



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Editorial

De la resección a la preservación: la evolución del conocimiento de la anatomía que cambió el concepto de la rinoplastia y la cirugía facial

Mauricio Suárez-Guerra*.

* Otorrinolaringólogo y cirujano facial, Universidad San Martín. Magíster en Medicina Estética, Universidad de Alcalá de Henares (España) [ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0213-7935](https://orcid.org/0000-0003-0213-7935).

La historia de la otorrinolaringología y la cirugía plástica facial ha evolucionado de acuerdo con nuestra comprensión de la anatomía. El reto al que los cirujanos nos enfrentamos es reconstruir desde el punto de vista funcional, manteniendo o mejorando la estética facial; un desafío directamente relacionado con el conocimiento profundo de las estructuras y los tejidos. Desde el siglo XX, diversos cirujanos han realizado aportes invaluable sobre el soporte dinámico de las estructuras faciales, lo cual ha impulsado una revolución en nuestra especialidad, pasando de la resección a la preservación y a la manipulación precisa de las estructuras profundas.

A principios del siglo XX, pioneros de la rinoplastia, como Jacques Joseph (1), sentaron bases importantes para la época mediante procedimientos ablativos. La anatomía se entendía en bloques de piel, hueso y cartílago, con técnicas que se basaban en la resección en bloque para dar forma y reducir el tamaño, pero que, a largo plazo, comprometían irremediablemente los soportes de la nariz.

La búsqueda de resultados naturales y duraderos, con preservación de la función, motivó el estudio microscópico de la anatomía. Ivo Pitanguy (2) marcó un hito al descubrir el ligamento dermocartilaginoso, mostrándonos la existencia de tensores anatómicos que influyen sobre la rotación y el soporte de la punta nasal. Nos enseñó que la nariz no es una estructura rígida, sino un delicado conjunto de fuerzas en equilibrio.

En Colombia, el Dr. Fernando Pedroza (3) destaca por aportar conceptos que cambiaron para siempre la forma de esculpir la nariz. Con la técnica de “alas de gaviota”, la creación de los “nuevos domos” y el uso del injerto “en estandarte”, priorizó el soporte estructural sobre la resección. A medida que dominábamos este soporte, la innovación se inclinó hacia la conservación de la anatomía original. En esta transición, el Dr. Baris Cakir (4) popularizó la disección en un plano subpericóndrico que incluye el septum, el dorso, las paredes laterales y la punta nasal, permitiéndonos trabajar por debajo de la red ligamentaria sin destruirla.

Estos primeros pasos sirvieron de introducción hacia la perfección en el manejo de la pirámide nasal, consolidada con las maniobras de let-down y push-down por el Dr. Yves Saban (5), buscando preservar la pirámide en sus dimensiones funcional y estética. Este terreno ha sido explorado de forma magistral por cirujanos como el Dr. José Carlos Neves (6), con el concepto Tetris, buscando el balance entre naturalidad, función y estética; y el Dr. Froilán Páez, quien en múltiples cursos y congresos hace un análisis profundo sobre la valvuloplastia adaptativa y el uso de injertos tipo “armadillo” para equilibrar la tensión y el soporte en la punta nasal. Paralelamente, el Dr. Sercan Göde, desde la perspectiva de la reconstrucción nasal, ha aportado

soluciones a defectos funcionales complejos, como la perforación septal y la pérdida de tejido columelar, usando colgajos e injertos que evitan las cicatrices extensas y visibles que antes considerábamos inevitables.

No puedo dejar de lado los avances en la investigación de la anatomía facial general, con el salto histórico que proporcionó la descripción del Sistema Músculo-Aponeurótico Superficial (SMAS) por Mitz y Peyronie en 1976 (7). Este descubrimiento demostró que el rostro no solo tiene una envoltura de piel, sino una arquitectura tridimensional escalonada por capas, las cuales hemos aprendido a respetar para lograr mejores resultados. A partir de allí, la cirugía facial evolucionó hacia los planos profundos. El Dr. Sam Hamra, en 1990 (8), describió la ritidectomía deep plane, y el Dr. Andrew Jacono contribuyó con la liberación de los ligamentos de sustentación cigomáticos y maseterinos para la movilización de los tejidos sin tensión. Recientemente, anatomistas y cirujanos como los doctores Bryan Mendelson y Lennert Minelli (9) nos han enseñado que el envejecimiento es un proceso de deflación y descenso de compartimentos a través de los espacios faciales de deslizamiento, dictando que la cirugía actual debe dirigirse hacia la reposición y respetar la verdadera biología del rostro.

El concepto que tuve al iniciar mi especialidad era que todo ya estaba descubierto y que las técnicas eran infalibles. El tiempo me enseñó que todo es susceptible de mejorar y que, dentro de nuestra especialidad, hay personas inquietas y obsesionadas con optimizar la calidad de vida de nuestros pacientes, pensando de forma continua en cómo refinar los procedimientos. Falta mucho por estudiar y descubrir en cuanto a la inflamación, la cicatrización y la comprensión del comportamiento de la piel ante el trauma quirúrgico. En ocasiones damos por hecho que los ligamentos, músculos y el SMAS son estructuras estándar para todas las personas; sin embargo, existen tejidos con diferentes características en su trofismo que influyen dramáticamente en los resultados definitivos.

La combinación de factores característicos de cada paciente —piel, cartílago, músculos, tejido graso subcutáneo y reacción inmunológica— sumada al apego a las recomendaciones sobre el cuidado posoperatorio es esencial para alcanzar un resultado cercano a lo que tanto el paciente como el cirujano buscan. Leer, ver operar, interactuar con nuevas técnicas y conocer nuevas tecnologías nos acercan cada día más a la comprensión integral de la rinoplastia.

Por ejemplo, la tecnología piezoeléctrica, descubierta por los hermanos Curie en 1880, fue introducida con timidez por los cirujanos maxilofaciales hace apenas dos décadas. Poco a poco se extendió a nuestra especialidad, logrando cortes óseos precisos con menor trauma quirúrgico y complementando las maniobras necesarias para realizar las técnicas de preservación. Asimismo, los nuevos estudios de ecografía facial ya permiten evaluar las características de la piel, la vascularización, el nivel de envejecimiento e incluso identificar a qué tipo de material de relleno depositado previamente puede corresponder una imagen. Esto plantea retos en niveles de conocimiento que antes no contemplábamos, lo que afianza la necesidad de conocer en detalle la anatomía de las capas cutáneas, un campo antes reservado casi en exclusiva para los dermatólogos. Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica de la rinoplastia de preservación, cada cirujano tiene una interpretación distinta de este gran campo, cuyo fin es conservar al máximo los tejidos del dorso nasal. Cada vez son más los especialistas que ejecutan esta técnica, incluso por vía cerrada. El futuro está en lograr cortes más controlados con menor trauma, un descenso de la pirámide sin secuelas —como escalones óseos ni recidivas de la giba—, y disecciones de punta nasal más limpias, con menor sangrado, preservando o reposicionando los ligamentos y músculos para disminuir los espacios muertos y lograr una mejor definición.

En cuanto a nuestros pacientes, con el tiempo aprendemos a escuchar qué es lo que realmente quieren. Dentro del criterio subjetivo de la belleza, nos desplazamos por las diferentes formas y proporciones de la nariz para acercarnos a sus expectativas. También aprendemos que nuestra labor no es solo operar, sino informar clara y objetivamente sobre los riesgos y los posibles resultados subóptimos. Afrontamos retos medicolegales que nos obligan a dominar el consentimiento informado y a explicarles que, a pesar de los inmensos avances científicos, aún nos falta un conocimiento profundo sobre variables impredecibles como la inflamación, la cicatrización o las reacciones adversas.

La evolución de la cirugía nasal parece tener su norte hacia la preservación, sin que esto signifique que la filosofía estructural esté condenada a desaparecer, ya que, a nivel reconstructivo, sigue siendo un pilar fundamental. En este escenario, persiste el reto constante de aprender técnicas avanzadas sobre el uso de colgajos endoscópicos para la reconstrucción de grandes perforaciones asociadas con la pérdida de columela por trauma, cirugías previas o uso de sustancias inhaladas.

La cirugía de preservación es un reto para la imaginación, especialmente en la conservación del dorso y en la infinidad de maniobras que existen para lograr que la giba disminuya de tamaño, otorgando la forma deseada a las líneas estéticas dorsales. Las técnicas varían y surgen nuevas ideas para el manejo de los tejidos con menor inflamación, lo que brinda resultados increíbles que nos llevan a preguntarnos constantemente dónde se encuentra el punto exacto para aproximarnos a la perfección clínica.

Por último, nuestra labor como otorrinolaringólogos y cirujanos plásticos faciales nunca debe desprenderse de nuestra verdadera esencia: ser médicos. Esto implica acompañar al paciente y brindarle la información necesaria en el preoperatorio, aterrizando sus expectativas y guiándolo durante el posoperatorio. Ojalá, en la gran mayoría de los casos, este camino culmine con resultados exitosos y pacientes felices. No obstante, cuando nos enfrentamos a desenlaces subóptimos, también somos quienes sufrimos al lado de un paciente insatisfecho; es precisamente esta vocación la que nos impulsa. La investigación ana-

tómica constante y el progreso de las diferentes técnicas quirúrgicas son las herramientas que nos acercan cada día más a la anhelada satisfacción compartida entre el paciente y el cirujano.

REFERENCIAS

- 1 Joseph J. Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik: nebst einem Anhang über Mammaplastik. Leipzig: Curt Kabitzsch; 1928.
- 2 Pitanguy I. Surgical importance of a dermocarilaginous ligament in bulbous noses. *Plast Reconstr Surg*. 1965;36(3):247-53. doi: <https://doi.org/10.1097/00006534-196508000-00014>
- 3 Pedroza F. A 20-year review of the “new domes” technique in rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg*. 2002;4(3):157-63.
- 4 Cakir B, Oreroğlu AR, Doğan T, Bilen BT. A complete subperichondrial dissection technique for rhinoplasty with management of the nasal ligaments. *Aesthet Surg J*. 2012;32(5):564-74. doi: <https://doi.org/10.1177/1090820X12445471>
- 5 Saban Y, Daniel RK, Polselli R, Trapasso M, Cerkas N. Dorsal preservation: the push down technique reassessed. *Aesthet Surg J*. 2018;38(2):117-31. doi: <https://doi.org/10.1093/asj/sjx180>
- 6 Neves JC, Tagle DA, Dewes W, Ferraz M. A Segmental Approach in Dorsal Preservation Rhinoplasty: The Tetris Concept. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2021;29(1):85-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2020.09.010>
- 7 Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg*. 1976;58(1):80-8. doi: <https://doi.org/10.1097/00006534-197607000-00013>
- 8 Hamra ST. The deep-plane rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86(1):53-61; discussion 62-3.
- 9 Minelli L, Brown CP, van der Lei B, Mendelson BC. Anatomy of the Facial Glideplanes, Deep Plane Spaces and Ligaments: Implications for Surgical and Non-Surgical Lifting Procedures. *Plast Reconstr Surg*. 2024;154(1):95-110. doi: <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011078>