



INCLUYE
VIDEOS

BIBLIOTECA
DIGITAL
INCLUYE E-BOOK
Y VIDEOS

3^a
EDICIÓN

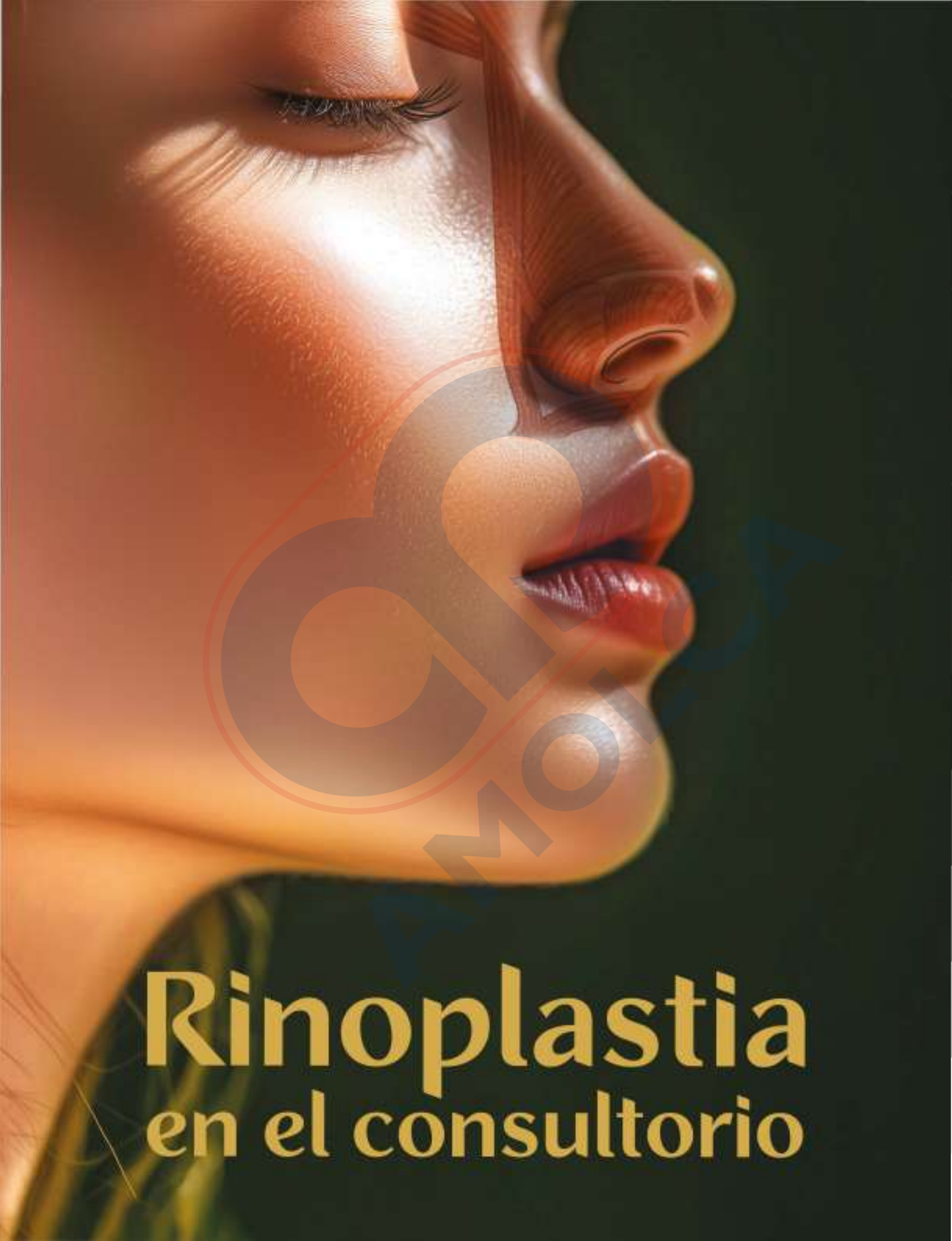
Alessio
Redaelli

Frédéric
Braccini

Rinoplastia en el consultorio



AMOLCA

A close-up, profile view of a woman's face, focusing on her nose and lips. The lighting is warm and dramatic, highlighting the contours of her face. A large, semi-transparent watermark with the word "AMORICA" is overlaid diagonally across the center of the image.

Rinoplastia en el consultorio

Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por ningún medio electrónico, mecánico, incluyendo fotocopiado o grabado mediante cualquier sistema de almacenamiento de información sin el permiso escrito de los editores.

El editor no es responsable (de hechos de responsabilidad, negligencia u otra) por lesión alguna resultante de cualquier material contenido aquí. Esta publicación contiene información relacionada a principios generales de cuidados médicos que no deben ser tomados como instrucciones específicas para pacientes individuales. La información y empaque de productos manufacturados insertos deben ser revisados para el conocimiento actual, incluyendo contraindicaciones, dosis y precauciones.

Esta traducción ha sido publicada por AMOLCA. Practicantes e investigadores deben confiar siempre en su propia experiencia y conocimientos al momento de evaluar y usar cualquier información, métodos, composiciones o experimentos aquí descritos. Debido al rápido avance de la ciencia médica, en lo particular, se debe realizar la verificación independiente de los diagnósticos y dosificaciones. En toda la extensión de la ley, ninguna responsabilidad será asumida por Oficina Editoriale Oltrarno, autores, editores o colaboradores en cuanto a la traducción o alguna lesión y/o daño a personas y/o propiedades como consecuencia de la responsabilidad, negligencia u otros, o de cualquier uso u operación de cualquier método, productos o ideas contenidas en este material.

Edición original en idioma inglés:

Copyright © 2022 by Officina Editoriale Oltrarno S.R.L. All rights reserved.

Medical Rhinoplasty. Basic Principles and Clinical Practice, 3e

Alessio Redaelli, Frédéric Braccini

ISBN: 9791280318152

Edición en idioma castellano:

Copyright © 2025. Editorial Amolca S. A. S.

Esta edición de **Rinoplastia en el consultorio, 3.ª edición**

Alessio Redaelli y Frédéric Braccini

eISBN: 978-628-7785-13-7

Edición año 2025

Corrección clínica: Dr. Mauricio Perdomo

Corrección de estilo y gramática: Yaymar Dávila

Artes finales: Yelitza Peña

Diseño de portada: Steven Cifuentes

Impreso en China

CASA MATRIZ

Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre
Inexmoda Ofc. 1334 - 1338
Medellín, Colombia
(604) 479 74 31
hola@amolca.com

AMOLCA COLOMBIA

Elkin Restrepo
Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles
(604) 444 3314 +57 3175049844
gerencia@amolca.com.co

AMOLCA CHILE

Nilda Cortés Flórez
General Bustamante 24, oficina 1.
Providencia, Santiago de Chile
+56 944182523
+56 920298344
ventas@amolcachile.com

AMOLCA MÉXICO

William Riaño Baute
Arquitectura 49 – 202 o Videoportero
Amolca. Colonia Copilco Universidad.
Alcaldía Coyoacán. C.P. 04360.
Ciudad de México.
+52 5556580882
administracion@amolcamexico.com

AMOLCA PERÚ

Rafael Ángel Cortés Flórez
Jr. Inclán 312 Magdalena del Mar, Lima
+51 998 128 873
ventas@amolca.com.pe

AMOLCA VENEZUELA

Carmen Rosandra Fernandes
Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este
Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio /
Sabana Grande Sur Parroquia El Recreo, Municipio
Libertador. Distrito Libertador
+58 414 255 51 85
comercioexterior@amolca.com

Distribuidores

Argentina - Bolivia - Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - España - Guatemala
Honduras - Nicaragua - Panamá - Paraguay - República Dominicana - Uruguay



WWW.AMOLCA.COM



3^a
EDICIÓN

Alessio
Redaelli

Frédéric
Braccini

Rinoplastia en el consultorio

Presentación a cargo de
Sebastian Cotofana y Hugues Cartier

2025

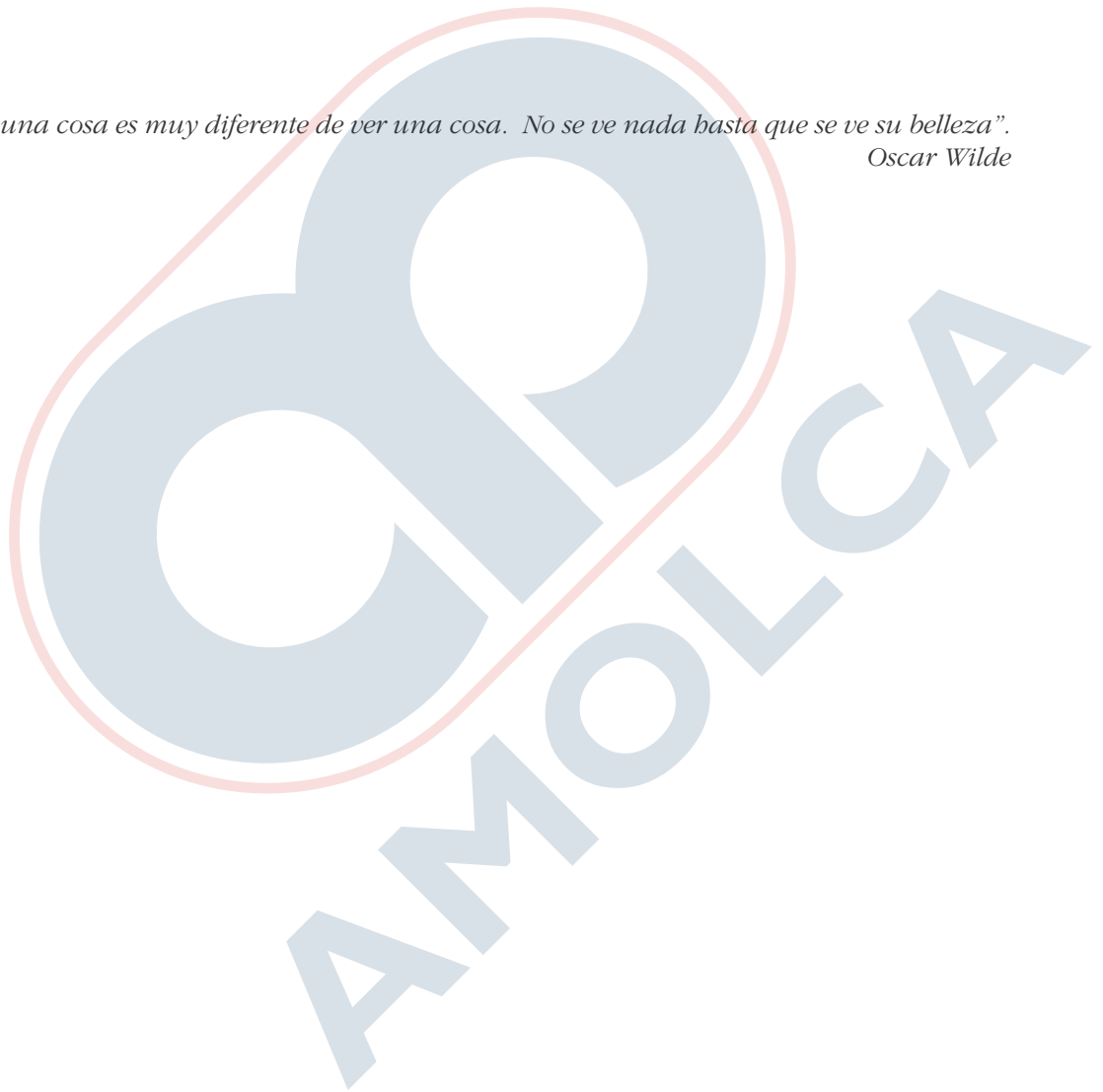
AMOLCA

El médico estético es un médico delicado que no está acostumbrado a los movimientos bruscos ni a dolores intensos, ni siquiera en ausencia de anestesia. Las habilidades manuales y los conocimientos profundos siguen siendo la clave del éxito.

Alessio Redaelli

“Mirar una cosa es muy diferente de ver una cosa. No se ve nada hasta que se ve su belleza”.

Oscar Wilde



PRESENTACIÓN

El número de procedimientos estéticos realizados en todo el mundo aumenta constantemente, tanto en el sector de la cirugía plástica quirúrgica como en el de la no quirúrgica. Según el informe estadístico anual de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, estadísticas 2020), la rinoplastia médica se situó entre los cinco procedimientos quirúrgicos estéticos más realizados en 2020. Además, la rinoplastia médica es el único procedimiento del top 5 que mantuvo su crecimiento constante y aumento de cifras desde 2014.

Este aumento de las intervenciones realizadas en todo el mundo no solo refleja la gran demanda, sino también el aumento de los conocimientos y la competencia de la comunidad de rinoplastia.

La aparición de los rellenos de tejidos blandos y la posibilidad de realizar un procedimiento estético nasal mínimamente invasivo ha aumentado considerablemente la accesibilidad a la “rinomodulación”, la “perfiloplastia”, la “escultura nasal” o la “rinoplastia líquida”.

A pesar de la gama estética significativamente menor de los procedimientos de rinoplastia no quirúrgica, los conocimientos y habilidades necesarios son considerables y no deben subestimarse. Los conceptos de belleza, la anatomía tridimensional y los cambios relacionados con la edad deben tenerse en cuenta para obtener resultados estéticos superiores y duraderos.

Los Dres. Redaelli y Braccini han resumido y ampliado el conocimiento actual en este campo en la tercera edición de su excelente obra: Rinoplastia Médica. Al leer página tras página, se abrirán ante el público las puertas a un nuevo y desconocido aspecto de los tratamientos estéticos nasales quirúrgicos y no quirúrgicos. En este libro se describen de forma exhaustiva los conocimientos anatómicos actualizados, las perlas clínicas y las presentaciones guiadas caso por caso. Felicito a los autores por su éxito, pero también felicito al público por la experiencia de aprendizaje que le espera en cada página.



Sebastian Cotofana MD, PhD

Profesor Asociado de Anatomía.

Líder de la Plataforma de Investigación Traslacional.

Director Médico Laboratorio de Anatomía Clínica.

Director Médico del Programa de Donación de Órganos de la Clínica Mayo.

Departamento de Anatomía Clínica, Clínica Mayo, Rochester, EE.UU.

PRESENTACIÓN



“Este monumento, ¿cuándo lo visitamos?”

Cyrano de Bergerac de Edmond Rostand

Esta tercera edición, magistralmente reescrita bajo la dirección de Alessio Redaelli y Frédéric Bracini, es, sin duda, un espectáculo.

Todos los caminos del rostro conducen a la nariz, esta encrucijada visual, tan pequeña, tan grande, tan corta, tan larga, tan delgada, tan grande... es el objeto de todas las miradas. Este libro sobre la rinoplastia médica será un descubrimiento, o más bien, un redescubrimiento. Gracias a todos los colaboradores porque su fascinante lectura aporta las novedades y las precauciones para embellecerla o respetarla.

Respeto.

Hugues Cartier

Centro Médico Saint-Jean.

8 Square Saint-Jean Arras.

Francia huguescartier@gmail.com

PREFACIO A LA TERCERA EDICIÓN REVISADA

Estimados amigos y colegas, solo han pasado unos pocos años desde la segunda edición de nuestro manual de rinoplastia médica. Muchos detalles han cambiado y se ha hecho necesario publicar esta tercera edición, ya que ha habido grandes avances en muchos contenidos y casos clínicos. A menudo, al viajar por el mundo para asistir a cursos y congresos, ocurre que Fred y yo encontramos ediciones anteriores y las hojeamos, solo para darnos cuenta inmediatamente de cuántos pequeños, o a veces sustanciales, detalles han cambiado. En ocasiones, los detalles cambian hasta el punto en que una técnica se vuelve inmediatamente obsoleta, incluso peligrosa. Así pues, el perfeccionamiento de los conocimientos anatómicos nos ha permitido refinar las técnicas y hacer los procedimientos mucho más seguros; el estudio de nuevos dispositivos y nuevos materiales nos ha permitido mejorar la integración en los tejidos y ha aumentado sustancialmente la seguridad de nuestros implantes; por último, una mejor percepción estética y el mejor estudio de las reglas estéticas nos han permitido minimizar los resultados estéticos poco naturales, dándonos a nosotros y a nuestros pacientes una invisibilidad que hace de un resultado algo excepcional.

Como siempre ocurre en nuestros manuales, hemos pensado que favorecer la parte práctica es siempre la elección correcta. Por ello, seguimos utilizando fotografías sencillas para que nuestros conceptos se entiendan mejor. También creemos que unos buenos videos pueden ayudar a los alumnos a visualizar cómo encontrar correctamente el equilibrio entre delicadeza y firmeza, que siempre caracteriza, tal y como me gusta recordar, a los médicos y cirujanos plásticos estéticos. No serán videos profesionales, están hechos por mí mismo, Fred, u otros queridos colegas y amigos. Sin embargo, sin duda le harán visualizar muchos fragmentos y le permitirán comprender y explicar mejor los detalles de este libro. Esperamos sinceramente que esta tercera edición sea aún más interesante que la segunda, pero siempre estamos abiertos a nuevas aportaciones y a las nuevas ideas que caracterizan nuestra maravillosa especialidad.

Fred y Alessio

AUTOR

Frédéric Braccini

MD, Otorrinolaringólogo y Cirujano Plástico Facial

Ejerce en Niza, Francia (*"L'Artistique", Medical Healthcare*, www.ca-medical.fr). Se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Marsella (Médico Interno Residente, Adjunto y Jefe Clínico). Fue profesor de anatomía en la facultad de la Universidad de Marsella. Cirujano asociado del Hospital Americano de París (2009-2011), y trabaja en la actividad privada en Niza desde 2001. Presidente de la Comisión del Establecimiento Médico (CME en francés) de la clínica *Saint-François* de Niza (2012-2021). Está afiliado al Consejo Médico Francés desde 1998. Afiliado al Consejo Médico General del Reino Unido en 2014 y al Consejo Médico de Suiza desde 2015, es un experto internacional en cirugía y medicina estética, y uno de los médicos de Otorrinolaringología (ORL) y Cirugía Plástica Facial (FPS) más reconocidos (con casi 35 000 búsquedas en Google al mes, fuente Google Business enero de 2020).

Posee numerosos diplomas interuniversitarios de enseñanza del francés (París, Niza, Lyon, entre otros). Así como también cursos de enseñanza privada en Europa. Ha impartido gran cantidad de conferencias en todo el mundo (EE. UU., Universidad de Harvard, Nueva York; India, Nueva Delhi; EAU, Dubái; Sudáfrica, Ciudad del Cabo; África del Norte, Marrakech, Casablanca; Europa, Francia, Mónaco; Italia, Bérgamo, Milán, Nápoles, Roma, Bolonia; España, Barcelona, Sitges, Madrid; Portugal, Lisboa, Oporto; Polonia, Varsovia; Rusia, Moscú, San Petersburgo; Suiza, Ginebra, Reino Unido, Coventry, Warwick, entre otros). Es cofundador y expresidente de la Sociedad Avanzada de Medicina y Cirugía Estética (SAMCEP), secretario de la Sociedad Francesa de Cirugía Plástica Facial (SF-CPEF), es también miembro de la Academia Europea de Cirugía Plástica Facial y de la Sociedad Europea de Rinoplastia. Desde 2014, es miembro de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos. Ha organizado numerosos congresos y ha publicado una considerable cantidad de estudios científicos y libros sobre cirugía plástica facial y medicina estética.

Es uno de los pioneros en el ámbito de la rinoplastia médica, con la primera publicación y el libro de referencia en este campo. También es el fundador de los conceptos "menos es más" y "strobing médico" en medicina estética.

Es líder de opinión clave para varias empresas y comités científicos. Es miembro del consejo principal y de la organización científica de los *"Awards de l'esthétique médicale"*. Fue el cofundador científico del congreso *Face2face*, y el actual coordinador científico del *Anti-aging Monaco World Congress*, *Aesthetic Multispecialty Society*, *Face Aesthetics Masterclass*, *Nice Rhinoplasty course*, *ORL Corsica* y *Esthetique Corsica*.

Contactos personales: frederic.braccini@gmail.com - www.braccini.net

Medios sociales: [Docteur.Frederic.braccini](https://www.facebook.com/Docteur.Frederic.braccini) - [dr.frederic.braccini](https://www.instagram.com/dr.frederic.braccini)

Lista de libros: www.braccini.net/ouvrages/index.php

Lista de publicaciones internacionales: www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/?term=Braccini



Alessio Redaelli

Cirujano Vascular y Médico Estético

Se graduó en Medicina en la Universidad de Milán en 1979 y se especializó en cirugía vascular en la misma universidad en 1984 con honores y elogios. Fue pionero en la introducción de la medicina estética en Italia y Europa a finales de la década de los 80. Obtuvo un diploma en el Posuniversitario “Ágora” de Milán, en la escuela de Medicina Estética. Trabaja de forma independiente en los principales hospitales privados de Milán y es asesor de cirugía vascular y medicina estética en el Centro Médico *Visconti di Modrone* de Milán. Ha sido ponente, moderador y presidente en varias conferencias italianas e internacionales sobre medicina estética y flebología. Ha publicado diversos artículos científicos sobre flebología y medicina estética. Es fundador y director científico de “*Medical Aesthetic*”, una sociedad de formación médica (www.medicalaesthetic.it). Imparte clases en algunas de las escuelas de medicina estética más importantes de Italia y del extranjero y organiza regularmente cursos para médicos en su clínica de Milán.

Por último, ha escrito numerosos libros de éxito en los ámbitos de la medicina estética y la odontología, los cuales han sido traducidos a muchos idiomas.

www.docredaelli.com



COLABORADORES



Hugues Cartier

Centre Medical Saint-Jean, 8 Square Saint-Jean Arras.
Francia

huguescartier@gmail.com

Dermatólogo, flebólogo y dermoláser de la Clínica Saint-Jean de Arras, Francia. También es jefe de tratamiento de heridas en el departamento de dermatología del Hospital de Arras. El Dr. Cartier es vicepresidente de la *Société Française de Médecine Esthétique* y expresidente del *Groupe Laser de la Société Française de Dermatologie*. Asimismo, es coordinador de cursos de la *Société Belge de Médecine Esthétique*. Coautor de la edición: *Les lasers en dermatologie 2017; Couperose & erythrose; rejuvenation LED en dermatologie* (Noe C.), *chapt IPL/ cosmetic medicine & surgery* y última edición de *dermatologie esthétique 2020 Expert phase II, III/clinical trial for fillers, toxin, laser and wound*.



Alberto Diaspro

Cirujano Maxilofacial y Cirujano Plástico Facial
Doctor Estético

Se graduó en Medicina y se especializó en Cirugía Maxilofacial en la Universidad de Turín. Realizó una maestría en Cirugía Plástica Facial en la Universidad Tor Vergata de Roma y en Medicina y Terapia Estética en la Universidad de Camerino, tras obtener el diploma de Medicina Estética en el Posuniversitario, Escuela de Medicina Estética S.M.I.E.M., Agorà en Milán. Es autor y coautor de varios artículos científicos publicados en revistas especializadas. Es miembro de la Academia Europea de Cirugía Plástica Facial (E.A.F.P.S.), de la Asociación Italiana de Cirugía Plástica y Estética (A.I.C.P.E.) y de la Asociación Italiana de Cirugía Facial Cosmética y Funcional (A.I.C.E.F.F.). Es director médico de Rigeneralab - Centro de Medicina Regenerativa, y trabaja como consultor privado en cirugía plástica facial y maxilofacial en Turín.

COLABORADORES



Claude Levy

Cirujano Maxilofacial
Cirujano Ortognático
Doctor Estético, París-Francia

Es cirujano maxilofacial y ejerce en París. Durante mucho tiempo fue miembro de la Asociación Americana de Cirugía Maxilofacial. Tras dedicar la mayor parte de su actividad a la cirugía ortognática durante 20 años, centró su práctica en la cirugía y la medicina estética de la cara y el cuello. Participa regularmente en congresos internacionales y es KOL de Croma* en Francia y a nivel internacional. Sus principales temas de interés son: los hilos tensores en el tratamiento de los efectos del envejecimiento facial, la contribución de los hilos tensores en la rinoplastia médica y el uso de hilos PDO de biorrevitalización.



Jerónimo París

Consultor en Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Plástica Facial y Otorrinolaringología

Es cirujano de cabeza y cuello y otorrinolaringólogo y consultor en Francia. Preside el Departamento de Cabeza y Cuello del *Institut de Chirurgie ORL et maxillo-faciale Clairval*, *Hopital Privé Clairval* desde 2006 y es Director-Consultor en el *Institut Euro-Méditerranéen de Chirurgie Esthétique et Plastique*, desde 2008, en Marsella, Francia. También es jefe del servicio CORE de cabeza y cuello en el *Hopital Privé de Provence* desde 2019. Tiene una consulta internacional y es consultor especialista en Londres, Reino Unido, en *The Medical Chambers Kensington*, registrado en el *General Medical Council* desde 2013. Es consultor especialista en Moscú, Rusia, desde 2016. Tiene gran experiencia en cirugía de cabeza y cuello y cirugía plástica facial y medicina. Es reconocido internacionalmente por su experiencia en el tratamiento de los tumores de la

glándula parótida (técnica mínimamente invasiva de parotidectomía estética), y dirige el Instituto de Cirugía Parotídea de Francia.

COLABORADORES



Maria (Riekie) Smit

MBChB (UOFS). MSc Medicina Deportiva
Pret Adv Dip Aesth Med (FPD)
Pretoria Sudáfrica

Tiene una consulta privada en Pretoria, Sudáfrica, especializada en el tratamiento de diversas afecciones médicas estéticas. La Dra. Smit es fundadora y presidenta de oficio de la Sociedad de Medicina Estética y Antienvjecimiento de Sudáfrica y presidenta del Congreso de Medicina Estética de Sudáfrica. La Dra. Smit es la creadora del curso y coordinadora académica del Diplomado Avanzado en Medicina Estética, reconocido oficialmente en Sudáfrica, y que se imparte en el instituto de enseñanza superior FPD. También es miembro del profesorado de la Academia Americana de Medicina Estética que forma a médicos en Asia, África, Europa y el Reino Unido. Es formadora internacional y líder de opinión clave en temas de medicina estética. Es autora de artículos médicos, publicados en revistas y en

publicaciones científicas. Su campo de especialización incluye el rejuvenecimiento cutáneo, los inyectables faciales (neuromoduladores y rellenos), los hilos tensores, los *peelings* químicos, la mesoterapia, el PRP, el láser y el LED. La Dr. Smit es un KOL global para varias compañías médicas y farmacéuticas estéticas de la industria.



Kostantin Sulamandize

Cirujano Plástico Estético Reconstructivo Dermato-venereólogo
CEO Clínica Total Charm - Tiflis - Georgia

Se graduó en I. M. Sechenov Moscú Academia de Medicina en 2009. En 2011 se graduó en la B. V. Petrovskiy RAMS académico clínico RSSC (el Centro Quirúrgico Ciencia Rusa) de residencia, con la especialidad “Cirugía”. En 2012 se graduó del internado en la RUPF (La Universidad Rusa de la Amistad de los Pueblos) con la profesión de “Dermatovenereología”. Es miembro de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS). Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética de Georgia (GeoPRAS). Desde 2009 ha realizado más de 8000 cirugías plásticas y estéticas y más de 5000 procedimientos de inyección. Es coautor y copropietario de los métodos y la empresa Aptos, y copropietario de todas las patentes internacionales de Aptos.

COLABORADORES

Simon Rasteau



Cécile Winter



Philippe Kestemont



Simon Rasteau

Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica Facial, Estomatología y Cirugía Bucal.
Hospices Civils de Lyon, Hospital Lyon-Sud - Universidad Claude-Bernard Lyon 1.
165 chemin du Grand-Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, Francia.

Es cirujano maxilofacial en Lyon, Francia. Sus principales intereses se centran en los campos de la profiloplastia y la medicina y cirugía del envejecimiento facial.

Cécile Winter

Clínica Estética Saint George.
2 Avenue de Rimiez, 06105 Niza, Francia.

Es cirujana de cabeza y cuello en Niza, Francia. Tiene más de 12 años de experiencia en medicina y cirugía estética facial.

Philippe Kestemont

Instituto Universitario de la Cara y el Cuello.
Université Côte d'Azur, Nice University Hospital.
31 Avenue de Valombrose, 06100 Niza, Francia.

Es cirujano de cabeza y cuello en Niza, Francia. Su amplia experiencia en medicina y cirugía estética facial le han llevado a participar como ponente en numerosas conferencias, congresos y cursos internacionales.

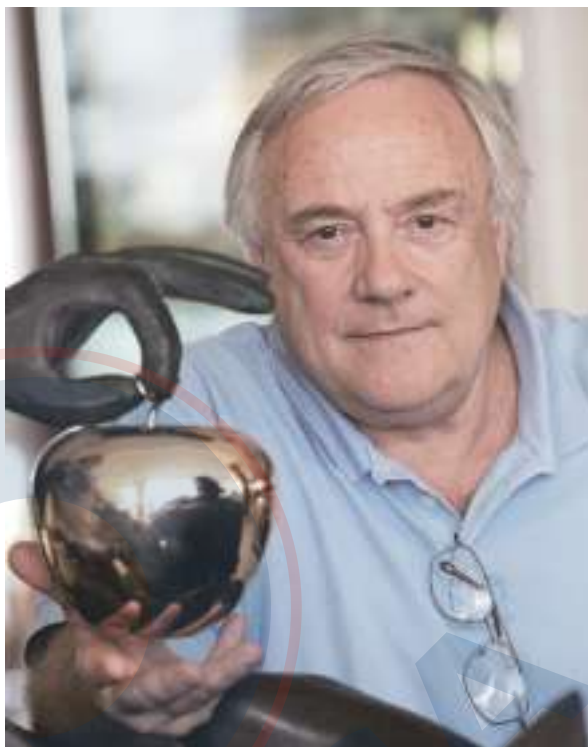
CONTRIBUCIÓN ARTÍSTICA

Mateo Mornar

www.mornar.com

Hermosa, pura, genuina.

Sobre estas tres notas esenciales, Mateo Mornar compone un verdadero himno a la feminidad. Este escultor de fama mundial está fascinado por su arte, y por el cuerpo femenino, por el que siente infinito respeto y amor, y cuyas curvas acaricia con gran ternura. Sus mujeres suelen ser flexibles y carnales, a menudo lascivas, a veces facciosas o pensativas. Mornar rinde homenaje a todas las que ha amado, deseado o abordado. Esta fuente inagotable de inspiración artística procede directamente del corazón. Y el “corazón” es otra constante para este escultor totalmente realizado que se aleja de las modas. Sigue su camino con la ayuda de coleccionistas ilustrados de todo el mundo que creen en él y le animan. Desde hace varios años, Mateo Mornar se afirma como creador en el espacio, lanzándose a la realización de obras monumentales concebidas con la esperanza de que se conviertan en vectores de paz en nuestro mundo agitado. Pronto habrá una fundación para que Mateo Mornar pueda crear una escuela de escultura que anime a los jóvenes a adentrarse en el arte, como se hace en la religión: con fe. Es cierto que las esculturas de Mornar son algo más que simples gestos decorativos, pero comprar un Mornar es una inversión para toda la vida, en todos los sentidos del término.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco una vez más a mis seres queridos, a mis colaboradores y, sobre todo, a los jóvenes colegas que acuden a mi curso, mirándome intrigados y deseosos de aprender las técnicas y los secretos para evitar los posibles desastres dramáticos de la rinoplastia médica. ¡Debo agradecer especialmente a aquellos que me hacen estudiar de nuevo, que me animan a hacerlo mejor, que me preguntan los secretos de un arte que ahora se ha convertido en medicina! ¡Cuántos alumnos han superado al maestro! ¡Gracias a todos!

Alessio Redaelli

Mis pensamientos se dirigen inmediatamente a todos los que me han apoyado durante tanto tiempo. Gracias a los miembros de mi familia por su apoyo incondicional durante todos estos años. Gracias a Toussaint, mi añorado padre y médico, que ha sido un motivo constante de éxito y logros. Estoy orgulloso de haber mantenido viva la llama de la medicina que me transmitió mi padre. Lo extraño.

Gracias a mi madre Martine, cuya existencia fue un ejemplo incomparable de fuerzas.

Doy las gracias a mi esposa Rosine, sin la cual nada podría suceder. ¡Siempre ha estado ahí cuando la he necesitado! Gracias por su paciencia y excelente comprensión durante todos estos años. Sébastien, mi hijo, ¡mi razón de ser! Abro un camino para su futuro, que espero sea maravilloso.

Gracias a Marie, mi hija, por su permanente buen humor y alegría de vivir.

Gracias a Catherine, mi hermana, y a Stéphane, mi hermano.

A mis familiares, Roger y Antoinette, Tony y Etienne (¡el hombre del extremo!).

Gracias a Córcega, esta hermosa isla, que es una fuente permanente de inspiración y fuerza.

“u valore di e cose e quellu che omu li da”

Doy las gracias a mis amigos y colegas aficionados a la estética facial:

- Gracias Dr. Jérôme Paris, brillante e hiperactivo, por su amistad inquebrantable y sus constantes ánimos. En más de 20 años te has convertido en uno de mis principales apoyos. Te quiero, amigo mío, hermano mío.

- Gracias Dr. Philippe Berros, que es uno de los famosos especialistas de la región orbitaria y, especialmente, en hialuroestructura. Gracias por estar a mi lado en los momentos de alegría o de tristeza. Su amistad es inquebrantable.

- Gracias Dr. Henry Sabatier, un amigo de la infancia con el que me reencontré con gran placer para crear grandes proyectos y consolidar nuestra amistad.

- Gracias Dr. Jacques Lagier, una gran personalidad en el campo de la cirugía plástica ocular en Francia y en Europa. Me dio la bienvenida en su equipo en Niza, y me permitió participar en importantes proyectos. Su apoyo en tiempos difíciles es muy importante para mí.

- Gracias Dr. Patrick Trevidic, cirujano y anatomista de renombre internacional. Me ha encantado compartir con usted la “aventura FACE2f@ce”

- Gracias Dr. Philippe Kestemont, por su experiencia en anatomía y su apoyo permanente durante los últimos años.

- Gracias a mis sólidos compatriotas Isabelle Catoni, Henry Canale, Patrick Porta y Bertrand Joly.

Doy las gracias a mis secretarias y asistentes que soportan todos mis estados de ánimo. Gracias por su ayuda en todo momento: Magalie Murro, Marie-Ange Delepine, Deborah Kopff, Anne Marie Saurel, Evelyne Lejeune, Chrysis Borjon y Fanny Belin y Caroline Winstanley. También doy las gracias a Didier Tabary y a su equipo. Les agradezco profundamente su amistad. Gracias a Alessio, mi coautor y amigo, por su energía y confianza en este hermoso proyecto. Nosotros “fuimos y somos” los “pioneros” en el campo de la rinoplastia médica. ¡Gracias de nuevo!

Frédéric Braccini

CONTENIDO

PRESENTACIÓN. Por Sebastian Cotofana	5
PRESENTACIÓN. Por Hugues Cartier	6
PREFACIO A LA TERCERA EDICIÓN REVISADA	7
AUTORES	8
COLABORADORES	10
CONTRIBUCIÓN ARTÍSTICA	14
AGRADECIMIENTOS	15

CAPÍTULO 1 - HISTORIA DE LA RINOPLASTIA **21**

HISTORIA DE LA RINOPLASTIA	23
---	-----------

CAPÍTULO 2 - LA BASE ANATÓMICA **27**

ANATOMÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA	29
INTRODUCCIÓN	29
ALGUNOS EJEMPLOS PRÁCTICOS DE DIFERENTES PROYECCIONES NASALES.....	30
EL ESQUELETO OSTEOCARTILAGINOSO	31
MÚSCULOS DE LA PIRÁMIDE NASAL	33
LA RAÍZ NASAL: LOS MÚSCULOS PRÓCER Y CORRUGADOR	34
Músculo prócer, músculo corrugador y músculo depresor superciliar	34
Músculo elevador del labio superior y del ala de la nariz	35
MÚSCULO NASAL	36
MÚSCULO DILATADOR DE LA NARIZ	36
DEPRESOR DEL TABIQUE NASAL (<i>DEPRESSOR SEPTI NASI</i>)	37
VASCULATURA	39
ENFOQUE EN LA RED VASCULAR NASAL - <i>Por Sebastian Cotofana</i>	40
INNERVACIÓN.....	41
LA PIEL.....	43
DIFERENCIAS ANATÓMICAS ENTRE PACIENTES CAUCÁSICOS Y ASIÁTICOS DEL LEJANO ORIENTE.....	44

CAPÍTULO 3 - ANATOMÍA ECOGRÁFICA DE LA NARIZ **47**

Por Hugues Cartier

¿QUÉ DISPOSITIVO?	49
TRANSDUCTORES	49
AJUSTE	49
LA ELECCIÓN DE LA ZONA FOCAL.....	49
ÁNGULO DE INCIDENCIA	49
MANIPULACIÓN DE TRANSDUCTORES.....	49
REALCE ACÚSTICO POSTERIOR.....	50
ARTEFACTO DE REVERBERACIÓN	50
MODO BRILLO (MODO B)	50
MODO DE EFECTO DOPPLER	50
ESTRUCTURA Y TEJIDO CUTÁNEO DE LA NARIZ	50
PATRÓN VASCULAR DE LA NARIZ	51
PUNTO MÁS PROFUNDO DEL ÁNGULO FRONTALNASAL (SELLION)	52
UNIÓN EN LA LÍNEA MEDIA ENTRE EL HUESO Y EL CARTÍLAGO NASAL	52

PUNTA DE LA NARIZ	53
RELLENOS PARA LA NARIZ	53
PROCEDIMIENTOS DE INYECCIÓN DE RELLENO GUIADOS POR ULTRASONIDO	54
CAPÍTULO 4 - ESTUDIO DEL PACIENTE Y FOTOGRAFÍA	55
INTRODUCCIÓN	57
ESTUDIO GENERAL DE LA CARA	58
ESTUDIO DETALLADO DE LA NARIZ	60
ESTUDIO DE PACIENTES ASIÁTICOS DEL LEJANO ORIENTE.....	63
PRINCIPALES ÁNGULOS NASALES EN PACIENTES ASIÁTICOS DEL LEJANO ORIENTE	63
ANÁLISIS FOTOGRÁFICO	64
PROYECCIONES DE BASE.....	64
CAPÍTULO 5 - ENFOQUE ARTÍSTICO DE LA RINOPLASTIA	67
ANATOMÍA ARTÍSTICA DE LA NARIZ	69
BASE.....	72
PERFIL	72
PROYECCIÓN Y FORMA DE LA PUNTA.....	73
EJEMPLOS DE PROYECCIONES NASALES PARTICULARES	75
ENFOQUE ARTÍSTICO PRÁCTICO	76
CAPÍTULO 6 - TOXINA BOTULÍNICA: CÓMO, CUÁNDO Y POR QUÉ	79
INTRODUCCIÓN	81
MATERIALES UTILIZADOS.....	81
DIFERENCIAS ENTRE LAS DISTINTAS TOXINAS BOTULÍNICAS EN EL MERCADO.....	82
Cantidad de neurotoxina activa en diferentes BONT-AS en unidades aprobadas	82
PREPARACIÓN DE MATERIALES	83
PREPARACIÓN DE VISTABEX/VISTABEL/COSMETIC BOTOX/BOCOUTURE 50U	83
PREPARACIÓN DE AZZALURE.....	84
INDICACIONES	85
ESTUDIO DE PACIENTES	85
PREPARACIÓN DE LOS PACIENTES.....	85
TRATAMIENTO	85
PROTOCOLO COMPLETO DE INYECCIONES CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A.....	86
EFFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A	88
CAPÍTULO 7 - ESCULTURA NASAL CON RELLENOS	89
TRATAMIENTO CON RELLENOS.....	91
TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO	92
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS RELLENOS	92
LA TÉCNICA.....	94
INYECCIÓN DE LA RAÍZ NASAL	95
INYECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LA PUNTA DE LA NARIZ.....	96
TRATAMIENTO DE LA ESPINA NASAL MAXILAR PARA ABRIR EL ÁNGULO NASOLABIAL	96
TRATAMIENTO DEL PUENTE NASAL Y DE LA COLUMELA CON CÁNULA ROMA	97
CORRECCIÓN ESTÉTICA Y FUNCIONAL DE LAS ALTERACIONES DE LA VÁLVULA NASAL	99
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO	100
DIRECTRICES PARA EL USO DE HIALURONIDASA TRAS INYECCIONES DE ÁCIDO HIALURÓNICO	101

CAPÍTULO 8A - RINOPLASTIA MÉDICA CON HILOS DE TRACCIÓN

103

Por Alberto Diaspro, Konstantin Sulamanidze

INTRODUCCIÓN.....	104
ANATOMÍA APLICADA Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE.....	104
TÉCNICA	104
CONCLUSIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	108

CAPÍTULO 8B - RINOPLASTIA NO QUIRÚRGICA CON HILOS

109

Por Riekie Smit

CONSIDERACIONES PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA NARIZ CON HILOS	112
INDICACIONES.....	112
CONTRAINDICACIONES	112
COMPLICACIONES O EFECTOS SECUNDARIOS.....	112
PASOS PRÁCTICOS PARA LA INTERVENCIÓN NASAL CON HILOS.....	113
CASOS	115
CONCLUSIONES	118
BIBLIOGRAFÍA	118

CAPÍTULO 8C - RINOPLASTIA NO QUIRÚRGICA CON HILOS

119

Por Claude Levy

TÉCNICA	120
RESULTADOS	122
COMPLICACIONES	122
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	122
ACCIONES COMPLEMENTARIAS.....	122
DISCUSIÓN	123
CONCLUSIONES	124
BIBLIOGRAFÍA	125

CAPÍTULO 9 - INDICACIONES Y CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS EN PACIENTES CAUCÁSICOS

127

INDICACIONES	128
EL ROSTRO DEBE VERSE Y EVALUARSE COMO UN TODO, DE FORMA TRIDIMENSIONAL	128
EL EFECTO REJUVENECEDOR DE LA RINOPLASTIA MÉDICA	129
DIFERENTES ZONAS DE ABSORCIÓN DEL PRODUCTO INYECTADO	129
INYECCIÓN DE PRODUCTOS PRIMARIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA RINOPLASTIA QUIRÚRGICA.....	129
INDICACIONES Y CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS	129
PACIENTES NUEVOS.....	129
Casos clínicos.....	130
PACIENTES POSQUIRÚRGICOS	154
Casos clínicos.....	154
RINOPLASTIA SECUNDARIA NO QUIRÚRGICA.....	169
Manejo de los tejidos blandos nasales	169
Caso clínico 1 - Rinoplastia secundaria – Tejido blando de la fosa nasal	169
Caso clínico 2 - Rinoplastia secundaria – punta y dorso nasal.....	170

CAPÍTULO 10 – LA CORRECCIÓN DEL PUENTE NASAL EN PACIENTES ASIÁTICOS, AFRICANOS Y DEL LEJANO ORIENTE	173
INTRODUCCIÓN.....	174
TÉCNICA PARA ELEVAR EL PUENTE DE LA NARIZ	175
Ejemplos.....	175
CAPÍTULO 11A - COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	183
ZONAS DE PELIGRO: LA REGIÓN GLABELAR, EL PUENTE NASAL, LA ZONA COLUMELAR Y LA PUNTA DE LA NARIZ	185
LA REGIÓN GLABELAR	186
Ejemplos.....	187
IRRITACIÓN DEL PUENTE NASAL.....	188
Ejemplo.....	188
ISQUEMIA E IRRITACIÓN DE LA PUNTA DE LA NARIZ.....	188
Ejemplo.....	190
MIGRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN OTRAS ZONAS	191
UN CASO INTERESANTE DE ISQUEMIA RETARDADA DE LA PUNTA NASAL	191
CONTRAINDICACIONES DE LOS MATERIALES	193
CONTRAINDICACIONES PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE	195
INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A	195
CONTRAINDICACIONES RELATIVAS.....	196
CAPÍTULO 11B - COMPLICACIONES VASCULARES EN LA RINOPLASTIA NO QUIRÚRGICA UTILIZANDO ÁCIDO HIALURÓNICO	197
<i>Por Simon Rasteau, Cécile Winter, Philippe Kestemont</i>	
INTRODUCCIÓN.....	198
ANATOMÍA VASCULAR DE LA NARIZ.....	198
FISIOPATOLOGÍA DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES	199
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES	200
TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES.....	201
NECROSIS CUTÁNEA	201
SÍNTOMAS OFTALMOLÓGICOS	202
MEDIDAS PREVENTIVAS.....	203
CONCLUSIONES	203
BIBLIOGRAFÍA	204
CAPÍTULO 12 - ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y CONCLUSIONES	207
¡ALGUNAS NOTAS MÉDICO-LEGALES!	209
LEY NÚMERO 94 DE 8 DE ABRIL DE 1998.....	210
OTRA SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE CASACIÓN SOBRE EL “OFF-LABEL” SALVA LA LIBERTAD TERAPÉUTICA DEL MÉDICO... ..	210
CONCLUSIONES	212
BIBLIOGRAFÍA	213
ÍNDICE ALFABÉTICO	217

CAPÍTULO 2

LA BASE ANATÓMICA



ANATOMÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA

INTRODUCCIÓN

La anatomía médico-quirúrgica es esencial para comprender exactamente el nivel de tratamiento y los riesgos asociados a las inyecciones.⁸ El éxito de cualquier tratamiento se basa en fundamentos sólidos:

- El perfecto conocimiento de la anatomía con todas las estructuras anatómicas que potencialmente pueden causar efectos secundarios.
- El perfecto conocimiento de todas las reglas estéticas, desde las proporciones áureas hasta los conocimientos que han transmitido los profesores para poder diagnosticar con precisión el defecto y ofrecer la mejor corrección.
- La confianza absoluta en los materiales que se utilizan.
- La cantidad justa de “talento” que todos deben tener.

Por esta razón, se da inicio a este capítulo con un cuidadoso estudio de las estructuras anatómicas que componen la nariz.



Figura 2.1. La nariz ocupa el tercio medio de la cara. La cara, como es sabido, se divide en tres tercios horizontalmente desde el triquión hasta el Pogonion y verticalmente en cinco partes iguales desde el trago hasta el contralateral. Las proporciones áureas suelen indicar que estas zonas deben tener las mismas medidas.

Desde el punto de vista anatómico, se distinguen estructuras superficiales de cobertura y estructuras profundas de soporte, es decir, el esqueleto óseo-cartilaginoso. Las estructuras neurovasculares, que hacen de la nariz el maravilloso órgano que todos poseemos, tienen una gran importancia. La nariz tiene forma de pirámide triangular con una estructura interna aireada, compuesta por una estructura osteocartilaginosa. La parte superior de esta estructura corresponde a la raíz nasal, mientras que su base alberga a las aberturas de las fosas nasales. Sobre esta estructura osteocartilaginosa se encuentra una cobertura de pericondrio-periostio, una superficie cubierta, a su vez, por músculos y piel. No cabe duda de que la nariz confiere a cada individuo un tracto anatómico determinante para la belleza y la armonía del rostro. Entonces, se puede reconocer una porción fija formada por la sutura frontal, las ramas verticales de los huesos maxilares, los huesos nasales, los cartílagos laterales superiores triangulares, el tabique y una porción móvil, que corresponde esencialmente a los cartílagos laterales inferiores (alar), y también corresponde a los cartílagos laterales superiores en su porción inferior. Los cartílagos nasales desempeñan un papel esencial en el mecanismo de la válvula nasal. Las relaciones entre los elementos fijos y móviles de la nariz son fundamentales en el análisis estético de la propia nariz, y sin duda, son importantes en el diseño de una rinoplastia médico-quirúrgica.³⁰ Las aplicaciones derivadas de todas estas interrelaciones hacen referencia a los conceptos de la anatomía morfo-dinámica. Por lo tanto, antes de realizar un tratamiento médico de rinoplastia con una combinación de técnicas es fundamental conocer y comprender las estructuras de la pirámide nasal y los detalles funcionales para predecir posibles cambios.

ALGUNOS EJEMPLOS PRÁCTICOS DE DIFERENTES PROYECCIONES NASALES

EJEMPLO 1



Figura 2.2. Paciente de 73 años. Nariz regular con huesos nasales regulares y bien representados. Hipertrofia moderada de los cartílagos alares mayores con punta nasal ligeramente hundida. No hay asimetría significativa. La distancia nasolabial está ligeramente aumentada, pero no es excesiva tomando en cuenta la edad de la paciente. Por ello, esta nariz no requiere correcciones.

EJEMPLO 2



Figura 2.3. Paciente de 62 años. Esta nariz está bastante caída para la edad de la paciente. El ángulo nasolabial es inferior a 90°. Presenta una giba modesta, aunque evidente. Hay una ligera asimetría de la punta nasal y el cartílago alar mayor izquierdo es mucho más prominente que el derecho. Hay una buena visibilidad del surco intercartilaginoso central. Se observa un discreto alargamiento de la distancia espina nasal labio superior. Una buena indicación médica clásica para la rinoplastia.

EL ESQUELETO OSTEOCARTILAGINOSO

La nariz, como se ha mencionado anteriormente, está sostenida por un complejo esqueleto osteocartilaginoso compuesto por una parte ósea y otra cartilaginosa, la cual posee una parte móvil.

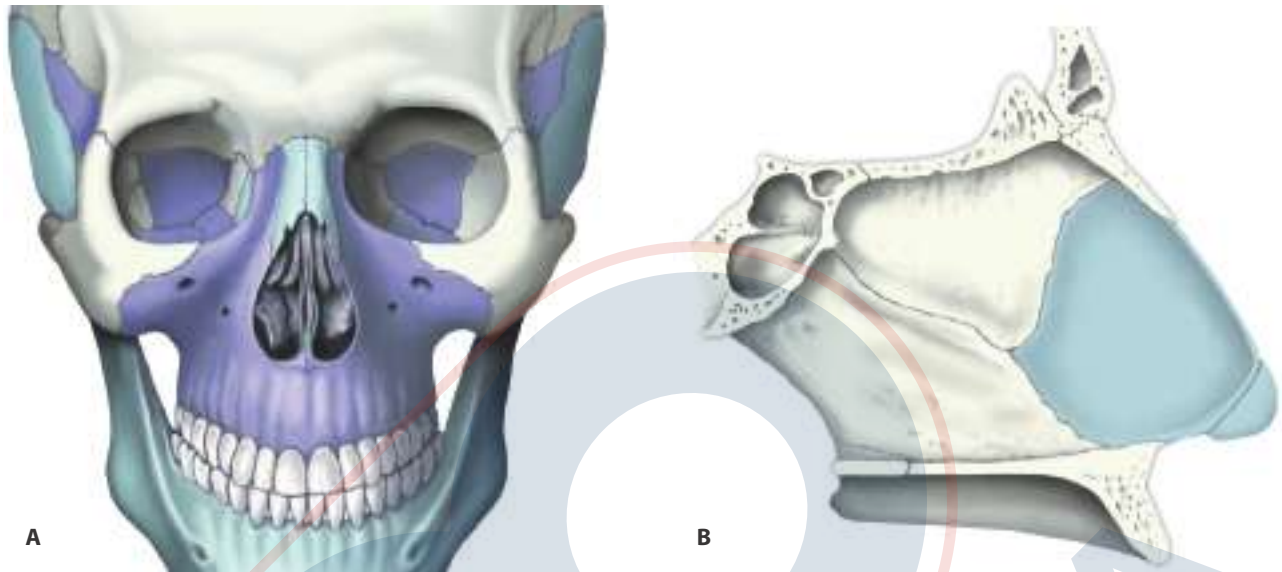
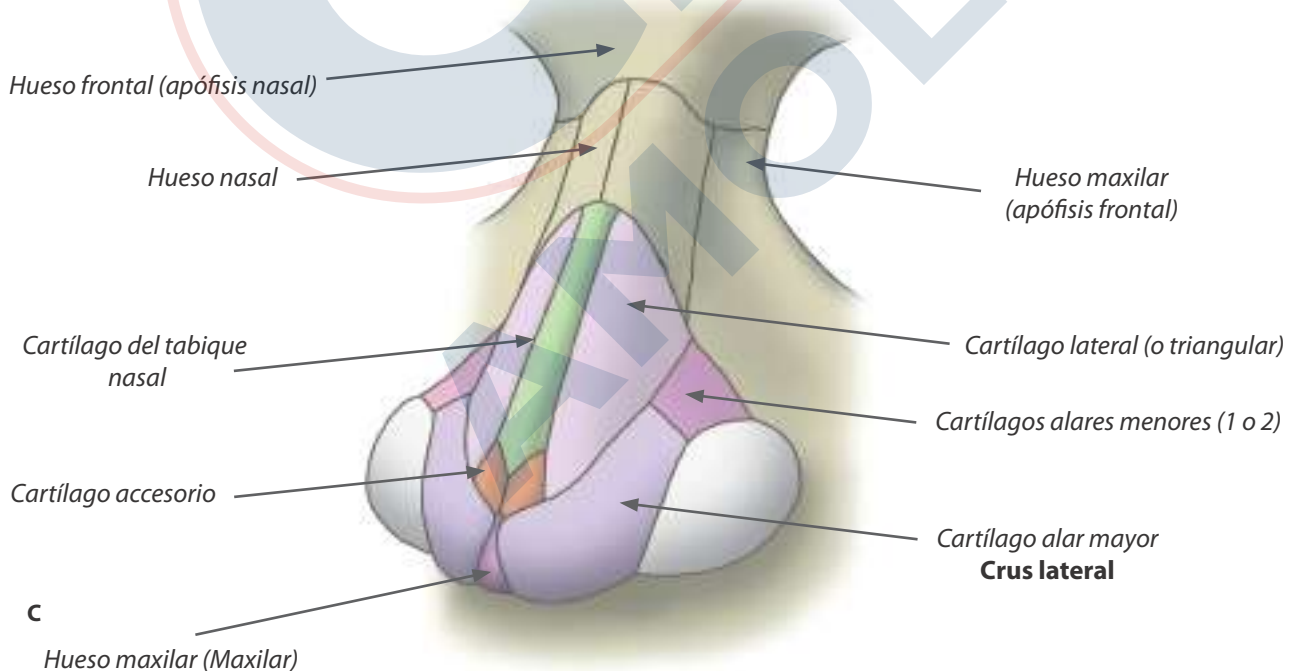
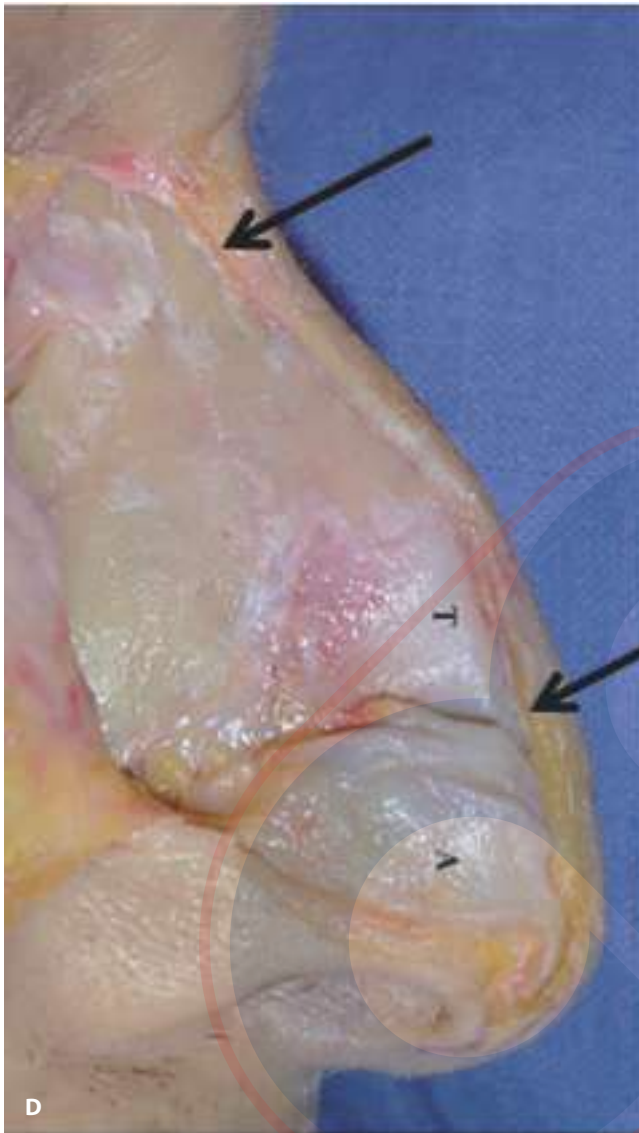


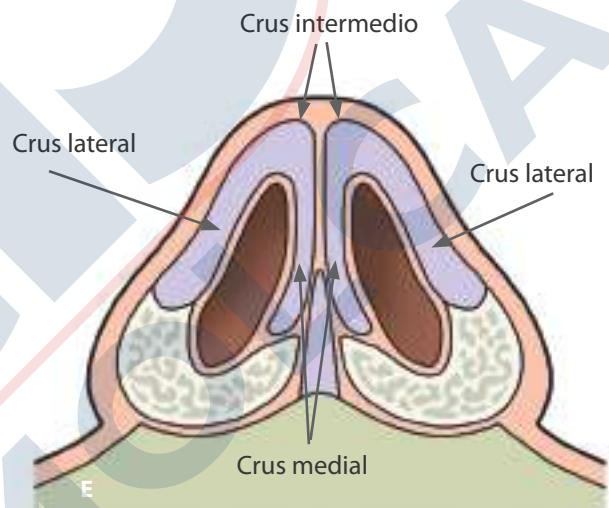
Figura 2.4 a-f. La parte ósea consta de huesos nasales (a) asociados en la zona superior con el frontal y lateralmente con el maxilar, que rodea por completo la nariz hasta la espina nasal en la zona inferior. Centralmente, se encuentra la placa etmoidal (b) y el vómer que dividen las dos coanas nasales, a las cuales se fusiona el cartílago del tabique nasal, que contribuye en parte a la proyección de la punta nasal.



En (c) se puede observar un contorno de los huesos y cartílagos nasales.



Justo debajo de los huesos nasales se encuentran los cartílagos laterales o superiores, hacia abajo se localizan lateralmente el cartílago alar lateral menor, y medialmente el crus lateral del cartílago alar mayor, el cual contribuye a la estética de la punta nasal. Durante la preparación anatómica (D) se puede observar y comprender las interrelaciones de los huesos nasales (flecha superior) y los cartílagos inferiores (flecha inferior). También, se puede ver el grosor del subcutáneo, el cual es significativamente mayor que el de la punta nasal. El cartílago alar mayor consta de tres partes denominadas (E): el crus medial, el crus intermedio y el crus lateral. El crus intermedio forma la punta nasal definiendo los llamados "Puntos Definitorios", que caracterizan una punta nasal central única o dos puntas acopladas, que determinan la estética. Todo esto debe tomarse en cuenta antes de aplicar los tratamientos.



Lo que se acaba de mencionar es de gran relevancia en la estética nasal y se verá cómo muchas veces se van a corregir pequeños detalles relacionados con los cartílagos alares mayores. Por ello, antes de una rinoplastia médica siempre es de suma importancia hacer una fotografía en proyección inferior (F) para valorar la estética de toda la base nasal, las asimetrías en el crus, que son muy frecuentes, toda el área cigomático-malar y los surcos nasolabiales.

*Por Y. Saban y F. Braccini "Rhinoplasties, les monographies du cca groupe" N. 32, Ed.2002

MÚSCULOS DE LA PIRÁMIDE NASAL

Por debajo de la capa superficial de la piel y del tejido subcutáneo se encuentran los músculos, inervados, como en la mayor parte de la cara, por el nervio facial y unidos entre sí por un sistema fibroaponeurótico denominado SMAS nasal.⁹ Se pueden describir los músculos elevadores, los músculos depresores, los músculos compresores o dilatadores de las fosas nasales. Estos tienen un papel generalmente modesto, excepto el depresor del tabique nasal, que en rinoplastia es muy importante. Este músculo, en particular, es totalmente accesible a la acción de la toxina botulínica. La cobertura pericondrio-perióstica está formada por fibras pericondriales y periósticas, que se interconectan y se relacionan entre sí con los elementos constitutivos de la pirámide nasal. La musculatura nasal es un soporte que recubre las estructuras osteocartilaginosas. Esto contribuye directamente a la dinámica de la punta nasal. La contracción de los músculos que cubren la nariz, produce las llamadas “arrugas innecesarias”, arrugas faciales particulares, generalmente expresiones de enfado. Por otro lado, la parte móvil de la nariz se gestiona mediante un juego de equilibrio muscular que permite que la punta se desplace hacia la parte inferior (a veces demasiado) o permanezca inmóvil. Los músculos de la nariz se describen en conjunto, ya que son muy pequeños y, en cuanto al uso de la toxina botulínica, solo algunos de ellos son importantes.⁹

Figura 2.5 a-c. Los músculos nasales son:

El músculo nasal, el músculo depresor y el músculo dilatador de las fosas nasales, el músculo depresor del tabique nasal y el músculo elevador del labio superior y del ala de la nariz.

Estos dos últimos músculos son los de mayor importancia para el profesional que se interesa por la toxina botulínica. El tratamiento de los otros músculos nasales, especialmente los músculos dilatadores y compresores de las fosas nasales representan una habilidad peligrosa e inútil, que nunca se practica.

Músculos nasales (a-c):

1a: músculo transverso de la nariz.

1b: músculo alar nasal.

2a: músculo prócer.

2b: músculo corrugador.

2c: músculo depresor superciliar.

3: fibras inconstantes.

4: músculo dilatador de la nariz.

5: músculo compresor de la nariz.

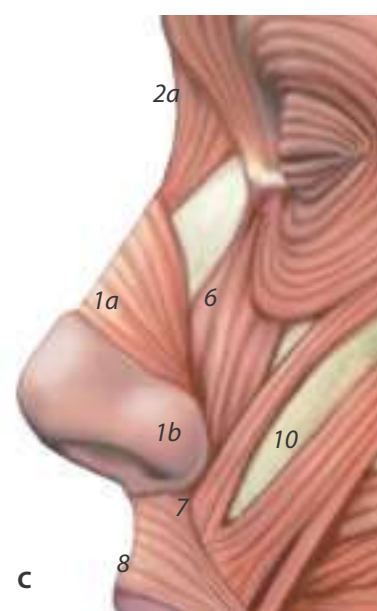
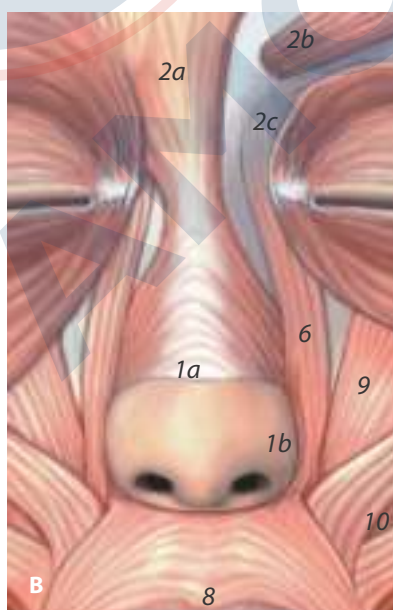
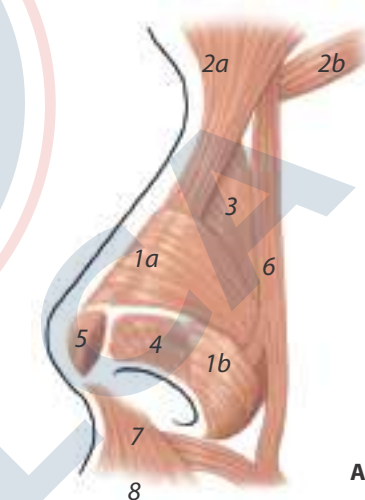
6: músculo elevador del labio superior y del ala de la nariz.

7: músculo depresor del tabique nasal.

8: músculo orbicular de los labios.

9: músculo elevador del labio.

10: músculo cigomático menor.



LA RAÍZ NASAL: LOS MÚSCULOS PRÓCER Y CORRUGADOR

Los músculos de la raíz nasal son los músculos depresores: el músculo prócer, el músculo corrugador y el músculo depresor superciliar.

MÚSCULO PRÓCER, MÚSCULO CORRUGADOR Y MÚSCULO DEPRESOR SUPERCILIAR

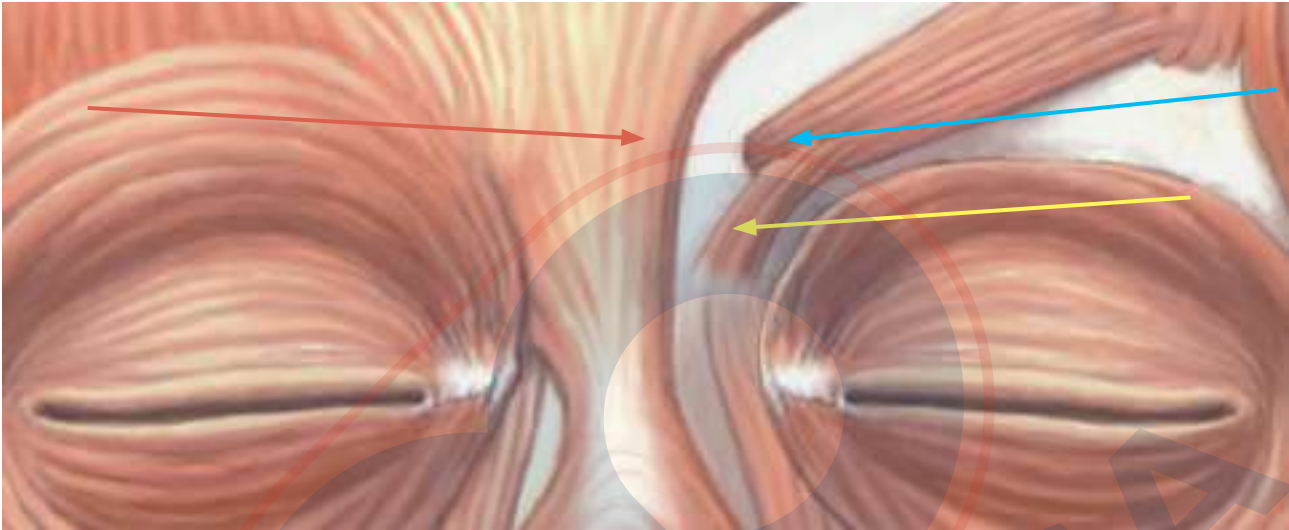


Figura 2.6. El músculo prócer se origina en los huesos nasales y en la zona medial orbitaria, posteriormente se introduce en la zona superior de la piel frontal entrelazando sus fibras con las del músculo frontal (flecha roja). Los músculos corrugadores son iguales y simétricos, estos se introducen a nivel de la raíz de los huesos nasales para desplazarse lateralmente por encima de la ceja y permitir la corrugación (flecha azul). En la parte lateral de la zona de inserción, estos son bastante superficiales. Medialmente, en ocasiones presentan una pequeña sección vertical que representa al músculo depresor superciliar (flecha amarilla).

Acción del músculo prócer: lleva la piel frontal hacia abajo.

Acción de los músculos corrugadores: provocan las arrugas típicas en la parte interna y baja de las cejas.

Acción de los músculos depresores superciliares: originan un hundimiento del extremo medial de la ceja.



Figura 2.7. Paciente de 75 años en el que se observa la acción de los músculos de la raíz nasal, a saber, el músculo prócer y los músculos corrugadores: el músculo prócer causa las líneas horizontales clásicas de la raíz nasal, mientras que los músculos corrugadores provocan las líneas verticales a los lados de la glabella.

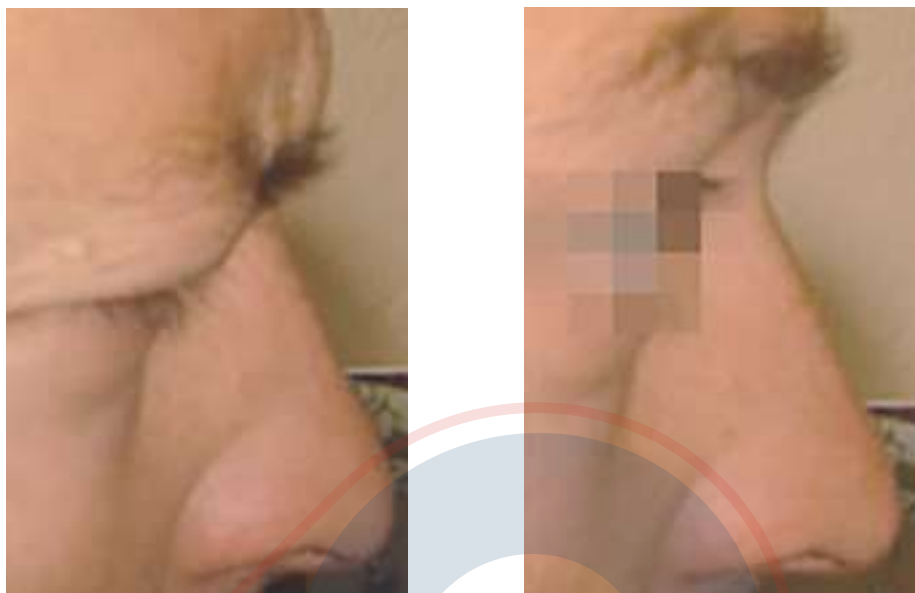


Figura 2.8. La contracción de los músculos corrugadores modifica la longitud relativa de la nariz, ya que la glabella se acorta al contraerse. Además, el ángulo nasofrontal durante la contracción se cierra, mientras que durante la relajación tiende a agrandarse.

MÚSCULO ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR Y DEL ALA DE LA NARIZ

Este músculo es el responsable de las llamadas “líneas de conejo”. Nace de la raíz nasal de los huesos nasales en la zona lateral, y de la apófisis frontal del hueso maxilar. Se extiende hasta la fosa nasal y el labio superior homolateral. Para muchos autores, constituye el músculo cuadrado del labio superior junto con el músculo elevador del labio superior y el músculo cigomático menor.



Figura 2.9. La contracción del músculo elevador del labio superior y del ala de la nariz junto con la elevación del músculo prócer y del músculo transverso de la nariz provoca las clásicas “líneas de conejo” por la contracción de la raíz nasal. Junto a estas, también aparecen algunas arrugas verticales transversales debido a la contracción del músculo nasal transverso.

Acción: elevación vertical hacia arriba de las fosas nasales y el labio superior al mismo tiempo. Por lo general, no es posible arrugar la piel nasal sin elevar simultáneamente el labio.

MÚSCULO NASAL

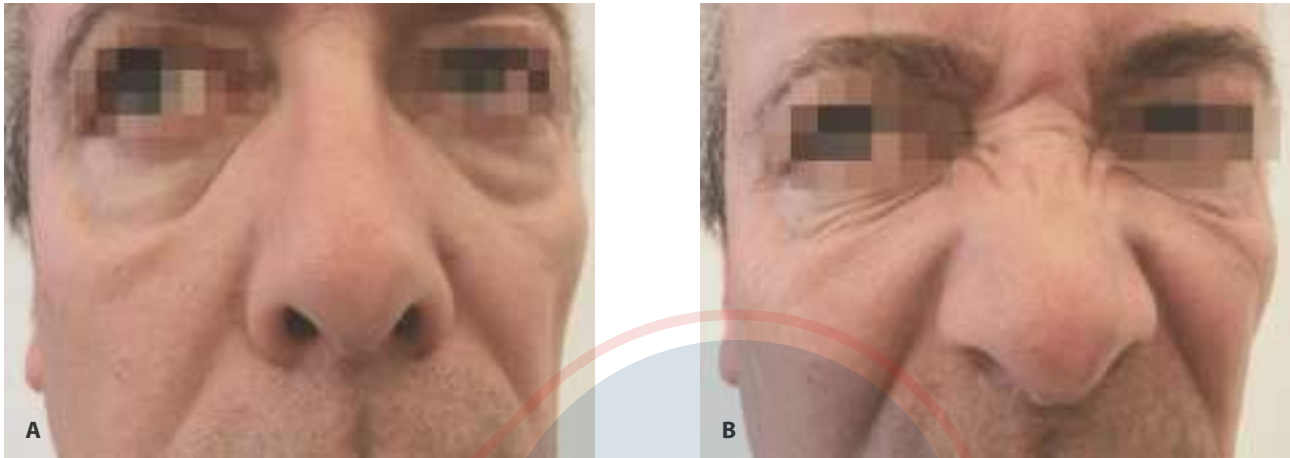


Figura 2.10 a-b. El músculo nasal nace del hueso maxilar situado por encima del canino. A nivel de la fosa nasal se divide en un haz alar (o ala de la nariz) y un haz transverso (músculo transverso de la nariz) que asciende hasta la línea media superponiendo las fibras con los haces contralaterales.

Acción: contrae la fosa nasal bajando el ala nasal mientras que la zona transversal arruga la piel nasal, actuando en conjunto con el labio superior y el ala nasal (a-b).

MÚSCULO DILATADOR DE LA NARIZ



Figura 2.11 a-b. El músculo dilatador de la nariz se origina en el margen lateral de la apertura piriforme y alcanza el contorno lateral de las fosas nasales.

Acción: dilata las fosas nasales al aspirar en respiraciones profundas (a-b).

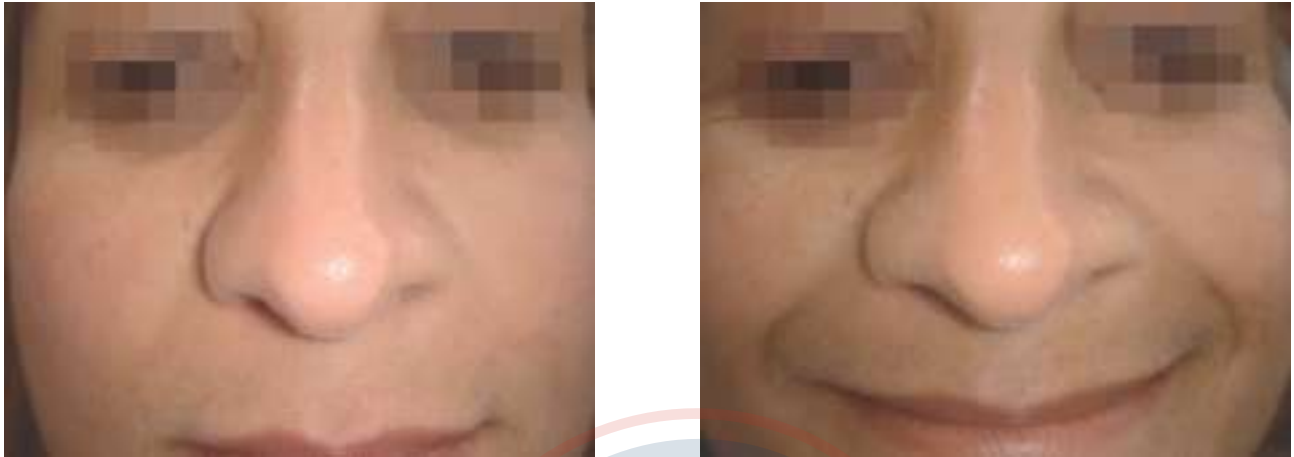


Figura 2.12. Otro ejemplo interesante de la acción de los músculos dilatadores de la nariz durante una sonrisa con un ensanchamiento de la base nasal.

DEPRESOR DEL TABIQUE NASAL (*DEPRESSOR SEPTI NASI*)

Este es el responsable de numerosos casos de punta caída, su tratamiento con toxina botulínica es seguro y muy eficaz.^{21, 26-28}

El músculo se origina en la espina nasal maxilar y se dirige hacia el tabique nasal, la columela y la piel posterior de las fosas nasales.



Figura 2.13. Se puede observar una preparación anatómica del músculo depresor del tabique nasal.* (Por Y. Saban y F. Braccini "Rhino-plasties, les monographies du CCA groupe" N. 32, Ed.2002).

Acción: Lleva la punta nasal hacia abajo al sonreír o durante el habla y reduce significativamente el ángulo nasolabial. El tratamiento con BTxA permite su liberación y la rotación de la punta.



Figura 2.14 a-b. En (a) el músculo depresor del tabique nasal no está en contracción, mientras que en (b) se puede ver la acción del músculo: su contracción tiende a cerrar el ángulo nasolabial, con la consiguiente caída de la punta. El músculo elevador del labio superior está implicado en el acto de sonreír y tiene una acción muy interesante: provoca una dilatación de la válvula nasal externa y de las alas nasales, pero también crea una elevación vertical en la zona lateral del labio superior. Su acción tiene un efecto equilibrador y reduce el ángulo nasolabial en sinergia con otros músculos elevadores del labio.



Figura 2.15 a. La contracción del músculo depresor del tabique nasal también tiende a reducir la distancia nasolabial tirando de la punta nasal hacia el labio superior. Esta acción es particularmente visible al sonreír y durante algunas fases del habla, donde este reduce el ángulo nasolabial y agrava la cifosis osteocartilaginosa.



Figura 2.15 b. Queda en evidencia que los músculos nasales actúan en sinergia: con determinadas expresiones (algunas palabras, sonrisa, enfado, entre otros) cambia el aspecto de la nariz. La punta nasal puede caer o elevarse, las alas nasales pueden expandirse (la nariz se agranda), y el labio superior puede dejar al descubierto la encía y los dientes con la clásica "sonrisa gingival".

VASCULATURA

No existe un riesgo real de lesión grave de las estructuras vasculares o nerviosas provocada por las inyecciones de relleno. La vascularización es muy elevada, pero los vasos sanguíneos son pequeños en tamaño, a excepción de la zona angular interna del ojo.

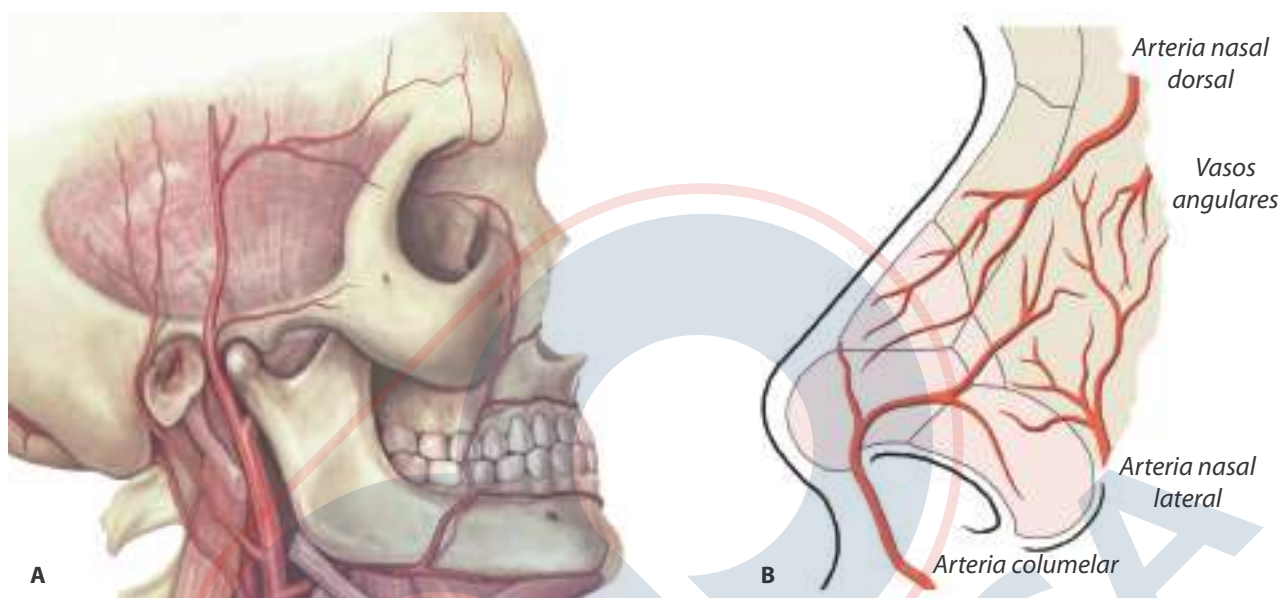
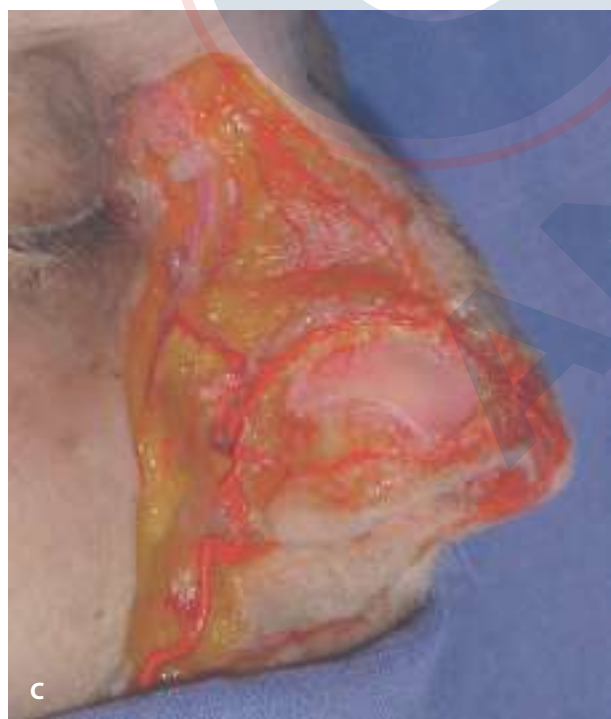


Figura 2.16 a-c. Esta vascularización está proporcionada por las ramas arteriales de las ramas carótidas internas (arteria oftálmica), que terminan a nivel de la nariz con los vasos angulares y con la arteria dorsal de la nariz.

De la carótida externa, y luego de la arteria facial, parten las ramas terminales hacia la nariz, estas son conocidas como la arteria columelar y la arteria lateral de la nariz. Las venas generalmente drenan sobre todo hacia la vena angular, el círculo intracraneal y también hacia la vena facial.

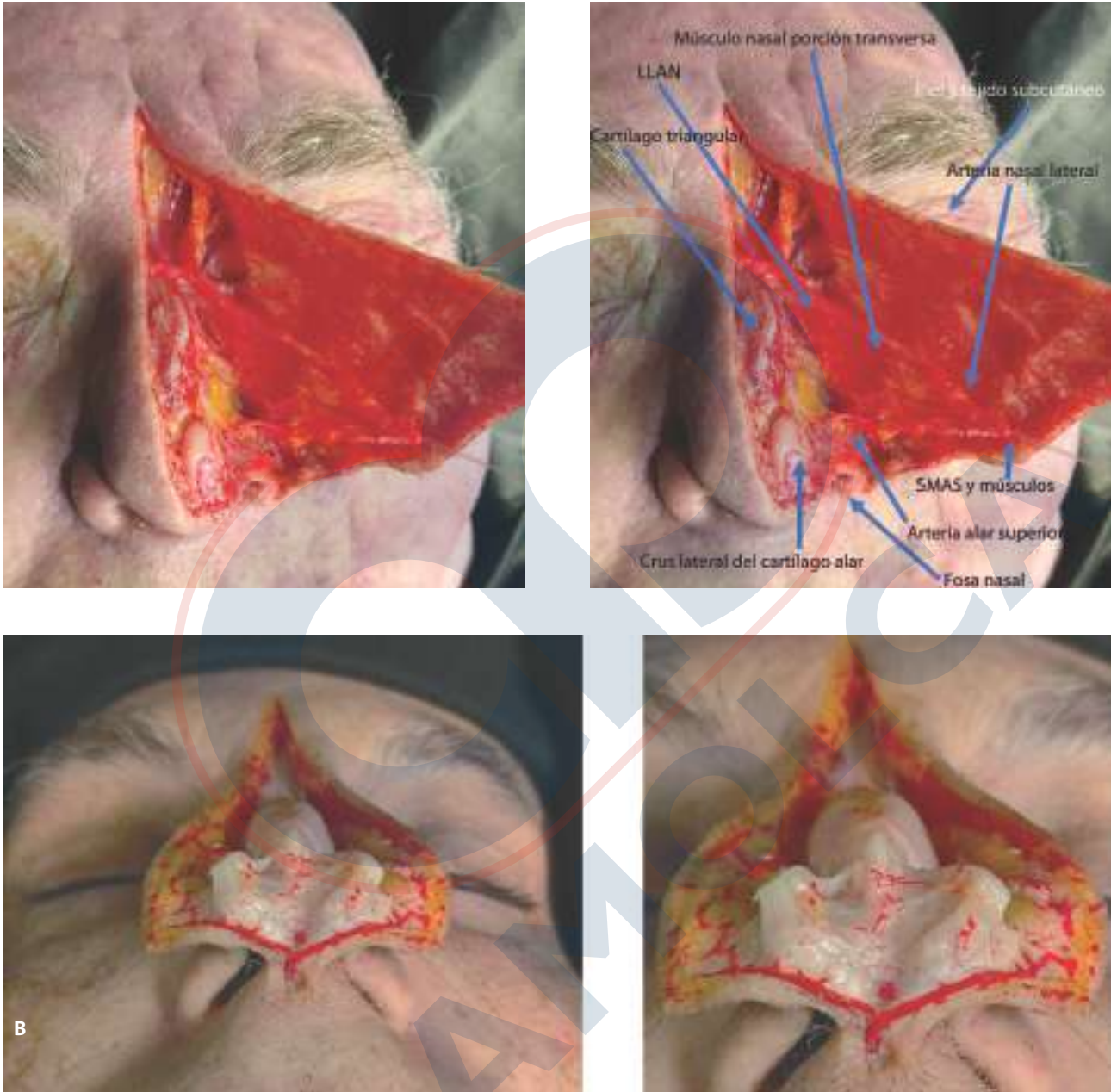
Existe la gran fortuna de poder estudiar la vascularización en esta imagen que ha sido tomada directamente de un cadáver (C). En la imagen se aprecia el aporte sanguíneo predominante procedente de las ramas angulares y sobre todo laterales, tributarias de la arteria facial. Asimismo, se aprecian las ramas dorsal y angular procedentes del círculo intracraneal de la carótida interna.



Por Y. Saban y F. Braccini "Rhinoplasties, les monographies du CCA groupe". N. 32, Ed.2002

ENFOQUE EN LA RED VASCULAR NASAL

por Sebastián Cotofana



INERVACIÓN

Como se ha afirmado anteriormente, la inervación motora procede del nervio facial y las ramas sensitivas surgen de la segunda rama del nervio trigémino a través del nervio nasal externo, del nervio infraorbitario y del nervio nasolobar.

No existen riesgos asociados a las inyecciones a nivel de la nariz, excepto en la zona lagrimal y del ala nasal, donde se encuentran los nervios más importantes. La regla de oro es detener la inyección en caso de dolor, y si el paciente se pone pálido también se debe parar. Es imperativo mantener una extrema precaución, tanto los profesionales con poca experiencia como aquellos altamente calificados.

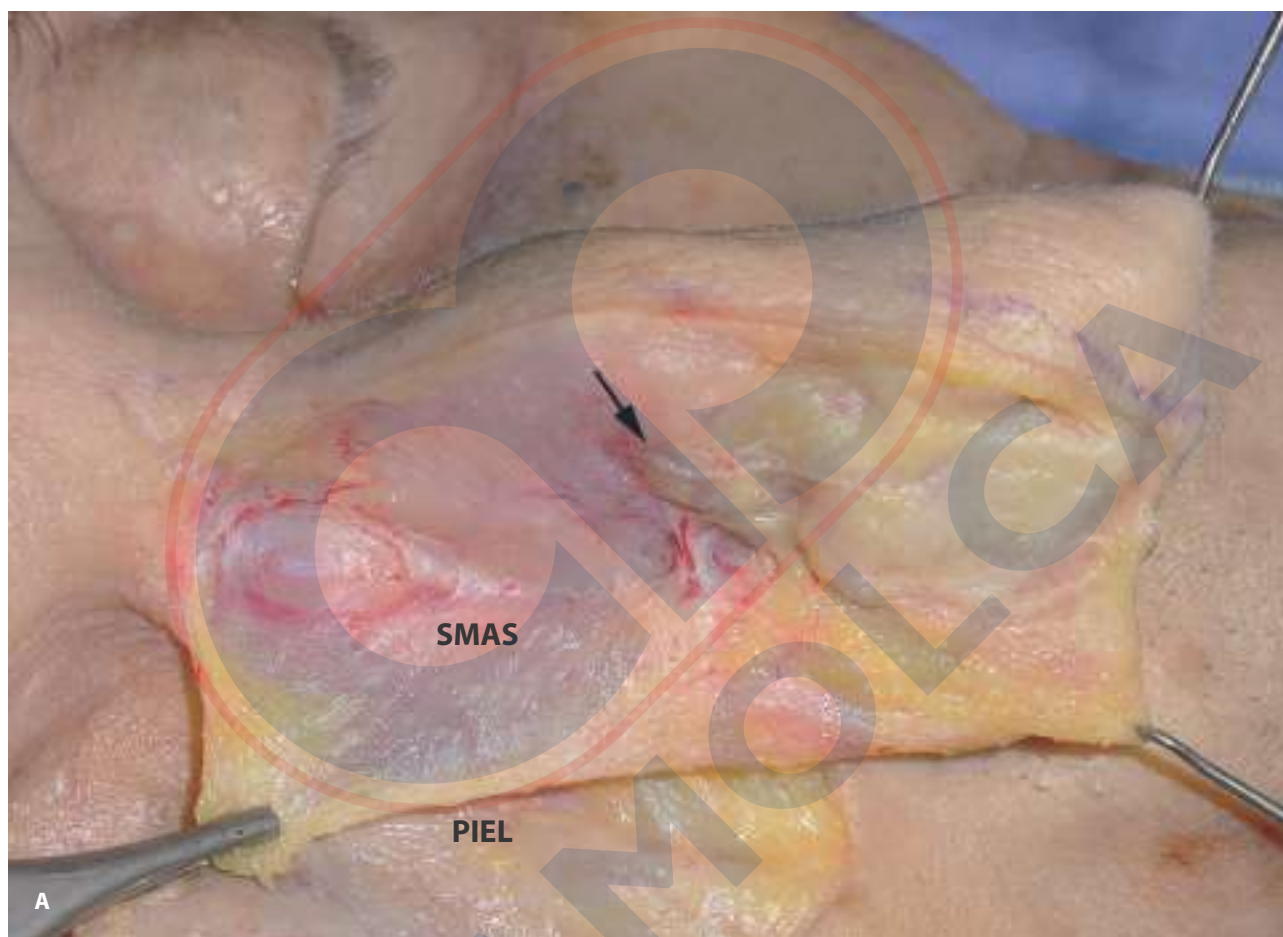
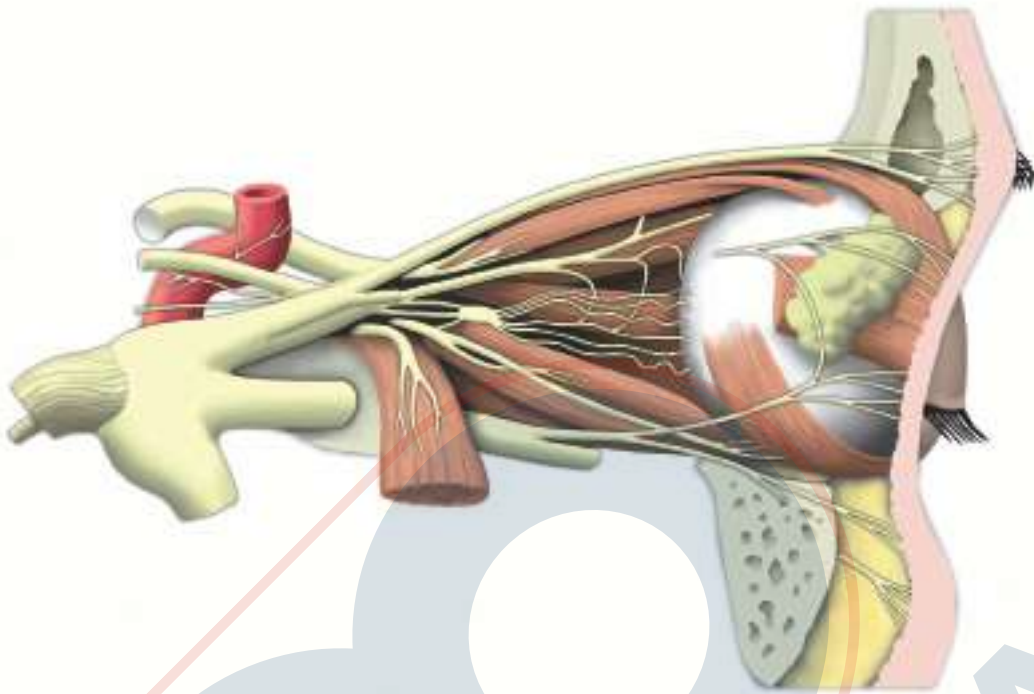
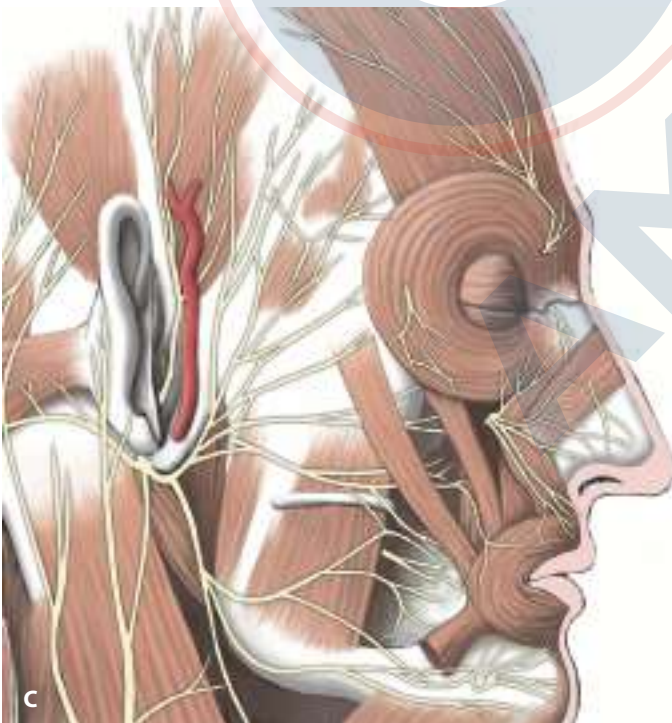


Figura 2.18 a-c. En la preparación anatómica visible en (a) se puede observar claramente el SMAS nasal y las últimas ramas nasales externas de los nervios. Asimismo, es posible visualizar la salida del nervio nasal externo (flecha negra), mientras que la piel y el SMAS se han eliminado. (Foto cortesía de Y. Saban y F. Braccini "Rhinoplasties, les monographies du CCA groupe" N. 32, Ed.2002).



B

Quinto nervio: nervio trigémino (b). Se trata, sobre todo, de un nervio sensitivo somático para la mayor parte de la zona y, para el resto, es un nervio motor (para la región masticatoria). Se origina en el ganglio de Gasser y prácticamente inerva toda la cara y también la pirámide nasal. Después del ganglio de Gasser, el nervio se divide en tres ramas y la nariz está inervada en su parte superior desde la primera rama que conduce a la piel de la nariz hasta las últimas ramas del nervio etmoidal anterior, que a través de las ramas nasales externa e interna inerva la mucosa nasal y la piel del ala nasal. El nervio maxilar, que es la segunda rama del nervio trigémino, junto con algunas ramas terminales, inerva la piel del ala nasal y la mucosa del vestíbulo.

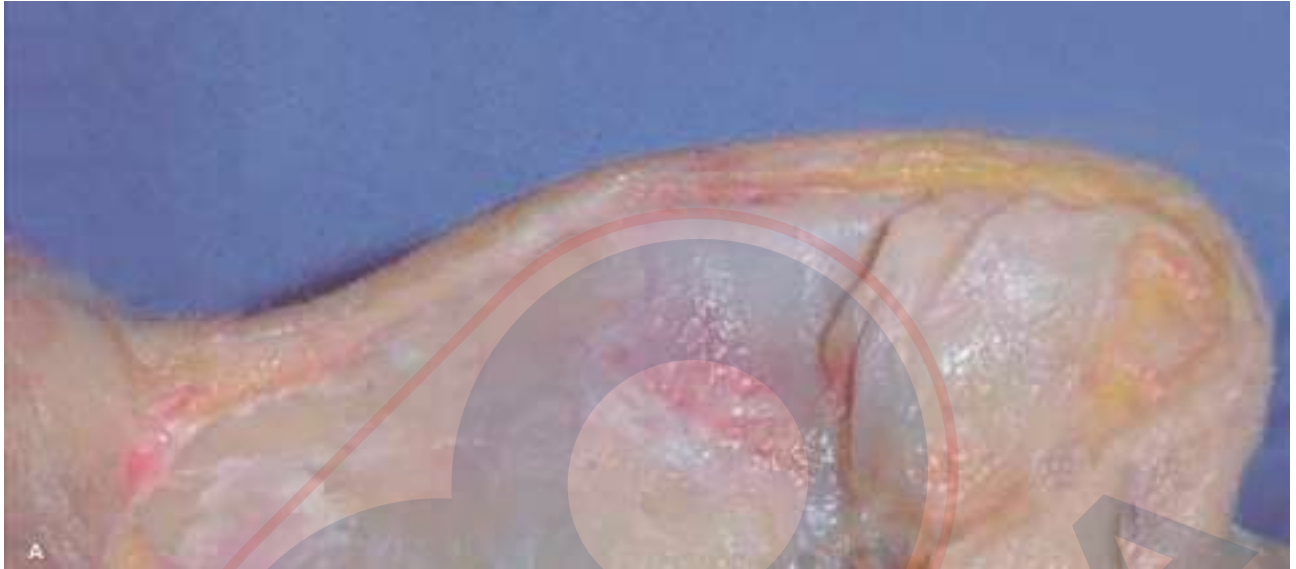


C

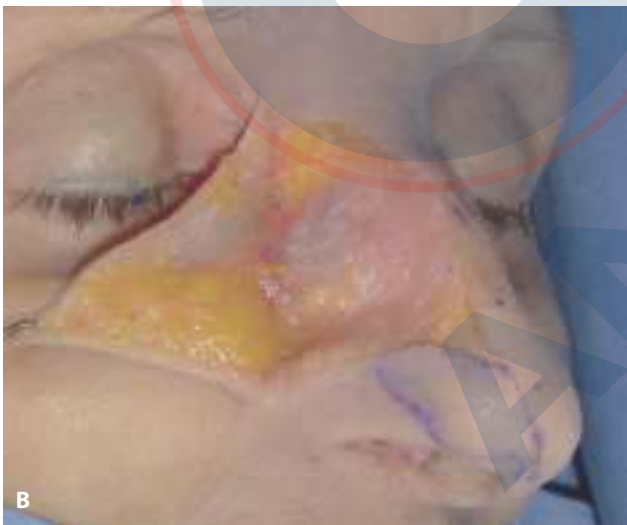
El séptimo par craneal o nervio facial (c) es el nervio motor típico de toda la musculatura mímica de la cara y representa la mayor preocupación de todos los cirujanos que operan dicha zona. Después de atravesar el conducto auditivo interno entra en el canal facial y sale superficialmente a nivel de la glándula parótida, donde se divide en varias ramas que parcialmente también llegan a los músculos nasales.

LA PIEL

La piel es rica en glándulas sebáceas, especialmente en la parte que cubre la nariz cartilaginosa, y varía considerablemente su grosor de una región a otra.



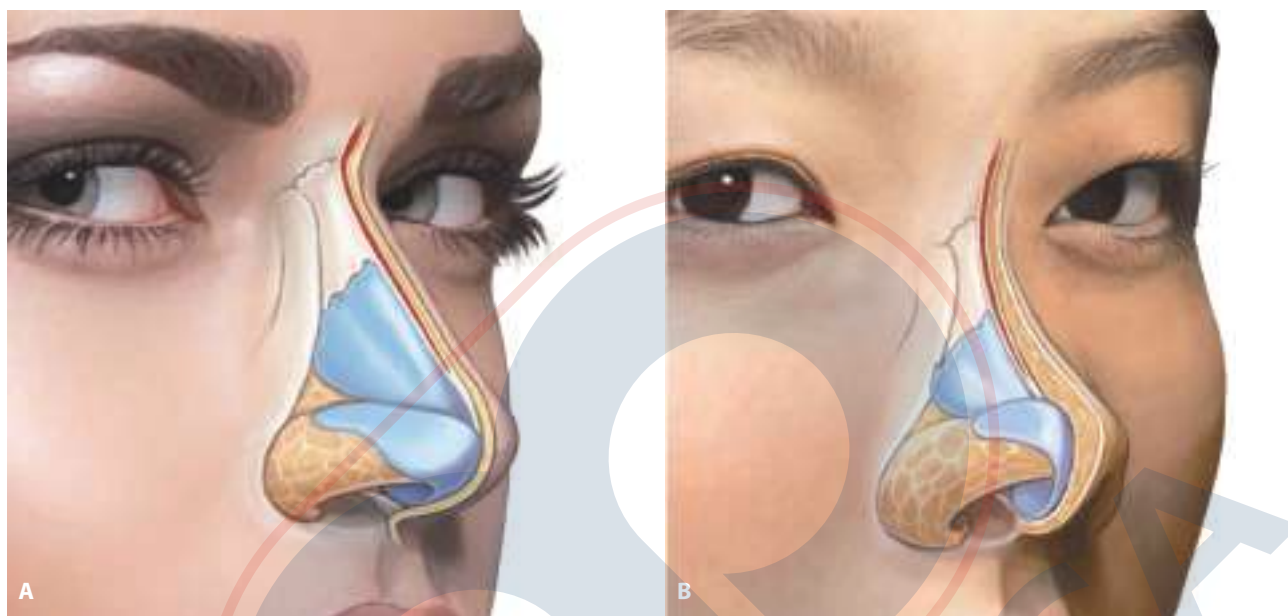
Figuras 2.19 a-c. Mencionamos brevemente el hecho de que la capa superficial que recubre el cuerpo humano está constituida por la epidermis, la cual consta de cuatro capas, el estrato córneo, el estrato basal y el estrato subcutáneo, que es muy variable según las regiones corporales. La piel nasal es bastante delgada en la punta y se hace más gruesa a medida que se acerca a la base de la nariz formando el triángulo de la nariz (a).



La piel nasal, es la parte que descansa sobre la pirámide nasal ósea, luego por encima de los huesos nasales, esta es bastante móvil y poco adherente (b). Se vuelve más adherente a los niveles subcutáneos en la porción que corresponde a los cartílagos. Esta adherencia es particularmente íntima en los lóbulos, en las alas y en la punta nasal (b-c). El tejido celular subcutáneo, el cual es poco desarrollado y pobre en grasa, no forma una capa nítida excepto a nivel de la nariz móvil (a-c).

DIFERENCIAS ANATÓMICAS ENTRE PACIENTES CAUCÁSICOS Y ASIÁTICOS DEL LEJANO ORIENTE

Existen diferencias interesantes y características entre los pacientes caucásicos y los procedentes del Lejano Oriente y África.



Figuras 2.20 a-b. Dibujo esquemático de las estructuras de un paciente caucásico (a) y del Lejano Oriente asiático (b).

El paciente caucásico típico tiene huesos nasales y cartílagos triangulares claramente más grandes y prominentes. Por lo tanto, los lados de la nariz suelen ser oblicuos o casi verticales, tal como se ha especificado anteriormente. Además, el tejido subcutáneo a lo largo del puente nasal que cubre los huesos y los cartílagos triangulares es muy delgado, aunque en la punta nasal se vuelve un poco más grueso, pero sigue siendo poco prominente.

En el paciente caucásico encontramos que el defecto más frecuente es la “protuberancia nasal” o nariz en forma de gancho, cuando los huesos nasales y los cartílagos triangulares son un poco más prominentes en comparación con la punta nasal.

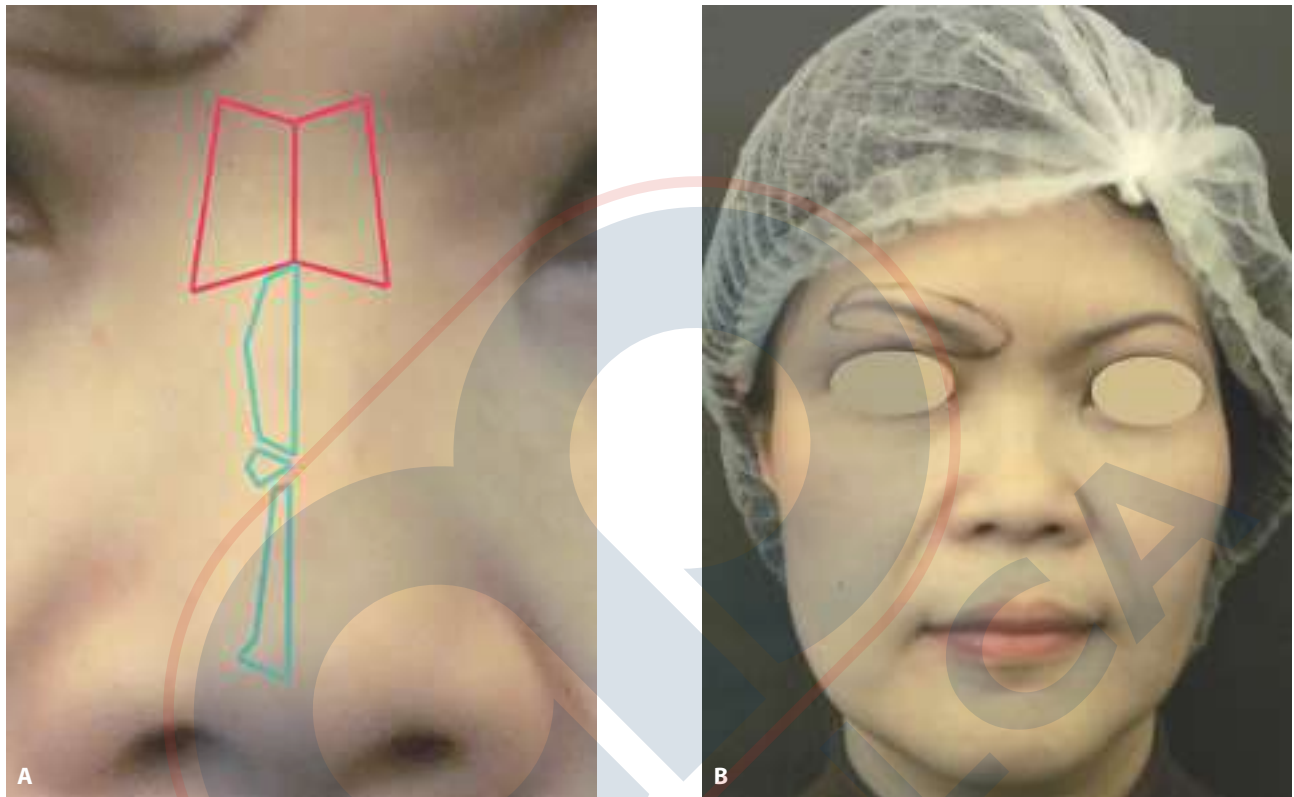
Los pacientes de Oriente Medio y árabes también suelen tener características más parecidas a las de los pacientes caucásicos que a las de los pacientes asiáticos del Lejano Oriente.

Por otro lado, los pacientes del Lejano Oriente, al igual que los africanos, tienen huesos nasales y cartílagos triangulares mucho menos prominentes y, por lo general, mucho más pequeños que los pacientes caucásicos. El cartílago alar también suele ser un poco más pequeño y menos pronunciado, de modo que la nariz parece algo aplanada y más ancha que en el paciente caucásico. Existe también, al mismo tiempo, una hiperactividad mimética típica del músculo elevador del labio superior y del ala de la nariz, y el músculo dilatador de la nariz, lo que provoca la típica apertura de las coanas nasales.

Así, el caballete nasal aparece muy aplanado y, a menudo, el puente nasal entre los dos cantos oculares mediales también se presenta muy aplanado, en ocasiones casi inexistente.

En cambio, en las capas superficiales, se puede observar que la punta nasal suele presentar una almohadilla adiposa mucho más evidente que la de las personas caucásicas. La capa adiposa también es más evidente en las alas nasales, lo que contribuye a que la base de la nariz parezca aplanada y ancha.

Todas estas características de los pacientes asiáticos dan como resultado un caballete nasal menos prominente, que siempre está mucho más hundido y una punta nasal más sobresaliente que a menudo se proyecta, aunque en conjunto la nariz tiende a parecer plana.



Figuras 2.21 a-b. En el paciente de (a,b), se puede observar que las alas nasales son un poco más anchas que en el paciente caucásico típico, con un consecuente ensanchamiento de los pliegues nasogenianos. El puente nasal, en cambio, parece un poco aplanado y mucho menos perfilado que en el paciente caucásico debido a la menor proyección de los cartílagos triangulares y de los huesos nasales (b). Por último, la menor presencia del cartílago alar mayor, especialmente, en el crus intermedio y el crus lateral, también crea el típico aspecto plano de la nariz.

Evidentemente, todo esto conlleva a estudiar los ángulos y las medidas de forma completamente diferente en los pacientes asiáticos y africanos, tema que será abordado en el siguiente capítulo.

3^a
EDICIÓN

Rinoplastia en el consultorio

Alessio Redaelli
Frédéric Braccini

El número de procedimientos estéticos continúa creciendo globalmente, tanto en cirugía plástica como en técnicas no quirúrgicas. Según el informe de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, 2020), la rinoplastia médica se ubicó entre los cinco procedimientos más realizados, destacándose por su constante crecimiento desde el 2014. Este aumento refleja no solo la alta demanda, sino también el desarrollo de la competencia de los especialistas en rinoplastia.

La introducción de los rellenos dérmicos ha permitido realizar procedimientos estéticos nasales mínimamente invasivos, como la "rinomodulación" y "rinoplastia líquida". Aunque estos procedimientos no quirúrgicos ofrecen un rango más limitado de resultados, requieren conocimientos y habilidades avanzadas, ya que los principios de belleza, anatomía y los efectos del envejecimiento deben ser considerados para obtener resultados duraderos.

En esta tercera edición, los Dres. Redaelli y Braccini sintetizan y amplían los conocimientos más actuales sobre este campo, brindando una visión profunda sobre técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas. El libro incluye información anatómica actualizada, consejos clínicos y estudios de casos, lo cual lo convierte en una guía imprescindible tanto para profesionales como para quienes desean explorar los tratamientos estéticos nasales.



Biblioteca digital

Con la compra de este libro, usted tendrá acceso a contenidos complementarios en línea (e-Book y videos) y podrá disponer de su propia biblioteca digital, usando el código de acceso que está en el interior.

WWW.AMOLCA.COM

ISBN: 978-628-7785-12-0



9 786287 778512