

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA VOL . 1



AUTORES:

Humberto Bravo Jiménez
Felipe Antonio Larrea Lara
Bryan Martín Morales Morales
Patrick Manuel Garcés Alcivar
Juan Sebastián Merino Arias
Fernando Alexander Enríquez Guerrero

**Guía de Procedimientos en Cirugía Plástica
Reconstructiva Vol. 1**

Guía de Procedimientos en Cirugía Plástica Reconstructiva

Vol. 1

Humberto Bravo Jiménez

Felipe Antonio Larrea Lara

Bryan Martín Morales Morales

Patrick Manuel Garcés Alcivar

Juan Sebastián Merino Arias

Fernando Alexander Enríquez Guerrero

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-627-93-3

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-627-93-3>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Agosto 2023

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	4
Prólogo	5
Mamoplastia	6
Humberto Bravo Jiménez	6
Blefaroplastia	28
Felipe Antonio Larrea Lara	28
Liposucción con Transferencia	50
Bryan Martín Morales Morales	50
Otoplastia	70
Patrick Manuel Garcés Alcivar	70
Labio Leporino	87
Juan Sebastián Merino Arias	87
Rinoplastia	103
Fernando Alexander Enríquez Guerrero	103

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Mamoplastia

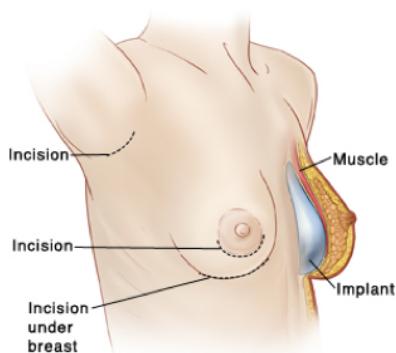
Humberto Bravo Jiménez

Médico Cirujano y Partero por la Universidad de
Guadalajara

Médico Residente de Tercer Año en Cirugía
General

La mamoplastia de aumento se define como un procedimiento mediante el cual se aumenta el tamaño de los senos, a través de la introducción de un implante o prótesis. Esta cirugía se lleva a cabo mayormente por una necesidad de satisfacción de la percepción corporal y una mejora de la autoestima en la mayoría de los casos.(1)

Imagen 1 Sitios de incisión



1. Cirugía de implante mamario Available from: <https://www.fairview.org/patient-education/41006>

Indicaciones

Se pueden mencionar:

Amastia: (ausencia total de mama: glándula-areola-pezones con o sin defectos del músculo pectoral).

Aplasia: (ausencia de glándula con presencia de areola y pezón, unilateral con defectos de pared).

Asimetrías: (primarias, congénitas, secundarias, traumáticas).

Hipomastia: (mama pequeña / disminución del volumen celular-hipoplasia o disminución del volumen de la glándula-hipotrofia).

Consulta Inicial

Se inicia mediante la anamnesis y el examen físico.

La anamnesis: busca indagar antecedentes personales y generales contestando preguntas abiertas acerca de las metas y las expectativas que la paciente tiene frente al procedimiento y los resultados esperados.

El médico debe tener una impresión de la paciente como una persona bien informada, psiquiátricamente estable con expectativas realistas y adecuada al procedimiento pudiendo de esta manera pronosticar la evolución y conformidad de dicha paciente (4).

El examen físico: permite conjugar la observación objetiva del médico con la percepción del paciente, permitiendo estimar el posible grado de conformidad del posoperatorio.

Mediante la inspección se evaluarán asimetrías y presencia de cicatrices. La palpación glandular y muscular permitirá determinar además sensibilidad entre dos puntos.

Adicionalmente se evaluará bilateralmente puntos de referencia (5).

- Distancia Horquilla esternal/Complejo areola pezón (CAP): 19-21 cm.
- Distancia medioclavicular / CAP: 19-21 cm
- Distancia CAP/Surco submamario: 7-8 cm
- Diámetro areolar: 3,5-4,5 cm
- CAP/ medio esternal: 9-11 cm
- CAP / Línea axilar media: 9-11 cm.

Con la inclusión de fotos en el preoperatorio en la valoración objetiva (frente, perfil y 3/4), se podrá establecer un patrón comparativo en el posoperatorio (6).

Para la valoración, se revisa a la paciente de pie, haciendo énfasis en la simetría anatómica, presencia de tumoraciones y grado de ptosis.

Posteriormente se indaga como desea ver el escote, mediante compresión y elevación de la glándula desde el cuadrante ínfero externo hacia el supero interno, permitiendo identificar las características del bolsillo donde alojará al implante (7).

Consideraciones a tener en cuenta

Tamaño y forma mamaria

El objetivo planteado acorde podría oscilar entre un rango promedio para implantes de 180 a 400 cc, según el diámetro final mamario planeado. La prueba de pinzamiento complementa la evaluación para la escogencia del tipo de bolsillo, ya que si el grosor del pinzamiento es menor de 2 cm, la elección es submuscular, si por el contrario es de 2-4 cm, subfascial y si es mayor de 4 cm, subglandular (8) (Figura 2).

Presencia de Cicatrices

Se deben evitar cicatrices visibles, prefiriendo zonas a nivel del pliegue inframamario o axilar. El tipo de incisión que se elegirá para la colocación del implante en areolas menores de 2 cm probablemente sea bajo un abordaje axilar o inframamario para cualquier tamaño de implante. Si la areola es de 2-4 cm generalmente se podrá colocar un implante de 260-375 cc (10).

Consideraciones Oncológicas

Las preocupaciones en relación con el Cáncer en pacientes con mamoplastía de aumento, se enfocan hacia la seguridad de los implantes y si pueden enmascarar o interferir en el seguimiento imagenológico. Si bien la silicona no es carcinogénica, no se ha asociado a un incremento en la incidencia de Cáncer de mama, las técnicas de imagenología permiten una mejor visualización con implante subpectoral (11).

Sensibilidad

La sensibilidad de la mama y el pezón usualmente no están afectadas de manera permanente debido a que las

ramas nerviosas son estiradas más no divididas. Tras semanas o meses, las parestesias y disestesias pueden acompañar el retorno de la sensibilidad. El tamaño y diámetro del implante mamario, parecen ser directamente proporcionales a la disminución de la sensibilidad (8,12).

Embarazo y Lactancia

Se sabe que el potencial para la lactancia no se encuentra comprometido por el implante, especialmente si se evitan las incisiones dentro del parénquima mamario y cuando los implantes son colocados subpectoriales. Por lo general las recomendaciones para someterse a un aumento mamario es de 6 meses poslactancia y al menos 6 meses después para embarazarse (13).

Selección del implante

Existen diversos métodos de predicción del volumen y escogencia del implante sin predominio de una u otra técnica. El método se objetiva según cada paciente.

Métodos de predicción del volumen mamario

Hasta el momento ha sido imposible pesar la mama de manera segura y efectiva, sin embargo se ha intentado determinar su volumen mediante diferentes métodos:

- **Método de medición de la mama, tamaño de brasier, predicción por volúmenes, predicción por simulación 3D, apreciación visual, método de medición de la mama:** Conway-Bouman-Lalardrie-Westrich (14).
- **Tamaño del Brasier:** Se basa en dos medidas: Talla y copa.
- **Predicción por volúmenes:** El uso de símil implante o probador.
- **Métodos de medición del volumen. Método de Ramírez:** Mediante un molde de yeso que comprende la pared anterior del tórax y la mama, se estima peso específico de los tejidos obteniéndose cifras de entre 360-390cc con un promedio de 375cc (15).
- **Método Romero:** Se toman mediciones con un anillo metálico y el volumen calculado mediante papel metálico.

- **Predicción por simulación 3D:** Se encuentran simulaciones 3D (16).

-

Estudios Prequirúrgicos

Los estudios básicos para este tipo de procedimiento incluyen (17):

- Análisis de sangre (hemograma, crasis, creatininemia, uremia, ionograma y glucemia).
- Evaluación cardiológica y electrocardiograma.
- Ecografía Mamaria.
- Radiografía de tórax.

Implantes y tipos

Los implantes en la actualidad son de silicona rellenos de gel altamente cohesivos y su cobertura externa conserva las siguientes características (18)

- Texturizada.
- Lisa .
- Poliuretano (como ventaja la baja incidencia de contractura capsular) (19).

Según la forma pueden subdividirse:

- Redondas.
- Anatómicas.
-

Las prótesis lisas tienen un índice más alto de contractura capsular incrementándose este porcentaje si son de gel de silicona, así mismo, esta cobertura se fija menos al bolsillo pudiendo rotar dentro de él.

Las texturizadas tienen un mayor índice de seroma en posición retromuscular, mientras que las de poliuretano están en desuso por provocar reacciones inflamatorias, siendo difíciles de colocar y retirar.

Material de relleno

- Prótesis inyectables rellenas con solución salina, con cobertura de silicona.
 - *Ventajas:* incisión en vía de acceso más pequeña con material inocuo. Bueno para corregir asimetrías y aprobado por la FDA (20).
 - *Inconvenientes:* mayor porcentaje de rotura, menos predecibles a medio y largo plazo ya que

la membrana de la prótesis es semi-permeable y se puede producir una pérdida de parte del volumen inicial. Son más pesadas generando más ptosis.

Con prótesis redondas, puede producirse un colapso del polo superior lo que podría favorecer la creación de poros y rupturas. La formación de pliegues favorece la fricción y desgaste de las prótesis con la consiguiente rotura de la cobertura.

- Prótesis rellenas de gel cohesivo de silicona.
- *Ventajas:* son de elección en mamas que se sitúan en el espacio subglandular con un índice muy bajo de rotura.
- *Inconvenientes:* cicatriz más grande, no autorizadas por la FDA.

Estructura de la Silicona

La silicona es un elemento sólido identificado con el número atómico 14 de la tabla periódica y número de masa 28.

La silicona es un polímero orgánico integrado por monómeros de dimetilsiloxano, según el grado de polimerización y de ramificación adopta diferentes estados físicos:

- Líquido oleoso (cadenas lineales).
- Gelatinoso (Polímeros ramificados).
- Sólido (Cadenas largas modificadas por temperatura) (21).

Forma

- Redondas con distintos perfiles
 - Si la distancia entre la horquilla esternal y el pezón es menor a 17cm se usa un implante de perfil bajo.
 - Entre 17 a 21 perfil medio.
 - Mayor a 21 perfil alto.
- Anatómicas para reconstrucción y mastoplastia de aumento.
- Doble implante de Bosch.

Exploración preoperatoria

Se debe conocer las características de la paciente:

- Forma de su tórax.

- Constitución.
- Tamaño de las areolas y forma.
- Colocación de las areolas.
- Asimetrías en cuanto a los hemitórax y alturas de las areolas.
- Expectativas de la paciente.

Día de la cirugía

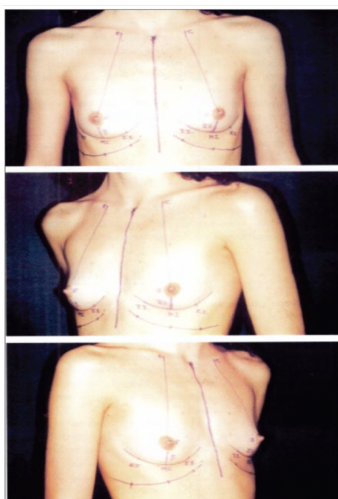
Se inicia marcando la línea media desde el hueco supraesternal hasta el apéndice xifoides con un marcador violeta de genciana, posteriormente se realizan dos líneas paralelas a cada lado de la línea media de 1-1,2cm de ancho, que es el área respetada para evitar una sinmastia. Luego se traza una línea transversal superior que une el pliegue superior y más anterior de la línea axilar anterior, demarcando la máxima disección superior.

Tomándose esa línea de referencia, se traza una línea hacia abajo que marque el borde lateral y se respete la disección para evitar que el implante se lateralice. Se traza el pliegue inframamario natural u original y se toma la distancia del CAP hacia el pliegue.

Es frecuente que las pacientes núbiles tengan esta distancia a 4 cm y las que ya amamantaron esté a 4,5 a 5 cm. Si el implante que se va a colocar es menor de 350cc, se procura dejar a 5 cm, pero si es mayor de 375-430 cc se procura dejar de 5-6 cm (22).

Luego se asegura una vía venosa periférica para administrar el antibiótico preoperatorio, de preferencia una cefalosporina acompañado de un glucocorticoide con la finalidad de contrarrestar la náuseas del posoperatorio.

Marcaje preoperatorio



http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000200010

Dentro de las alternativas anestésicas se pueden considerar:

Anestesia general.

Bloqueo peridural alto.

Anestesia local más sedación.

Objetivos

Aumentar el volumen y la proyección, optimizando la forma y contorno buscado:

El pezón debe estar a 17-19cm de la horquilla esternal.

La areola debe estar a 11-13cm de la línea media y a 5-7cm del surco.

El ecuador de la mama pasa por el pezón.

2/3 del volumen de la mama está por debajo del pezón y 1/3 por encima.

El polo superior debe ser menos notorio que el inferior.

Consentimiento informado

El paciente debe ser mayor de edad, capaz de mantener y comprender mediante una comunicación racional, información adecuada sobre los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento para el procedimiento

propuesto. Las fotografías de la paciente son una forma necesaria de la documentación, lo que requiere permiso y confidencialidad.

Técnica quirúrgica

Existen diversos métodos para el aumento mamario mediante incisiones standard o endoscópicas, dentro de las que cabe mencionar:

Incisión transaxilar.

Incisión submamario.

Incisión periareolar.

Incisión transumbilical.

La incisión transaxilar

Es realizada transversalmente en el hueco de la axila en relación con los pliegues naturales sin sobrepasar el pilar anterior con una longitud aproximada de 3,5-6 cm. Posteriormente se diseca hasta llegar a la intersección del músculo serrato anterior con el pectoral mayor. Se diseca el bolsillo en el plano retropectoral sitio donde alojará la prótesis (23).

El abordaje submamario

Se realiza 1 cm por encima del surco, con una longitud aproximada de 4-7 cm. La incisión se inicia en la proyección longitudinal del borde medial del pezón sobre el surco proyectándose hacia lateral. Ofrece buenos resultados en términos de cicatrices poco visibles (12,22).

La incisión periareolar

Se realiza sobre areolar inferior, desde la hora 3-9 de contorno circular, omega invertida, con una longitud variable según el diámetro areolar. Como ventaja deja una mínima cicatriz, permite buen control de hemostasis y excelente accesibilidad a la mama siendo de elección en mamas ptósicas y tubulares. Como desventaja, se considera de difícil acceso en pacientes con areolas pequeñas (10,12).

La vía abdominal

Se introduce la prótesis a través de una incisión periumbilical de 2 cm, luego se disecciona un túnel que

permitirá la introducción de un expansor para posteriormente colocación de la prótesis.

Existen otros abordajes a mencionar:

- Trasareoloperimamilar.
- Trasareolomamilar.

Planos de ubicación del implante

Existen 4 sitios de ubicación del implante: Plano Subglandular, Plano Submuscular, Plano subfascial y Dual Plane (24).

● Posoperatorio

El retiro del vendaje oclusivo y compresivo se puede realizar en el segundo día iniciándose el uso de faja suspensoria para reposo. Para el tercer día, se realiza curación de la herida y masaje. A las dos semanas aproximadamente (Día 12-14), se realiza el retiro de los puntos.

Al mes de posoperatorio se permite actividad deportiva completa, continuando con sub siguientes controles al 3-6-12 mes.

Complicaciones

Las principales complicaciones a mencionar:

Contractura Capsular, se considera la más frecuente presente entre 1-5% al año posoperatorio. Se define como una cicatriz exagerada que se forma en torno del implante como reacción de cuerpo extraño generando deformidad y dolor.

La migración de la silicona puede ser causante con el paso del tiempo de la aparición de contractura mediante dos mecanismos:

- Exudación de silicona a través de la cápsula.
- Grieta capsular causada por traumatismos (25).

Bibliografía

1. American Society of plastic Surgeon. National Plastic Surgery Statistics Report. 2013.
<http://www.plasticsurgery.org/Documents/news-resources/statistics/2013-statistics/plastic-surgery-statistics-full-report-2013.pdf>
f. [Links]
2. Bondurant S, Ernster V, Herdman R. Safety of Silicone Breast Implants. Institute of Medicine (US) Committee on the Safety of Silicone Breast Implants; Washington (DC): National

- Academies Press (US); 1999.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44792/>. [Links]
3. Pitanguy I, Coiffman F. Tratamiento de las Anomalías de la Glándula Mamaria. Técnicas personales. *Cir Plast Reconstr y Estética*, 1994; 2(411): 3333. [Links]
 4. Phillips K. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatic*, 2005; 46: 317. [Links]
 5. Bostwick III J. *Plastic and Reconstructive Breast Surgery*, Quality Medical Publishing, inc. St Louis, Missouri, 1990; 1: 104. [Links]
 6. Solesio F. Photographic standardization in Plastic and Aesthetic Surgery. *Cir. Plast. Iberolatinoam*, 2009; 35:79-90. [Links]
 7. León R, Zapata R. *Cirugía Plástica de la Mama*. Venezuela: Amolca; 2014. [Links]
 8. Ventura OD. Implantes mamarios en el plano subfascial en reemplazo del bolsillo subglandular: Un cambio lógico. *Cir. Plast. Iberlatinamer.*, Mar 2006; 32:11-15. [Links]
 9. Kube R. *Cirugía Plástica de la Mama*. Venezuela; Amolca; 2014. [Links]
 10. Castillo P. Abordaje areolar en mamoplastía de aumento. *Cir. plást. Iberolatinoam*. 2007; 33(2):91-96. [Links]

11. Handel N. Breast cáncer diagnosis and prognosis in augmentation mammoplasty: An epidemiologic study. *Plast Reconstr Surg*, 1986; 77(3): 361-8. [Links]
12. Mofid MM, Klatsky SA, Singh NK. Areola-pezones compleja sensibilidad después de aumento de mama primario: Una comparación de métodos de incisión periareolar y inframamario., *Plast Surg Reconstr.*, 2006; 117: 1.694. [Links]
13. Arriagada J. Augmenting Mammoplasty. *Rev. Med. Clin. Condes*, 2010; 21(1):107-12. [Links]
14. Westreich M. Anthropomorphic Breast Measurement: Protocol and Results in 50 Women with Aesthetically Perfect Breast and Clinical Application. *Plast Reconstr Surg*, 2007; 100(2): 468-79. [Links]
15. Ramirez ZM. Normal Size and shape of the breast and elaboration of natural pattern. *Aesth. Plast. Surg*, 1978; 2:383. [Links]
16. Roa TT, Romero E. Desarrollo de un software para la predicción del volumen del implante en mamoplastia de aumento, *Cir. Plast. Reconstr Surg*. 2009; 15: 36-41. [Links]
17. Baker J. Augmentation Mammoplasty: Surgery of the breast. In: Spear L, Scott. Lippincott- Raven. Principles and art, 1998; 63:845. [Links]
18. Guridi R, Arriagadas J. Augmenting Mammoplasty. *Rev Med. Clin. Condes*, 2010; 21(1):107-12. [Links]

19. De la Peña-Salcedo JA, et al. Back to the future: A 15-Year Experience with polyurethane Foam- Covered Breast Implants Using the Partial-Subfascial Technique. *Aesthet Plast Surg.* 2012; 36:331-38. [Links]
20. FDA. Regulatory History of Breast Implants in the US. FDA Food Drug Administration 2013. [Links]
21. Kossovsk N. Physiochemical and immunological basis of silicone pathophysiology, *J. Biomater SCL Polimer EDN*, 1995: 101-113. [Links]
22. Spear L. The inframammary approach to augmentation mammoplasty: Surgery of the breast. In: Scott L, Spear. Lippincott-Raven. Principles and Art, 1998; 65:861. [Links]
23. Glyn J. Transaxillary breast augmentation: Surgery of the breast. In: Scott L, Spear. Lippincott-Raven. Principles and Art, 1998; 67(1): 236. [Links]
24. Peña G. Colocación transpectoral superior de implantes mamarios: Relevancia técnica y anatómica. *Cir. Plast. Iberolatinoam.*, 2008; 34(4): 259-66. [Links]
25. Lanza SL, Clasificación de Baker, JL de contractura capsular después de la reconstrucción protésica mama., *Plast Surg Reconstr*, 1995; 96 (5):1119-24.

Blefaroplastia

Felipe Antonio Larrea Lara

Médico por la Universidad Nacional de
Chimborazo - Ecuador

Especialidad en Cirugía Plástica por Rostov
Medical State University - Federación Rusa

Introducción:

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico diseñado para rejuvenecer y mejorar la apariencia de los párpados, tanto superiores como inferiores. A medida que envejecemos, la piel alrededor de los ojos puede volverse laxa y formar pliegues, y las bolsas de grasa pueden acumularse debajo de los párpados, lo que contribuye a una apariencia envejecida y cansada. La blefaroplastia aborda estas preocupaciones estéticas y, en algunos casos, funcionales, para lograr un aspecto más joven y revitalizado.(1)

Definición:

La blefaroplastia, también conocida como cirugía de párpados, es un procedimiento estético que involucra la eliminación del exceso de piel, grasa y, en ocasiones, músculo de los párpados superiores e inferiores. Los objetivos principales de la blefaroplastia son:

- **Rejuvenecimiento Estético:** La blefaroplastia busca rejuvenecer la apariencia de los párpados y el área circundante, eliminando el aspecto de

cansancio y envejecimiento causado por el exceso de piel y las bolsas de grasa.

- **Mejora de la Estética Facial:** Los párpados son una característica prominente en la cara y tienen un impacto significativo en la expresión facial. Al mejorar la apariencia de los párpados, se puede lograr una apariencia facial más fresca y atractiva.
- **Mejora Funcional:** En algunos casos, el exceso de piel en los párpados superiores puede afectar la visión periférica. La blefaroplastia puede mejorar la función visual al corregir esta obstrucción visual.(2)

Importancia Estética y Funcional de los Párpados:

Los párpados tienen un papel crucial tanto en la función visual como en la expresión emocional. La importancia de los párpados se refleja en:

- **Función Visual:** Los párpados protegen los ojos de la luz intensa, el polvo y otros elementos

externos. Además, la correcta posición de los párpados es esencial para una visión periférica clara y sin obstrucciones.

- **Expresión Emocional:** Los párpados contribuyen de manera significativa a la expresión emocional de una persona. Los cambios en los párpados, como las arrugas y las bolsas de grasa, pueden transmitir una apariencia de fatiga o tristeza.
- **Rejuvenecimiento Facial:** Dado que los ojos son una característica prominente de la cara, la mejora de la apariencia de los párpados puede tener un efecto dramático en el rejuvenecimiento facial general.

La blefaroplastia no solo tiene un impacto estético, sino que también puede mejorar la calidad de vida de los pacientes al abordar problemas funcionales y emocionales asociados con el envejecimiento de los párpados. En el siguiente capítulo, exploraremos en detalle las indicaciones y contraindicaciones de la blefaroplastia, así como la evaluación preoperatoria

necesaria para determinar la idoneidad del paciente para el procedimiento.(3)

Anatomía de los Párpados y Periorbita:

La comprensión profunda de la anatomía de los párpados y la región periorbitaria es esencial para llevar a cabo una blefaroplastia exitosa y segura. Esta área contiene una variedad de estructuras delicadas que influyen tanto en la función visual como en la apariencia estética. Conocer estas estructuras y sus relaciones es fundamental para evitar complicaciones y lograr resultados óptimos.(4)

Estructuras Anatómicas Relevantes en los Párpados y Alrededor de los Ojos:

1. **Piel y Músculo Orbicular:** La piel de los párpados es delgada y móvil, y está recubierta por el músculo orbicular, que cierra los párpados. Este músculo es crucial para las expresiones faciales y el parpadeo.
2. **Tejido Subcutáneo y Grasa:** Justo debajo de la piel, se encuentra el tejido subcutáneo que

contiene bolsas de grasa. Estas bolsas son esenciales para la apariencia y la función del área orbital.

3. **Músculo Elevador del Párpado Superior:** Este músculo es responsable de elevar el párpado superior. Su función es fundamental para la visión y la apertura ocular.
4. **Músculo de Müller:** También conocido como el músculo de elevación del párpado superior, trabaja en conjunto con el músculo elevador para mantener el párpado en una posición abierta.
5. **Sistema de Drenaje Lagrimal:** La región periorbitaria incluye los puntos lagrimales y los conductos que drenan las lágrimas hacia la nariz.
6. **Tejido Conectivo y Ligamentos:** Los ligamentos y el tejido conectivo dan soporte a las estructuras circundantes y afectan la apariencia general de los párpados y el contorno orbital.(5)

Consideraciones Anatómicas en la Planificación Quirúrgica:

- A. **Evaluación Preoperatoria:** La evaluación preoperatoria debe incluir un análisis detallado de la anatomía facial del paciente. Esto ayuda a determinar la cantidad y el tipo de tejido que se debe abordar durante la cirugía.
- B. **Conservación de Estructuras Cruciales:** Durante la blefaroplastia, es fundamental preservar las estructuras clave, como los músculos elevadores y el sistema de drenaje lagrimal, para mantener la función y la apariencia natural de los párpados.
- C. **Equilibrio y Simetría:** La comprensión de la anatomía garantiza que se logre un equilibrio y simetría adecuados en ambos lados del rostro.
- D. **Evitar Complicaciones:** El conocimiento profundo de la ubicación de las estructuras evita daños inadvertidos y minimiza el riesgo de complicaciones, como la ectropión (inversión del párpado) o la lagrimación anormal.

- E. **Técnica Personalizada:** La anatomía única de cada paciente influye en la elección de técnicas quirúrgicas y en la planificación individualizada.
- F. **Educación del Paciente:** Explicar la anatomía a los pacientes les ayuda a comprender los cambios que se realizarán y a establecer expectativas realistas sobre los resultados.

El conocimiento de la anatomía de los párpados y la región periorbitaria es fundamental para una blefaroplastia exitosa y segura. (6)

Indicaciones y Contraindicaciones de la Blefaroplastia

Es esencial evaluar cuidadosamente a los pacientes para determinar su idoneidad y minimizar los riesgos asociados con la cirugía.

- **Envejecimiento Periorbitario:** Personas que presentan signos visibles de envejecimiento en los párpados, como exceso de piel, bolsas de grasa y arrugas.

- **Salud General Adecuada:** Pacientes en buen estado de salud general, sin condiciones médicas graves que puedan aumentar el riesgo quirúrgico.
- **Expectativas Realistas:** Pacientes que comprenden los resultados realistas que se pueden lograr con la blefaroplastia y tienen expectativas adecuadas.
- **Motivación Personal:** Individuos que buscan mejorar su apariencia y están dispuestos a seguir las instrucciones postoperatorias.
- **Obstrucción Visual:** Pacientes con exceso de piel en los párpados superiores que causa obstrucción visual.(7)
- **Aspecto Cansado o Envejecido:** Personas que buscan eliminar el aspecto de fatiga y rejuvenecer su apariencia general.

Condiciones Médicas y Factores que Pueden Contraindicar el Procedimiento:

- **Problemas de Salud Graves:** Pacientes con enfermedades médicas graves, como enfermedades cardiovasculares no controladas,

diabetes descompensada u otras afecciones médicas significativas.

- **Problemas Oculares Graves:** Condiciones oculares preexistentes graves, como glaucoma no controlado o enfermedades inflamatorias o infecciosas en los ojos.
- **Expectativas Irrealistas:** Pacientes con expectativas poco realistas sobre los resultados quirúrgicos o que buscan un cambio drástico que no sea posible.
- **Trastornos de Coagulación:** Pacientes con trastornos de coagulación o que toman medicamentos anticoagulantes que pueden aumentar el riesgo de hemorragias.
- **Cicatrización Problemática:** Personas con antecedentes de cicatrización anormal o queloides pueden tener un riesgo aumentado de cicatrices poco estéticas.
- **Falta de Motivación:** Pacientes que no están motivados para seguir las instrucciones pre y postoperatorias, lo que puede afectar negativamente los resultados.

- **Edad y madurez:** La blefaroplastia generalmente no se recomienda en pacientes demasiado jóvenes, ya que los signos naturales de envejecimiento pueden no ser lo suficientemente evidentes.(8)

Evaluación Preoperatoria :

La evaluación preoperatoria es una etapa crucial en la planificación de la blefaroplastia. Durante esta fase, se recopila información detallada sobre la historia clínica del paciente, se realiza una evaluación física minuciosa y se documenta la condición actual de los párpados y la región periorbitaria. Esta evaluación es esencial para determinar la idoneidad del paciente para la cirugía, establecer expectativas realistas y planificar el procedimiento de manera efectiva.

Historia Clínica y Evaluación Física del Paciente:

Se recopila información sobre la salud general del paciente, antecedentes médicos, condiciones preexistentes, alergias, medicamentos actuales y antecedentes quirúrgicos. Es importante investigar

problemas oculares previos, uso de lentes de contacto, condiciones como el ojo seco y otras afecciones oculares relevantes. También se identifican medicamentos, suplementos y hierbas que el paciente está tomando, especialmente aquellos que puedan afectar la coagulación o la respuesta anestésica. Se discuten las expectativas y objetivos del paciente para el procedimiento es importante establecer expectativas realistas.

Realizamos una evaluación física detallada de los párpados y la región periorbitaria, incluyendo la cantidad de piel excesiva, la posición de las bolsas de grasa y cualquier asimetría.(9)

Fotografía Preoperatoria y Análisis Facial:

Se toman fotografías de alta calidad del paciente desde varios ángulos, incluidos perfiles frontal, lateral y en diferentes expresiones faciales. Estas fotos sirven como referencia para el análisis y el seguimiento de los resultados.

Se evalúa la armonía facial general, incluyendo la posición de las cejas, la relación entre los párpados superiores e inferiores y otras características faciales. Utilizamos el análisis facial y las fotografías preoperatorias para personalizar el enfoque quirúrgico según las características únicas del paciente. Se discuten los resultados que el paciente puede esperar alcanzar con la blefaroplastia, basados en el análisis facial y las fotografías.

La evaluación preoperatoria es fundamental para determinar la elegibilidad del paciente para la blefaroplastia y planificar el procedimiento de manera efectiva. Debemos mantener una comunicación clara con el paciente, durante esta etapa es esencial para establecer expectativas realistas y asegurar resultados satisfactorios. (10)

Técnicas Quirúrgicas:

La blefaroplastia se puede realizar en los párpados superiores e inferiores para abordar el exceso de piel, grasa y las bolsas de grasa que contribuyen a una

apariencia envejecida y cansada. Las técnicas quirúrgicas varían según los objetivos y las necesidades de cada paciente.

- **Blefaroplastia Superior:**

Se centra en el rejuvenecimiento de los párpados superiores. Durante este procedimiento, se elimina el exceso de piel y, en algunos casos, se puede reubicar o retirar una porción de grasa. El objetivo es levantar el párpado superior para mejorar la apertura ocular y reducir la apariencia de pliegues.



- **Blefaroplastia Inferior:**

Está diseñada para mejorar los párpados inferiores. Aquí, se abordan las bolsas de grasa

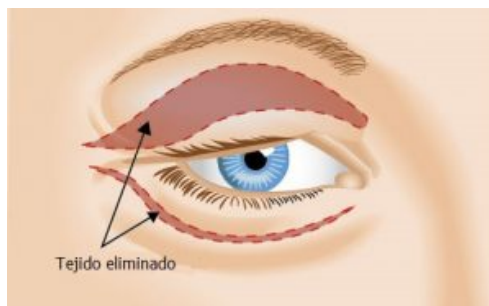
que pueden hacer que los párpados inferiores luzcan hinchados y fatigados. Dependiendo de las necesidades del paciente, se puede combinar la eliminación de exceso de piel y grasa.(11)



Técnica de Eliminación de Exceso de Piel y Grasa:

- **Incisiones:**

Se realiza una incisión en el pliegue natural del párpado, permitiendo el acceso para la eliminación del exceso de piel y grasa. En la blefaroplastia inferior, las incisiones se realizan justo debajo de las pestañas o en el interior del párpado (abordaje transconjuntival).



- **Retirada de Grasa y Piel:**

Una vez realizadas las incisiones, se retira el exceso de grasa y piel. En la blefaroplastia superior, la grasa puede reubicarse para suavizar los pliegues o retirarse si es necesario. En la inferior, las bolsas de grasa se pueden eliminar o reposicionar.(12)

Abordaje Transconjuntival y Transcutáneo:

- **Abordaje Transconjuntival:**

En la parte interna del párpado (conjuntiva) se realiza una incisión . Esto permite el acceso a las bolsas de grasa sin dejar cicatrices visibles en la piel. Es especialmente útil cuando no es necesario eliminar piel.

- **Abordaje Transcutáneo:.** La incisión se coloca en el pliegue del párpado; en la inferior, puede estar justo debajo de las pestañas. Este abordaje permite el acceso a la eliminación de exceso de piel y grasa.



Cada paciente tiene necesidades únicas, y la elección de la técnica quirúrgica depende de varios factores, incluidas las características anatómicas, los objetivos estéticos y la evaluación preoperatoria. (13)

Anestesia y Cuidados Perioperatorios:

La blefaroplastia puede realizarse bajo anestesia local con sedación, anestesia general o anestesia regional, según las preferencias del paciente y el cirujano.

Antes de la cirugía, se proporcionan instrucciones para la preparación preoperatoria, que pueden incluir restricciones dietéticas, suspensión de ciertos medicamentos y ayuno antes de la cirugía.

Después de la cirugía, se dan pautas para el cuidado postoperatorio, como la aplicación de compresas frías, el uso de medicamentos recetados y la prevención de actividades extenuantes durante la recuperación.(14)

Complicaciones y Manejo de Riesgos:

Las complicaciones de la blefaroplastia pueden incluir hematomas, edema, infección, cicatrización anormal, asimetría, ectropión (inversión del párpado) y alteraciones en la visión.

Se usan estrategias para minimizar los riesgos que incluyen una adecuada evaluación preoperatoria, selección de pacientes adecuados, técnicas quirúrgicas

precisas y cumplimiento estricto de las pautas de cuidado postoperatorio.

Resultados Esperados y Recuperación:

La recuperación varía según el paciente, pero generalmente se necesitan varios días para el retorno a las actividades normales. La hinchazón y los hematomas disminuirán gradualmente durante las semanas siguientes.

Los resultados finales de la blefaroplastia se observarán a medida que la hinchazón disminuye y las incisiones sanan por completo. Los pacientes pueden esperar una apariencia más rejuvenecida y descansada en la región periorbitaria.

Técnicas Complementarias:

Uso de Técnicas Láser y Tratamientos no Quirúrgicos: Se pueden acoplar técnicas láser y tratamientos no quirúrgicos, como rellenos dérmicos y toxina botulínica, para mejorar aún más los resultados y tratar otras áreas faciales.

Sinergia con Otros Procedimientos de Rejuvenecimiento Facial: La blefaroplastia se puede combinar con otros procedimientos de rejuvenecimiento facial, como lifting de cejas y facelift, para lograr un aspecto rejuvenecido y armonioso en general.(15)

Bibliografía

1. Fernández Jiménez-Ortiz H, Gómez de Liaño Sánchez R, Navas Pérez S, Genol Saavedra I, Toledano Fernández N. Membrana amniótica en el tratamiento quirúrgico de la diplopía posblefaroplastia. Arch Soc Esp Oftalmol (Ed. Eng). 2019 octubre;94(10):504-509.
2. Ortiz-Gutiérrez AL, Beltrán-Salinas B, Cienfuegos R. Fracturas de cóndilo mandibular: un diagnóstico con tratamiento controvertido. Cir cir. 2019;87(5):587-594.
3. Álvarez-Villaseñor AS, Prado-Rico SDC, Morales-Alvarado JI, Reyes-Aguirre LL, Fuentes-Orozco C, González-Ojeda A. Factores asociados a la dehiscencia de anastomosis intestinal. Cir cir. 2021;89(2):233-242.
4. Chávez-Serna E, Telich-Tarriba JE, Altamirano-Arcos C, Nahas-Combina L, Cárdenas-Mejía A. Parálisis facial, etiología y tratamiento quirúrgico en un centro de tercer nivel de cirugía plástica y reconstructiva en México. Cir cir. 2021;89(6):718-727.

5. Lasso JM, Deleyto la Cruz E, Gonzalez-Pozega C. Anastomosis linfovenosa supermicroquirúrgica. *Cir Esp* (edición inglesa). 2019 mayo;97(5):291.
6. Berner JE, Ewertz E. La importancia de las habilidades no técnicas en la práctica quirúrgica moderna. *Cir Esp* (edición inglesa). 2019 abril;97(4):190-195.
7. Cutini Cingozoglu CA. Concepto de Cirugía Oncoplástica para Tumores de Cáncer de Piel. *Plast Reconstr Surg Glob Abierto*. 8 de junio de 2022; 10 (6): e4368.
8. Gaviria-Castellanos JL, Cardozo AC, Rubiano ADPC. Casos de pioderma gangrenoso en pacientes con quemaduras: revisión de la literatura. *Cuidado de heridas J*. 1 de noviembre de 2020; 29 (latam sup 3): 36-43.
9. Cuenca-Pardo J, Ramos-Gallardo G, Morales-Olivera M, Contreras-Bulnes L, Bucio-Duarte J, Iribarren-Moreno R, Vélez-Benítez E, Domínguez-Millán R, Salmean-Piña O. Cómo estratificar el riesgo de trombosis para cirugía plástica estética? La propuesta de una nueva escala. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2023 agosto; 83: 361-372.
10. Cuéllar J, Santana J, Núñez C, Villanueva J. Tratamiento quirúrgico o conservador de las fracturas de cóndilo mandibular. *Onda Med*. 2018 26 de noviembre; 18 (7): e7352.
11. Alvarenga M, Almeida A, Horta R. Incidencia y resultados de eventos tromboembólicos en pacientes de enfermería de cirugía plástica. *Cir cir*. 2022;90(5):617-622.

12. Iribarren-Moreno R, Cuenca-Pardo J, Ramos-Gallardo G. ¿Es segura la cirugía plástica combinada con procedimientos obstétricos? *Cirugía Estética Plástica*. 2019 octubre; 43 (5): 1396-1399.
13. Guevara-Valmaña OI, Nahas-Combina L, Andrade-Delgado L, Apellaniz-Campo AG, Leyva-Sotelo LM, Gaspar-Daniel Á. Síndrome de Goldenhar: protocolo de manejo quirúrgico en un centro de referencia. *Cir cir*. 2019;87(5):516-527.
14. Sánchez-Sánchez M, Martínez JR, Civantos B, Millán P. Perioperatorio en Medicina Intensiva de cirugía reconstructiva y pacientes quemados. *Med Intensiva (Ed. Eng)*. 2020 marzo;44(2):113-121.
15. Ciudad P, Vargas MI, Castillo-Soto A, Sanchez JR, Manrique OJ, Bustos SS, Forte AJ, Huayllani MT, Soto Z, Grández-Urbina JA. Manejo de heridas traumáticas de difícil cicatrización con colgajos microvasculares. *Cuidado de heridas J*. 2020 Oct 1;29(latam sup 2):27-34.

Liposucción con Transferencia

Bryan Martín Morales Morales

Médico por la Universidad UTE

Interno Rotativo de Medicina en el Hospital de
Especialidades “Carlos Andrade Marín”

Introducción:

La liposucción con transferencia, también conocida como lipotransferencia o lipofilling, es una técnica innovadora en el campo de la cirugía plástica que ha revolucionado la forma en que abordamos la remodelación corporal y facial. Esta técnica combina la extracción de grasa no deseada de una zona del cuerpo mediante liposucción, y posteriormente, se procesa y purifica para luego ser transferida a otras áreas que requieren mayor volumen o definición.

En este capítulo, explicaremos los principios fundamentales de la liposucción con transferencia, incluyendo los requisitos previos para los pacientes, las áreas más comúnmente tratadas y las expectativas realistas que se deben establecer. Analizaremos en detalle el proceso de liposucción, desde la selección de la técnica adecuada hasta la preparación del tejido graso para su transferencia, enfocándonos en mantener la viabilidad y el volumen de la grasa recolectada. (1)

Anatomía y Fisiología de la Grasa Subcutánea:

La grasa subcutánea es una capa de tejido adiposo ubicada justo debajo de la piel. Esta estructura es esencial para el funcionamiento normal del cuerpo y cumple con varias funciones importantes. La anatomía y fisiología de la grasa subcutánea son fundamentales para comprender la liposucción con transferencia y otros procedimientos estéticos.

Anatomía de la grasa subcutánea:

- La grasa subcutánea se encuentra distribuida por todo el cuerpo, con mayor concentración en áreas como el abdomen, caderas, muslos, glúteos y brazos.
- Está compuesta por células adiposas, también conocidas como adipocitos, que son las responsables de almacenar lípidos y liberarlos para obtener energía cuando sea necesario.
- Los adipocitos están rodeados de una matriz extracelular, que proporciona soporte y estructura a la grasa subcutánea.(2)

Fisiología de la grasa subcutánea:

- La principal función de la grasa subcutánea es servir como reserva de energía para el organismo. Cuando el cuerpo necesita energía, los adipocitos liberan ácidos grasos y glicerol para ser utilizados como combustible.
- Además de su función energética, la grasa subcutánea también actúa como aislante térmico, ayudando a mantener la temperatura corporal.
- La grasa subcutánea también protege órganos y tejidos subyacentes de impactos y traumas.
- Es un componente clave para la apariencia y forma del cuerpo, ya que contribuye a la silueta y contorno corporal.

En el contexto de la liposucción con transferencia, la comprensión de la anatomía y fisiología de la grasa subcutánea es esencial. Durante la liposucción, se elimina selectivamente el exceso de grasa de áreas no deseadas, respetando la estructura circundante y manteniendo la viabilidad de la grasa recolectada.

Luego, esta grasa purificada se puede transferir a otras áreas para aumentar el volumen o mejorar la definición.

El conocimiento de la anatomía y fisiología de la grasa subcutánea permite a los cirujanos plásticos realizar la liposucción con transferencia de manera segura y eficiente, logrando resultados estéticos naturales y satisfactorios para los pacientes. Es importante destacar que, aunque la grasa subcutánea tiene beneficios importantes para el cuerpo, su exceso puede llevar a problemas de salud y estética. Por lo tanto, la liposucción con transferencia es una herramienta valiosa para remodelar el cuerpo y brindar a los pacientes una apariencia más armoniosa y rejuvenecida.(3)

Técnica quirúrgica de liposucción:

La liposucción es una técnica quirúrgica utilizada para eliminar el exceso de grasa localizada en diversas áreas del cuerpo, como el abdomen, las caderas, los muslos, los glúteos y los brazos.

1. **Evaluación preoperatoria:** Antes del procedimiento, el cirujano plástico evaluará al

paciente para determinar su idoneidad para la liposucción. Se revisarán antecedentes médicos y se realizarán exámenes físicos y pruebas adicionales si es necesario.

2. **Preparación del paciente:** Se informará al paciente sobre el procedimiento, los riesgos y los resultados esperados. Se le darán instrucciones específicas sobre el ayuno antes de la cirugía y se le pedirá que deje de tomar ciertos medicamentos que puedan aumentar el riesgo de sangrado.
3. **Anestesia:** La liposucción se puede realizar con anestesia local, sedación o anestesia general, según el área y la cantidad de grasa a tratar. El cirujano y el paciente decidirán el tipo de anestesia más adecuado para el caso.
4. **Incisiones:** Se realizarán pequeñas incisiones en las áreas seleccionadas para la liposucción. Estas incisiones suelen tener solo unos pocos milímetros de longitud y se colocan estratégicamente en áreas poco visibles.
5. **Infiltración de solución tumescente:** Antes de extraer la grasa, se inyectará una solución

tumesciente en el área a tratar. Esta solución contiene una mezcla de solución salina, anestesia local y epinefrina, lo que ayuda a reducir el sangrado y la incomodidad del paciente.

6. **Extracción de grasa:** A través de las incisiones, el cirujano utilizará cánulas delgadas y huecas para aspirar suavemente la grasa excedente. Las cánulas se mueven en un patrón de vaivén para romper las células grasas y eliminarlas.
7. **Cierre de incisiones:** Después de completar la liposucción en todas las áreas deseadas, el cirujano cerrará las incisiones con puntos de sutura o adhesivos quirúrgicos.
8. **Recuperación:** El paciente será trasladado a una sala de recuperación, donde se le brindará atención postoperatoria y se le darán instrucciones para el cuidado de las incisiones.

Es importante destacar que la liposucción es un procedimiento quirúrgico y conlleva ciertos riesgos y consideraciones. Además, cada caso es único, y la técnica de liposucción puede variar según las

necesidades y los objetivos específicos de cada paciente.(4)

Técnica de transferencia de grasa:

La técnica de transferencia de grasa, también conocida como lipoinyección o lipofilling, es un procedimiento en el cual se extrae grasa de una zona del cuerpo mediante liposucción y se inyecta en otra área para mejorar su volumen y contorno.

- **Evaluación preoperatoria:** Antes del procedimiento, el cirujano plástico evaluará al paciente y discutirá sus objetivos y expectativas. Se revisarán las áreas donantes y receptoras de grasa para determinar su idoneidad para la transferencia.
- **Anestesia:** La transferencia de grasa se realiza típicamente con anestesia local o sedación, dependiendo del caso y la cantidad de grasa que se va a transferir.
- **Liposucción:** En la primera etapa del procedimiento, se realizará la liposucción para extraer la grasa de las áreas donantes, que suelen

ser zonas con exceso de grasa, como el abdomen, los muslos o las caderas.

- **Procesamiento de la grasa:** Una vez extraída la grasa, se procesa para purificarla y eliminar el exceso de líquido y tejido no deseado. Este paso es esencial para obtener un injerto de grasa de alta calidad que pueda sobrevivir en el área receptora.
- **Inyección de la grasa:** La grasa procesada se inyecta cuidadosamente en la zonas de objetivos para aumentar el volumen y mejorar el contorno. El cirujano utilizará microcánulas o jeringas especiales para asegurar una distribución uniforme de la grasa y minimizar el trauma en el área receptora.
- **Cierre de incisiones:** Después de completar la transferencia de grasa, se cierran las incisiones de la liposucción con suturas o adhesivos quirúrgicos.
- **Recuperación:** El paciente será trasladado a una sala de recuperación, donde se le brindará atención postoperatoria y se le darán

instrucciones para el cuidado de las incisiones y la zona tratada.

Es importante destacar que el proceso de transferencia de grasa es altamente personalizado y requiere habilidades técnicas avanzadas por parte del cirujano. Los resultados pueden variar según el paciente y es fundamental seleccionar a un cirujano plástico certificado y experimentado para lograr resultados seguros y naturales. Además, parte de la grasa transferida puede reabsorberse con el tiempo, por lo que el cirujano puede realizar una sobre infiltración inicial para compensar esta pérdida esperada.(5)

Resultados y complicaciones:

Los resultados de la transferencia de grasa en la liposucción con transferencia pueden ser altamente satisfactorios cuando se realiza correctamente. Algunos de los principales resultados y ventajas de esta técnica incluyen:

- **Aumento del volumen y mejora del contorno:** La transferencia de grasa permite aumentar el volumen

en áreas que lo necesitan y mejorar la forma y el contorno del cuerpo.

- **Resultados naturales:** La grasa transferida es tejido autólogo, lo que significa que proviene del propio cuerpo del paciente, lo que reduce el riesgo de rechazo y aumenta la posibilidad de resultados naturales y duraderos.
- **Mínima invasión:** A diferencia de los implantes, la transferencia de grasa es un procedimiento mínimamente invasivo, lo que se traduce en cicatrices más pequeñas y tiempos de recuperación más cortos.
- **Potencial para mejorar la piel:** La grasa inyectada también puede mejorar la calidad de la piel en el área receptora, ya que contiene células madre y factores de crecimiento que pueden estimular la regeneración y el rejuvenecimiento de la piel.

A pesar de sus ventajas, la liposucción con transferencia de grasa también conlleva ciertas complicaciones y riesgos, como cualquier procedimiento quirúrgico. Algunas de las posibles complicaciones incluyen:

- **Reabsorción de grasa:** Parte de la grasa transferida puede absorberse por el cuerpo, lo que puede afectar los resultados a largo plazo y requerir retoques adicionales.
- **Asimetría:** La transferencia de grasa puede requerir una precisión meticulosa y, en algunos casos, pueden surgir asimetrías o irregularidades en el área tratada.
- **Hematomas e hinchazón:** Es común experimentar hematomas e hinchazón después de la liposucción y la transferencia de grasa, que generalmente desaparecen con el tiempo.
- **Infección:** Como con cualquier procedimiento quirúrgico, existe el riesgo de infección en las áreas tratadas.
- **Necrosis grasa:** En casos raros, puede ocurrir necrosis grasa, que es la muerte del tejido graso transferido.

Es primordial que los pacientes estén informados sobre los posibles resultados y riesgos de la liposucción con transferencia de grasa y que sigan las indicaciones y

recomendaciones para minimizar los riesgos y obtener los mejores resultados posibles. (6)

Cuidados postoperatorios y recuperación:

Los cuidados postoperatorios son fundamentales para asegurar una recuperación exitosa después de la liposucción con transferencia de grasa. A continuación, se presentan algunas pautas importantes que deben seguirse durante esta etapa:

Control y seguimiento médico: Es crucial asistir a todas las citas de seguimiento programadas con el cirujano plástico para evaluar la evolución de la recuperación y asegurarse de que no haya complicaciones.

Compresión: El uso de prendas de compresión adecuadas es esencial para reducir la hinchazón y ayudar a que la piel se ajuste a la nueva forma del cuerpo. El cirujano plástico indicará el tiempo y la frecuencia de uso de las prendas según el caso particular.

Reposo y actividad física: Es importante seguir las recomendaciones del cirujano plástico respecto al reposo y la actividad física. Se debe evitar la realización de actividades extenuantes o levantar objetos pesados durante las primeras semanas después del procedimiento.(7)

Control del dolor y la inflamación: El cirujano plástico recetará medicamentos para controlar el dolor y la inflamación en las primeras etapas de la recuperación. Es esencial seguir las indicaciones y no automedicarse.

Higiene y cuidado de las heridas: Mantener las incisiones limpias y secas es importante para prevenir infecciones. Se deben seguir las instrucciones del cirujano plástico sobre cómo realizar el cuidado de las heridas correctamente.

Alimentación y nutrición: Una dieta equilibrada y saludable es fundamental para una adecuada recuperación. Se debe asegurar la ingesta suficiente de

proteínas, vitaminas y minerales para apoyar la cicatrización y la regeneración de los tejidos.

Evitar la exposición al sol: Se debe evitar la exposición directa al sol en las áreas tratadas durante las primeras semanas después del procedimiento. El uso de protector solar también es esencial para proteger la piel.

Masajes linfáticos: Algunos cirujanos plásticos recomiendan sesiones de masajes linfáticos para reducir la hinchazón y mejorar la circulación después de la liposucción con transferencia de grasa.

Es fundamental seguir todas las indicaciones y recomendaciones del cirujano plástico durante el proceso de recuperación. Cada paciente puede tener necesidades específicas, por lo que es esencial comunicarse de manera abierta y honesta con el profesional de la salud para lograr los mejores resultados posibles y una recuperación exitosa.(8)

Avances y perspectivas futuras:

Los avances en la liposucción con transferencia de grasa han sido significativos en los últimos años y se espera que continúen evolucionando en el futuro. Algunos de los avances y perspectivas futuras más prometedores son:

- **Tecnología de liposucción:** La tecnología utilizada en la liposucción ha mejorado considerablemente, lo que ha llevado a procedimientos más precisos, menos invasivos y con tiempos de recuperación más cortos. Se espera que en el futuro se desarrollen aún más avances en tecnología, como láseres y dispositivos de ultrasonido, que permitan una liposucción más eficiente y segura.
- **Mayor comprensión de la biología de la grasa:** A medida que se avanza en la investigación sobre la biología de la grasa, se espera que se comprenda mejor cómo se comporta la grasa transferida en el cuerpo y cómo maximizar su supervivencia. Esto puede llevar a resultados más

predecibles y duraderos en la liposucción con transferencia de grasa.

- **Terapia con células madre:** Se están llevando a cabo investigaciones sobre el uso de células madre en la liposucción con transferencia de grasa para mejorar la regeneración del tejido y acelerar la curación. Si bien aún es un campo en desarrollo, se espera que en el futuro se puedan aplicar terapias con células madre para mejorar aún más los resultados.(9)
- **Personalización y medicina regenerativa:** Con el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías, se espera que la liposucción con transferencia de grasa sea cada vez más personalizada, permitiendo a los cirujanos adaptar el tratamiento a las necesidades y deseos específicos de cada paciente. Además, la medicina regenerativa puede desempeñar un papel importante en la mejora de los resultados y la aceleración de la recuperación.
- **Investigación en bioingeniería:** La bioingeniería también está siendo explorada en el campo de la

liposucción con transferencia de grasa. Se están realizando investigaciones para desarrollar biomateriales y andamios que puedan mejorar la supervivencia y el enraizamiento de la grasa transferida.

En general, el futuro de la liposucción con transferencia de grasa es prometedor, con avances en tecnología, biología y medicina regenerativa que mejorarán aún más la seguridad y eficacia del procedimiento. Sin embargo, es esencial que estos avances vayan acompañados de una formación y capacitación adecuadas para los cirujanos plásticos, asegurando así que los pacientes reciban los mejores resultados posibles y minimizando los riesgos asociados con el procedimiento.(10)

Bibliografía

1. Luzardo González A, Planas Balagué R, Gómez Cuba M, Fernández Mariscal E, Arencibia Domínguez A, Salinas Huertas S. Tratamiento rehabilitador en la cirugía del linfedema. Rehabilitación (Madr). 2022 julio-septiembre;56(3):215-225.

2. Wu S, Coombs DM, Gurunian R. Liposucción: conceptos, seguridad y técnicas en cirugía de contorno corporal. *Cleve Clin J Med*. 2020 junio;87(6):367-375.
3. Beidas OE, Gusenoff JA. Actualización sobre liposucción: lo que todos los cirujanos plásticos deben saber. *Cirugía Plast Reconstr*. 1 de abril de 2021; 147 (4): 658e-668e.
4. Diniz DA, Gonçalves KK, Silva CC, Araújo ES, Carneiro SC, Lago CA, Vasconcelos BC. Complicaciones asociadas con la liposucción submentoniana: una revisión de alcance. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022 1 de mayo;27(3):e257-e264.
5. Collins PS, Moyer KE. Práctica basada en la evidencia en liposucción. *Ann Plast Surg*. 2018 junio; 80 (6S Suplemento 6): S403-S405.
6. Stein MJ, Matarasso A. Liposucción de alta definición en hombres. *Clin Plast Surg*. 2022 abril;49(2):307-312.
7. Schlarb D. Liposuktion [Liposucción]. *Hautarzt*. 2018 febrero;69(2):165-176.
8. Araneda-Ortega P, Poblete-Villacorta MJ, Muñoz-López C, Vera-Kellet C, Wortsman X. Morphea After Liposuction Ultrasonography. *J Ultrasonido Med*. 2022 octubre; 41 (10): 2629-2635.
9. Karcher C. Consideraciones sobre la liposucción en hombres. *Dermatol Clin*. 2018 Ene;36(1):75-80.
10. Skorochod R, Fteiha B, Gronovich Y. Perforación de vísceras abdominales después de la liposucción: una revisión de la

literatura sistémica. Cirugía Estética Plástica. 2022 abril; 46 (2): 774-785.

Otoplastia

Patrick Manuel Garcés Alcivar

Médico Cirujano por la Universidad de Los Andes -
Ambato

Seguridad y Salud Ocupacional

Médico Residente en Área de Cirugía MSP,
Hospital General Delfina Torres de Concha

Introducción

La otoplastia es un procedimiento quirúrgico de cirugía plástica que se enfoca en corregir alteraciones estéticas y funcionales de las orejas. La cirugía plástica ha experimentado un desarrollo significativo en los últimos años, y la otoplastia se ha convertido en uno de los procedimientos más populares para mejorar la apariencia estética de las orejas. Esta intervención no solo busca corregir deformidades congénitas o adquiridas, sino también brindar un impacto positivo en la confianza y autoestima de los pacientes.

Condiciones que pueden tratarse con la otoplastia:

1. Orejas prominentes: También conocidas como "orejas de soplillo" o "orejas en asa", son aquellas que sobresalen en exceso de la cabeza. Esta condición puede ser el resultado de un cartílago auricular excesivamente desarrollado o una falta de pliegues naturales en la oreja. La otoplastia puede corregir esta prominencia al remodelar y reposicionar el cartílago para que las orejas queden más cerca de la cabeza.

2. Deformidades del cartílago: El cartílago auricular puede presentar diversas anomalías, como curvaturas excesivas, pliegues anormales o falta de desarrollo en ciertas áreas. Estas deformidades pueden ser congénitas o resultar de lesiones o traumas. La otoplastia permite corregir y remodelar el cartílago para lograr una forma más simétrica y estéticamente agradable.

3. Asimetría de las orejas: Algunas personas pueden tener una oreja más grande o posicionada de manera diferente que la otra. Esta asimetría puede ser visible y causar molestias estéticas. La otoplastia puede ayudar a igualar el tamaño y la posición de las orejas, mejorando la simetría facial y la armonía estética.

4. Lóbulos grandes o desfigurados: Los lóbulos de las orejas pueden presentar exceso de tamaño o deformidades, como lóbulos alargados o divididos. Estos problemas pueden ser congénitos o causados por el uso prolongado de pendientes pesados. La otoplastia puede reducir el tamaño del lóbulo y remodelarlo para lograr una forma más estética y proporcionada.



Img 1. Diferentes tipos de oreja

Evaluación y planificación

La evaluación y la planificación personalizada son aspectos fundamentales en la otoplastia. Cada paciente tiene características únicas y deseos individuales en cuanto a la apariencia de sus orejas, por lo que es crucial que el cirujano plástico realice una evaluación exhaustiva y una planificación detallada antes de llevar a cabo el procedimiento. A continuación, se destacan las principales razones por las cuales la evaluación y la planificación personalizada son de suma importancia en la otoplastia:

1. Comprender las expectativas del paciente:

Durante la evaluación inicial, el cirujano plástico debe dedicar tiempo a escuchar y comprender las expectativas del paciente. Esto implica discutir los aspectos específicos que el paciente desea mejorar en relación con sus orejas. Al conocer las metas y deseos del paciente, el cirujano puede planificar la intervención de manera acorde, estableciendo objetivos realistas y alcanzables.

2. Evaluar la anatomía y características

individuales: Cada persona tiene una anatomía única en cuanto a la forma, tamaño y posición de las orejas. Durante la evaluación, el cirujano plástico examinará cuidadosamente la estructura de las orejas del paciente, incluyendo el cartílago, los pliegues y la relación con la cabeza y el rostro. Esta evaluación detallada permite al cirujano comprender las características específicas del paciente y diseñar un plan quirúrgico personalizado.

3. Considerar la simetría y la armonía facial:

La otoplastia no se trata solo de cambiar la apariencia de las orejas, sino también de lograr una armonía estética con

el resto de la cara. Durante la evaluación, el cirujano plástico evaluará la relación de las orejas con otros rasgos faciales, como el tamaño y la forma del rostro, la posición de los ojos y la nariz, y la simetría general. Esto permite al cirujano planificar la otoplastia de manera que se obtenga una apariencia equilibrada y natural.

4. Personalizar la técnica quirúrgica: No existe un enfoque único para la otoplastia, ya que las técnicas y enfoques pueden variar según las necesidades individuales del paciente. La planificación personalizada implica seleccionar la técnica quirúrgica más adecuada para abordar las preocupaciones específicas del paciente. Esto puede incluir la remodelación del cartílago, la corrección de pliegues o la reducción del tamaño del lóbulo. Al personalizar la técnica quirúrgica, se pueden lograr resultados más precisos y satisfactorios.

Técnicas quirúrgicas en la otoplastia:

Existen diversas técnicas quirúrgicas utilizadas en la otoplastia para corregir las alteraciones estéticas y

funcionales de las orejas. A continuación, se presentan algunas de las técnicas más comunes:

- Pinzas de concha o técnica de reposicionamiento del cartílago:

Esta es la técnica más utilizada para corregir las orejas prominentes. El cirujano realiza una incisión en la parte posterior de la oreja, generalmente en el pliegue natural, para exponer el cartílago auricular. Luego, se remodela y reposiciona el cartílago para crear un pliegue más definido y reducir la proyección de la oreja. Las suturas internas se utilizan para mantener el nuevo contorno de la oreja en su lugar.

- Técnica de reducción del lóbulo:

Esta técnica se utiliza cuando los lóbulos de las orejas son grandes o están desfigurados. El cirujano realiza una incisión en la parte inferior del lóbulo y elimina una porción del tejido excesivo. Luego, se sutura el lóbulo para obtener una forma más estética y proporcionada.

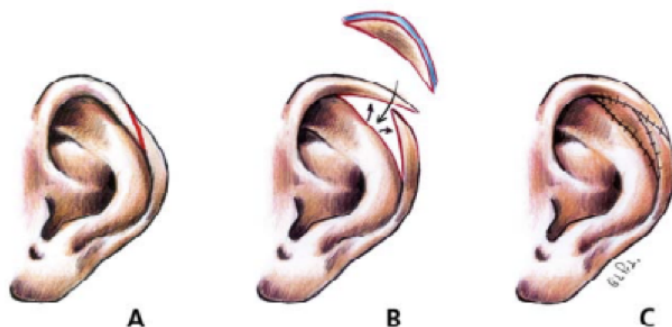
- Técnica de reconstrucción del cartílago:

Esta técnica se utiliza en casos de deformidades o lesiones del cartílago auricular. Puede implicar la reconstrucción parcial o total del cartílago utilizando injertos de cartílago de otras áreas del cuerpo o materiales biocompatibles. Esta técnica permite corregir deformidades más complejas y restaurar la forma y función de la oreja afectada.

- Técnicas complementarias:

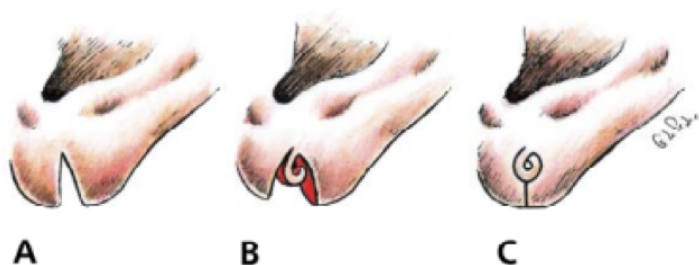
Además de las técnicas mencionadas, se pueden utilizar procedimientos complementarios según las necesidades individuales del paciente. Estos pueden incluir la reducción del tamaño de la concha auricular, la corrección de pliegues adicionales o la corrección de asimetrías específicas.

Es importante tener en cuenta que la elección de la técnica quirúrgica dependerá de la condición específica de las orejas y de las metas estéticas deseadas. Cada técnica tiene sus ventajas y consideraciones únicas, y es responsabilidad del cirujano plástico determinar cuál es la más adecuada para cada caso individual.



Img 2. Técnica para defecto de Hélix

Fuente: F. García de Pedro. Otoplastia. pabellones en asa, reconstrucción del pabellón. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Capítulo 156



Img 3. Técnica de Pardue, defectos del tercio inferior de la oreja.

En los últimos años, ha habido avances significativos en la otoplastia, la cual ha experimentado mejoras en

técnicas quirúrgicas y enfoques innovadores. A continuación, se presentan algunos de los avances más recientes en la cirugía plástica de otoplastia:

- **Técnicas mínimamente invasivas:**

Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas han ganado popularidad en la otoplastia. Estas técnicas utilizan incisiones más pequeñas y menos invasivas, lo que resulta en cicatrices más pequeñas y tiempos de recuperación más rápidos. Por ejemplo, la técnica de suturas o hilos tensores permite reposicionar el cartílago y remodelar las orejas sin necesidad de realizar incisiones grandes.

- **Modelado tridimensional:**

El uso de tecnología de modelado tridimensional ha revolucionado la planificación y visualización de los resultados en la otoplastia. Los cirujanos plásticos ahora pueden utilizar software avanzado para crear modelos digitales en 3D de las orejas del paciente y simular los cambios esperados después de la cirugía. Esto permite una planificación más precisa y personalizada, así como

una mejor comunicación con el paciente sobre los resultados esperados.

- **Uso de implantes:**

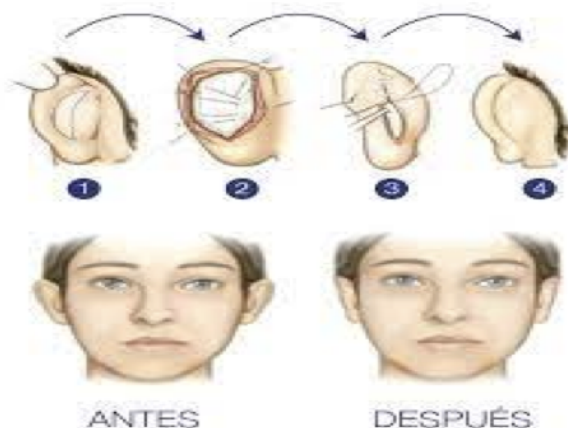
En casos más complejos, se han desarrollado nuevos materiales y técnicas para el uso de implantes en la otoplastia. Los implantes de cartílago, por ejemplo, se utilizan para reconstruir y dar forma al cartílago auricular en pacientes con deformidades graves. Estos implantes proporcionan una estructura de soporte adicional y pueden mejorar los resultados estéticos y la durabilidad de la corrección.

- **Técnicas de preservación del cartílago:**

Las técnicas de preservación del cartílago se han desarrollado para minimizar la necesidad de resección excesiva de tejido auricular durante la otoplastia. Estas técnicas permiten conservar el máximo posible de cartílago auricular nativo, lo que resulta en una mayor preservación de la forma y la función de la oreja, así como en resultados más naturales.

- **Cirugía asistida por robot:**

La cirugía asistida por robot ha comenzado a incursionar en la otoplastia. Los sistemas quirúrgicos robóticos brindan una precisión y estabilidad mejoradas durante la cirugía, lo que puede ser especialmente beneficioso en procedimientos delicados como la otoplastia. Aunque esta tecnología aún está en sus primeras etapas de aplicación en otoplastia, se espera que ofrezca resultados aún más precisos y consistentes en el futuro.



Img 4. Resultado de otoplastia

Fuente: otoplastia imagen - Google Search [Internet].
www.google.com. [cited 2023 May 31]. Available from:
https://www.google.com/search?q=otoplastia+imagen&rlz=1C5CHFA_enCO929CO929&sxsrf=APwXEdcFeVc-Nli-7hO7V8C3w96b

KG4MVg:1685489915385&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjZ9radm57_AhXmRDABHXEtCIsQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1280&bih=573&dpr=1#imgre=kWe_d_WUcEaqwM

Estos avances en la otoplastia han contribuido a mejorar los resultados estéticos, reducir los tiempos de recuperación y aumentar la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, es importante destacar que cada caso es único y que la elección de las técnicas y los avances depende de la evaluación individual del paciente y la experiencia del cirujano plástico.

Riesgos y posibles complicaciones

Como cualquier procedimiento quirúrgico, la otoplastia conlleva ciertos riesgos y posibles complicaciones. Aunque estos riesgos son generalmente bajos, es importante que los pacientes estén informados sobre ellos antes de tomar la decisión de someterse a la cirugía. A continuación, se discuten algunos de los posibles riesgos y complicaciones asociadas con la otoplastia:

- 1. Hematoma:** Puede ocurrir la acumulación de sangre bajo la piel, lo que puede provocar dolor,

hinchazón y alterar el resultado final de la cirugía. Si se forma un hematoma, es posible que se requiera drenaje adicional.

2. Infección: Aunque es poco común, existe el riesgo de infección después de la otoplastia. Los signos de infección incluyen enrojecimiento, calor, dolor persistente y secreción de pus. Si se sospecha una infección, se pueden recetar antibióticos para tratarla.

3. Cicatrices: La otoplastia generalmente implica incisiones en la parte posterior de las orejas, lo que puede resultar en cicatrices visibles. Sin embargo, los cirujanos plásticos suelen colocar las incisiones en áreas discretas para minimizar la visibilidad de las cicatrices. En algunos casos, las cicatrices pueden ser hipertróficas o queloides, lo que puede requerir tratamientos adicionales.

4. Asimetría: Existe la posibilidad de que haya una diferencia en la apariencia entre las dos orejas después de la otoplastia. Aunque los cirujanos plásticos trabajan

para lograr una apariencia simétrica, la anatomía y la cicatrización individual pueden influir en los resultados finales.

5. Cambios en la sensibilidad: Después de la cirugía, es posible que haya una alteración temporal o permanente en la sensibilidad de las orejas. Puede haber sensación de entumecimiento, sensibilidad aumentada o disminuida en la zona operada. En la mayoría de los casos, la sensibilidad se recupera gradualmente con el tiempo.

Es importante tener en cuenta que estos riesgos y complicaciones son poco frecuentes y que la otoplastia es generalmente un procedimiento seguro cuando se realiza por un cirujano plástico cualificado y en un entorno adecuado. Es esencial seguir todas las indicaciones y recomendaciones del médico antes y después de la cirugía para minimizar los riesgos y maximizar los resultados exitosos.

Antes de someterse a la otoplastia, es importante que los pacientes estén informados acerca de los riesgos y

beneficios con su cirujano plástico, así como que sigan todas las instrucciones pre y postoperatorias para garantizar una experiencia segura y satisfactoria.

Conclusiones:

La otoplastia se ha convertido en un procedimiento eficaz y seguro para corregir deformidades y mejorar la estética de las orejas. Con el uso de técnicas quirúrgicas avanzadas y los últimos avances en cirugía plástica, los cirujanos pueden ofrecer resultados más precisos y personalizados a los pacientes. Sin embargo, es fundamental que los profesionales de la salud se adhieran a principios éticos y promuevan la toma de decisiones informadas por parte de los pacientes. La otoplastia continúa transformando la vida de las personas, brindándoles confianza y mejorando su bienestar emocional a través de la belleza y la armonía estética de sus orejas.

Bibliografía

1. Otoplastia Técnica Quirúrgica [Internet]. LibreTexts Español. 2022 [cited 2023 May 31]. Available from:

https://espanol.libretexts.org/Salud/Anatom%C3%ADa_y_Fisiolog%C3%ADa/Atlas_de_Otorrinolaringolog%C3%ADa%2C_Cirug%C3%ADa_Operatoria_de_Cabeza_y_Cuello/02%3A_Otolog%C3%ADa/2.15%3A_Otoplastia_T%C3%A9cnica_Quir%C3%B3rgica

2. Otoplastia en Orejas en Asa | PDF | Surgery | Human Anatomy [Internet]. Scribd. [cited 2023 May 31]. Available from: <https://es.scribd.com/document/455627501/1-Otoplastia-en-orejas-en-asa>
3. Manz RW, B. Otoplasty: Surgical Correction of the Prominent Ear. In: Cheney MH, T.A., ed. Facial Surgery, Plastic and Reconstructive: CRC Press; 2014

Labio Leporino

Juan Sebastián Merino Arias

Médico por la Pontificia Universidad Católica del
Ecuador Sede Quito
Facultad de Medicina

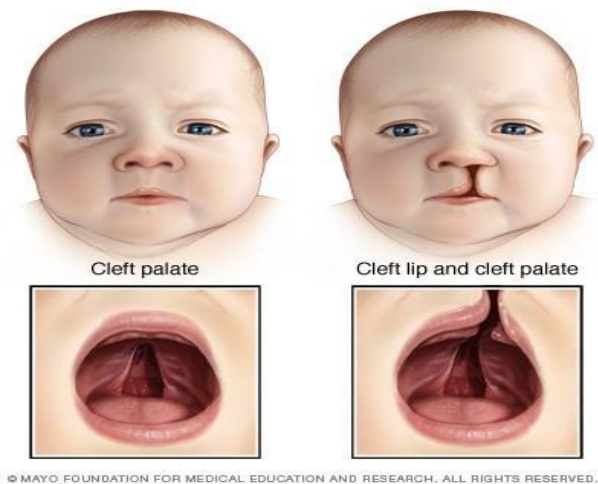
Introducción

La cirugía reconstructiva, es una especialidad en el campo de la cirugía plástica que se efectúa sobre construcciones anómalos corporales causadas por inconvenientes congénitos, del desarrollo, de incremento, traumatismos, infecciones, tumores o patologías.

La Cirugía reconstructiva para el labio y paladar leporino en el cuidado de un infante con labio y paladar leporino comienza a partir de su origen con un diagnóstico correcto y una monitorización constante, por diferentes especialistas, para de esta forma decidir el procedimiento conveniente. En varios de los casos el procedimiento incluirá la cirugía reconstructiva, por lo que el cirujano considerará la edad del bebé, su estado general de salud, su historial doctor, las cualidades concretas de la anomalía, la tolerancia del bebé a ciertos medicamentos, y además la crítica de los papás (1)

La cirugía para arreglar el labio leporino se hace en la mayoría de los casos en los primeros meses de vida y se

propone en los primeros 12 meses. La cirugía para arreglar el paladar hendido se ofrece en los primeros 18 meses de vida. Varios chicos necesitarán bastante más de una cirugía mientras crezcan.



La cirugía puede cambiar el aspecto de la cara del infante y además mejorar la respiración, la audición, el habla y el lenguaje. Los chicos que nacen con hendiduras orofaciales, además tienen la posibilidad de necesitar diversos tipos de tratamientos y servicios, como tratamientos dentales o de ortodoncia y terapia del habla. Los mismos tratamientos que permanecen a disposición a los chicos con labio y paladar leporino además

permanecen a disposición a los adultos con hendiduras; y aunque la marca del labio arreglado es persistente, es viable que se logre mejorar la calidad de dicha marca, perfeccionando el aspecto del labio y de la nariz, su destreza de dialogar con claridad, la calidad de su audición, el aspecto y funcionalidad de los dientes. Además, para esta clase de cirugía no es elemental la hospitalización. (1)

Embriología

En la apariencia embrionaria se sabe parte importante del tejido de la cara a partir de la cresta neural embrionaria, la cual está regida por genes posicionales, estructurales y reguladores. El labio leporino, donde comúnmente los procesos frontales están compuestos cerca de la 5ta y 7ma semana del embarazo, sin embargo dichos no logran fusionarse. (2)

El cierre completo del labio debería ser un proceso de fusión entre el mesodérmicos lateral, medio y maxilar, la fracasó de uno de ellos crea hendiduras labiales de aspecto unilateral, bilateral o medianas. En esta

situación, esta malformación puede estar vinculada a conjuntos de los genes o del medio ambiente.

El cierre del labio se da desde los 35 días después de la concepción, esto originando la grieta labial de un solo lado, de los dos lados o hacia medial, de más común, menos común, e infrecuente respectivamente. Además tenemos la posibilidad de tener una variante en la cual solo ve perjudica el labio mayor a la cual llamamos inconcluso, y la variante una vez que la expansión va hacia la nariz, que podría ser completa.

Epidemiología en Ecuador

Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con una frecuencia de 14,96 por cada 1000 nacidos vivos. En un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil se encontró que el 54.5% de la población analizada en el Hospital Enrique Sotomayor fueron varones. (3)

Clasificación

Tabla 1 Clasificación de labio leporino

Anomalías del labio		Anomalías del paladar	
Labio hendido completo	Cuando no ha habido fusión del proceso maxilar superior con el filtrum labial y el piso de la nariz no se ha formado	Tipo I	Hendidura del paladar blando
Labio hendido incompleto	Cuando hay fusión parcial del proceso maxilar con el filtrum labial, el piso de la nariz está cerrado, pero el músculo orbicular de los labios no está debidamente orientado en forma circular	Tipo II	Hendidura de paladar blando y duro que compromete sólo el paladar secundario
Labio hendido cicatricial	Cuando hay fusión completa del proceso maxilar con el filtrum labial, pero hay una pequeña hendidura en forma de cicatriz en el rollo rojo labial	Tipo III	Hendidura completa unilateral desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los lados de la premaxila
Labio hendido bilateral	Cuando no hay fusión del filtrum labial con los dos procesos maxilares superiores	Tipo IV	Hendidura completa bilateral desde la úvula pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila

Fuente: Thongrong C, Sriraj W, Rojanapithayakorn N, Bunsangaroen P, Kasemsiri P. Cleft lip cleft palate and craniofacial deformities care: an anesthesiologist's perspective at the Tawanchai Center. *J Med Assoc Thai.* 2015; 98 (7): 33-37.

Diagnóstico:

El diagnóstico prenatal puede incrementar la probabilidad de detectar precozmente ciertos síndromes de los genes involucrados. El diagnóstico se suele sospechar desde las 12 semanas.

Ecografía 3D: Los cortes coronal y axial son los más útiles.

Resonancia magnética. Un 8% de LP y un 20% LP+HP asocia anomalías siendo fundamental el estudio morfológico exhaustivo y amniocentesis(4)

Presentación de Caso:

En la ecografía morfológica (semana 20+2) se diagnostica de labio leporino bilateral con sospecha de hendidura palatina (figuras 1 y 2). Se ofrece diagnóstico genético prenatal invasivo y se deriva a consulta de Genética Médica. En la semana 20+5 se realiza ecocardiografía, con hallazgos normales, y amniocentesis que cursa sin incidencias con los siguientes resultados:



Figura 1: de labio leporino bilateral



Figura 2: hendidura palatina

QF-PCR: dotación diploide para cromosomas 13, 18, 21. XX. Normal. ArrayCGH: duplicación completa del brazo corto del cromosoma 10 con un perfil femenino, correspondiente con Trisomía 10p. Cariotipo fetal: anomalía estructural desequilibrada translocación cromosomas 10 y 14. Cariotipo materno: anomalía

estructural aparentemente equilibrada translocación recíproca de cromosomas 10 y 14.

Técnicas quirúrgicas

Técnica de Millard

Está enfocada en esconder la incisión de la columna del filtro en la raíz de la nariz, sin embargo gracias a los trazos que se usan puede llevar a cabo una cicatrización vertical retráctil con un migración de la cantidad roja labial hacia arriba o una migración del territorio baja del cartílago lateral inferior hacia debajo, así como la formación de una marca retráctil horizontal que finaliza en una narina angosta. Al inicio esta técnica se realizaba en 2 tiempos quirúrgicos: primero con una incorporación labial entre el primer y el segundo mes de edad; después la queiloplastia entre los 3 a 4 meses. Para tal cual conseguir disminuir la deformación nasal y maxilar relacionada con el defecto al hacer una previa aproximación de los dos extremos.(5) Técnica quirúrgica La técnica de Millard se inspira teniendo presente el filtro, donde se conservan los 4 aspectos cardinales marcados en el diseño anterior a la cirugía: el arco de

Cupido, que podría ser el vértice del área roja labial; el vértice de la cresta del filtro del lado sin defecto; el punto de simetría en el vértice del arco de Cupido; y el punto labial lateral localizado equidistante entre la comisura y la cresta del filtro del lado no perjudicado. Esta técnica provee una incisión curvilínea y un colgajo triangular de desarrollo y rotación. El colgajo C, es el colgajo a modo de triángulo de la narina hendida. (6)

Desarrollo de la intervención

Luego de hacer la anestesia con la infiltración de lidocaína al 0,5-1% con epinefrina, la disección con bisturí comienza en la cara interna labial, incidiendo en la dermis y mucosa. Se sitúan los músculos para disecarlos progresivamente de sus aspectos de inserción anómalos en torno al hueso maxilar. Más adelante, el colgajo se rota hacia abajo, para horizontalizar el arco de Cupido. Después el colgajo C se diseca del plano muscular. A grado mucoso, la disección con bisturí gélido se alarga hasta 2-3 mm preeminente al límite donde está adherida la mucosa gingival. La incisión se continúa de forma paralela a la línea gingival. A grado

mucoso se separa del grado muscular en su cantidad fuerte. El colgajo de mucosa debería facilitar una rotación del colgajo muscular de forma relajada, ayudándose de una incisión relajante por lado.

Millard aprovecha este tiempo quirúrgico para hacer una septorrinoplastia. La disección con bisturí gélido de la cara interna ayuda a ubicar la espina nasal anterior y la disección subpericóndrica del tabique en sus 2 lados hasta los cartílagos laterales inferiores. Logrado la disección hasta el pilar lateral del cartílago lateral inferior, hacia el pie del orificio piriforme. El cartílago lateral inferior se diseca superficialmente 20 hacia el plano del lateral preeminente, sin separarlo de la parte mucosa de la nariz. El septum se mueve y se concentra de acuerdo con el eje medial luego de hacer un decolamiento subpericóndrico. (7)

Sutura

El domo de la nariz del lado anormal se posiciona a la misma elevación que del lado no perjudicado. Las hebras musculares nasolabiales, del músculo orbicularis, se

integran con su homólogo contrario con sutura no reabsorbible, monofilamento 4/0. La hebra marginal del músculo orbicularis se disecciona durante 1-2 mm en un plano abajo de la dermis en los márgenes externos e internos, y se incorporan por medio de el hilo de sutura dicho. La mucosa se sutura con aspectos reabsorbibles 5/0 o 6/0 en las planos labial y vestibular, después de hacer la exéresis del tejido sobrante. La sutura cutánea es con uniones piel a piel con puntos de vista invaginantes no reabsorbibles 6/0 o con suturas no reabsorbibles dérmicos del hilo dicho.

Técnica de Tennison-Randall

Esta técnica se fundamenta en el alargamiento de la cara interna labial por medio de una contraincisión ubicada en la parte preeminente de la alianza de la dermis con la mucosa. Esta incisión ayuda a producir un triángulo equilátero diseñado en el margen externo labial. Tal cual, el desenlace estético de la participación es condicional a cálculos matemáticos y de las proporciones del colgajo. En este trazado no hay versatilidad quirúrgica ó de improvisación. El costo positivo de este trazado es la

elongación del labio entre el arco de Cupido y la base del cartílago lateral inferior. La más grande desventaja de esta técnica es la variación del tercio inferior del filtro. Entrecruzando las hebras musculares se equilibra la manera plana del filtro. Se prefiere esta técnica, si la diferencia entre la elevación del ala nasal y el vértice de los labios es más grande de 2-3 mm. (8)

Técnica cutaneomucoso

Los márgenes cutáneos a tener en cuenta son: Margen nasal, la base de la columna del filtro y la del cartilago lateral inferior no alterado y del lado anómalo. Para conseguir la simetría, los 2 márgenes tienen que colocarse de forma parecida en los dos lados. Dichos márgenes tienen que posicionarse cercanos al cartílago lateral inferior para traccionar su base. En el sector blanca labial del lado sin alteraciones, la magnitud de la base del triángulo primordial marcado en el margen anómalo y que se reposicon a de forma perpendicular al vértice del arco de Cupido del lado comprometido. Al hacer el triángulo tal se asemeja a la disección con

bisturí gélido por encima de la intersección de las zonas rojas y blancas labiales en el vértice del arco de Cupido.

Alternativas quirúrgicas

El trazado Veau, técnica pionera en recomposición de fisura labial. Se reavivan los extremos de la fisura reconstruyéndose en 3 planos (mucoso, muscular y cutáneo). Sin embargo, la hipoplasia del área blanca labial no se reconstruye, teniendo como consecuencia un labio asimétrico y más angosto. Esta puede corregirse con un diseño oblicuo (9).

Queiloplastia de Onizuka (A, B), con mutilación parcial del área blanca labial y/o del arco de cupido. Tal cual, el labio queda anclado, dando como resultado hipoplasia maxilofacial. La técnica de Onizuka se fundamenta en una sociedad Tennison (colgajo de interposición) y Millard (rotación y avance). El diseño se interrumpe por un trazo oblicuo, el back cut (incisión de descarga), cuya distancia es condicional del déficit de elevación. Ayudando a mejorar la proyección del labio en su parte inferior. En el labio fisurado, el diseño

continúa la línea de la intersección de la dermis con la mucosa y se detiene a 1 mm preeminente del margen del proyectado punto externo del arco de Cupido (10).

Técnica de reconstrucción labial bilateral

La recomposición de una fisura labial bilateral se sustenta en la construcción del arco de Cupido y una plastia de filtro bilateral. Hay diferentes diseños cutaneomucosos parecidos a las fisuras unilaterales, se fundamentan en los inicios de Tennison o Millard. En Millard las Z plastias son labiales mejores bilaterales y en los diseños inspirados de Tennison son inferiores; las dos tienen la posibilidad de asociarse. La técnica de Manchester modificada, se basa en ocupar la mucosa del prolijo, para conformar el fondo de un neovestíbulo. En la fisura unilateral, el plano muscular es liberado bilateralmente a la fisura afrontandolos mundialmente. (11)

Bibliografía

1. Río JAO del, Moreira-García KM, Tovar-Moreira EM, Bohórquez-Valdivieso AA. Influencia de la cirugía plástica

- reconstructiva en niños y niñas con labio y/o paladar hendido. Polo del Conocimiento [Internet]. 2018 Sep 15 [cited 2022 Jun 24];3(9):24. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/704/html>
2. Amador, T., & Madera, A. (2016). Interacciones genéticas y epigenéticas relacionadas con fisuras de labio y paladar no sindrómicas. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA, 32(1), 21 -34.
 3. Benítez Ormaza, Y.C. (2014). Prevalencia y factores asociados a labio leporino y paladar hendido en el Hospital Gineco obstétrico Enrique Sotomayor durante de enero a diciembre del 2013.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3364/1/T-UCSG-PRE-MED>
 4. Campaña G. DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LABIO LEPORINO [Internet]. Available from: <http://ginecologiamurciana.es/files/XXIX/Poster%20XXIX/HC UVA%2024.pdf>
 5. Teissier N, Bennaceur S, Van Den Abbeele T. Tratamiento primario del labio leporino y del paladar hendido. EMC - Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial [Internet]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1635250516777036>

6. Wagner W, Harrison MR. Fetal operations in the head and neck area: current state. *Head Neck*. mayo de 2020;24(5):482-90.
7. Cockell A, Lees M. Prenatal diagnosis and management of orofacial clefts. *Prenat Diagn*.
8. Stal S, Brown RH, Higuera S, Hollier LH, Byrd HS, Cutting CB, et al. Fifty years of the Millard rotation-advancement: looking back and moving forward. *Plast Reconstr Surg*.
9. Van de Ven BD, Defrancq E. Cleft lip surgery: a practical guide. Zgierg, Poland: Agave Clinic;
10. Onizuka T. A new method for the primary repair of unilateral cleft lip. *Ann Plast Surg*
11. Pavy BV, Vendroux J, Smarrito S. Fentes labiales et palatines: traitement primaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-580,

Rinoplastia

Fernando Alexander Enríquez Guerrero

Médico General por la Universidad Central del Ecuador

Especialista en Otorrinolaringología por la Universidad Central del Ecuador

Centro Médico Familiar Integral y Especialidades,
Diálisis la Mariscal iess

Introducción

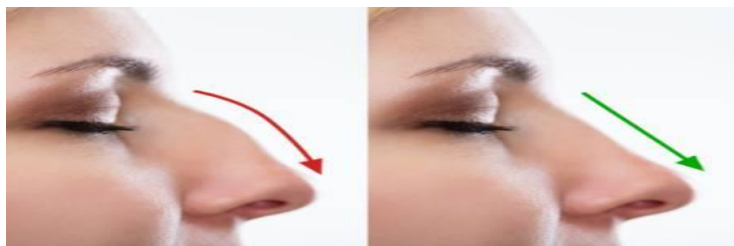
La rinoplastia se puede efectuar bajo anestesia local o general, según la extensión del procedimiento y de las preferencias de la persona. Se hace en el consultorio del cirujano, en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria. Los procedimientos complejos pueden requerir una corta hospitalización. El procedimiento generalmente tarda de 1 a 2 horas. Puede demorar más.

La nariz y la zona circundante se insensibilizan con anestesia local. A usted probablemente lo sedarán un poco, pero estará despierto (relajado e insensible al dolor) durante la cirugía. La anestesia general le permite dormir durante toda la operación.

La cirugía se efectúa usualmente a través de un corte (incisión) hecho dentro de las fosas nasales. En algunos casos, la incisión se hace desde afuera, alrededor de la base de la nariz. Este tipo de incisión se usa a menudo para llevar a cabo un trabajo en la punta de la nariz o si usted necesita una cirugía de corrección. Si la nariz necesita ser afinada, la incisión puede extenderse alrededor de las fosas nasales. Se puede hacer una

pequeña incisión dentro de la nariz para romperla, y darle forma al hueso.

Se puede poner una férula (metálica o plástica) por fuera de la nariz. Esto ayudará a conservar la nueva forma del hueso cuando se termine la cirugía. También se pueden colocar férulas plásticas suaves o tapones nasales en las fosas nasales. Para ayudar a mantener estable la pared divisoria entre las vías respiratorias (tabique).(1)



Procedimiento

La tarea de las fosas nasales se realiza bajo anestesia preferente. Normalmente, el médico puede tardar entre 1 y 2 horas en completar el método.

Para asegurarse de que cualquier cicatriz que sucede no es visible, las incisiones se hacen dentro de la nariz. Durante el sistema, los poros y la piel sobre la nariz se separa de el cartílago y la forma del hueso. Como los

poros y la piel se levanta, el profesional de la salud seguirá esculpir este marco de ayuda en la forma preferida. El grado de remodelación dependerá de los deseos del paciente y de las molestias que ofrezca. Cuando este segmento del proceso está terminado, los poros y la piel se vuelve a colocar sobre el hueso y el cartílago.

Para mantener la nueva forma de la fosa nasal, el médico colocará un sólido después de la cirugía. También, tapones lisos pueden ser insertados en su nariz para estabilizar el tabique y crear un departamento entre las fosas nasales.(2)

Exámenes Prequirúrgicos

Los estudios y exámenes preoperatorios pueden dividirse en dos:

1. Los destinados a funciones de diagnóstico y documentación de deformidades externas e internas de la nariz (pix, endoscopias, TAC y estudios de flujo de aire nasal, entre otros) y.
2. Las necesarias para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento quirúrgico que requiera anestesia

de moda (por ejemplo, investigación de la sangre, imágenes y/o electrocardiogramas mientras sea pertinente). (3)

Chequeo prequirúrgicos y preanestésico

Toda intervención quirúrgica nasal merece una evaluación adecuada por parte de un clínico antes de la intervención quirúrgica. En la evaluación científica, en general, el médico busca decidir si el paciente está en condiciones de pasar por una cirugía con el menor riesgo posible. En este sentido, puede dar los consejos necesarios para disminuir la posibilidad de cualquier forma de preocupación durante o después del tratamiento quirúrgico.

Asimismo, el anestesista examinará al afectado antes del tratamiento quirúrgico con el motivo del plan anestésico durante y después del procedimiento.

Antes del día de la intervención quirúrgica, su médico de cabecera o los cirujanos, dentro de la consulta respectiva, también solicitarán su autorización para la realización global del procedimiento quirúrgico a realizar, indicando

las ventajas previstas, tratamientos alternativos, posibles dolores de cabeza, entre otros. Estos expedientes, denominados informados es de la misma opinión, también deben ser agregados con usted en el día de su procedimiento quirúrgico.(4)

Preoperatorio

El periodo preoperatorio de una rinoplastia es clave para que el paciente se prepare física y psicológicamente para la cirugía de nariz.

Físicamente es vital que el afectado se encuentre en un excelente estado de salud y sea honesto con el profesional de la rinoplastia plástica que le atenderá, exponiendo los posibles problemas de salud que tenga y si toma algún fármaco.

Además, hay que tener en cuenta que si el afectado fuma, debe dejar de hacerlo antes del tratamiento quirúrgico de la nariz y, al menos 15 días antes, debe evitar tomar medicamentos con efecto anticoagulante, ingerir alcohol y alimentos pesados.

Psicológicamente, es fundamental que el paciente esté seguro de que quiere operarse la nariz por convicción y no por presiones externas.

La importancia de la rinoplastia se debe especialmente a la posición preponderante de la nariz en la concordia facial. Es fundamental que los pacientes sean conscientes de que el resultado de una operación de rinoplastia puede no ser precisamente el que imaginaban. Para ello, en algún momento de la duración preoperatoria de la rinoplastia, es recomendable que el paciente se asesore con imágenes del antes y el después de las rinoplastias realizadas por su médico una buena forma de entender cuál puede ser el resultado final de su operación.

La duración del preoperatorio de una rinoplastia es también el momento en el que la persona afectada debe preguntar y aclarar todas sus dudas sobre la operación quirúrgica de nariz, reconocerá cuánto cuesta una rinoplastia dependiendo de su caso y se le podrán definir todos los pasos de la operación además de los cuidados postoperatorios que va a tener que realizar.(5)

Técnica Quirúrgica

A continuación se describe paso a paso el método quirúrgico de la rinoplastia abierta, con especial énfasis en los puntos que no olvidamos clave para la toma y obtención de los injertos superpuestos de SMAS.

1. **Infiltración:** se realiza con xilocaína con epinefrina 1: cien.000 o 1:80.000 con una aguja de 23-24 g sobre el inicio piriforme, los vértices nasales, el dorso nasal; con una aguja corta de 25 g se infiltran con precaución el cartílago alar, la punta nasal y la columela. Para la septoplastia, el autor principal prefiere aplicar xilocaína con epinefrina a una sensibilización de uno:200.000 dispositivos. Se suele recomendar un bloqueo infraorbitario bilateral. Es de importancia esencial realizar una infiltración bien selectiva.

2. **Incisión** - hemitransfijación preseptal/septoplastia: a través de la cual se realiza la disección mucoperióstica y subpericondrial, se introducen los túneles superior e inferior, se realiza la septoplastia y se

toman los injertos. Los túneles mucopericondriales superior e inferior se realizan en un lado y de forma confinada en el aspecto contralateral. Después de mantener separada la unión condroetmoidal, se toma un injerto de cartílago cuadrangular, que debe ser suficiente para el diseño de las inserciones superiores, respetando 10 mm del dorso cartilaginoso para evitar el descenso de la localización "K" y entre cero,5 y 1 cm de la inserción del tabique dentro de la espina nasal anterior. Las desviaciones óseas y cartilaginosas se corrigen si son importantes. Si el tabique caudal está luxado, se realiza una transfixión completa o total. La septoplastia también se puede realizar por la vía externa sin el uso de incisiones adicionales mediante la elevación de los colgajos mucopericondriales desde arriba. Esta descolocación o despeje de la unión septolateral será importante mientras se colocan los injertos de expansión (tipo spreader).



3. Incisión columnar y alar marginal: esta incisión debe realizarse con mucho cuidado para no lesionar la crura media, normalmente se sitúa en la unión del tercio inferior con el centro 0,33 de la columela, normalmente una incisión en V tipo "Cadillac" o una incisión en V invertida. No encontramos variaciones en la evolución de la cicatriz columelar con ninguna de las 2 incisiones, sin embargo observamos que la incisión en V invertida es de mayor dificultad en el aprendizaje del novato, requiriendo ambos tipos de incisiones un cierre meticuloso con suturas de sutura de polipropileno 6.0 (Ver imagen 1).



Imagen 1

4. **Disección de la punta y el dorso nasal:** con unas tijeras de plástico romas del tipo de la tenotomía de Stevens, se levanta el colgajo de piel viable más grueso, utilizando ganchos de piel muy finos, dejando el SMAS por debajo y progresando desde el dorso hacia el pináculo a medida que se descubren la punta y el dorso, teniendo cuidado de no reducir la crura media ni lesionar la faceta a nivel del triángulo liso. La disección de la crura lateral se realiza con cuidado de no desprenderla de su inserción

lateral a los cartílagos sesamoideos y a la abertura piriforme. El tejido fibroadiposo que protege los cartílagos alares se conserva para su posterior reimplantación. La disección se realiza hasta la mitad de la extensión de los huesos nasales derechos. Se utilizan electrodos bipolares para la hemostasia. Cabe destacar que en algunos casos se puede recibir un injerto compuesto a partir de la esqueletización de los cartílagos del extremo en continuidad con el mucopericondrio y el mucoperiostio del dorso nasal, obteniendo así una fracción de muy buena longitud. (Ver imágenes 2, 3, 4).



Imagen 2

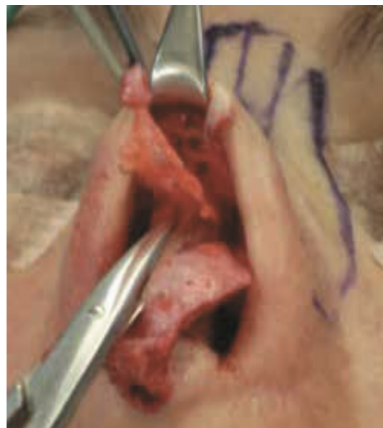


Imagen 3



Imagen 4

5. **Preparación del injerto de SMAS:** el tejido de SMAS resecado se prepara como injerto de timpanoplastia en forma de lámina. Se seca con calor, con el fin de que sea fácil de regionalizar mientras está seco (firme, suave para rehidratar y suturar). Este secado es igualmente crítico para que el injerto se extienda lo más posible y la textura permita una manipulación limpia, principalmente cuando se va a reposicionar en el dorso. Cuando se procesa el mejor tejido fibroelástico, el tejido fibroso de los alares para cubrir los escudos de las puntas no requiere tanto secado, también se puede dejar en su consistencia

ordinaria o humedecerlo un poco. (Véanse las imágenes 5 y 6).

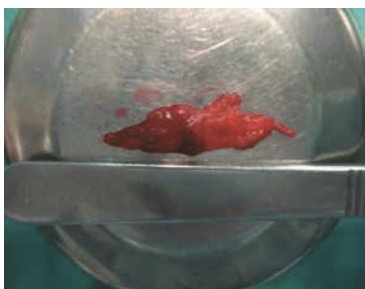


Imagen 5



Imagen 6

6. Resección de la joroba cartilaginosa y ósea:

Resección de las jorobas cartilaginosas y óseas con un bisturí de once hojas (romo) y un cincel de Rubin, normalmente de 10 a 12 mm; se debe terminar una resección simétrica en bloque. En todas las estrategias de rinoplastia general, tanto si las jorobas se resecan en bloque como si se resecan uno a uno el dorso cartilaginoso y óseo, se elimina el tejido musculoaponeurótico suprayacente. En este enfoque, este tejido se conserva, se deseca y se vuelve a unir a la

vecindad del número uno o a otras zonas que requieran un aseguramiento del tejido.

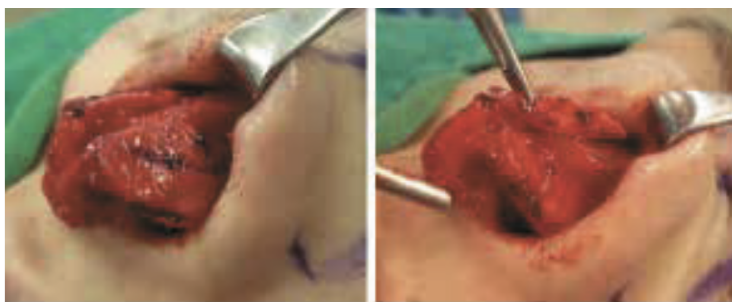


7. Definición y advenimiento de los neodomos:

Técnica con creación de neodomos en el paso de Toriumi. En este enfoque, previo al recorte cefálico de los cartílagos alares inferiores, se incrementa la piel de los poros vestibulares de forma constreñida, lo que ayuda a la creación de nuevas cúpulas con un quiebre fácil y simétrico, que junto con la colocación adecuada de la presentación y la guarda, permite un juego de luces y sombras más adecuado en la longitud postoperatoria.



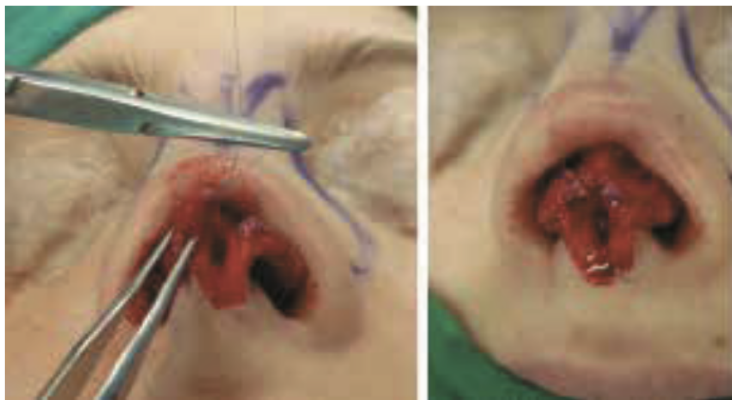
8. **Resección del borde cefálico del cartílago alar inferior:** una vez identificadas las cúpulas, se mide el diámetro transversal de la crura lateral. Normalmente se dejan de cinco a ocho mm de cartílago en la crura lateral y de tres a cuatro mm en la crura media, respetando la prolongación medial de la crura lateral que ofrece una curvatura herbaria a la punta nasal. Es fundamental hacer hincapié en las resecciones ligeras del cartílago cefálico y evitar cortes que puedan comprometer la asistencia del propio cartílago o generar resultados de pellizco o "Pinch" y, en consecuencia, comprometer la zona valvular.



9. **Dissección infradomática:** disección por debajo de la cúpula y por encima de la piel de los poros vestibulares, de unos tres a cuatro milímetros, con movimientos cortos, seguros y suaves con una tijera de tenotomía de Stevens o una tijera puntiaguda de cuarenta y cinco grados, constantemente con la punta hacia arriba, para evitar la ruptura del cartílago. Esta es una forma definida por Toriumi.

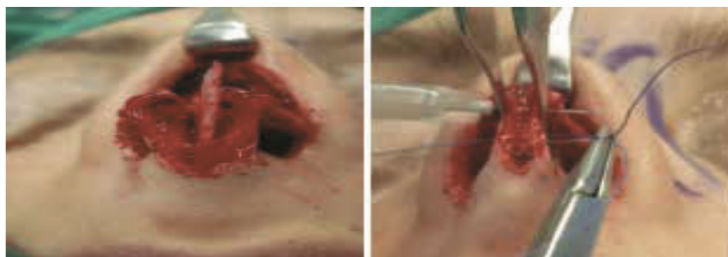
10. **Sutura de las cúpulas:** una vez descritas y marcadas las cúpulas, se suturan con monofilamento de nylon 5-0 o 6-0 con una sutura en forma de 8 dejando el nudo hacia dentro. En este punto hay que tener en cuenta la máxima

simetría para evitar la formación de bossae, es decir, protuberancias del cartilago alar inferior en zonas de rotura inusual.

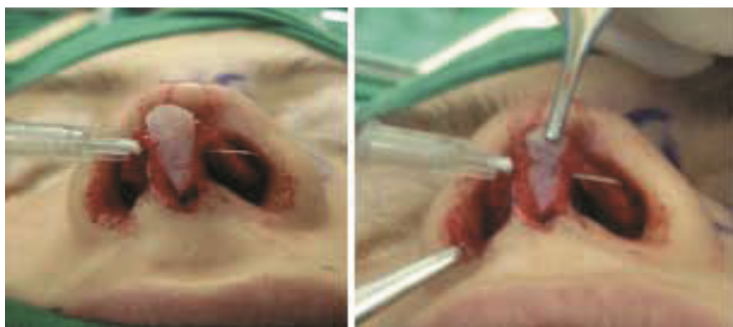


- 11. Colocación y sutura del poste columnar:** el poste se sitúa entre las cruras tras la disección de la zona intercrural con una tijera de Stevens, que se fija con un cosido de transfixión para proporcionar ayuda y evitar la movilidad y rotación del poste. Utilizamos mecánicamente el sometimiento intercrural y la guarda de Sheen. Si se necesita más proyección, se pueden introducir injertos de % cuadrangular o injertos de copa, pero constantemente suturados con nylon 6-cero

y superponiendo todo el conjunto con tejido fibroconectivo conservado húmedo, normalmente recibido de la crura lateral.



- 12. Colocación de la defensa de Sheen:** el protector de Sheen se coloca 2-3 mm por encima de los neodomas para encontrar los factores leves (luz - sombra), también es constante a la columela con una costura de monofilamento 6-0, esto se puede lograr dentro de la forma de una circunferencia o con puntos fáciles en cada faceta confiando en la electricidad del injerto y la crura común.



13. Colocación de los injertos de enmascaramiento SMAS y sutura de los mismos: se colocan los injertos, constantemente secos, para vicularlos con precisión en el dorso, se pueden rehidratar con el propio colchón vascular y se fijan al flamante dorso. Todos los demás injertos se suturan con nylon 6/cero, como los injertos de aumento, los injertos de cartílago lateral, los injertos supra-alares, ya que se ha demostrado que si no se hace siempre, estos injertos llegan a desplazarse. Los injertos desecados del SMAS también pueden utilizarse como premisa para un injerto compuesto por cartílago morcelado o fragmentos de hueso

abrumado, según el caso. Los injertos situados en el dorso tienen por objeto crear un efecto "sándwich" entre la piel elevada con ayuda del abordaje quirúrgico y las nuevas estructuras creadas tras la resección de la joroba osteocartilaginosa o la colocación de injertos de ampliación, para mejorar el grosor auténtico del colgajo de piel y encubrir y camuflar las flamantes estructuras, a fin de evitar la formación de irregularidades en la longitud postoperatoria.

Los injertos muy grandes en el dorso pueden envolverse en una pequeña lámina aplanada de Gelfoam® y guiarse con una sutura transcutánea de Catgut crómico 5-0. Sólo no se fijan los injertos que se encuentran en la profundidad del radix nasal, debajo del músculo Procerus, o los pequeños injertos onlay que se colocan sobre los cartílagos laterales superiores o los vértices nasales y que ahora no requieren inmovilización.



- 14. Las osteotomías son típicamente la parte final de cualquier rinoplastia;** sin embargo, las estamos presentando después de la resección del dorso y antes de la posición de los injertos finales para que se haya definido la firmeza del puente nasal, además de completar el cierre del techo nasal y averiguar en este segundo la necesidad de remodelarlo o utilizar algún otro tipo de injertos a nivel del radix. Por regla general, deben ser constantemente diagramados y pintados en el paciente. Las osteotomías perfilan el tratamiento quirúrgico. Un juego exacto de cinceles debe estar disponible como oportunidad para realizar todo tipo de osteotomías que pueden ser descritas incluyendo: mediana, paramediana, intermediana, lateral y transversal externa.
- 15. Cierre e inmovilización:** la incisión columnar se sutura cuidadosamente con nylon 6-cero y la incisión marginal alar con cromo 5-0. La ferulización se realiza internamente con láminas y externamente con sistemas de auto-soldadura

tipo micropore y Aquaplast®. Los puntos de sutura columnares se eliminan entre 6 y 8 días después bajo visión microscópica.(6)

Seguimiento

- A los 3 meses es conveniente realizar una inspección intranasal con un espéculo para comprobar la permeabilidad de la vía aérea y la ausencia de cefaleas.
- Los cambios en la estética de la nariz suelen estar ya estabilizados a los trescientos sesenta y cinco días de la intervención, momento en el que se realiza un examen de moda previo al alta, que debe incluir todo un documento fotográfico, similar al preoperatorio.(7)

Conclusiones

La rinoplastia es una de las estrategias más utilizadas en Cirugía Plástica, destacando hoy en día muchos de los 5 procesos estéticos de máxima fama internacional. Por ello, la exigencia de buenas consecuencias es común

dentro del ejercicio del profesional de la salud plástica moderna.

Bibliografía

1. Rinoplastia: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002983.htm>
2. Rinoplastia, Cirugía de Nariz en Quito [Internet]. Clínicas Novo Corpo, Cirugía Plástica, Cirugía Estética, Quito, Ecuador. [cited 2022 Jul 26]. Disponible en: <https://novocorpo.com.ec/cirugias/rinoplastia-cirugia-de-la-nariz-quito/>
3. Mantilla D. Rinoplastia | Septoplastia | Rinoseptoplastia | Conceptos básicos [Internet]. Danilo Mantilla ORL. 2021. Disponible en: <https://www.danilomantilla.org/post/rinoplastia-septoplastia-rinoseptoplastia-conceptos-basicos>
4. Rinoplastia - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/rhinoplasty/about/pac-20384532>
5. Preoperatorio de una Rinoplastia [Internet]. Dr Fernandez Blanco. 2020. Disponible en: <https://www.drfernandezblanco.com/rinoplastia-preoperatorio/>

6. Álvaro Pedraza Mantilla, MD, Natalia Mantilla, MD. Injertos de Recubrimiento en Rinoplastia. Una nueva propuesta. 2017;45(3):199-207. [Internet]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwigg-2m8Jn5AhUSK0QIHWdRBdEQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Frevista.acorl.org.co%2Findex.php%2Facorl%2Farticle%2Fdownload%2F350%2F300%2F753&usg=AOvVaw0HZC1y6VB3tWmZH_XRn8qp
7. Gallo J, González J, Álvaro L, González G-R. [cited 2022 Jul 28]. Disponible en: <https://www.secomcyc.org/wp-content/uploads/2014/01/cap57.pdf>