

# Manejo del ángulo nasolabial en rinoplastia

GERMÁN G. ROJAS DUARTE, MD\*; JOSÉ ALEJANDRO SUÁREZ ANAYA, MD\*\*

**Palabras clave:** Ángulo nasolabial.

**Keywords:** Nasolabial angle.

## Resumen

*Aplicando el análisis previo, realizando el diagnóstico y trazando el plan quirúrgico, en el manejo del ángulo nasolabial, así como preservando la integridad de las estructuras cartilaginosas fundamentales, garantizamos el soporte y la estabilidad de la punta nasal, en el resultado final de la rinoplastia. Describimos las técnicas empleadas para obtener un óptimo resultado, duradero con el paso de los años y de fácil reproducción.*

## Abstract

*By applying the prior analysis, performing diagnostics and tracing the surgical plan in the nasolabial angle handling, as well as preserving the integrity of the fundamental cartilaginous structures, we guarantee the support and stability of the nasal tip in the final rhinoplasty result. We describe the techniques used to obtain an optimal result, durable over the years and easily reproducible.*

## Introducción

La rinoplastia es de las cirugías que más demanda precisión y resultados al cirujano, esto solo se logra adquiriendo un amplio conocimiento, el adecuado entrenamiento, la curva de aprendizaje, la experiencia y la aplicación adecuada de la técnica en cada caso en particular.

En el presente artículo revisaremos algunos puntos y presentaremos las técnicas empleadas, basados en el concepto de trípode de la punta nasal descrito por Anderson<sup>6</sup>, con el fin de lograr el soporte y la estabilidad de la punta a nivel del ángulo nasolabial.

Debido a la complejidad del sitio anatómico, es conveniente que el cirujano realice un estudio pre-quirúrgico detallado e individual del paciente<sup>7</sup>, analizando las características étnicas, el espesor de piel, la fortaleza de los cartílagos, la forma y el posicionamiento de la punta nasal; esto le permite alcanzar un diagnóstico claro del paciente y de los cambios precisos que debe realizar quirúrgicamente para obtener un resultado natural, proporcionado, atractivo y duradero con el paso de los años<sup>1-4</sup>.

## Ángulo nasolabial

Es el ángulo creado entre la línea que pasa por la columela y la línea que pasa por la unión cutáneo-mucosa del labio superior,

hasta la espina nasal anterior, debe medir aproximadamente 90 grados en los hombres y 105 a 110 grados en las mujeres (Foto 1).

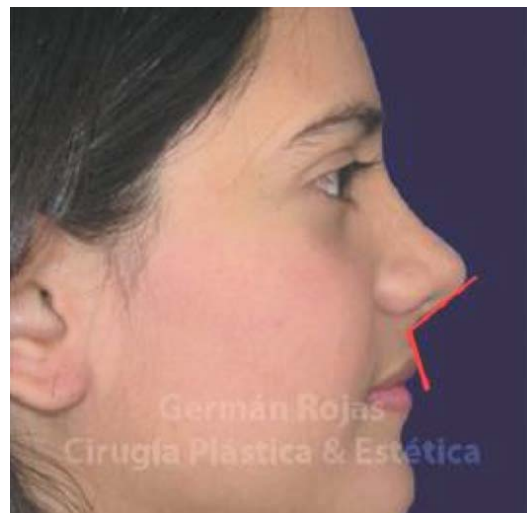


Foto 1. Ángulo nasolabial.

## Redistribución de los cartílagos alares

Es una técnica conservadora de tira completa, encaminada a proyectar y a rotar cefálicamente la punta nasal obteniendo un adecuado ángulo naso labial.

\* Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético F.U.S.M. Docente de Cirugía Plástica. Fundación Universitaria San Martín, Bogotá D.C., Colombia.  
\*\* Residente de 1 año de Cirugía Plástica, F.U.S.M.

1. Incisiones pos-cartilaginosas o también conocidas como inter-cartilaginosas.
2. Incisiones pre-cartilaginosas o también conocidas como marginales.
3. Elevación del colgajo pediculado.

Los domos son creados o recreados tomando puntos de transfixión con sutura trenzada reabsorbible 5/0, a una distancia de tres milímetros (3 mm) o más, lateral a la posición de los domos naturales del paciente, con esto logramos que las cruras laterales se acorten y las cruras mediales se alarguen, produciendo una mejor proyección y rotación de la punta nasal.<sup>4,5</sup> (Figura 1).

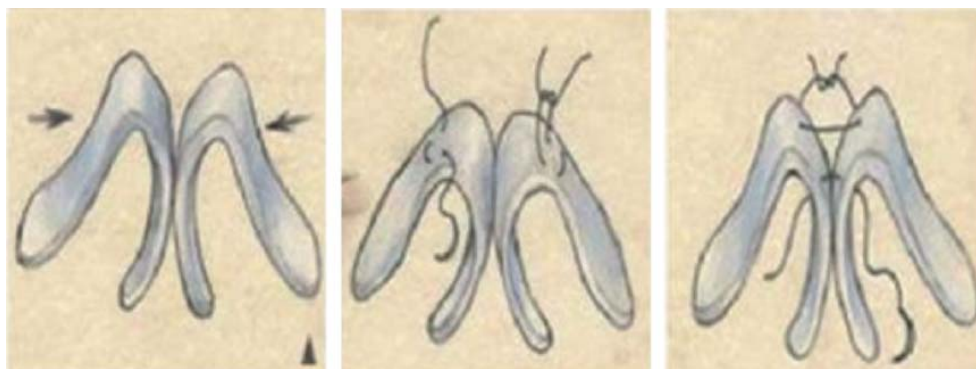


Figura 1. Elevación del colgajo pediculado.



Figura 2. Resección cefálica del cartílago alar

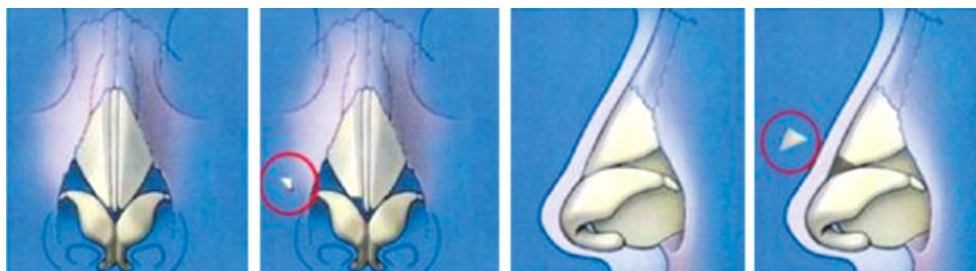


Figura 3. Resección del ángulo caudal de cartílago triangular.

### Resección cefálica del cartílago alar

Se toma la medida de la anchura del cartílago en el nivel de los domos, si la anchura es más de 5 mm, se debe realizar la resección del cartílago en exceso cefálicamente, continuando lateralmente hacia la crura lateral a una anchura de 7 mm en su mitad central, sin extender la resección a la mitad proximal<sup>(4,5)</sup> (Figura 2).

### Resección del ángulo caudal de cartílago triangular

Es otra de las técnicas con la que se cuenta. Se realiza a través de la incisión poscartilaginosa, previa elevación del tunel de abordaje superior al dorso nasal. Las dimensiones de la resección, las arroja el análisis estético previo a la rinoplastia<sup>7</sup>. (Figura 3).

### Resección del borde caudal del cartílago septal

Basados en la posición nueva de la punta nasal y la columela, se debe analizar el borde caudal del septum; si hay porción en exceso, se realiza la resección. Esto garantiza la estabilidad de la posición de la punta nasal, así como asegura el posicionamiento apropiado de la columela, a unos cuatro milímetros (4 mm) del borde del ala nasal<sup>4,5,7</sup> (Figura 4).

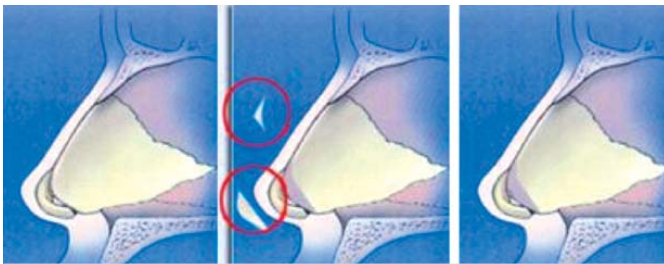


Figura 4. Resección del borde caudal del cartílago septal

### Liberación de la suprapunta

Se realiza en los casos donde solo se va a tratar la punta nasal, a través de la incisión poscartilaginosa, con el fin de lograr el desplazamiento superior y la rotación de la punta nasal (Foto 2).



Foto 2. Liberación de la suprapunta

### Resección y moldeamiento del ángulo cefálico del borde caudal septal

Analizando la nueva posición de la punta nasal, con relación a la columela y el borde caudal del septum, determinamos

si hay porción en exceso a este nivel, que nos produzca deformidad del supratip. Se realiza a través de la incisión poscartilaginosa y se utiliza como técnica complementaria en la rotación de la punta nasal<sup>4,5,7</sup> (Figura 4).

### Manejo de la espina nasal anterior

Se utiliza en narices a tensión, cuando se diagnostica en la valoración prequirúrgica del paciente, en reposo y en actividad; se disecciona la espina basal anterior; se visualiza y con cincel recto de 4mm se reseca; de ser necesario se regulariza con raspa o pinza marzoalizador. Esta técnica evita el pliegue subnasal en reposo al hablar o al sonreír (Figura 5).

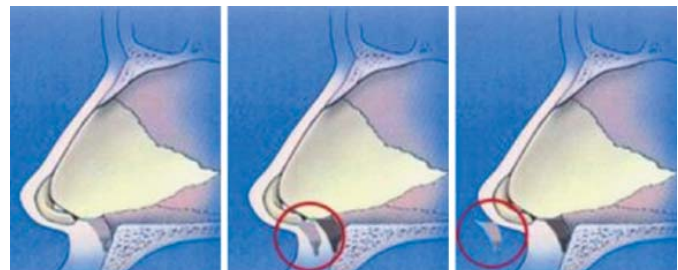


Figura 5. Manejo de la espina nasal anterior.

### Alargamiento de las cruras medias

Basados en la teoría del trípode de Anderson, con una pierna más larga y más fuerte mediana (crura media), y piernas laterales más cortas (crura lateral), la punta gira hacia arriba, a la posición rotada. Se realiza a través del abordaje pediculado o de la incisión poscartilaginosa. Se toma un punto de transfixión con monofilamento 5/0 a 1 o 2 mm más bajo de la unión de la crura media con los pies de crura, acorde al caso (Figura 6).

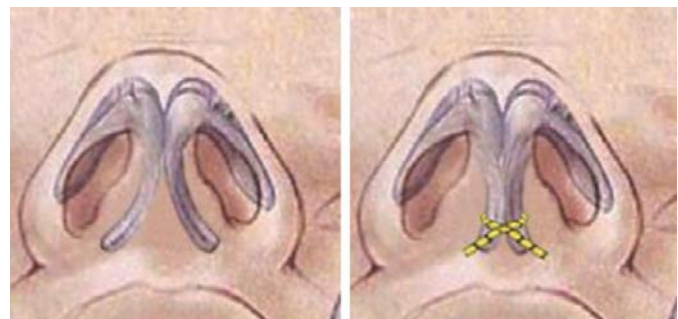


Figura 6. Alargamiento de las cruras medias



### Refuerzo del trípode nasal con el poste columelar

Esta técnica trae consigo el refuerzo del apoyo a las cruras medias de la punta nasal. Consiste en un injerto cartilaginoso autólogo, tomado del septum nasal. En la forma, debe medir idealmente entre 20 a 25 mm en la altura; 4 a 5 mm en la anchura y debe tener una convexidad anterior leve en su altura total.

La fijación del injerto, se realiza con sutura trenzada absorbible 5/0<sup>4,5</sup> (Foto 3).



Foto 3. Refuerzo del trípode nasal con el poste columelar

### Liberación del músculo depresor del septum

Se utiliza como técnica complementaria en narices a tensión, en puntas subproyectadas a través de la incisión poscartilaginosa, previa disección, visualización y presentación del mismo, sin fracturar, seccionar o lesionar, la crura media o los pies de cruras (Foto 4).



Foto 4. Liberación del músculo depresor del septum.

### Resección de piel vestibular

Revisando la posición nueva de la punta nasal y la columela, además de analizar el borde caudal del septum, se debe examinar la piel vestibular del septum membranoso puesto que si hay exceso, es necesario realizar la resección en una forma triangular de base anterior con un espesor general de dos o tres milímetros<sup>4,5</sup> (Foto 5).

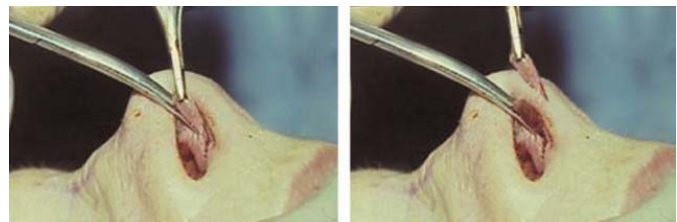


Foto 5. Resección de piel vestibular

### Punto septocolumelar

Teniendo en cuenta que la punta nasal con el tiempo, pierde proyección pos-operatoriamente en promedio de dos a tres milímetros; la fijación columelo-septal juega un papel importante en los resultados estéticos a largo plazo; la fijación se realiza con monofilamento 5-0, para ayudar a mantener la proyección nasal de la punta y de ser necesario, rotarla aún más<sup>4,5</sup>. (Figura 7).

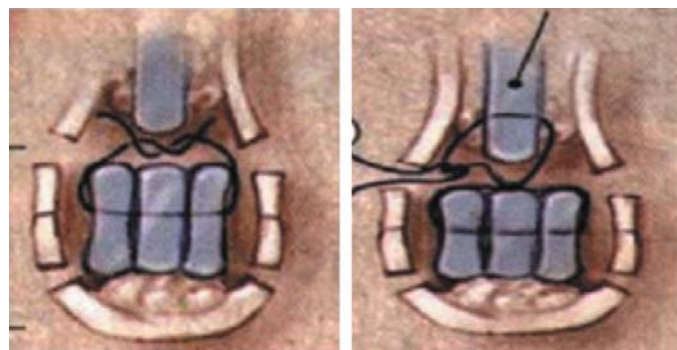


Figura 7. Punto septocolumelar.

### Conclusión

La integridad de las estructuras fundamentales de los cartílagos, tanto en la continuidad, como en el espesor y la aplicación de las técnicas adecuadas, garantizan el soporte y la estabilidad del ángulo nasolabial en su nueva posición, obteniendo una punta natural en apariencia, sin los signos reveladores, indeseables y antiestéticos de una nariz operada.

### Casos clínicos

*Caso 1. Pre y posquirúrgico.*



*Caso 2. Pre y posquirúrgico.*



*Caso 3. Pre y posquirúrgico.*



---

## Referencias

1. Anderson JR. New Approach to Rhinoplasty. Arch. Otol 1971;93:284-291.
2. Berman WE. Surgery of the Nasal Tip. North Am Clin Otol 1975;8(3):563-574.
3. Sheen JH. Tip Graft: A 20 year Retrospective. Plast and Reconstr Surg 1993;91:48.
4. Webster RC. Advances in Surgery of the [Nasal] Tip. North Am Clin Otol 1975;8(3):615-644.
5. Pedroza F. A. 20 year Review of the "New Domes" Technique for Refining Drooping Nasal Tip. Arch Facial Plast Surg 2002;4(3):157-63.
6. Anderson JR: A Reasoned approach to nasal base surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1984;10:349.
7. Rojas G. Análisis Estético Facial, Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. 2012;18(2):35-41.

### Datos de contacto del autor

German G. Rojas Duarte, MD  
Cll. 118 No. 16-61 Cons. 501, Bogotá D.C., Colombia. [www.germanrojas.com](http://www.germanrojas.com)

José Alejandro Suárez Anaya, MD  
Cra. 18 No. 80-35, Fundación Universitaria San Martín, Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: [cx.plastica.fusm@gmail.com](mailto:cx.plastica.fusm@gmail.com)