

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LOS HOMOIJERTOS EN CIRUGIA PLASTICA DE NARIZ

TESIS DE DOCTORADO

CARLOS RODRIGUEZ IRIARTE

AÑO 1952

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DOCTOR CARLOS I. RIVAS

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Profesor Ing. Carlos Pascali

VICERRECTOR:

Dr. Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Carmelo Pucciarelli

PROSECRETARIO GENERAL:

Dr. Juan Carlos Nievas

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don José Muñoz

CONTADOR GENERAL:

Don Enrique Jorge Mateo Barbier

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Alberto Gascón

Prof. Dr. José P. Uslenghi

Prof. Dr. Pedro G. Paternosto

Prof. Dr. José F. Molfino

Prof. Dr. Carlos M. Harispa

Prof. Dr. Nicolás Gelormini

Prof. Ing. Manuel Ucha Udabe

Prof. Ing. Agripino R. Spampinato

Prof. Ing. José M. Castiglione

Prof. Ing. José J. Vidal

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Alberto Gascón

VICEDECANO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

SECRETARIO:

Dr. Flavio J. Biasco

PROSECRETARIO:

Don Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. José P. Uslenghi

Prof. Dr. Carlos Floriani

Prof. Dr. Fidel A. Maciel Crespo

Prof. Dr. Enrique C. Baldassare

Prof. Dr. Valentín C. Girardi

Prof. Dr. Ernesto L. Othaz

Prof. Dr. Pedro A. Crocchi

Prof. Dr. Aldo E. Imbriano

Prof. Dr. Francisco Martone

Prof. Dr. Manuel M. del C. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

Dr. Greco Nicolás V.

Dr. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Miego M.-Cl. Oftalmológica

" Baldassare Enrique C.-F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés C.- Anatomía y F. Patológicas

" Casero José A. - Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencia F.- Medicina Operatoria

" Carreño Carlos V.- Higiene y Medicina Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.E.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis

" Echave Dionisio.- Física Biológica

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos .- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I. -Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología

" Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal

" Lambre Rómulo R.- Anatomía Ia.

" Lyonnet Julio H.- Anatomía IIa.

- Dr. Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.
- Dr. Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Propedeútica
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martínez Diego J.J.- Patología Médica IIa.
- " Mazzei Egidio S.- C. Médica IIa.
- " Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A. - Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica
- " Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.
- " Sepich Marcelino J.-Cl. Neurológica
- " Uslanghi José P. - Radiología y Fisioterapia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS:

- Dr. Acevedo Benigno S.- Química Biológica (a cargo de Cát.)
" Andrieu Luciano M.- Cl. Médica Ira.
" Barani Luis Teodoro.- Cl. Dermatosifilográfica
" Bach Victor Eduardo A.- Cl. Quirúrgica Ira.
" Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria
" Bellingi José - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
" Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica
" Briasco Flavio J.- Cl. Pediátrica y Puericultura
" Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Propedeútica
" Carri Enrique L.- Parasitología
" Cartelli Natalio - Cl. Genitourológica
" Castedo César - Cl. Neurológica
" Castillo Odena Isidro - Ortopedia y traumatología
" Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica (a cargo de Cát.)
" Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
" Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica
" Curcio Francisco I - Cl. Neurológica
" Chescotta Néstor A.- Anatomía Ia.
" Crocchi Pedro A.- Radiología y Fisioterapia
" Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología
" De Lena Rogelio E. A. - Higiene y Medicina Social
" Dragonetti Arturo R.- Medicina e Higiene social. (a cargo
" Cát.)
" Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria
" Dobric Belgrán Leonardo L.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
" Fernández Audicio Julio C. - Cl. ginecológica
" Fuertes Federico - Cl. de las Enf. infecciosas y Tropicales
" Garibotto Román C.- Patología Médica Iia.
" García Olivera M.A.- Medicina Legal
" Giglio Irma C. de.- Cl. Oftalmológica
" Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica (a cargo de Cát.)
" Gúixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
" Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
" Gorostazu Carlos María - Anatomía Ia.
" Ingratta Ricardo N.- Cl. Obstétrica
" Imbriano Aldo Enrique.- Fisiología Psicología
" Lascano Eduardo Florencio.- Anatomía y F. Patológicas
" Logascio Juan.- Patología Médica Ia.
" Loza Julio César - Higiene y Medicina Social
" Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.
" Mainetti José M.- Cl. Quirúrgica Ia.
" Martínez Juan Lirio.- Cl. Obstétrica
" Manguel Mauricio.- Cl. Médica 2a.
" Marini Luis - Microbiología
" Martínez J. B.A. - Semiología y Cl. Propedeútica

- Dr. Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
" Meilij Elías - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
" Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica IIa.
" Morano Brandi José F. Cl. Pediátrica y Puericultura
" Moreda Julio M. Radiología y Fisioterapia
" Naciff Victorio - Radiología y Fisioterapia
" Naveiro Rodolfo - Pat. Quirúrgica
" Negrete Daniel Hugo - Pat. Médica
" Pereyra Roberto F.- Cl. Oftalmológica
" Prieto Elía H. - Embriología e Hist. Normal (a cargo Cát)
" Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
" Penin Raúl P - Cl. Quirúrgica Ia.-
" Polizza Améato - Medicina Operatoria
" Ruera Juan - Pat. Médica Quirúrgica
" Sánchez H. J. - Pat. Quirúrgica
" Torres Manuel M.T.C. Cl. Obstétrica
" Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica IIa.
" Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedeútica
" Tossi Bruno - Cl. Oftalmológica
" Tropeano Antonio - Microbiología
" Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
" Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. propedeútica
" Vázquez Pedro C. Pat. Médica IIa.
" Votta Enrique A. Pat. Quirúrgica
" Zabudovich Salomón.- Cl. Médica Quirúrgica
" Zatti Herminio L.M.- Cl. Enf.Infecciosas y P.Tropical
(a cargo de Cát.)
" Roselli Julio - Cl. Pediátrica y Puericultura
" Schaposnik Fidel - Cl. Médica IIa.
" Caino Héctor Vicente - Cl. Médica Ira.
" Cabarro Arturo - Cl. Médica Ira.
" Arditti Rocha René J.J.- Cl. Psiquiátrica
" Martone Francisco - Hig. y Medicina Social.-

- 9 -

A LA MEMORIA DE MI PADRE

) - 10 - (

A MI MADRE COMO TESTIMONIO DE GRATITUD A
SUS INNUMERAS PRUEBAS DE ABNEGACION Y SACRIFICIO

MI RECONOCIDO AGRADECIMIENTO AL PROFESOR -
DR. CARLOS I. RIVAS POR SUGERIR Y APADRINAR ESTE TRABAJO. AL PROFESOR DR. JOSE M. MAINETTI EL HABER FACILITADO MI CONCURRENCIA A SU SERVICIO DE CLINICA QUIRURGICA. AL DR. JULIO A. OTERMIN AGUIRRE POR FACILITAR LA REALIZACION DE ESTE TEMA CON CASUISTICA PERSONAL Y CONSEJO OPORTUNO. =

La reconstrucción de las deformidades en la nariz con esqueleto osteocartilaginoso insuficiente, ha originado para los cirujanos plásticos un sinnúmero de problemas que han sido resueltos en distintas formas.

Estas deformidades se presentan como depresiones, caracterizándose por un aplastamiento del dorso de la nariz del que se pueden observar distintas variaciones: 1º.- La depresión puede estar localizada en la mitad inferior de la nariz y sin complicación ósea. 2º.- La parte central puede estar deprimida y es así la llamada nariz en silla de montar. 3º.- Toda la nariz puede estar deprimida incluyendo apex, llamándose nariz aplanada o platirrínica.

Estas deformaciones de la pirámide nasal pueden ser congénitas y adquiridas; siendo entre las primeras la sífilis la causa más común; en las adquiridas mencionamos especialmente las traumáticas.

Las de origen traumático son generalmente la secuela de una fractura de los huesos propios con hundimiento de los huesos fragmentados y reabsorción mayor o menor de los mismos y del tabique.

A veces es debido a una resección defectuosa del tabique, en la que se ha dejado un estribo insuficiente para soporte del dorso y de la punta de la nariz.

Los abscesos del tabique o procesos infecciosos dejan con frecuencia como secuela tales deformidades.

Se ha hecho una clasificación de las deformidades del dorso de la nariz de acuerdo a los tejidos afectados: 1º deformidades por lesión del esqueleto, donde se encuentran intactas la piel y las mucosas. • Estas deformidades se corrigen sustituyendo la pérdida de sustancia del hueso por un injerto •- 2º deformidades en donde están afectados el esqueleto y además la piel y la mucosa•-

Nos ocuparemos especialmente del tratamiento de las deformidades primeramente mencionadas: Ellas pueden ser mas o menos acentuadas alterando la anatomía y la fisiología de la nariz, por lo que pueden ser corregidas quirúrgicamente utilizando los distintos procedimientos que pasamos a describir:

- a) Autoplastias
- b) Implantaciones
- c) Autoinjertos
- d) Homoinjertos

a) AUTOPLASTIAS•- Es un método de corrección que utiliza los elementos propios de la nariz, siendo así el más fisiológicamente concebido•-

Así en caso de estar muy ensanchado el dorso óseo del caballete nasal, puede corregirse por intermedio de fractura quirúrgica permitiendo de este modo acercar ambos huesos propios a la línea media, llevándolos a una posición correcta y armónica •-

La parte cartilaginosa del mismo caballete también puede corregirse con maniobras operatorias utilizando el método de Kazanjian-Straith, mediante el

cual luego de ser incididos y aproximados a la línea media los cartílagos laterales y parte de los alares, se suturan por su cara interna elevando así la región deprimida.-

También pueden darse las dos combinaciones osteocartilaginosas , y resultar ellas suficientes para la corrección del defecto .-

b) IMPLANTACIONES.- Cuerpos extraños o sustancias aloplásticas - Aunque actualmente sabemos de sus desventajas e inconvenientes los citamos solamente con carácter histórico e ilustrativo .-

Parafina Gersuny, en el año 1900 con el propósito de rellenar una pérdida de sustancia inyectó debajo de la piel cierta cantidad de vaselina. El método se perfeccionó cuando Eckstein en 1901 introdujo la parafina. Otros usaron una combinación de las dos sustancias . Los resultados inmediatos de este procedimiento son considerados satisfactorios, pero las subsiguientes inflamaciones, ulceraciones, abscesos en el sitio de la infección , la difusión de la parafina en los tejidos vecinos, todo ello unido al peligro de la embolia y cambios de los tejidos han hecho abandonar actualmente el empleo de esta sustancia.-

Celuloide.- Foderl en 1903 empleó el celuloide; y fué introducido en la cirugía plástica por Frankel en 1917, con el fin de rellenar pérdida de sustancia de la calota craneana. Los trabajos de Foderl en rinoplastia eran aplicados en los casos de pérdida

de sustancia. Aunque no es el caso que se estudia mencionamos solo por extensión ilustrativas implantaba primeramente debajo de la piel de la frente una hoja de celuloide y en un segundo tiempo tallaba un colgajo comprendiendo el injerto que volcando sobre la nariz servía para reconstruirla.-

Thompson refiere que cuando las piezas de celuloide son perfectamente esterilizadas, perforadas o no, las reacciones de irritación de los tejidos pasan casi desapercibidas por el enfermo, dado su escasa importancia.-

Monks, que ha empleado el celuloide en numerosos casos sostiene que este material no puede incluirse en la categoría de los cuerpos extraños puesto que no causa irritaciones en los tejidos, considerándolo por ello igual a los injertos de hueso o cartilago.-

Marfil.- Mauclore en 1916 presentó en París unos pacientes cuyas pérdidas de sustancia consecutivas a craniectomías descompresivas habían sido rellenas con placas de marfil. Las radiografías obtenidas poco tiempo después, permitían observar que dichas placas de marfil provistas de orificios, aunque no habían tomado conexiones con el tejido óseo circundante se mantenían en posición según parece porque el tejido celular se había introducido en los orificios.-

Joseph en 1918 comenzó a emplear este material en la cirugía plástica de nariz, manifestando -

no haber tenido reacciones de intolerancia.-

Según este autor su aplicación estaría indicada en los casos de grandes deformaciones, que requieren mucho material y cuando el paciente se niega a suministrar un autoinjerto.-

Paladón: Los Dres. Carlos I. Rivas y Felipe A. Uzurieta presentaron a la Academia Argentina de Cirugía un trabajo sobre implantaciones de paladón para corregir deformidades nasales.-

El Paladón es una resina sintética de uso corriente en la práctica odontológica para la confección de prótesis dentarias; sus características la hicieron apta para el uso que propusieron los autores.

Se presenta bajo la forma de un polvo de color rosado y un solvente. Al ser mezclados forman una masa blanda y fácilmente maleable haciendo uso de un molde de yeso. Se endurece por la acción del calor en agua a 80° durante dos horas, ó a 100° durante una hora; una vez eliminado del molde del yeso la pieza de paladón, su superficie debe ser pulida por los medios mecánicos habituales.-

Tiene características semejantes a un trozo de porcelana, de color rosado, de superficie lisa, de dureza pétrea, no se puede cortar por su fácil fragilidad; pero se la puede desgastar o recortar con la fresa de dentista.-

En el caso particular, los autores se valen de una mascarilla de yeso sobre la cual construyen un modelo de cara de la pieza de relleno neces-

ria ; una vez ensayada sobre el enfermo se la reproduce en paladón y se talla en el acto operatorio. Debidamente esterilizado es introducido bajo los tegumentos de la nariz de acuerdo con la técnica habitual.-

Aunque el paladón es de fácil manipulación además de que introducido en el organismo es inerte, es decir que en contacto con los humores no da lugar a combinaciones químicas , ni desprende elementos -- que puedan crear intolerancia; pero es un cuerpo extraño y es un experimento que dura toda la vida del enfermo. Además se ve que después de tiempos variables pueden ser eliminados los cuerpos extraños como hilos de alambre, hilos de seda de suturas, etc y aún no sabemos cuanto tiempo duraron esas piezas, porque a veces llega un instante en que por diversas circunstancias hay que extraerlas.-

Las ventajas del paladón así como de las demás implantaciones residen en las comodidades que ofrecen para su adquisición, para la confección de la prótesis y para moldearla de acuerdo a las necesidades; pero sus inconvenientes son su menor tolerancia por parte de los tejidos del organismo .-

Malbec hace referencias de su experiencia en resinas acrílicas y llega a la conclusión de que han sido eliminadas en meses y años por trayectos fistulosos unos , otros por extracción y por traumatismos . Vió que el organismo no toleraba esta sustancia por : a) Volumen mayor del cuerpo extraño; b) Movilidad de estas piezas , leves traumatismos por des-

plazamiento con ruptura de pequeños vasos, microhemorragias, favoreciendo procesos flogísticos de cualquier naturaleza; c) menor posibilidad de defensa y de enquistamiento de la prótesis .-

Las implantaciones proporcionan resultados inmediatos satisfactorios por lo general y son fácilmente esterilizables , pero su uso es peligroso . Como todo cuerpo extraño, no son nunca incorporados a los tejidos para formar parte integrante de los mismos y tarde ó temprano son expulsados por un proceso inflamatorio seguido de fistulización a raíz de un ligero traumatismo.-

c) AUTOINJERTOS.- Tejidos orgánicos .- Ya Reverdin en el año 1879 usaba el periostio como injerto. Vignardel utilizaba el músculo , y Koch la fascia. Rueda aplica los haces de cartilago.-

Hueso.- Este material de injerto se ha empleado hace muchos años, pero en la nariz su uso fué restringido porque no dió resultado halagador; porque no se cumplía un principio de cirugía ósea, que enseña " que la vitalidad de un injerto de hueso depende en gran parte de que la zona de actividad osteogénica del tejido óseo receptor esté en contacto con la mayor superficie posible , con dicho injerto".-

Como en la nariz no se puede cumplir con este principio , porque la extremidad inferior del injerto queda libre es por dicha causa que en la mayoría de los casos se reabsorbe .-

Cartilago.- En el año 1897 Von Mangold em-

placó cartílago para corregir deformaciones . Nélatón aplicó el procedimiento a un caso de destrucción de la nariz, injertando cartílago.-

Ferris Smith explica que el injerto de -- cartílago se nutre por imbibición y considera que no es necesario que el mismo se encuentre en contacto en contacto con otro cartílago .-

Viale del Carril presentó un trabajo sobre el uso del cartílago en forma de autoinjerto, extrayendo del cartílago costal, con resultados satisfactorios inmediatos.-

Como hemos visto huesos y cartílagos tomados de distintas partes del organismo humano; modelados valiéndose de variados procedimientos y colocados utilizando distintas vías, son materiales que forman parte de los recursos frecuentes que los cirujanos - plásticos ponen en práctica.-

d) HOMOCINERTOS.- El esqueleto osteocartilagino insuficiente para la armonía de la cara puede ser completado por otro , recién logrado de un ser - homólogo que lo presentaba en exceso .

Hueso y cartílago, con su articulación sin ser modificado el primero y su unión osteocartilaginoso, son utilizados a los pocos minutos de ser extraídos de la nariz a la cual , por ende y con tal - acto quirúrgico se corrige su desarmonía.-

Se considera que el injerto así logrado se adapta mejor a las exigencias de la naturaleza que - cualquier otro .-

El Prof. Dr. Carlos I. Rivas inició en forma sistemática en nuestro medio en el año 1944 el empleo del homoinjerto osteocartilaginoso en la rinoplastia; por su gran tolerancia, su modelado simple, su extracción aséptica, su fácil adquisición, permitiendo así en realidad lo más cercano a lo fisiológico, anatómico y plástico.-

Dichos homoinjertos son obtenidos de pacientes que presentan en general grandes rinomegalias, con o sin rinocifosis y rinodesviación. Los receptores presentarán narices platirrínicas, aplanadas, en silla de montar etc; algunas congénitas y otras adquiridas.-

Hoy creemos que el uso del homoinjerto osteocartilaginoso proporciona grandes beneficios anatómofisiológicos por las características anteriormente mencionadas. Este motivo lo ha hecho de nuestra preferencia en los casos de corrección de deformidades nasales tratados en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Ciudad Eva Perón.-

DADOR Y RECEPTOR.- Es necesario señalar que previamente seleccionamos a los enfermos - dador y receptor - que en realidad tendrán deformidades opuestas, rinocifosis con rinomegalia uno y el otro nariz platirrínica, aplanada o en silla de montar.-

Extraemos el homoinjerto osteocartilaginoso del caballete nasal cifótico del dador, que elegimos con especial cuidado para cada caso; luego preparamos la nariz del receptor, a continuación modelamos el injerto y finalmente hacemos la inclusión del mismo.-

Siempre se hace la intervención quirúrgica en el mismo día y en forma continuada.-

En el preoperatorio hacemos los exámenes de laboratorio consiguientes; tiempo de coagulación, tiempo de sangría, el examen serológico (Kahn y Wassermann etc.) que consideramos fundamental es severamente controlado. Igualmente indicamos la determinación del grupo sanguíneo, aunque en realidad hemos visto que la desigualdad de grupo no contraindica y es perfectamente tolerable. El control fotográfico de frente y perfil completa nuestras indicaciones.-

TECNICA OPERATORIA

Dividimos en cuatro tiempos fundamentales:

- 1º.- Extracción del injerto osteocartilaginoso del cartilago nasal del dador.-
- 2º.- Preparación de la nariz receptora.-
- 3º.- Modelación del injerto.-
- 4º.- Inclusión del injerto propiamente dicho.-

1º.- Extracción del injerto.- Como el dador es un paciente que también concurre en busca de los beneficios de la cirugía plástica porque tiene una cifosis nasal; naturalmente no ofrece dificultad el que done su giba nasal. Seguimos el Método Argentino de Rinoplastia del Profesor Dr. Oscar Ivanissevich. La giba nasal extraída se conserva ascépticamente.-

2º.- Preparación de la nariz del receptor.-

El receptor se prepara como si fuera a ser intervenido de plástica nasal, hacemos la antisepsia del campo operatorio con solución incolora de Merthiolate.- La anestesia de la mucosa nasal se obtiene con cocaína al 10%.-

La anestesia infiltrativa de la pirámide nasal se hace con novocaína al 2% adicionada de medio a un c.c. de arenalina al 1 o/oo para cada 100 cc. de anestésico. Con estas proporciones conseguimos hacer operaciones casi en blanco.-

La incisión inicial se realiza en la parte anterior del orificio nasal derecho y se prolonga sobre el tabique en la línea de demarcación de la piel y la mucosa en una extensión de un cm. aproximadamente; teniendo el cuidado de no alcanzar el lado opuesto.-

Seccionada la mucosa y el cartílago se introduce por incisión una espátula con la que se despegan los planos superficiales de los cartílagos, liberando hacia adentro el borde inferior del cartílago del tabique que constituye el subtabique, y hacia afuera de los cartílagos del dorso nasal. A continuación se desperiosta la cara anterior de los huesos propios de la nariz con la legra espátula triangular. Es conveniente a veces crear un nicho o bolsillo en la región del lóbulo nasal que corresponderá a la extremidad inferior del injerto; con pequeñas maniobras realizadas con el gancho de Joseph ó separador curvo se puede realizar este ar-

//tificio de técnica, que tiene el objeto de fijar el injerto. Puede ó no según el caso nivelarse las irregularidades óseas del dorso nasal con la escofina, obteniéndose de este modo una superficie más amplia de contacto para el lecho del injerto. Otras veces es necesario recurrir a distintas maniobras; así introduciendo un escoplo en la misma articulación del hueso propio con la escotadura nasal del frontal se la separa de la espina nasal. Si el escoplo estuvo bien colocado puede casi siempre mantenerse solo al soltarlo; con un movimiento de palanca se abren los huesos a cada lado de la espina del frontal calculando la base necesaria para apoyar dicho injerto.-

3º Modelación del injerto.- Nuestro injerto extraído al dador, reúne inmejorables condiciones de forma, de topografía y estructura tisular que lo hacen singularmente adecuado y solamente necesita pequeños retoques para su perfecto modelado. Así se libera de los restos de mucosa pituitaria y se retocan sus bordes o cartílagos laterales, etc. según las necesidades del caso.

4º Inclusión del injerto propiamente dicho.- Previa colocación de los separadores, tomamos el injerto con una pinza de disección y lo introducimos en la incisión vestibular, llevándolo primeramente hacia arriba y descendiéndolo luego para que encaje en el nicho ya descrito. Si el injerto no provee suficiente soporte para el apex, se diseccion los tejidos columelares hasta la base de la espina nasal y se coloca un -

pequeño trozo de los restos de hueso o cartilago del injerto, como un palo de soporte de carpa para el extremo inferior del antedicho injerto y además para alargar el subtabique.-

Es conveniente tener cuidado de que el injerto no se ponga en contacto con la piel del vestíbulo nasal, que aunque aceptizada en el momento de iniciar la operación puede haberse contaminado después por la respiración del paciente .-

Aunque la incisión es pequeña es necesario siempre hacer sutura de uno ó de dos puntos . Luego se le coloca el apósito de Bames.-

Ocho a doce días dejamos el apósito que controlamos en su correcta posición cada tres días .-

El apósito que se utiliza es el de Bames, por ser más elástico y atraumático en su compresión.-

Excepcionalmente utilizamos la férula de yeso ó apósito de Lisept.-

El apósito de Bames es un aparato mecánico de inmovilización, constituido por una lámina de latón maleable, de forma trapezoidal recubierta por tela adhesiva que en su superficie de contacto con la pirámide nasal lleva además un paño tipo lenci que permite su elástica y atraumática compresión . Una cinta con dos anillos de sostén y tiras de tela adhesiva permiten fijarlo adecuadamente .-

Post operatorio.- Reposo en cama los primeros días. Antibióticos, supositorios analgésicos y regimen atóxico. Controlar la perfecta inmovilización

del apósito .-

----- 0 -----

RESULTADOS

Con el procedimiento expuesto se obtienen resultados anatómicos, funcionales y estéticos satisfactorios .-

En la estadística de homoinjertos intervenidos por el Profesor Carlos I. Rivas y el Dr. Julio A. Ojermín Aguirre y que asciende a quince casos que datan desde hace ocho años ; se nota en los pacientes un 100% de tolerancia.-

CASUÍSTICA

Presentamos a continuación los casos de homoinjertos intervenidos por el Profesor Carlos I. Bivas y el Dr. Julio A. Otermán Aguirre , en algunos de los cuales hemos colaborado directamente y otros han sido cedidos muy gentilmente.-

C A S O N° 1

Dador - A.R.P. 28 años - Clínica privada - Diagnóstico:
Rinomegalia (Fotografías 1 y 2) .-

Operación - 10-I-944 - Cirujanos: Dr. Carlos I. Rivas
Ayudante: Pte. Tucillo

Rinoplastia por el método argentino.- Apósito de Bames - (Postoperatorio Fotografías n° 3 y 4)

La giba osteocartilaginosa extraída se coloca sobre una gasa estéril .-

Receptor - A. A. 23 años - Clínica privada - Diagnóstico: nariz deformada con aplastamiento del tercio inferior por fractura del tabique de origen traumático (coz de caballo) de dos años de data -(fotografías 5 y 6) .-

Operación - 10-I-944 - Cirujanos: Dr. Carlos I. Rivas
Ayudante: Pte. Tucillo

Incisión del orificio nasal derecho. Liberación de las partes blandas. Cuádruple osteotomía -- correctora. Colocación del injerto obtenido de A.R.P. previa separación de su mucosa. Apósito de Bames .-

El postoperatorio inmediato y alejado fué satisfactorio. (Fotografías 7 y 8) .-



Foto 1 (caso N°1).--Pre-operatorio frente.



Foto 3 (caso N°1).-- Post-operatorio frente.



Fot. 2 (Caso N°1).— Pre-operatorio perfil.



Fot. 4(Caso N°1).— Post-operatorio perfil.



Fot. 5 (Caso Nº 1).-Receptor: pre-operatorio frente



Fot. 7 (Caso Nº 1).- Receptor: Post-operatorio frente



Fot. 6.-Caso n° 1)Receptor:preoperatorio perfil



Fot. 8.- (Caso n°1),-Receptor:post-operatorio perfil

C A S O N° 2

Dador - A.G.O 20 años

Diagnóstico: Rinomegalia (fotografías 9 y 10)

Operación: 24-IX-52 - Cirujano: Prof. Carlos I. Rivas
Ayudante: Pte. C. Rodríguez I.

Rinoplastia por el método argentino.- Apósito de Bames - Postoperatorio (Fotografías 11 y 12).-

La giba osteocartilaginosa extraída se coloca sobre una gasa estéril.-

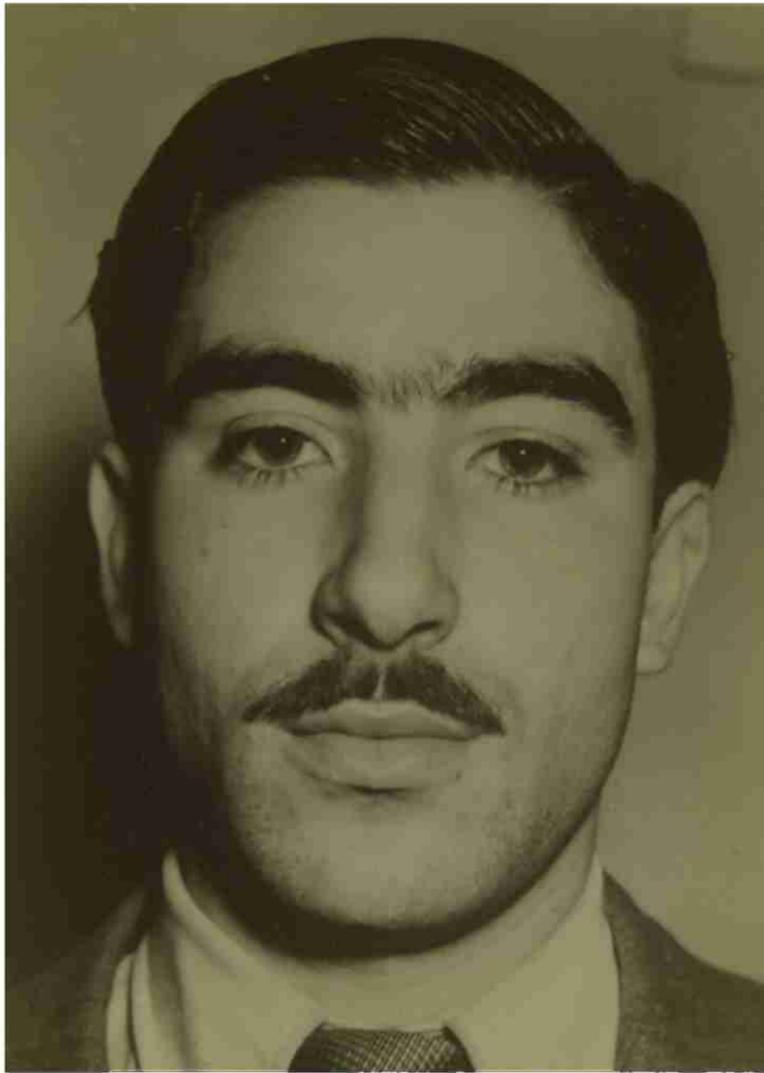
Receptor - O. M. - 29 años

Diagnóstico - Nariz en silla de montar - Deformación de la nariz con aplastamiento del tercio medio, secuela de una anterior intervención del tabique.- (Fot. 13, 14 y 17).-

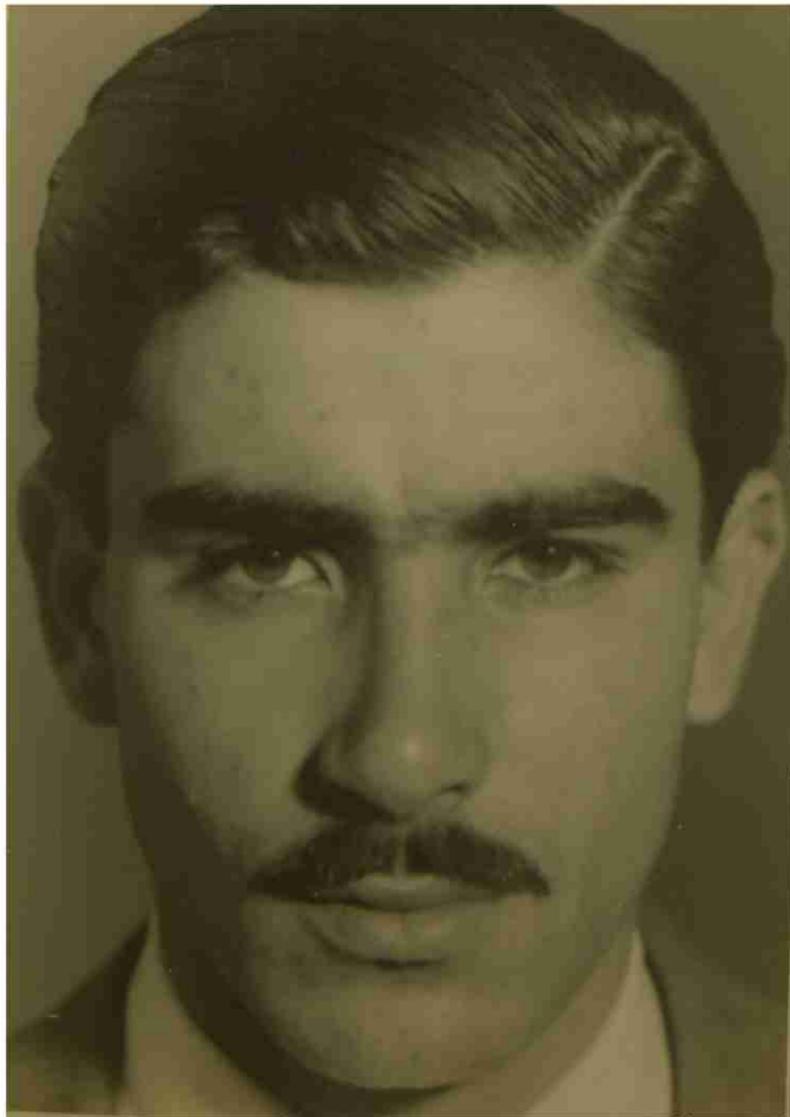
Operación - 24-IX-52 - Cirujano: Prof. Carlos I. Rivas
Ayudante: Pte. C. Rodríguez I.

Incisión inicial en vestibulo nasal derecho prolongando sobre su tabique sin alcanzar el lado opuesto.- Desplegamiento de los tejidos superficiales del plano osteocartilaginoso alcanzando hasta el lado izquierdo; se nivela el dorso nasal con la escofina obteniéndose una superficie más amplia de contacto para el injerto. Colocación del injerto obtenido de A.G.O. - Se alarga la columela incluyendo pequeños restos del injerto. Sutura de la incisión con punto separado. Apósito de Bames.-

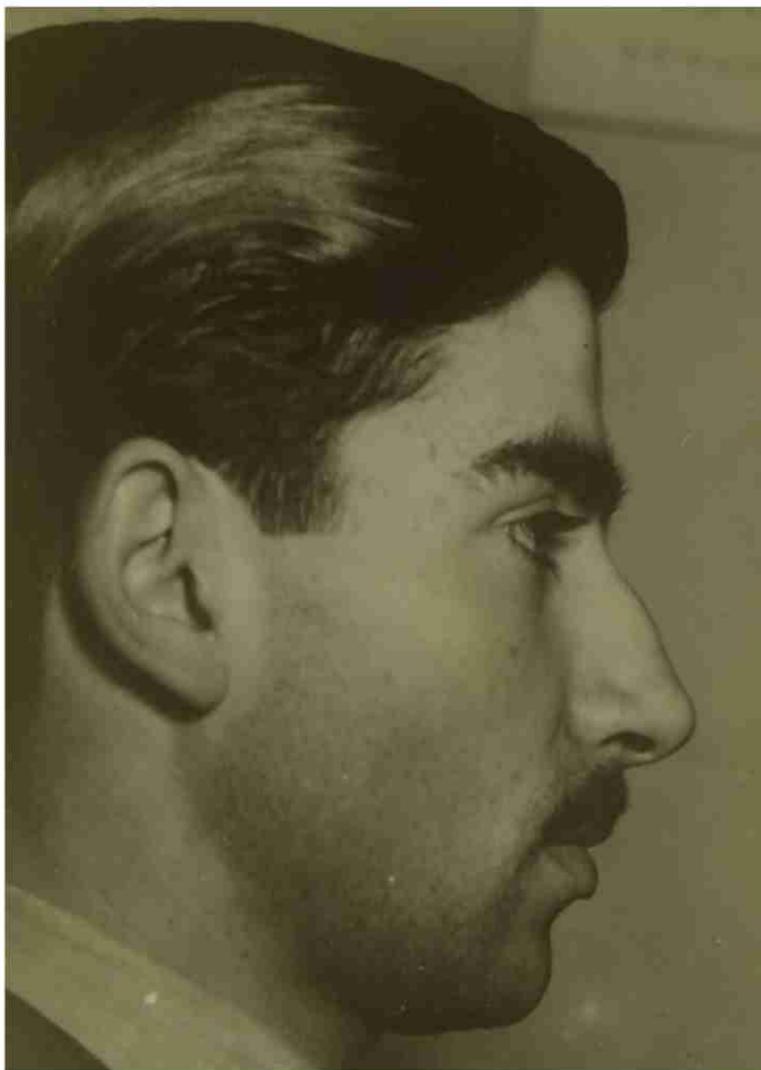
Postoperatorio - Medicado con penicilina, favorable evolución hasta el octavo día. Posteriormente presentó un edema en la región nasal acompañada de temperatura alta. Cedió satisfactoriamente a la medicación antibiótica de penicilina y terramicina - Fotografías 15, 16 y 18.-



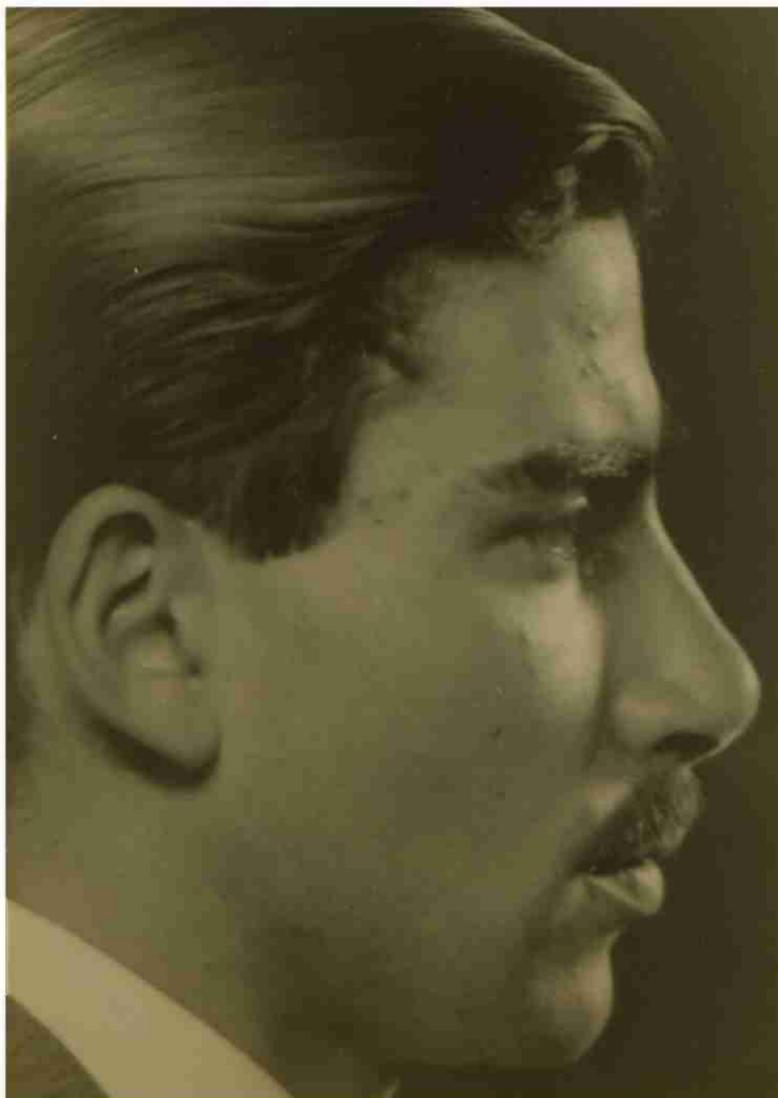
Fot.9(Caso N°2) .-Dador.-Pre-operatorio frente.



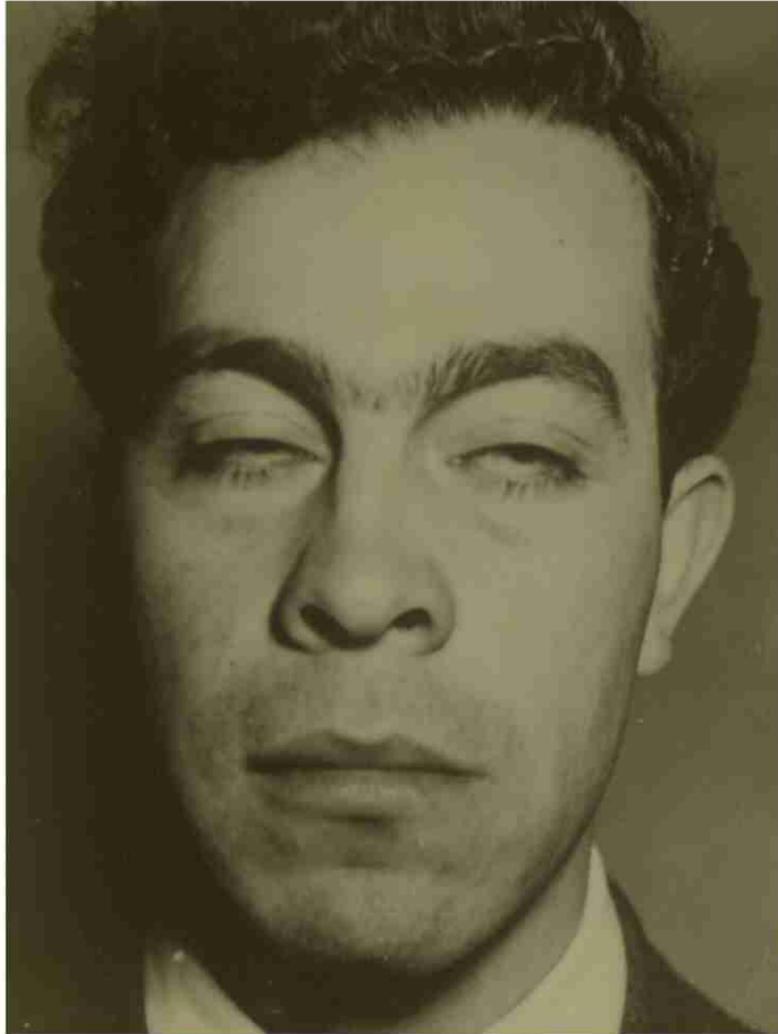
Fot.12(caso N°2) .-Post-operatorio frente.



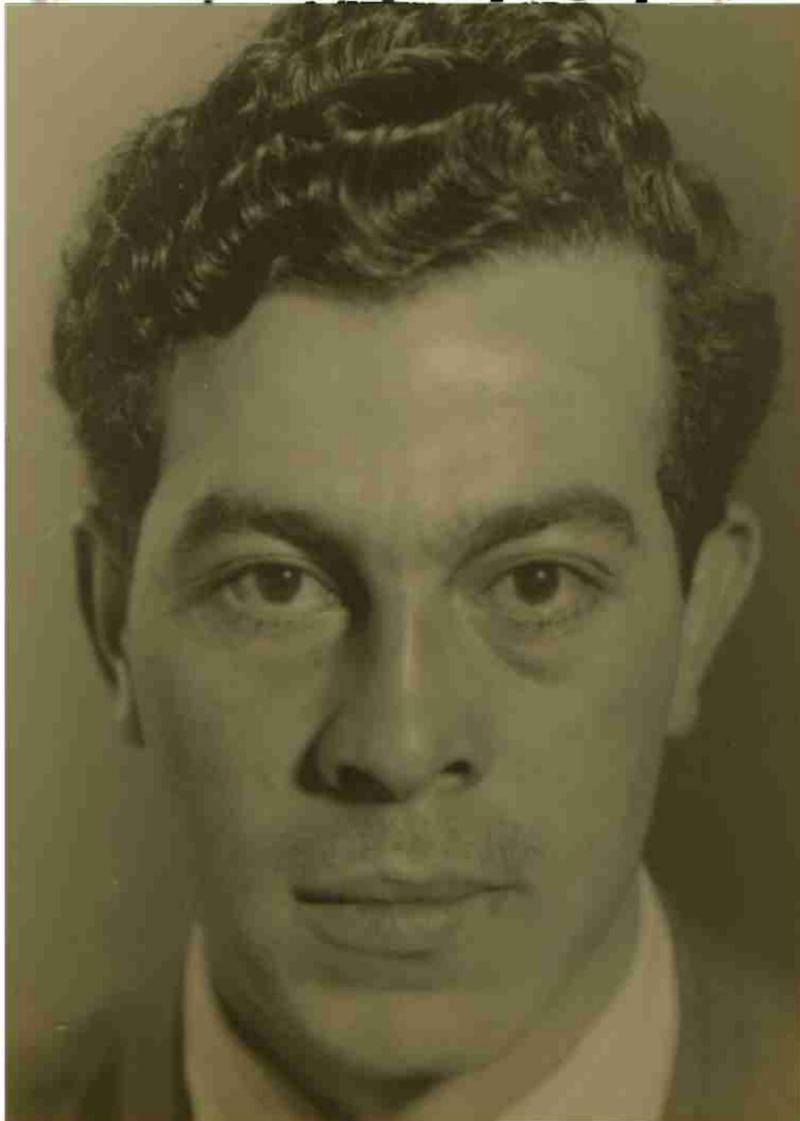
Fot. 10(Caso nº 2).-Pre-operatorio perfil.



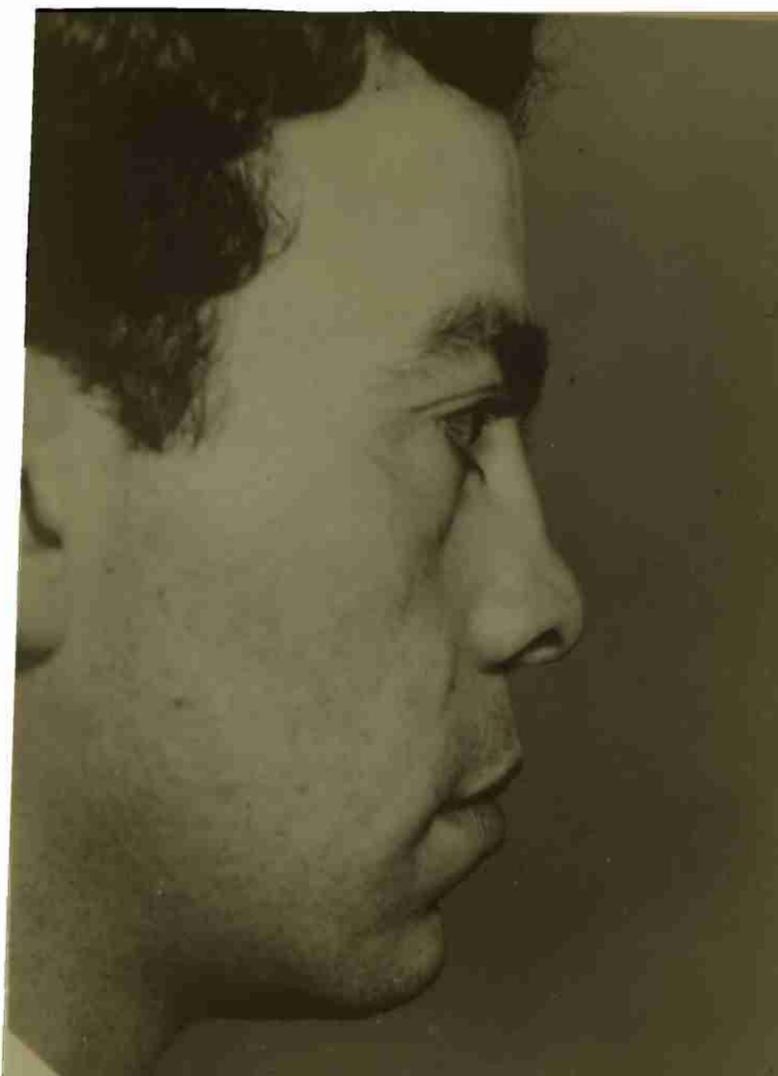
Fot.12(Caso nº2).- Post-operatorio perfil.



Fot. 13(Caso nº 2).--Receptor, Postoperatorio



Fot. 15(Caso nº 2).--Receptor, Postoperatorio
frente.



Fot. 14(caso nº 2).-Receptor. Preoperatorio perfil



Fot. 16(Caso nº 2).-Receptor. Postoperatorio perfil



Fot. 17(caso nº2).- Dador y receptor.
Preoperatorio.



Fot. 18(caso nº 2) Dador y receptor
Postoperatorio.

C A S O N° 3

Dador - Z.G. 36 años

Diagnóstico - Rinomegalia , ángulo nasolabial agudo
Fotografías 18 y 19.-

Operación - 22-IV-50 - Cirujano: Dr. Julio Otermin A
guirre.-
Ayudante: Dr. M. Maquiera

Rinoplastia según el método argentino - Apósito de -
Lisept.- El esqueleto osteocartilagino
so logrado se coloca sobre una gasa es
terilizada.-

Receptor - J.H. 23 años

Diagnóstico - Hundimiento del dorso en el tercio su-
perior y medio con hundimiento del sub
tabique a nivel de las alas nasales.-
Fotografías 18 y 20.-

Operación - 22-IV-50 - Cirujano: Dr. Julio Otermin A
guirre.-
Ayudante: Dr. J. Villaverde

Postoperatorio inmediato y alejado del dador y recep
tor bueno.-



Foto 18 -Caso N° 3 - Dador y receptor preope-
ratorio .-



Foto 19 - Caso N° 3- Dador y receptor frente a
frente postoperatorio.-

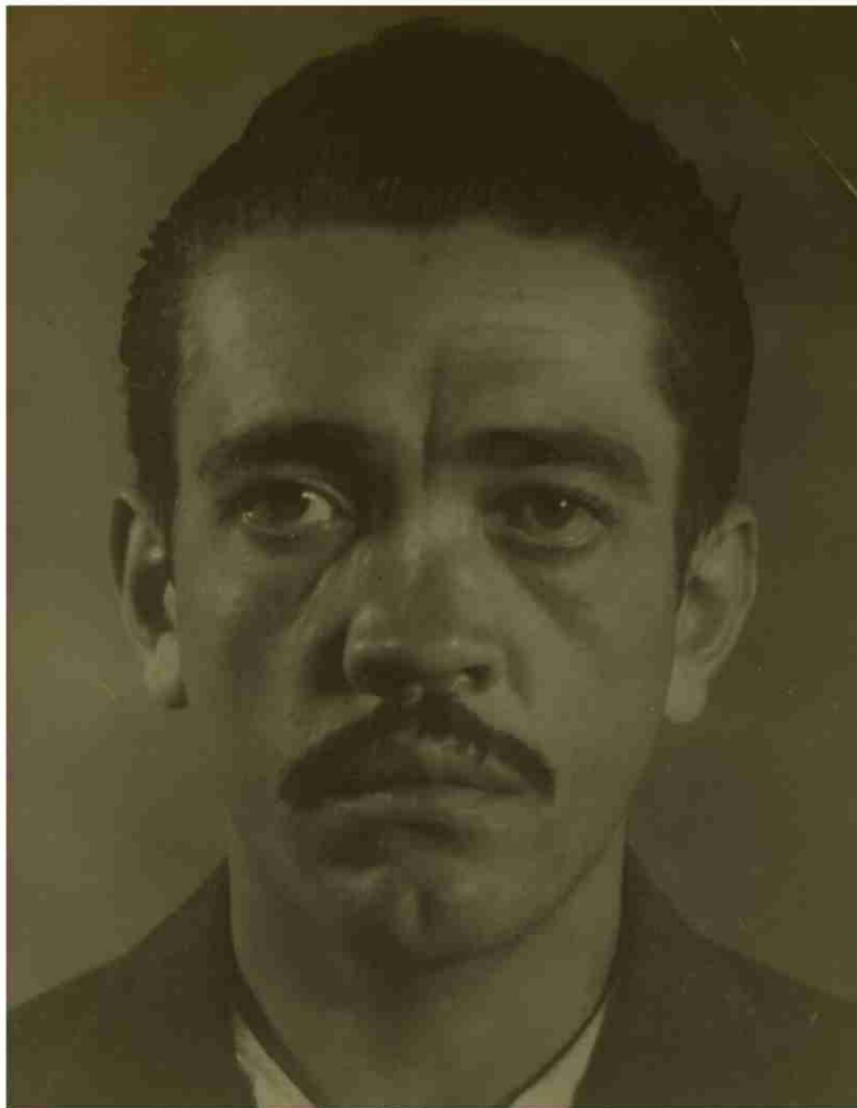


Foto 20 - Caso Nº 3 - Receptor, preoperatorio frente.-

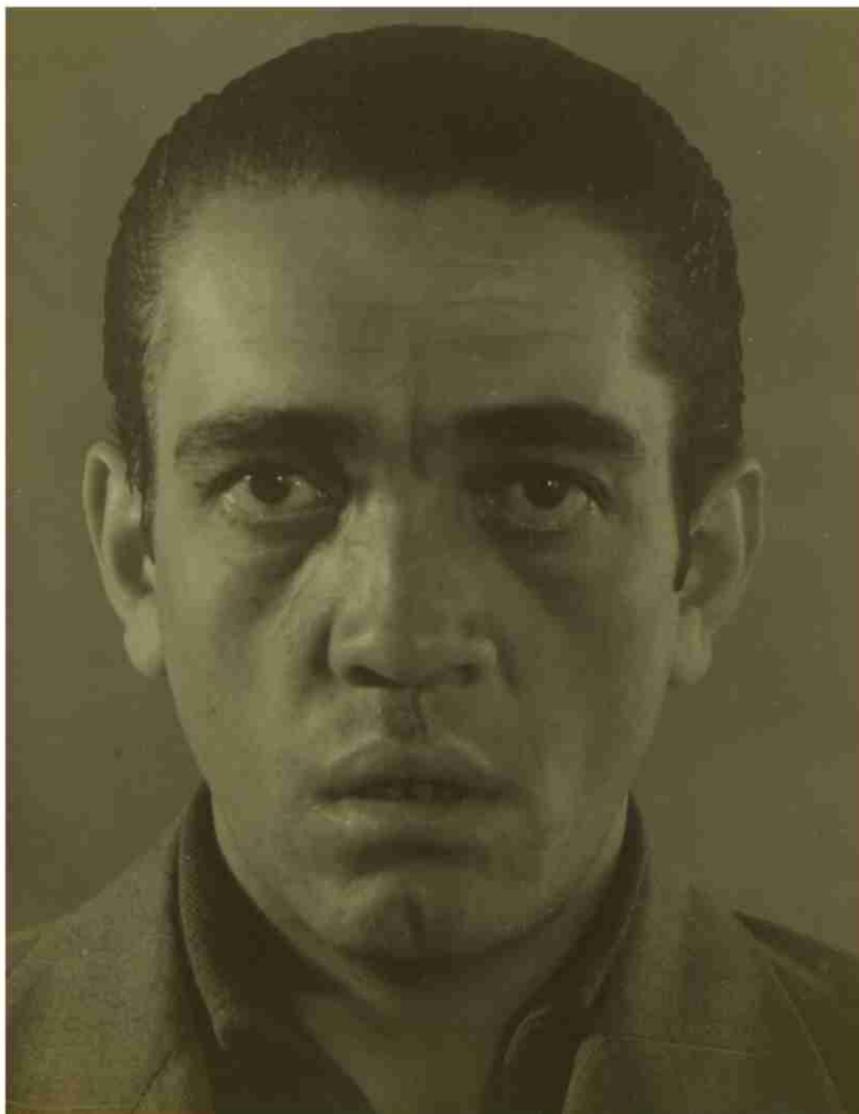


Foto 21 - Caso Nº 3 - Receptor, postoperatorio frente.-

C A S O N°

Dador - J.N. 38 años

Diagnóstico - Rinomegalia con rinocifosis (Foto n° 22)

Operación - 22-6-50 - Cirujanos: Dr. Julio Otermin Aguirre.-

Ayudante: Dr. Jorge Norrié

Rinoplastia por el método argentino - Apósito de ---
Banes. El esqueleto osteocartilaginoso -
estirpado se coloca sobre una gasa este-
rilizada.-

Receptor - E.V. 52 años

Diagnóstico - Nariz en silla de montar, secuela de un
traumatismo con hundimiento del subtabi-
que - (Fotos N° 23 y 25).-

Operación - 22-6-50 - Cirujano : Dr. Julio Otermin A
guirre.-

Ayudante : Dr. J. Norrié

La incisión en orificio nasal derecho - Se liberan
las partes blandas - Cuadruple osteoto-
mia correctora - Colocación del injerto
del dador previa separación de su muc-
sa y modelado adecuado - Apósito de --
Banes.-

Postoperatorio inmediato y alejado satisfactorio -
(Fotos N° 24 y 26).-



Foto 22 - Caso N° 4 - Dador -Pre y post operatorio perfil.-

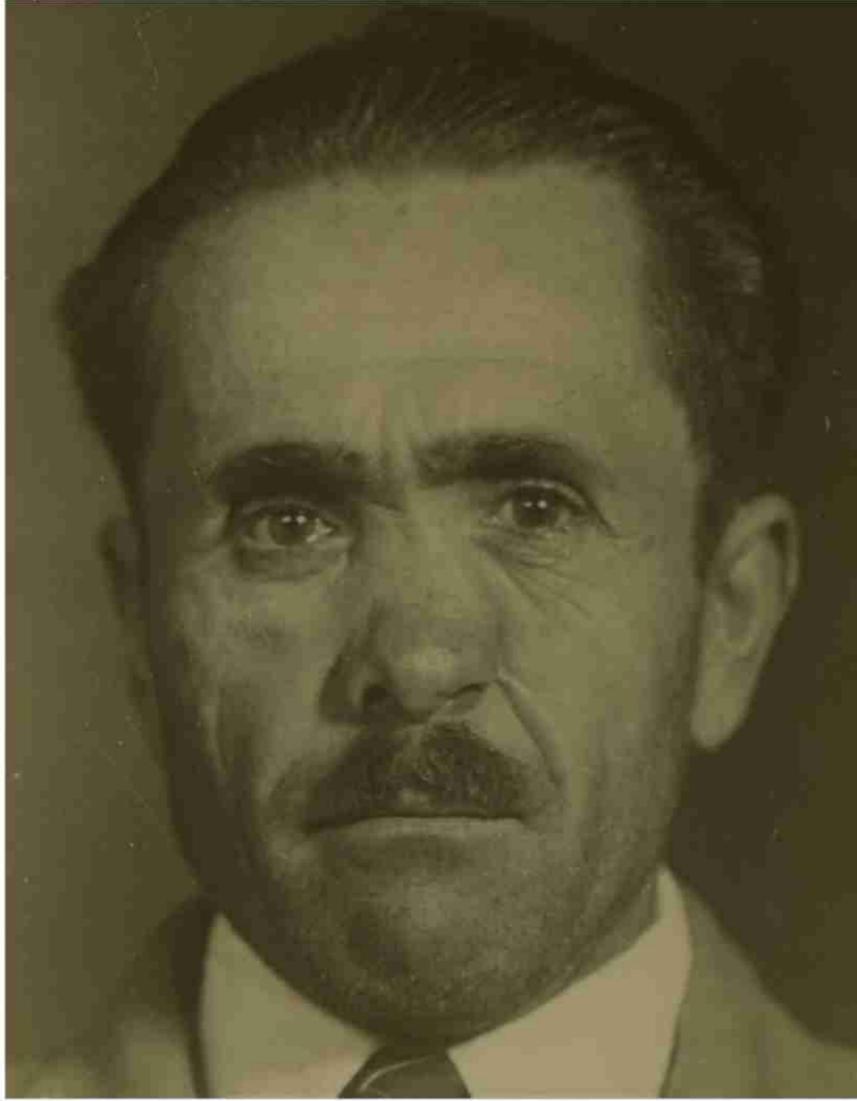


Foto 23 - Caso Nº 4 - Receptor - Preoperatorio frente.-

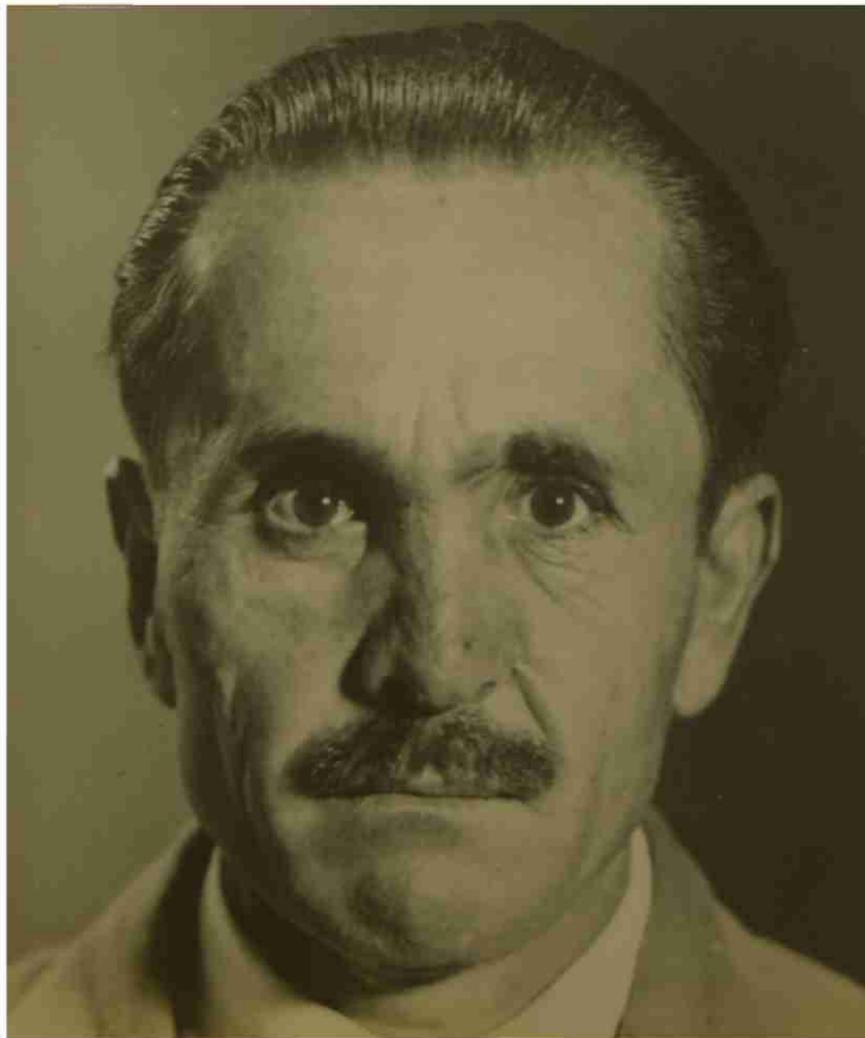


Foto 24 - Caso Nº 4 - Receptor - Postoperatorio frente.-

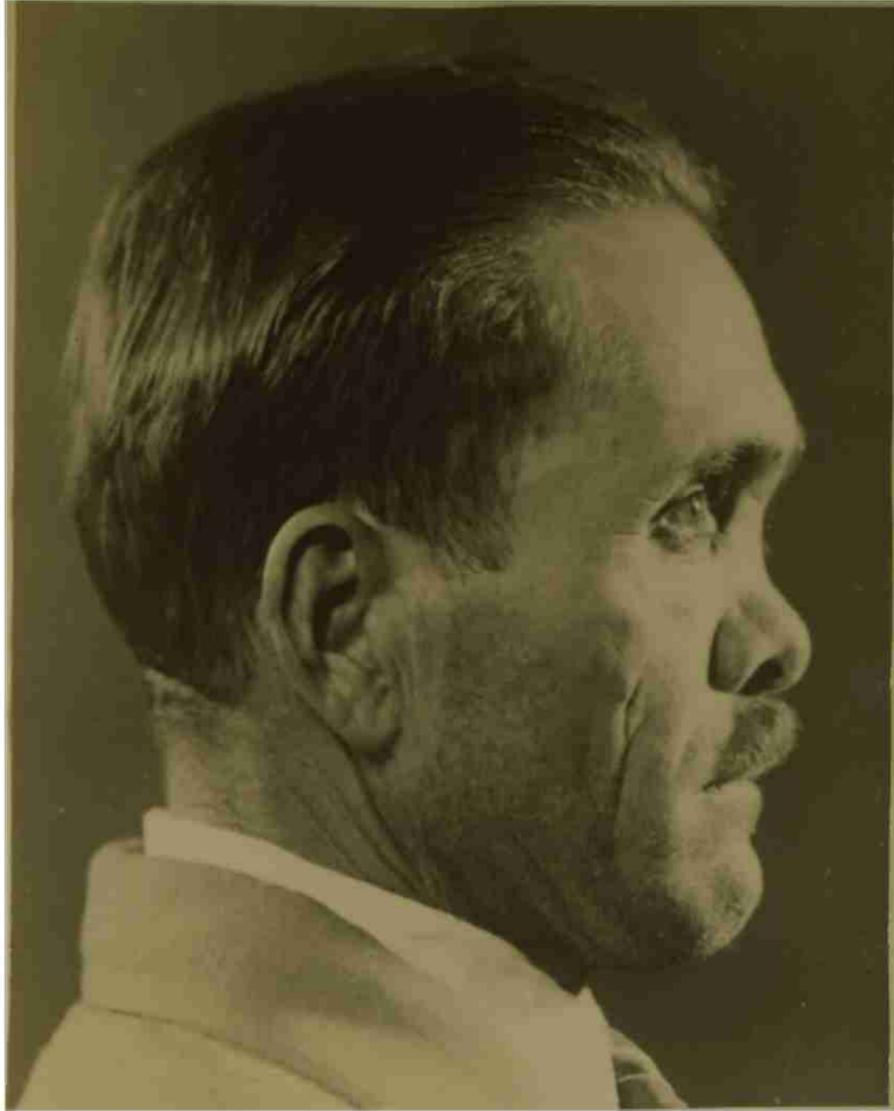


Foto 25- Caso N° 4 - Receptor - Preoperato
rio -Perfil.-



Foto 26 - Caso N° 4 - Receptor- Postoperato
rio -Perfil.-

S U M A R I O

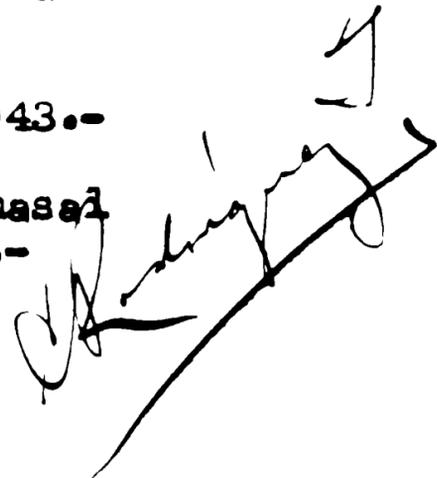
Actualmente el tratamiento de las deformidades de la nariz con pérdida de sustancia del esqueleto osteocartilaginoso, que no puede ser corregido con una autoplastia; lo puede ser con el agregado de injertos. Creemos que lo más indicado es el injerto, un homoinjerto osteocartilaginoso donado de la misma por un dador cuya deformación esté caracterizada por una convexidad exagerada del dorso nasal.

Los casos anteriormente documentados de enfermos tratados quirúrgicamente con homoinjertos hablan de los beneficios para la corrección de sus deformidades nasales.-

----- 0 -----

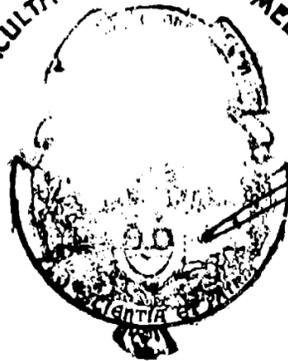
B I B L I O G R A F I A

- Barsky A.J. - Plastic Surgery W.B. Saunders Philadelphia 1938.-
- Fomón S. - Cirugía Plástica y Reparadora - Ed. Labor Argentina 1943.-
- González Loza M. - Corrección sin injerto de la nariz aplastada- Primer Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica .-
- Goldenberg B. - Cirugía de la rinomegalia -Ed. Universitaria Bs.As. 1950.-
- Ivanissevich Oscar. - Un nuevo caso de rinoplastia - Bol. de Clínica Quirúrgica N° 4 - 1926
- Ivanissevich O. y C.I.Rivas - Técnica precisa para corregir la rinomegalia y la rinocifosis - Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía Bs.As. 1939.-
- Kassanjan V.H. y Converse J.M y Marino H. - Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara. Ed. Mundi 1952.-
- Malbec E.F. - Nariz en silla de montar. Prótesis de Tántalo - Bol. de la Soc. Arg. de Cirujanos 173 - 1946.-
- Mañiniac W.J. - Cirugía Plástica y Estética- Ed. -- Salvat - Barcelona 1940.-
- Rivas C.I. - Corrección de las depresiones del apex nasal. Bol. y Trab. de la Academia Arg de Cirugía- 27: 936 - 1943.-
- Rivas C. I. e Izurieta F.A. - Corrección de las deformaciones del apex nasal con implantaciones de paladón - Bol. de la Acad. Arg. de Cirugía- 29:240 - 1943.-
- Rivas C.I. y Ogermín Aguirre J.A. - Homoinjertos en Cirugía Plástica de nariz - Revista - Brasileña de Cirugía N° 2 - año 1951-
- Santamarina Iraola J. - Contribución al estudio de las deformidades de la nariz - Semana Médica 2-726 año 1943.-
- Zeno L. Cirugía Plástica - Ed. Ateneo Bs.As. 1943.-
- Viale del Carril - La rinoplastia por vía endonasal Tesis de Doctorado - Bs.As. 1935.-



Son 116 fojas.
Caenablivani

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

2-12-52