

Trabajo del Instituto de Cirugía para Post-Graduados
Director Dr. Eduardo Blanco Acevedo

RINOMEGALIAS Y RINOCIFOSIS

CONTRIBUCIÓN A SU TRATAMIENTO CORRECTIVO

Pedro V. PEDEMONTTE

Con la finalidad de contribuir a la divulgación de una técnica precisa para el tratamiento de las rinomegalias y rinocifosis, tema de tan palpitante actualidad, es que traigo esta comunicación al seno de la Sociedad de Cirugía. Se trata de la técnica presentada a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires por su autor el Prof. Ivanissevich y sus colaboradores los doctores Roberto C. Ferrari y Carlos I. Rivas, en la sesión del 12 de Julio del año 1939. Ella está apoyada por los resultados obtenidos en más de 500 casos operados por los autores en el Instituto de Clínica Quirúrgica y los correspondientes a la clientela particular. Nuestra experiencia es mucho más limitada, cerca de 50 casos, pero lo suficientemente numerosa como para poder juzgarla y poder afirmar que es de realización sencilla y de resultados excelentes cuando se saben cumplir cuidadosamente todos sus tiempos.

Haré una exposición principalmente gráfica, mostrando los tiempos fundamentales de la técnica y luego los documentos fotográficos correspondientes a algunos casos personales para que pueda juzgarse de su eficacia por los resultados obtenidos. Las figuras que proyectaré corresponden al trabajo ya citado del Prof. Ivanissevich y de él hemos tomado también muchos puntos de la descripción de la técnica.

Antes



Después



Antes

Después

Antes

Después



Antes

Después

Antes

Después



Antes

Después

Antes

Después



Antes

Después

FIG. 1. — Muestra un apéndice nasal de volumen normal, uno correspondiente a una rinomegalia, es decir, aumento regular de volumen en relación al tamaño de la cara y por último el de una rinomegalia y cifosis, es decir volumen exagerado y deformación de la línea del caballete nasal por la presencia de una joroba.

FIG. 2. — Anestesia de la mucosa nasal por medio de solución de cocaína al 10 % introducida por pequeños isopos de algodón.

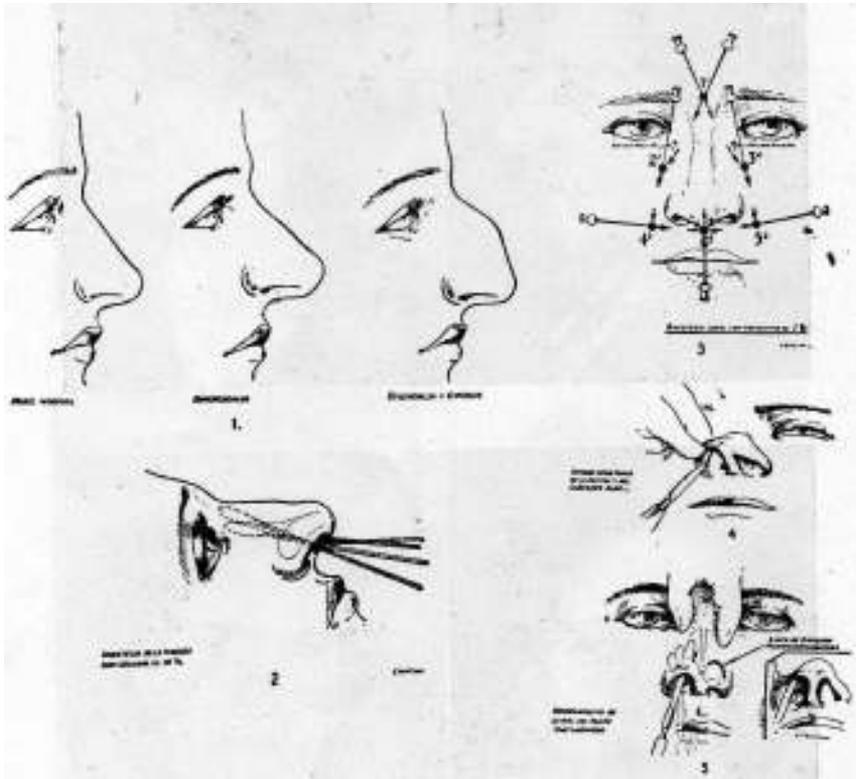


FIG. 3. — A través de 6 puntos; dos medianos, uno superior y otro inferior, y 4 laterales anestesia de toda la región nasal con novocaína al 2 % adicionada de unas gotas de solución de adrenalina al 1‰.

FIG. 4. — Incisión en la parte alta del vestibulo nasal, orientada de adentro hacia afuera, dividiendo conjuntamente mucosa y cartilago alar. Esta incisión llega afuera hasta el surco vestibular externo, fuera del cartilago alar y termina adentro al nivel de la línea cutáneo mucosa sobre la rodilla del cartilago alar. Se repite la misma incisión del lado opuesto.

FIG. 5. — Con una espátula de Killian introducida por estas incisiones se separan los tejidos blandos (piel, tejido celular subcutáneo, periostio y pericondrio) del plano cartilaginoso.

FIG. 6. — Con la espátula de Guinzburg se desperiostan los huesos propios, parte de las apófisis montantes de los maxilares superiores y la articulación fronto nasal. Esta maniobra debe ser minuciosa, de cada lado y sin perder el contacto óseo.

FIG. 7. — La espátula de Killian termina de separar las partes blandas del apex nasal, de los cartílagos alares, introduciéndola por una de las incisiones y haciéndola pasar por la del lado opuesto.

FIG. 8. — Un bisturí abotonado se introduce por el orificio de la incisión vestibular izquierda haciendo que la punta salga por la incisión vestibular del lado derecho. Con el filo dirigido hacia abajo, se corta el subtabique exactamente en la línea cutáneo mucosa. Queda así la columela separada del resto de la pirámide nasal, salvo al nivel de su continuidad con el labio superior.

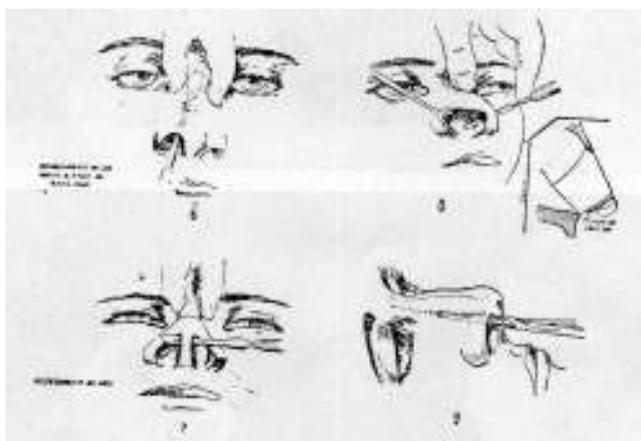


FIG. 9. — Con una tijera de Mayo colocada paralelamente al tabique se seccionan los cartílagos alares y laterales conjuntamente con la mucosa. Una rama de la tijera queda colocada por debajo de la mucosa y de los cartílagos y la otra por debajo de la piel.

La sección termina en el borde inferior de los huesos propios. Esta sección debe ser oblicua hacia arriba y atrás y pasar por la situación ideal del dorso nasal que debe tener la nariz corregida.

FIG. 10. — Con la sierra de Joseph se hace la osteotomía de los huesos propios siguiendo la línea oblicua hacia arriba y adentro que prolonga la sección de las partes blandas hecha con la tijera.

FIG. 11. — Un escoplo corta la parte más alta de los huesos propios que la sierra no puede cortar.

FIG. 12. — La tijera de Mayo colocada perpendicularmente al tabique, con una rama a cada lado secciona la mucosa y la porción cartilaginosa de éste. Se completa la sección de la parte ósea con un golpe de escoplo.

Antes

Después



Antes

Después

Antes

Después

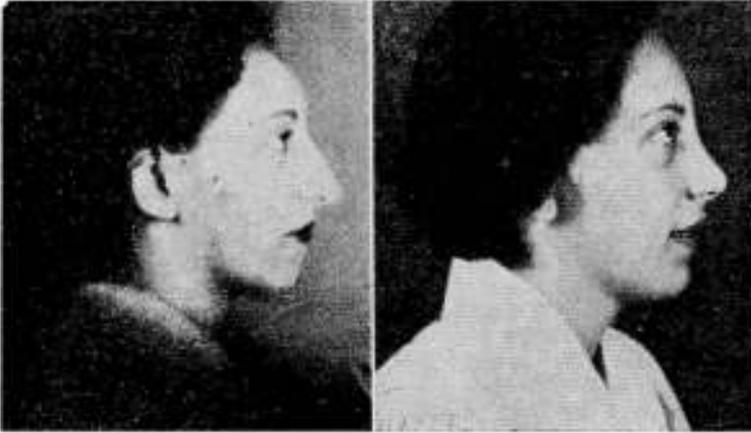


Antes

Después

Antes

Después



Antes

Después

Antes

Después



Antes

Después

FIG. 13. — El caballete osteocartilaginoso que constituye el dorso nasal queda desvinculado del resto del esqueleto, menos la parte que corresponde a la articulación de los huesos propios con el frontal. Esta vinculación se suprime basculando el caballete hacia arriba para provocar la desarticulación naso frontal. Se extrae entonces fácilmente y en un solo block todo el dorso osteo cartilaginoso.

FIG. 14. — Se extirpa un triángulo del tabique, de base anterior mucosa y cartilago, lo que hace que el ángulo naso labial sea obtuso en lugar de recto o agudo.

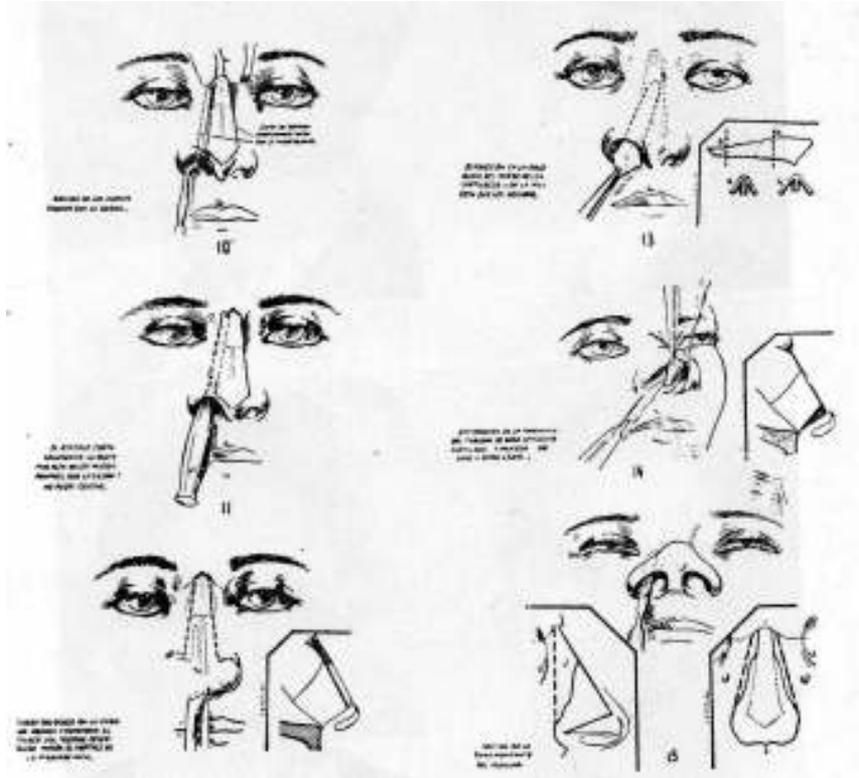


FIG. 15. — Se seccionan las ramas montantes del maxilar superior. Con un escoplo se busca la parte más declive de la escotadura piriforme y se corta oblicuamente hacia arriba y adentro todo el plano óseo, tratando de que la sección sea lo más posterior posible cerca del cuerpo del maxilar. Es indispensable que esta sección pase por delante del saco lacrimal. Es menester recalcar que la sección con el escoplo debe efectuarse bien atrás para que no quede después un pedáneo lateral.

FIG. 16. — Muestra como por el borde cruento de la columela se despega la piel del cartilago alar, porción columelar, desde su extremo posterior hasta su tercio anterior lo cual se hace con la espátula de Killian y en el plano sub-pericondral quedando de esta manera el pericondrio vinculado a las partes blandas que lo recubren. Esta porción columelar del cartilago del ala se divide entonces oblicuamente con una incisión dirigida hacia atrás y abajo reseccando toda la porción posterior que queda libre. Igual maniobra del lado opuesto. Este tiempo puede efectuarse a continuación de la sección del sub tabique.



16



17



COSTA DE LOS FRAGMENTOS
LATERALES DE BOLA CARNOSE

18

FIG. 17. Movilización y acercamiento de los fragmentos óseos laterales sobre el tabique residual por medio de los dedos índice y pulgar de la mano izquierda.

FIG. 18. — Sutura de la columela del tabique cartilaginoso con dos puntos en U de seda.

FIG. 19. — Se extirpa un triángulo mucro cartilaginoso de base superior. Esta debe ser igual o menor que la base del triángulo extirpado al nivel del tabique.

FIG. 20. — Apósito de Bames, vista de frente y lateral.

Consideraciones: He empleado esta técnica en casi una cincuentena de casos personales: es de realización sencilla y de resultados excelentes como podrá apreciarse por los documentos fotográficos.

Siempre operé, con los mismos cuidados de asepsia, que si se tratara de una operación de vientre. Es esta una precaución que no requiere ningún sacrificio y de la cual no puede esperarse sino beneficios. Nunca he asistido a ningún accidente desagradable.

Antes

Después



Antes

Después

Antes

Después



Antes

Después

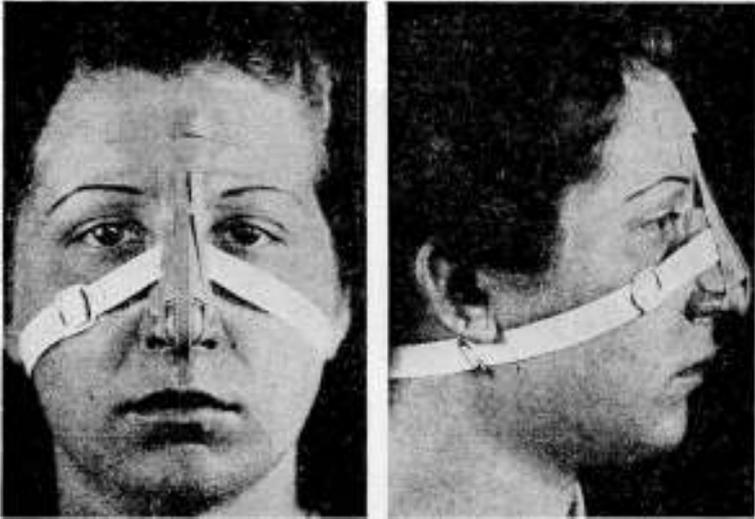


FIG. 20. — *Apósito de Bames*

Creo al apósito de Bames más inmovilizador que el de yeso preconizado por Zeno. Sin embargo le reconozco a éste cualidades excelentes por lo que lo he usado alguna vez.

No coloco ningún taponamiento nasal.

El post operatorio no dura más de 8 días y salvo la tumefacción y equimosis habitual no he asistido a ningún otro incidente.

Para ver los resultados obtenidos con esta técnica, mostraré los documentos fotográficos correspondientes a algunos de mis operados, haciendo la advertencia que no hay en esas fotografías ningún retoque y que los negativos están a disposición de los señores consocios.

Las fotos que presento corresponden a los pacientes, antes y después de operados y de perfil y de frente. Creo que es esto más serio y completo ya que algunas veces he visto publicaciones donde sólo se documentan los perfiles, y sin embargo muchas veces si un perfil ha sido correctamente corregido no sucede lo mismo con el frente por lo cual considero incompleta toda documentación solamente de un lado.