal a las cruras mediales o la colocación de un vástago en la columela. Este último se posiciona por vía cerrada mediante un bolsillo retrocolumelar en pacientes con puntas nasales muy desproyectadas.

Con la variante de la sutura interdomal descrita se consiguió, en la mayoría de los casos, acortar

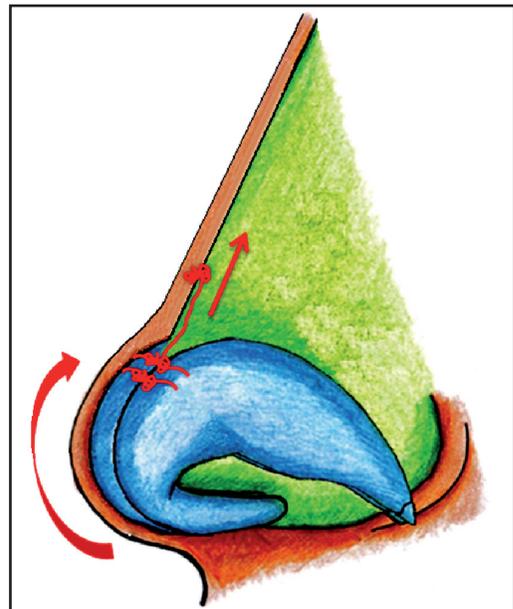


Figura 9.

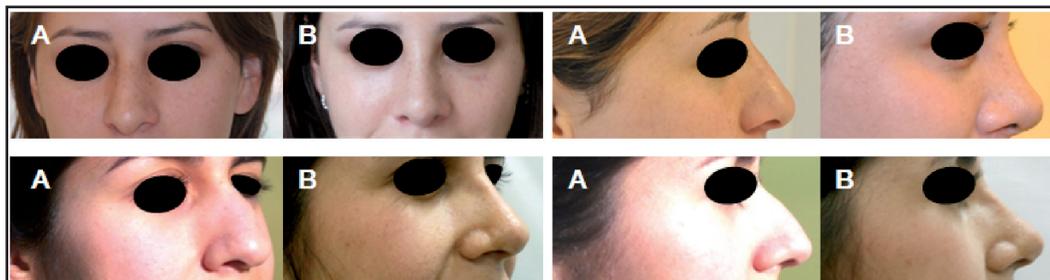


Figura 10. Fotografías del pre (A) y posoperatorio (B) de pacientes en quienes se modificó la punta nasal mediante la variante del punto interdomal.

la distancia interdomal para disminuir el ancho nasal y mejorar la proyección de la punta nasal, fundamentalmente gracias a la sutura al septum nasal (Figura 10).

DISCUSIÓN

Hoy en día el uso de puntos de sutura reversibles para el manejo de la punta nasal es una alternativa real a las técnicas resectivas inicialmente empleadas. Su beneficio reside en que permiten modificar la punta nasal sin perturbar las estructuras de soporte de la nariz, alcanzando resultados posoperatorios más predecibles y permanentes en el tiempo.

La variante del punto interdomal para técnica cerrada permite disminuir la distancia entre los domos, angostar y mejorar la proyección de la punta nasal, alcanzando objetivos similares a los descritos para la sutura en el abordaje abierto. Al realizar puntos de fijación al septum cartilaginoso se logra proyectar mejor la punta nasal, permitiendo mantener las modificaciones realizadas en el tiempo. Además al efectuar dos puntos interdomales contiguos, en vez de uno sólo, se disminuye la probabilidad de desgarro de los cartílagos alares, siendo esto fundamental para mantener la nueva estructura de los domos a largo plazo.

CONCLUSIÓN

Toda rinoplastia que requiera del manejo de la punta nasal debe tener una evaluación preoperatoria exhaustiva para definir el tipo de técnica y

sutura a emplear. Mediante la técnica quirúrgica elegida, idealmente se deben modificar y reposicionar los cartílagos alares resecando la menor cantidad de tejido y así preservar las estructuras de soporte de la punta nasal.

Con la variante descrita del punto interdomal para técnica cerrada se logra un aspecto natural de la nariz, con una buena proyección y rotación de la punta nasal, pero sin alterar la estabilidad del arco alar.

BIBLIOGRAFÍA

1. TORIUMI DM. New Concepts in Nasal Tip Contouring. *Arch Facial Plast Surg* 2006; 8(3): 156-85.
2. CÁRDENAS L, GUERRERO M. Improving Nasal Tip Projection and Definition Using interdomal Sutures and Open Approach without Transcolumellar Incision. *Aesth Plast Surg* 2002; 26: 161-6.
3. EISENMANN-KLEIN M, NEUHANN-LORENZ C. Innovations in Plastic and Aesthetic Surgery 2008. Chapter 34: Refinements in Nasal Tip Surgery, págs. 296-300.
4. VUYK HD. Suture Tip Plasty. *Rhinology* 1995; 33(1): 30-8.
5. PEDROZA F. A 20-Year Review of the New Domes Technique for Refining the Drooping Nasal Tip. *Arch Facial Plast Surg* 2002; vol 4: 157-63.
6. RA, GHAVAMI A, GUYURON B. Nasal Tip Sutures Part I: The Evolution. *Behmand Plast Reconstr Surg* 2003; 112(4): 1125-9; discussion 1146-9.
7. NASSIF FILHO A, ROMANO G, BRAGA D, GAMBETA S, Franceschi E. Nasal Tip Narrowing: Minimally Invasive Suture Technique for Thick Nose Tip.

- Intl Arch Otorhinolaryngol* 2011; vol 15, nº3: 302-7.
8. CORRADO A, BLOOM J, BECKER D. Domal Stabilization Suture in Tip Rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg* 2009; 11(3): 194-7.
 9. LEACH JL, ATHRE RS. Four Suture Tip Rhinoplasty: A Powerful Tool For Controlling Tip Dynamics. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 135(2): 227-31.
 10. GUYURON B, BEHMAND RA. Nasal Tip Sutures Part II: The Interplays. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112(4): 1130-45; discussion 1146-9.
 11. ROHRICH R, ADAMS W JR. The Boxy Nasal Tip: Classification and Management Based on Alar Cartilage Suturing Techniques. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(7): 1849-63; discussion 1864-8.
 12. PASINATO R, MOCELIN M, SARRAF C. Nose Tip Refinement Using Interdomal Suture in Caucasian Nose. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2012; 16(3): 391-5.
 13. EMMERICH M, EMMERICH E. Historia de la Rinoplastía Estética. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2001; 61: vol 3.
 14. GUYURON B. Bahman Guyuron Rhinoplasty 2012. Chapter 6 Tip Suture: Interdomal Suture, pág. 143.
 15. GRUBER R, CHANG E, BUCHANAN E. Suture Techniques in Rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 2010; 37(2): 231-43.
 16. GHAVAMI A, JANIS J, ACIKEL C, ROHRICH R. Tip Shaping in Primary Rhinoplasty: An Algorithmic Approach. *Plast Reconstr Surg* 2008; 122(4): 1229-41.