



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Investigación científica y artículos originales

Nueva técnica para rinoplastia definitiva en labio y paladar hendido

Do not build on weak: A new definitive cleft rhinoplasty technique

David De Poortere*, Jose María Barreto**, Wilfred Burckhardt***

* Residente de Otorrinolaringología, Universidad del Valle.

** Jefe del Departamento de Otorrinolaringología, Universidad del Valle.

*** Profesor del Departamento de Otorrinolaringología, Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle, Departamento de Otorrinolaringología, Cali, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 21 enero de 2014

Revisado: 06 febrero de 2014

Aceptado: 27 febrero de 2014

Palabras clave:

rinoplastia, labio hendido, paladar hendido, deformidad nasal.

RESUMEN

El labio y el paladar hendidos son deformidades congénitas frecuentes, con una incidencia de 1:700. La deformidad nasal hendida presenta defectos óseos, cartilagosos y cutáneos, separándola en dificultad de otras rinoplastias cosméticas. Los cartílagos laterales inferiores (LLC) son asimétricos; el de la hendidura presenta una crura medial corta, una crura lateral larga-débil y un domo hipoproyectado. La técnica clásica intenta convertir el cartílago alar de la hendidura en uno sano, avanzando la crura medial y realizando una lateralización del domo, modificaciones soportadas por el LLC sano. Esta tensión, que no es inocua, genera una gran carga, con resultados asimétricos y poco naturales. Nuestra técnica se enfoca en el LLC sano. Se dividen las cruras medial y lateral; se realiza una sutura de sobreposición, creando un cartílago lateral inferior fuerte con las dimensiones del LLC hendido. Los cartílagos idénticos distribuyen las fuerzas de forma simétrica, eliminando el desequilibrio y la tensión de la técnica clásica. Un poste columelar y un escudo brindan soporte y proyección. Una excelente rotación, proyección, definición y simetría de la punta han sido logradas de manera consistente en más de 30 casos. Nuestra técnica es simple, confiable y reproducible para corregir la deformidad nasal en el labio y el paladar hendido.

Correspondencia:

Hospital Universitario del Valle, Departamento de Otorrinolaringología

Calle 5 N.º 36 - 08, Cali, Colombia

David De Poortere

depoortere@gmail.com

ABSTRACT

Key words:

definitive rhinoplasty, cleft lip and palate, cleft nose deformity.

Cleft lip and palate are common congenital deformities with an incidence of 1:700. Cleft noses have abnormalities in all tissue layers separating them in kind and difficulty from most cosmetic rhinoplasties. Lower lateral cartilages (LLC) are asymmetric; the cleft's side has short medial crus and long-weak lateral crus. The cleft's dome being retro-displaced. Classical definite rhinoplasty tries to make the cleft's lower lateral cartilage as similar as possible to the healthy side. Advancing the medial crus and performing a lateral crural steal. All these changes will be supported by the healthy LLC. These maneuvers are not innocuous; generate a burden that leads to asymmetric and unnatural outcomes. Our approach focuses on the healthy LLC, building the strongest tripod possible. Medial and lateral crural divisions followed by an overlay suture, create a strong LLC with the dimensions of the cleft's LLC. Identical cartilages will distribute forces equally. A columellar strut and a shield tip graft will add support and projection. Consistent improvement in rotation, projection, tip definition and symmetry has been achieved in more than 30 cases. No structure is responsible for retaining other; this is a simple, reliable and reproducible technique for correction of the cleft nose deformity.

Introducción

El labio y el paladar hendidos son malformaciones congénitas frecuentes, con una incidencia estimada de uno en 700 nacidos vivos. La severidad de la deformidad nasal será proporcional a la anomalía del labio. Las narices hendidas presentan alteraciones óseas, cartilaginosas y cutáneas, separándolas en dificultad de las rinoplastias cosméticas convencionales. Los cartílagos laterales inferiores son asimétricos; el hendido presenta una crura media más corta y una crura lateral de mayores dimensiones, débil y cóncava. Se encuentra un domo retrodesplazado del lado hendido (figura 1).



Figura 1. Los cartílagos laterales inferiores son asimétricos; el hendido presenta una crura media más corta y una crura lateral de mayores dimensiones, débil y cóncava. Se encuentra un domo retrodesplazado del lado hendido.

La técnica de rinoplastia clásica intenta construir en el lado hendido un cartílago lateral inferior lo más parecido posible al del lado sano; para ello, la crura media se desliza en

sentido anteroposterior (AP) y se acompaña de una lateralización forzada del domo. Estas maniobras buscan aumentar la proyección, pero generan una carga difícil de soportar para el cartílago lateral inferior sano. Usualmente se encuentran resultados poco naturales y asimétricos. Nuestra propuesta consiste en abordar el cartílago lateral inferior sano y construir el trípode lo más estable posible.

Utilizamos una técnica de deproyección del cartílago lateral inferior sano, realizamos la división de las cruras media y lateral, superponemos y suturamos, y creamos un cartílago lateral inferior fuerte, con las dimensiones del cartílago lateral inferior de la hendidura (figura 2).



Figura 2. Nuestra técnica de deproyección del cartílago lateral inferior sano consiste en la división del domo, la superposición y sutura de las cruras medias y laterales, con lo cual se crea un cartílago lateral inferior fuerte, con las dimensiones del cartílago lateral inferior de la hendidura y un trípode estable, que garantizan una cicatrización simétrica. Por último, compensamos la pérdida de proyección con un injerto tipo escudo sobresaliente, con injertos adicionales tipo Peck, o sin ellos.

Las fallas de la rinoplastia se originan en el desequilibrio de las fuerzas y en la memoria de las estructuras cartilaginosas durante el proceso de cicatrización. Los cartílagos laterales inferiores idénticos distribuirán de forma equitativa las fuerzas; así, ninguna estructura será responsable de sostener otra, lo cual permite al cirujano disfrutar de un procedimiento balanceado y un postoperatorio más predecible.

El soporte adicional será conseguido con un poste columelar, y la proyección sacrificada será compensada con injertos tipo escudo o *Peck*.

Más de 30 intervenciones en los últimos tres años muestran mejoría significativa y persistente en la rotación y simetría de la punta, sin sacrificar la proyección. Nuestra técnica ofrece un método novedoso, simple, confiable y reproducible para la corrección de la deformidad nasal en el labio y el paladar hendido.

Técnica quirúrgica

Las múltiples modificaciones a las que sometemos al cartílago lateral inferior hendido, mal posicionado y débil, aunque permiten igualar la proyección del cartílago sano, generan un desbalance de fuerzas que desencadena la pérdida de la simetría nasal. ¿Qué soporta estos cambios y a dónde va la tensión que estos producen? ¿Es prudente que el cartílago lateral inferior sano sea el responsable de sostener todo el trípode? ¿Cuánto tiempo permanecerá nuestro trípode erguido sin apoyar un pie de crura?

La división de las cruras medial y lateral del cartílago lateral inferior sano, y su respectiva sutura en sobreposición, crea un cartílago fuerte con las dimensiones del cartílago hendido (figura 3). El cartílago lateral inferior sano era estable antes de la modificación, y permanecerá así, distribuyendo las fuerzas de manera simétrica. Soporte simétrico adicional será aportado por un poste columelar, y la proyección sacrificada será compensada con injertos tipo escudo (figura 4). El manejo del tercio superior es estándar con gibectomía y osteotomías, según se requiera. El tercio medio cartilaginoso puede ser modificado también con injertos espaciadores e injertos *onlay* para corregir irregularidades menores.

Adicionamos el caso de dos de nuestros pacientes para ilustrar mejor los resultados obtenidos y la evaluación fotográfica estandarizada pre y posquirúrgica.

El primer caso es el de un paciente de 49 años, quien consultó por querer mejorar el aspecto de su nariz; no tenía rinoplastias previas ni otros antecedentes relevantes. Al examen se encontró un tercio superior centrado, un colapso del cartílago lateral superior derecho y una punta caída y asimétrica, a expensas de un desplazamiento hacia la parte posterior e inferior del cartílago alar derecho correspondiente a la hendidura.

La vista lateral revelaba una giba dorsal, una punta hipoproyectada y caída, un ángulo nasolabial agudo y pérdida de la relación ala-columela. La vista basal confirmaba la hipoproyección, revelaba una asimetría marcada en los domos, con un retrodesplazamiento del domo derecho y unas narinas horizontalizadas. Las imágenes posintervención muestran un eje nasal vertical, sin laterorrinia, sin concavidades, con una punta simétrica y mejor exposición del labio superior. En la vista lateral no hay giba, se mejora la proyección de la punta, la relación ala-columela es adecuada y la rotación es de 89 grados. La vista basal muestra una marcada mejoría en la



Figura 3. La división de las cruras medial y lateral del cartílago lateral inferior sano, y su respectiva sutura en sobreposición, crea un cartílago fuerte, con las dimensiones del cartílago hendido.



Figura 4. El soporte simétrico adicional será aportado por un poste columelar, y la proyección sacrificada será compensada con un injerto tipo escudo sobresaliente, con injertos tipo *Peck*, o *sin ellos*.

proyección nasal, una columela más larga y sin desviación, una punta simétrica en su totalidad y una marcada mejoría en la forma y orientación de las narinas (figura 5).

Nuestro segundo caso corresponde a una paciente de 24 años, quien presentaba deformidad nasal y quería lucir mejor. Su análisis prequirúrgico reveló una laterorrinia de convexidad izquierda, una depresión en los tercios medio e inferior correspondientes a la hendidura, por debilidad de los cartílagos laterales superior e inferior, respectivamente, y además una punta mal definida y asimétrica. La vista lateral mostró una pequeña giba osteocartilaginosa y una punta nasal con una rotación inferior a los estándares femeninos (86,9 grados).

El análisis basal mostraba hipoproyección, columela corta, asimetría marcada de la punta y horizontalización, y asimetría de las narinas con una retracción cutánea del lado derecho. Las fotografías posteriores a la intervención revelan un eje nasal vertical, con una muy pequeña desviación a la derecha, ausencia de giba, aumento significativo y controlado de la rotación, mejoría de la orientación de las narinas y una excelente simetría de la punta (figura 6).

Figura 5. Análisis prequirúrgico (arriba): la vista frontal muestra un tercio superior centrado, colapso en tercio medio a nivel del cartilago lateral superior derecho. Tercio inferior con punta caída y asimétrica, a expensas de un desplazamiento hacia la zona posterior e inferior del cartilago alar derecho correspondiente a la hendidura. La vista lateral revela giba dorsal, punta hipoproyectada y caída, ángulo nasolabial agudo y una pérdida de la relación ala-columela. La vista basal confirma hipoproyección, revela asimetría marcada en los domos, con un retrodesplazamiento del domo derecho y unas narinas horizontalizadas. Las imágenes postintervención (abajo) muestran un eje nasal vertical en su totalidad, sin laterorrinia, sin concavidades, con una punta simétrica y mejor exposición del labio superior. En la vista lateral no hay giba, se mejoró la proyección de la punta, la relación ala-columela es adecuada, y la rotación conseguida es de 89 grados. La vista basal muestra una marcada mejoría en la proyección nasal y en la forma y orientación de las narinas, una columela más larga y central, y una punta simétrica.



Figura 6. El análisis prequirúrgico (arriba) revela una laterorrinia de convexidad izquierda, una depresión en el tercio medio derecho por alteración del cartilago lateral superior, y un desplazamiento hacia la zona posterior e inferior del cartilago lateral inferior derecho, correspondiente al lugar de la hendidura, lo que origina una punta mal definida y asimétrica. En la vista lateral se encuentra una pequeña giba osteocartilaginosa, una punta nasal hipoproyectada y con una rotación inferior a los estándares femeninos (86,9 grados). El análisis basal mostraba hipoproyección, columela corta, asimetría marcada de la punta y horizontalización de las narinas, con una retracción cutánea bilateral. Las fotografías posteriores a la intervención (abajo) revelaban un eje nasal vertical, ausencia de giba, aumento de la rotación, mejoría de la orientación de las narinas y una excelente simetría de la punta.



Metodología

La nueva técnica, desarrollada en nuestro Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía Plástica Facial, se fundamenta en la construcción de un trípode estable, y ha sido aplicada en 32 (ahora 33) rinoplastias definitivas para el manejo de la deformidad nasal del labio y paladar hendido. Estas han sido realizadas en un periodo de 32 meses (enero del 2011 a ago-

to del 2013), previa aprobación del Comité de Ética. Trece pacientes de género femenino y 19+1 de género masculino, con edades entre los 16 y los 49 (54) años.

Un análisis fotográfico prequirúrgico y posquirúrgico estandarizado, utilizando herramientas de análisis de Adobe Photoshop CS5, permitió realizar evaluaciones de tres variables: rotación, simetría de la punta y proyección. La rotación se midió trazando una línea perpendicular al plano

de Frankfort, a nivel del labio superior, y una paralela a la columela. La simetría de la punta se midió luego de corregir el eje horizontal de las fotografías, con el eje interpupilar o intercantal; después se trazó una línea tangencial a los domos y se midió el ángulo de desviación del eje horizontal. Para la proyección se trazó una línea perpendicular al plano de Frankfort, a nivel del nasión, y se midió la distancia en píxeles hasta la punta nasal.

El análisis estadístico se realizó en STATA 12.0; se calcularon inicialmente las medidas de tendencia central y se verificó la normalidad de las variables en los tiempos pre y postintervención. Se calculó la desviación estándar y los intervalos de confianza del 95% para cada variable. Se aplicaron pruebas no paramétricas para las variables que no mostraron normalidad y pruebas paramétricas en las de distribución normal. Las variables rotación y proyección se sometieron a análisis no paramétrico con la prueba de Wilcoxon, mientras que la variable simetría de la punta mostró una distribución normal y fue analizada mediante la prueba paramétrica T-student. En el caso específico de la variable proyección, debido a la importancia que esta tiene en la cirugía de nariz y al uso de técnicas de deproyección, se realizó, además, un análisis de diferencia proporcional.

Resultados

El promedio prequirúrgico de la variable rotación fue de 78,36 grados, con una desviación estándar de 3,51 grados (71,35-85,38 grados, IC 95%). La evaluación posquirúrgica reveló un promedio de 100,63 grados, con una desviación estándar de 2,77 grados (95,10-106,17 grados, IC 95%) (figura 7).

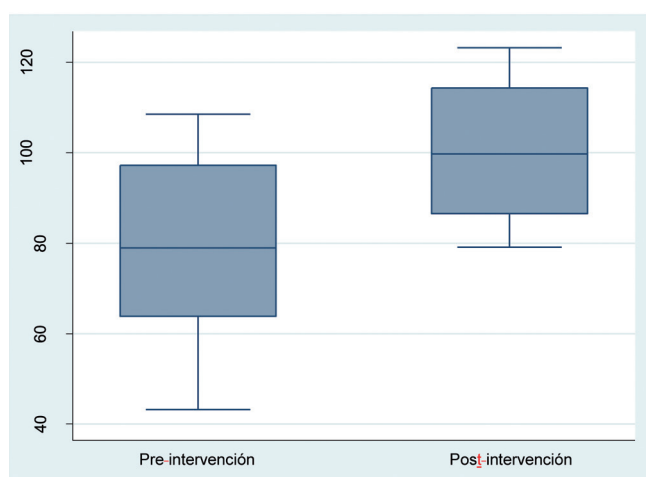


Figura 7. El promedio prequirúrgico de la variable de rotación fue de 78,36 grados, con una desviación estándar de 3,51 grados (71,35-85,38 grados, IC 95%). La evaluación posquirúrgica reveló un promedio de 100,63 grados, con una desviación estándar de 2,77 grados (95,10-106,17 grados, IC 95%). El 75% de los pacientes intervenidos presentaban una marcada mejoría en la rotación de la punta, con un ángulo superior a los 86,55 grados. Los resultados de la prueba de Wilcoxon confirmaron una diferencia entre los grupos preintervención (p 0,1569) y postintervención (p 0,00127).

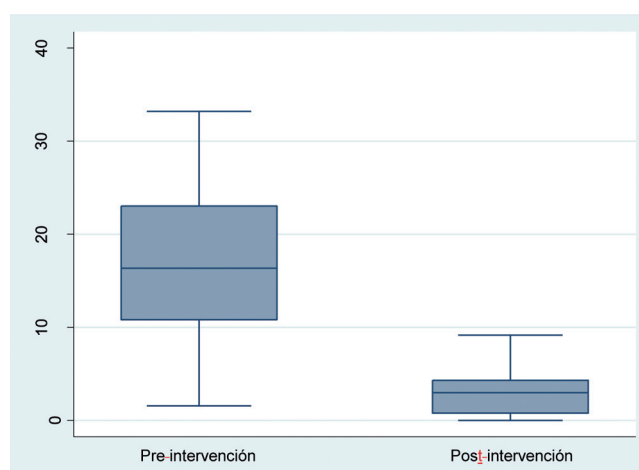


Figura 8. El análisis de la variable simetría de la punta arrojó un promedio prequirúrgico de 16,48 grados de pendiente interdomal, con una desviación estándar de 1,45 grados (13,58-19,39 grados, IC 95%). El 75% de los pacientes preintervención presentaban asimetrías superiores a los 10,85 grados. El promedio posquirúrgico para la simetría de la punta fue de 2,88 grados, con una desviación estándar de 0,4 (2,08-3,68 grados, IC 95%). La distribución de ambos grupos fue normal, y la prueba paramétrica T-student confirmó una diferencia significativa para simetría de la punta, entre los grupos prequirúrgico (p 0,8164) y posquirúrgico (p 0,0536).

El 75% de los pacientes intervenidos presentaba una marcada mejoría en la rotación de la punta, con un ángulo superior a los 86,55 grados. Los resultados de la prueba de Wilcoxon confirmaron una diferencia entre los grupos preintervención (p 0,1569) y posintervención (p 0,00127). El análisis de la variable simetría de la punta arrojó un promedio prequirúrgico de 16,48 grados de pendiente interdomal, con una desviación estándar de 1,45 grados (13,58-19,39 grados, IC 95%).

El 75% de los pacientes preintervención presentaban asimetrías superiores a los 10,85 grados. El promedio posquirúrgico para la simetría de la punta fue de 2,88 grados, con una desviación estándar de 0,4 (2,08-3,68 grados, IC 95%) (figura 8).

La distribución de ambos grupos fue normal; la prueba paramétrica T-student confirmó una diferencia significativa para simetría de la punta entre los grupos prequirúrgico (p 0,8164) y posquirúrgico (p 0,0536). Se demuestra así que la creación de un trípode estable puede contrarrestar las fuerzas de la cicatrización en la rinoplastia definitiva del labio y paladar hendido, lo cual brinda a nuestros pacientes la posibilidad de corregir el segmento más deformado y que más ansiedad les produce en su nariz, la punta.

Para finalizar, la variable proyección mostró una media de 1436,03 píxeles en la evaluación preintervención, con una desviación estándar de 32,27 grados (1371,55-1500,52 píxeles, IC 95%) y una media de 1484,13 píxeles en la valoración posquirúrgica, con una desviación estándar de 37,43 grados (1409,32-1558,93 píxeles, IC 95%) (figura 9); la prueba no paramétrica de Wilcoxon encontró que no existía diferencia en la proyección pre (p 0,029) y posquirúrgica (p 0,024).

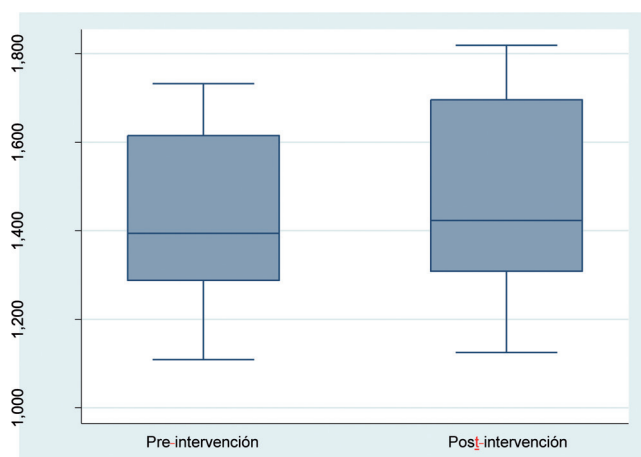


Figura 9. Finalmente, la variable proyección mostró una media de 1436,03 píxeles en la evaluación preintervención, con una desviación estándar de 32,27 (1371,55-1500,52 píxeles, IC 95%) y una media de 1484,13 píxeles en la valoración posquirúrgica, con una desviación estándar de 37,43 (1409,32-1558,93 píxeles, IC 95%). La prueba no paramétrica de Wilcoxon encontró que no existía diferencia en la proyección pre (p 0,029) y posquirúrgica (p 0,024).

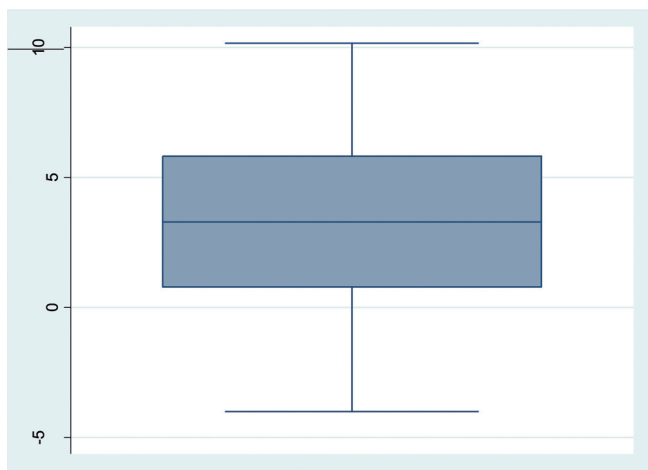


Figura 10. Para demostrar de manera sencilla que no existe pérdida en la proyección de la punta nasal con nuestra técnica, se realizó un análisis de diferencia proporcional entre las mediciones pre y posquirúrgicas. Este análisis reveló que los pacientes intervenidos presentan un aumento definitivo de 3,2% en la proyección, con un intervalo de confianza del 95% entre 1,92 y 4,45%. Por tanto, podemos afirmar que en la mayoría de nuestros pacientes se mejoró la proyección de la punta nasal en al menos un 0,76% (tercer cuartil).

Esto permite concluir que a pesar de utilizar una técnica de deproyección, en busca de simetría y estabilidad, los injertos de punta y el poste columelar eran suficientes para recuperar la proyección sacrificada.

Para demostrar de manera más sencilla que no existe pérdida en la proyección de la punta nasal con nuestra técnica, se realizó un análisis de diferencia proporcional entre las mediciones pre y posquirúrgicas, el cual reveló que los pacientes intervenidos presentan un aumento de 3,2% en la proyección, con un intervalo de confianza del 95% entre 1,92 y 4,45% (figura 10).

Los resultados del análisis pre y posquirúrgico de la aplicación de esta novedosa técnica sugieren una mejoría significativa y persistente en la rotación y la simetría de la punta, sin alterarse la proyección nasal. Incluso se puede afirmar que en la mayoría de nuestros pacientes se mejoró la proyección de la punta. La técnica aquí descrita ofrece un método simple, confiable y reproducible para la corrección de la deformidad nasal en el labio y el paladar hendido.

Discusión

El labio y el paladar hendidos son malformaciones congénitas frecuentes, con una incidencia de 1:700-1000 nacidos vivos. Estos pacientes, con su deformidad anatómica básica, problemas dentales, trastornos del lenguaje, disfunción de la tuba auditiva, desarrollo maxilofacial deficiente y deformidad nasal casi imposible de corregir, son un reto enorme para los otorrinolaringólogos y cirujanos plásticos faciales (1).

La deformidad nasal secundaria del labio y del paladar hendidos debe ser diferenciada de la del labio aún no reparado. La severidad de la deformidad nasal es proporcional a la deformidad inicial del labio y paladar hendidos. Es un hecho que las narices hendidas tienen anomalías y asimetrías en todas las capas, incluyendo la plataforma ósea, la estructura cartilaginosa y la cobertura cutánea, separándolas en clase y dificultad de la mayoría de las rinoplastias estéticas (2).

La columela es corta. El septum caudal y la columela se desvían hacia el lado sano, debido a la tracción sin oposición del músculo Orbicularis oris. El septum óseo gira ante esta tracción y se desvía hacia el lado de la hendidura. El ala del lado hendido se encuentra desplazada hacia el sector lateral, inferior y posterior. Los cartílagos alares son asimétricos. El cartílago lateral inferior hendido tiene una crura media más corta y una crura lateral larga, débil y cóncava, que hace que el domo se encuentre retrodesplazado. El tercio medio nasal de la hendidura se caracteriza por un cartílago lateral superior débil y mal posicionado. La deformidad nasal del labio y paladar hendido bilateral se caracterizan por la hipoproyección, pero no por la asimetría.

Existe controversia sobre cuál es el momento ideal para realizar la corrección de la deformidad nasal hendida. Tradicionalmente, ha existido oposición a la intervención radical temprana, debido a la posibilidad de alterar el crecimiento nasal o facial. Sin embargo, la reconstrucción nasal temprana (rinoplastia primaria) con técnicas poco agresivas ha venido ganando aceptación y ha demostrado minimizar asimetrías.

La rinoplastia primaria se realiza en el momento de la reparación del labio hendido, con incisiones marginales e intercartilaginosas, o sin ellas; su objetivo es reposicionar y suspender el cartílago lateral inferior. La piel es liberada de los cartílagos, el alargamiento de la columela se consigue con la rotación del colgajo en C, y diferentes maniobras con suturas intra, interdomales, o a los cartílagos laterales superiores intentan alinear los cartílagos alares. Thomas y Mishra (3) proponen la dislocación del septum para conseguir nari-

nas simétricas. En la deformidad bilateral prima la simetría, y la rinoplastia primaria no se realiza.

Es importante resaltar que la intervención primaria generará un proceso de cicatrización que hará más compleja la reintervención posterior. La rinoplastia intermedia es un procedimiento que se puede realizar durante la infancia, siempre y cuando la deformidad sea tan severa como para producir trauma psicológico al paciente. Las técnicas son más conservadoras que las de la rinoplastia definitiva. Madorsky analizó los resultados de la rinoplastia primaria, y los comparó con los obtenidos a través de las técnicas de rinoplastia intermedia y definitiva; se encontró que la primera no es tan efectiva (4).

El algoritmo de manejo para la deformidad del labio y paladar hendidos puede sintetizarse así: la reparación del labio a los tres meses de edad, palatoplastia al año, injerto óseo alveolar entre los nueve y once años, y una rinoplastia definitiva al alcanzar un desarrollo facial completo, entre los 16 y los 18 años.

Aunque la técnica de rinoplastia cerrada puede ser usada para la rinoplastia secundaria en labio y paladar hendidos, se recomienda el abordaje abierto, que permite el reposicionamiento y la estabilización de las estructuras anatómicas bajo visión directa, y además, favorece la docencia. La septoplastia corrige la obstrucción nasal funcional y provee material para injertos. Los ligamentos septo-maxilares cruzados deben ser seccionados, y por lo general un fragmento cartilaginoso inferior debe ser removido. El septum caudal es reposicionado en la línea media, y anclado, con una sutura en figura de ocho, a la espina nasal. Si la piel de la columela es deficiente, se puede realizar un avance utilizando una técnica V-Y.

La piel y la mucosa nasal se disecan alrededor de los cartílagos laterales inferiores, lo cual permite su desplazamiento. El manejo clásico consiste en el movimiento de la crura media del cartílago hendido, en sentido antero-posterior (AP), acompañado por un robo de crura lateral; ambas maniobras, en un intento de elevar el domo y aumentar la proyección, generan una carga sobre el cartílago sano. El pie de crura pierde su apoyo, y la inestabilidad se intenta compensar con un poste columelar. Si la proyección alcanzada no es la deseada, el borde cefálico del cartílago lateral inferior hendido puede ser anclado con suturas al cartílago lateral superior; o un injerto *onlay* de concha puede ser ubicado sobre el domo aún deprimido (5). Finalmente, los injertos para la punta proveen el camuflaje de las irregularidades y las asimetrías.

Para el manejo de la deficiencia de piel vestibular, el cartílago lateral inferior de la hendidura es desplazado como un colgajo compuesto; el sentido del movimiento, de lateral-a-medial o de medial-a-lateral, es menos importante que el avance en sí. En nuestra técnica no abordamos la deficiencia de piel vestibular, pues consideramos que generar un proceso de cicatrización adicional puede desestabilizar nuestro trípode prerrequisito de la simetría; retoques menores en el consultorio permiten abordar el vestíbulo en un segundo

tiempo. El manejo de la bóveda ósea es el convencional, con gibectomía y osteotomías medias y laterales, según sean necesarias. Las deficiencias del tercio medio cartilaginoso se resuelven con los injertos espaciadores y los *onlay*.

Ghosh (6) publicó una variación de la técnica, en la cual el cartílago lateral sano era seccionado lateral al domo; posteriormente se giraba en sentido medial, hacia el cartílago alar de la hendidura, y se estabilizaba con suturas. Masouka et ál. (7) reemplazaron el poste columelar con una extensión septal de cartílago auricular, mientras que Nakakita et ál. (8) aumentaron el dorso y manejaron la punta con una estructura en L, conformada por cartílago auricular en múltiples capas. Falces describió el uso de un injerto en alas de gaviota, derivado de la concha para generar soporte adicional. El uso de retenedores nasales durante tres a seis meses después de la cirugía pretende mantener la forma.

A pesar de múltiples técnicas, innumerables suturas y procedimientos revisionales, el cartílago lateral inferior de la hendidura se desplazará en sentido lateral y caudal, de modo que se tracciona el cartílago sano y se destruye toda esperanza de simetría. Ninguna técnica ha podido demostrar ser un método simple y reproducible para la corrección de la deformidad nasal en labio y paladar hendidos. Timoney (9) analizó la simetría de la punta con fotografías cinco y 20 años después de la rinoplastia definitiva con la técnica clásica, y concluyó que existía un deterioro continuo de esa simetría, el cual se origina en la memoria deformacional del débil cartílago alar de la hendidura, aunado a las fuerzas del proceso de reparación tisular y a la contracción de la cicatriz. Los resultados asimétricos y poco naturales son inevitables con las técnicas clásicas.

Conclusión

Recargar el cartílago lateral inferior sano con las modificaciones, la memoria deformacional y la debilidad del cartílago lateral inferior de la hendidura, y confiar en que este resistirá la inestabilidad creada en el trípode, asociada además a un largo y continuo proceso de cicatrización, es arriesgado y condenará nuestros esfuerzos al fracaso.

No podemos confiar el éxito de nuestra rinoplastia en estructuras tensionadas y tambaleantes; se deben crear condiciones libres de tensión para enfrentar el proceso de cicatrización postoperatorio y obtener resultados satisfactorios y predecibles.

La modificación únicamente del cartílago lateral inferior sano, produciendo cartílagos alares idénticos y bien apoyados, permite crear un trípode estable, y eliminar la distribución asimétrica de la carga. Demostramos que nuestra técnica para rinoplastia definitiva en labio y paladar hendidos ofrece excelentes resultados, consistentes y con una simetría jamás alcanzada por las técnicas clásicas. La estabilidad y el dominio de las fuerzas durante la cicatrización garantizan la satisfacción del cirujano y, en especial, del paciente.

REFERENCIAS

1. Tibesar RJ, Black A, Sidman JD. Surgical repair of cleft lip and cleft palate. *Operative Techniques in Otolaryngology*, 2009; 20: 245-55.
2. Sykes JM, Jang YJ. Cleft Lip Rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin N Am*, 2009; 17: 133-44.
3. Thomas C, Mishra P. Open tip rhinoplasty with the repair of cleft lip in cleft lip and palate cases. *British Journal of Plastic Surgery*, 2000; 53: 1-6.
4. Madorsky SJ, Wang TD. Unilateral Cleft Rhinoplasty. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 1999; 32 (4): 669-82.
5. Jeong HS, Lee HK, Shin KS. Correction of Unilateral Secondary Cleft Lip Nose Deformity by a Modified Tajima's Method and Several Adjunctive Procedures Based on Severity. *Aesth Plast Surg*, 2012; 36: 406-13.
6. Ghosh P. Rhinoplasty in Cleft Lip/Palate Deformity. *IJO & HNS*, 1998; 50 (1): 95-8.
7. Masouka et ál. Open rhinoplasty using conchal cartilage during childhood to correct unilateral cleft-lip nasal deformities. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 2012; 65: 857-63.
8. Nakakita N et ál. Augmentation Rhinoplasty Using an L-Shaped Auricular Cartilage Framework Combined with Dermal Fat Graft for Cleft Lip Nose. *Aest Plast Surg*, 1999; 23: 107-12.
9. Timoney N, Smith G, Pigott RW. A 20 year audit of nose-tip symmetry in patients with unilateral cleft lip and palate. *British Journal of Plastic Surgery*, 2001; 54: 294-8.