



"UMBRELLA GRAFT" un nuevo concepto



Dr. Osvino Luis Maraví Baldeón *

Dr. Osvino L. Maraví Baldeón

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Núm 2
Julio-Diciembre 1996
Págs. 53 - 58

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en 24 pacientes en la cual hemos modificado sustancialmente la técnica descrita por el Dr. George Peck denominada «Umbrella Graft» para el tratamiento de la punta nasal.

SUMMARY

We present our experience of 24 cases in which we modified the use «Umbrella Graft» technique (Peck G.M.D.) for the nasal tip projection.

Palabras clave : Rinoplastia. Injerto en sombrilla

Key words : Rhinoplasty umbrella Graft

1. INTRODUCCION

En el año 1993, el Dr. George Peck describió la técnica quirúrgica «UMBRELLA GRAFT» (injerto en sombrilla) para el tratamiento de la punta nasal, desde entonces su procedimiento quirúrgico se constituyó en una alternativa; originalmente él introdujo cartílago de la concha auricular mediante dos bolsillos diferentes: en la columella y sobre ambos domos de los cartílagos alares (Peck 1984). Desde 1990 en el Centro Médico Naval «CMST» se modificó sustancialmente esta técnica, lo que constituye el nuevo concepto y es motivo del presente trabajo.

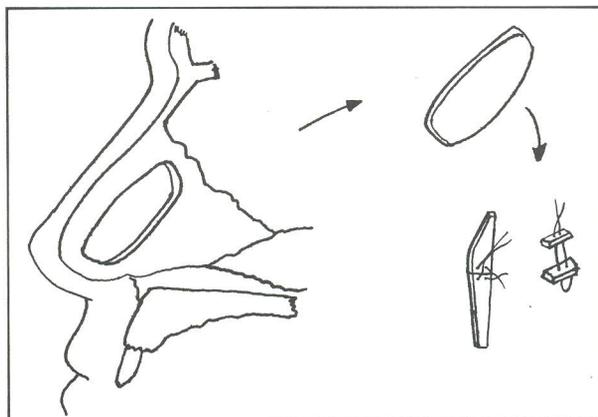


FIGURA 1 : Toma del autoinjerto cartilaginoso del septum nasal, tallado y preparación del baston vertical y las dos capas de cartilago que irán en forma horizontal para crear el «UMBRELLA GRAFT».

FIGURE 1 : Harvest of the cartilage graft from the nasal septum. Sculpture and preparation of the «UMBRELLA GRAFT» composed of a vertical strut combined with two horizontal onlay grafts.

* Asistente del Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética del centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"

* Departamento de Cirugía : Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética del Centro Médico Naval «Cirujano Mayor Santiago Távara».

* Marina de Guerra del Perú.

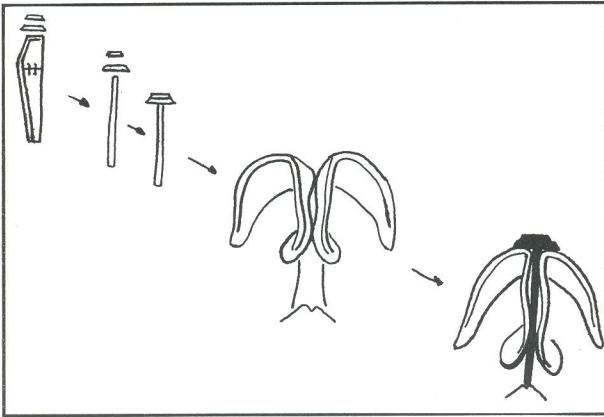


FIGURA 2 : Aplicación del baston entre ambas cruras mediales que sostienen a las dos capas de cartilago horizontal como un paraguas.
 FIGURE 2 : The vertical strut placed between the medial crura supports the onlay grafts like an umbrella.

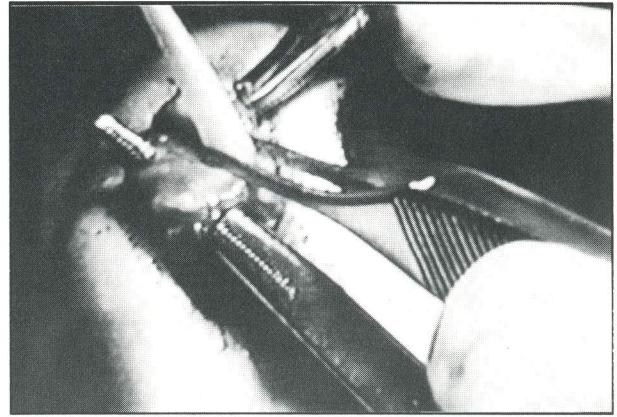


FIGURA 3 A : Introducción de la rama vertical del «UMBRELLA GRAFT».
 FIGURE 3 A : Vertical strut placement.

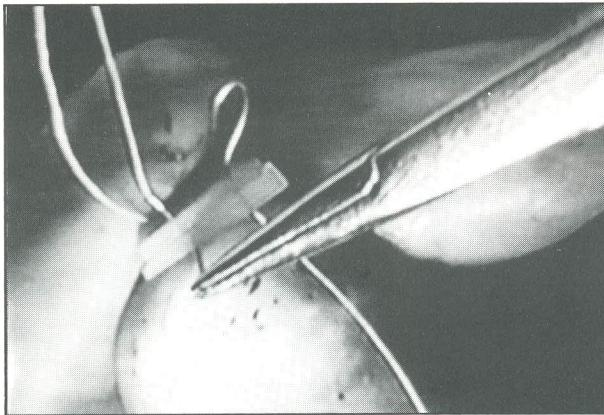


FIGURA 3 B : Sutura entre ambos autoinjertos cartilagosos para crear la rama horizontal del «UMBRELLA GRAFT».
 FIGURE 3 B : Suture between both onlay graft.

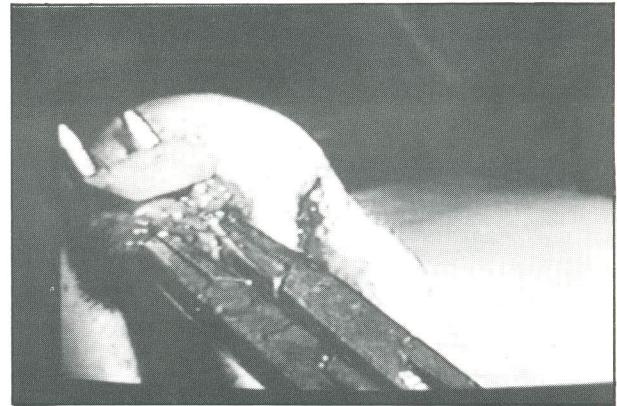


FIGURA 3 C : Autoinjertos colocados de manera horizontal sobre ambos domos.
 FIGURE 3 C : Placement of the horizontal onlay grafts over the domes.

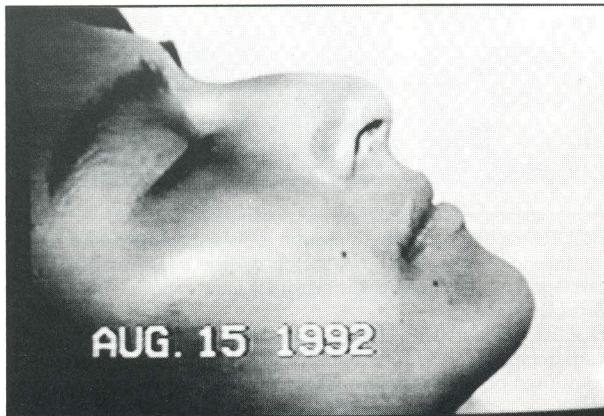


FIGURA 3 D : Preoperatorio.
 FIGURE 3 D : Preoperative.

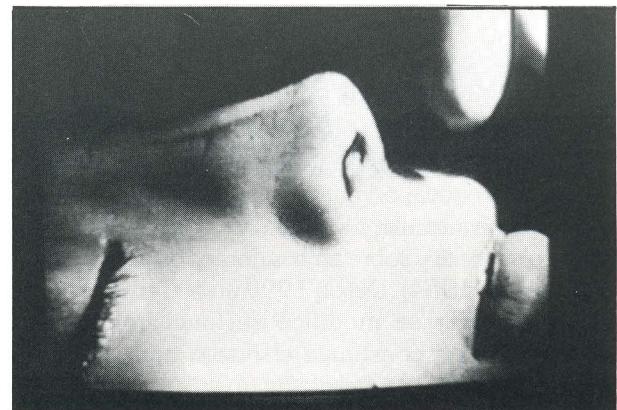


FIGURA 3 E : Perfil Intraoperatorio luego de la aplicación del «UMBRELLA GRAFT».
 FIGURE 3 E : Surgical profile after placement of the «UMBRELLA GRAFT».

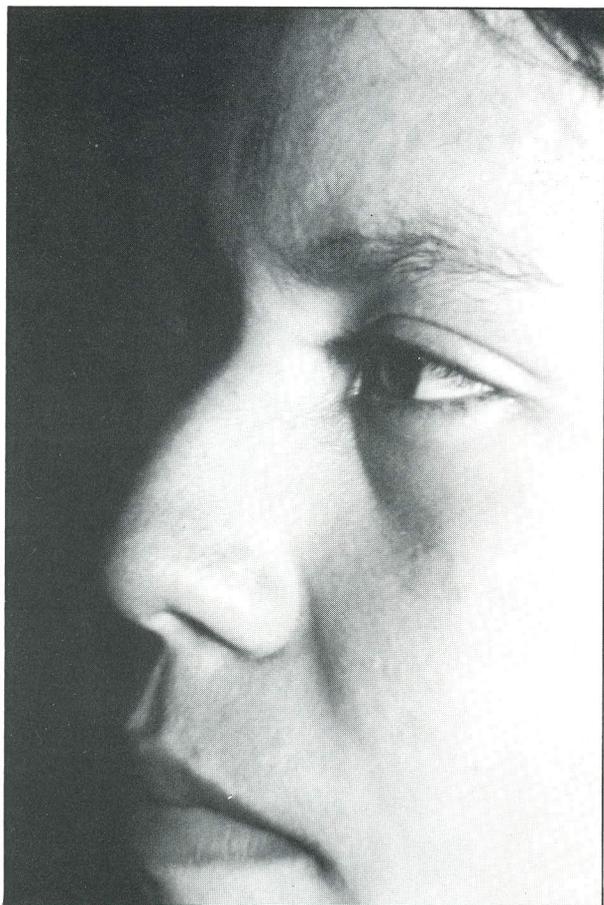


FIGURA 4 A : Preoperatorio.
FIGURE 4 A : Preoperative.

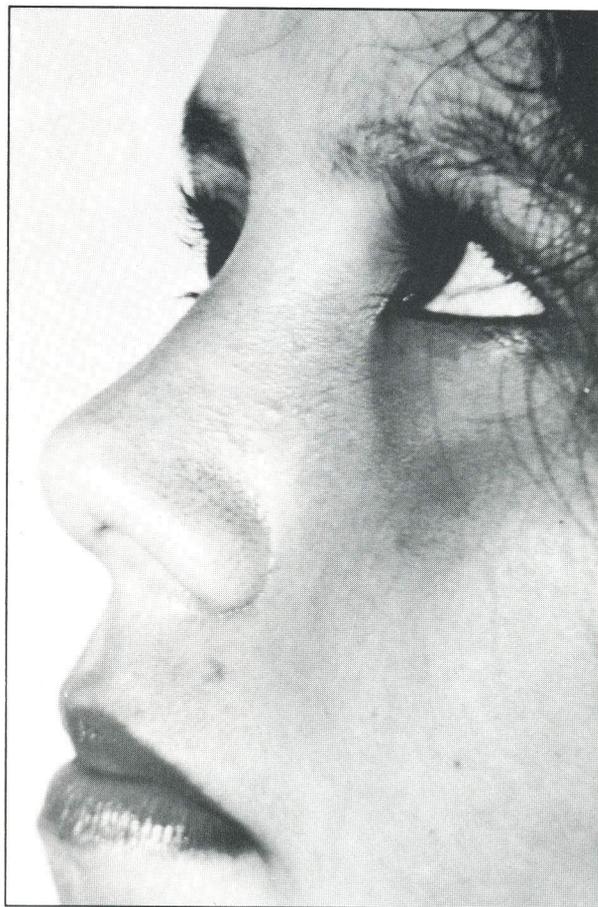


FIGURE 4 B : Postoperatorio.
FIGURE 4 B : Postoperative.

MATERIAL Y METODO

La obtención del injerto cartilaginoso, en este caso del Septum Nasal transforma la operación en una Septorinoplastía. Este al ser tallado en forma adecuada e introducido de manera tal entre ambos cartílagos constituyen el injerto en sombrilla que ha de satisfacer las expectativas de lo que pretendemos modificar y/o tratar.

En el presente trabajo se presentan 24 pacientes de sexo femenino, elegidos al azar a fin de mostrar las indicaciones: en rinoplastías primarias (18 pacientes), secundarias (6 pacientes) que, por fines estéticos (23 pacientes) y/o reconstructivos (1 paciente con secuela quirúrgica de labio fisurado), requirieron de esta técnica.

Todas las pacientes fueron estudiadas de manera análoga. Se verificó condiciones normales de salud, el aspecto psicológico, la motivación y aspiraciones de la paciente fueron minuciosamente valorados, se realizó un examen físico general y en forma preferencial de la nariz; descartándose

enfermedades generales y/o locales que contraindiquen la operación, se realizó análisis de laboratorio para su estudio, especialmente del perfil de coagulación; cuando fue necesario se realizó un riesgo quirúrgico cardiovascular y broncopulmonar así como estudios cefalométricos. Se discutió la forma y la armonía facial abiertamente con la paciente explicándoles el procedimiento.

En todas ellas se realizó una sesión fotográfica previa a la intervención quirúrgica, al mes y tres meses del post-operatorio.

Todas las pacientes fueron hospitalizadas un día antes de la operación, según las normas del hospital, permaneciendo un día después de la misma, antes de ser dadas de alta.

Todas las pacientes fueron operadas bajo sedación y anestesia local de lidocaína al 2% más adrenalina; siendo monitorizadas hemodinámicamente durante su intervención, con el control permanente 01 derivación cardiaca precordial en un monitor cardiaco y con un oxímetro de pulso, registrándose periódicamente el control de



FIGURA 4 C : Preoperatorio.
FIGURE 4 C : Preoperative.

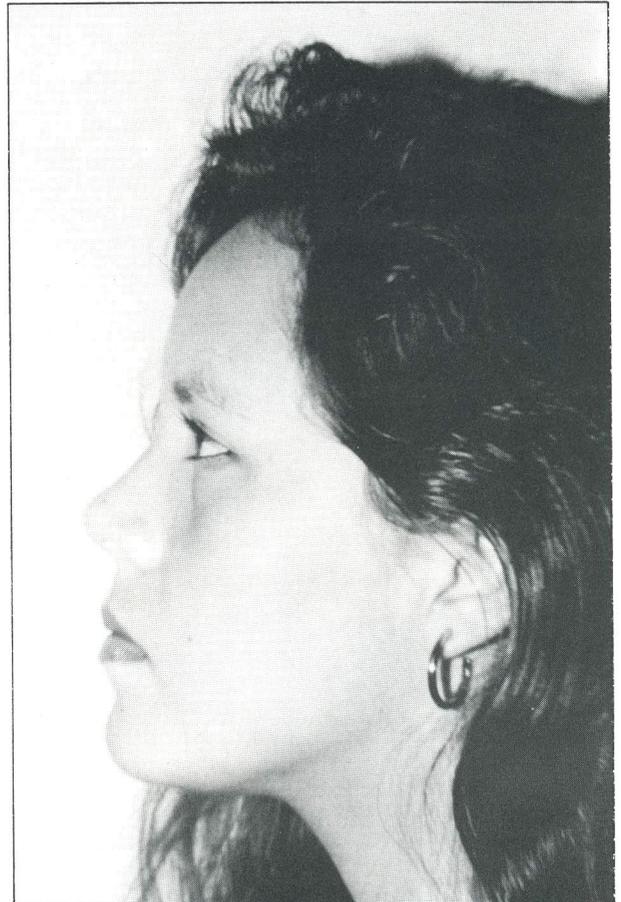


FIGURA 4 D : Postoperatorio.
FIGURE 4 D : Postoperative.

sus funciones vitales.

TECNICA QUIRURGICA

En la sala de operaciones, la paciente en decúbito dorsal, es preparada se realizan las mediciones correspondientes; luego se procede a la sedación e infiltración anestésica, esperamos el tiempo necesario para la vasoconstricción y se realiza una incisión retrotranscolumelar e intercartilaginosa, abordando el cartilago cuadrangular del Septum el cual es resecado parcialmente. (Figura 1). Procediéndose al tratamiento del dorso y la base de la pirámide nasal según corresponda.

A continuación se realiza una incisión marginal exponiendo ambos cartilagos alares por una fosa nasal, estos luego de tratarse de acuerdo a lo planificado son presentados de manera tal que el injerto en paraguas previamente diseñado para cada paciente en particular es introducido entre ambas cruras y suturado de manera adecuada (Figura 2). Este es el nuevo concepto. La introducción primero

de una rama vertical entre ambas cruras por una fosa nasal. Esta ha sido diseñada previamente según las exigencias que el caso amerite el cual es suturado a ambas cruras mediales (Figura 3), en segundo lugar la rama horizontal del injerto también planificada con antelación; se sutura sobre ambos domos de los cartilagos alares (Figura 3B,C).

En este momento se realizan o no procedimientos agregados, luego se suturan las incisiones primarias y el resto de incisiones, se colocan apósitos nasales, esparadrapo y una férula de yeso. La paciente pasa a su recuperación postoperatoria. (Figura 3D-E 4A-D 5A-B).

No existen parámetros exactos de medida para el injerto en Paraguas, su construcción deberá hacerse para cada paciente en especial y de acuerdo al material obtenido, por lo que existen una serie de variaciones y/o variantes así como procedimientos agregados, por ejemplo: variaciones en la rama horizontal, en la rama vertical, en el número o su composición, de acuerdo a lo que deseamos lograr, además de procedimientos agregados para definir mejor la punta nasal y que no sean propios en la

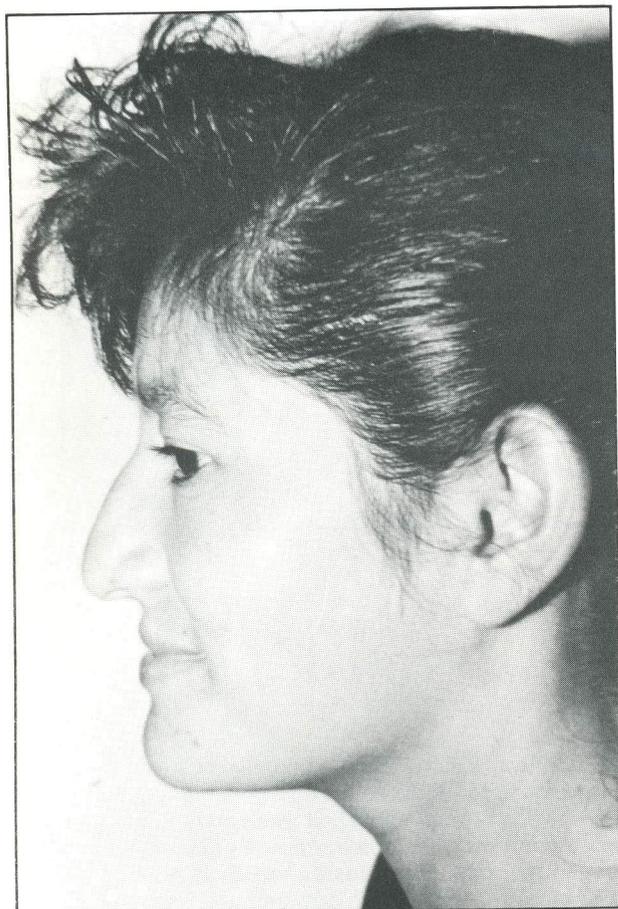


FIGURA 5 A : Preoperatorio.
FIGURE 5 A : Preoperative.



FIGURA 5 B : Postoperatorio.
FIGURE 5 B : Postoperative.

construcción del injerto en paraguas, por ejemplo: proyección de la columela, etc.

RESULTADOS

De los 24 casos tratados tuvimos 21 resultados satisfactorios. 3 casos necesitaron revisión.

Como toda técnica quirúrgica, es sujeta a complicaciones, estas las podemos dividir en dependientes de las Septorinoplastia y propias de la técnica en sí: aún no se ha observado complicaciones tales como necrosis de partes blandas, hemorragias o infecciones, a las cuales llamaremos complicaciones mayores o graves; si hemos observado: Edema persistente en la punta nasal, Marcada fibrosis cicatrizal; dependiendo si fue una operación primaria o secundaria. En forma tardía también hemos observado una tendencia a una disminución: «pérdida de la proyección de la punta nasal» consecuencia de la retracción cicatrizal y/o una mala planificación de la técnica y/o

cartílago pobre del paciente. La prevención de estas complicaciones sustancialmente exigen un adecuado y profundo conocimiento de la técnica y sus alternativas. La solución en los casos de la pérdida de proyección de la punta nasal y/o asimetrías de la punta ocasionalmente condujo a la replanificación y construcción de un nuevo injerto propio o ajeno (Homoinjerto - Rosas Acosta 1963). La prevención y tratamiento de tales complicaciones son motivo de un trabajo y que próximamente publicaremos como complemento de este.

DISCUSION

La técnica descrita por el Dr. George Peck en 1983 denominada «UMBRELLA GRAFT» ha sido sustancialmente modificada; lográndose un solo gesto quirúrgico: Septorinoplastia. Se ha disminuído el tiempo operatorio y se obtiene cartílago de mejor calidad para la construcción del injerto en paraguas.

Su indicación universal: rinoplastias primarias

y/o secundarias que por fines estéticos y/o reconstructivos así lo requieran.

Los resultados son alentadores y creo firmemente que cumplen con todas las exigencias en el manejo de la punta nasal.

Como toda técnica quirúrgica tiene complicaciones, pero su conocimiento adecuado puede hacerlos previsibles y tratables.

AGRADECIMIENTO

Al servicio de Cirugía Plástica del Centro Médico Naval «CMST», donde me formé y aprendí esta técnica, que fue presentada en la Ciudad de Arequipa el año 1992, con motivo del VII Congreso Peruano de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética y X Internacional y que hoy comparto con ustedes.

BIBLIOGRAFIA

1. **PECK G.C.**
The Only Graft for Nasal Tip Projection: «UMBRELLA GRAFT»
PLast. Reconstr. Surg. 71:27, 1983.
2. **PECK G.C.**
Aesthetic Rhinoplasty of the Nasal Tip, P. DANIEL R.K> (Eds).
Aesthetic Plast. Surger. Boston, little Brown 1984
3. **ROSAS ACOSTA :**
El Homoinjerto en las rinoplastías. Tesis de Bachiller UNMSM.
Lima. 1963.