

Aplicación de la Anatomía

ANATOMÍA DE LA PUNTA NASAL.

Nasal Tip Anatomy.

GIACOMOTTI, JOSÉ DONALDO¹; BERTONE, VICENTE HUGO²;
OTTONE, NICOLÁS ERNESTO³; MEDAN, CARLOS DANIEL⁴;
TEJEDOR, MARIANO⁵ & CAAMAÑO, DANIELA⁶



José D. Giacomotti

II Cátedra de Anatomía, Departamento de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Instituto de Morfología J.J. Naón, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Argentina.

E-Mail de Contacto: jdgiacomotti@yahoo.com.ar

Recibido: 10 – 01 – 2013

Aceptado: 12 – 02 – 2013

Revista Argentina de Anatomía Online 2013, Vol. 4, Nº 1, pp. 6 – 13.

Resumen

Por medio de una serie de disecciones realizadas sobre narices que, en su mayoría, mostraban un patrón natural de perfección; se investigó la peculiar arquitectura de la punta nasal considerando la participación de los tejidos de cubierta y de los cartílagos alar y cuadrangular.

A continuación se procedió a incorporar la noción de las interrelaciones cartilaginosas, recalando la fundamental importancia que revisten como determinantes de una correcta definición, lo que permitió asentar una clasificación morfológica pertinente.

Palabras clave: punta nasal, arquitectura, clasificación.

Abstract

Through a series of dissections performed on noses, which mostly showed a perfectly natural pattern, we investigate the peculiar architecture of nasal tip considering the involving cover tissues together with the alar and quadrangular cartilages.

Then we proceeded to establish the notion of cartilaginous interrelationships, emphasizing its fundamental importance as determinants of a proper definition, which allowed a pertinent morphological classification.

Key words: nasal tip, architecture, classification.

Autores: 1 Cirujano Plástico. Director del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón. Director del Museo de Anatomía de la II Cátedra de Anatomía. 2 Cirujano Plástico. Jefe del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. 3 Supervisor General del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. Coordinador del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón. 4 Cirujano General. Jefe de Trabajos Prácticos de la II Cátedra de Anatomía. 5 Integrante del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. 6 Integrante del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. Auxiliar Docente del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón / Departamento de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Datos del Autor de Contacto: Dr. José D. Giacomotti – Dirección: Av. Santa Fé 2029 11° "A" – CP: C1123AAC – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN.

Una de las áreas de la pirámide nasal que mayores desafíos le plantea al cirujano plástico es la punta, ubicada en su tercio inferior. El minucioso conocimiento de los elementos que la integran permitirá, sin lugar a dudas, contar con una valiosa herramienta conceptual a la hora de planificar la resolución de los casos problema.

En este trabajo se considera:

- 1º) Aportar información pormenorizada de las características normales de cada componente de la región a partir de las disecciones practicadas, especialmente, en narices armoniosamente constituidas.
- 2º) Destacar el rol que desempeñan las interconexiones cartilaginosas como determinantes de la apropiada definición de la punta nasal.
- 3º) Señalar la significación de los defectos o variaciones más

representativas.

En el tratamiento de aquellas narices sin traumatismo previo que presenten anomalías en algún sector de los cartílagos y, por ello, distorsión en grado variable de las interrelaciones cartilaginosas, normalizar primero las formas para luego establecer las correctas vinculaciones será, realmente, el procedimiento idóneo a seguir en estos casos evitándose tener que recurrir a la colocación de injertos con tejidos del paciente, o a la utilización de material de otra naturaleza para mejorar la definición nasal.

Es también oportuno hacer referencia del beneficio que, un amplio dominio de lo anatómico, reportará al cirujano en ocasión de ejecutar una rinoplastia estética primaria mediante técnicas a cielo cerrado.

En síntesis, lo hasta aquí mencionado se transforma en el principal objetivo de esta presentación.

MATERIALES Y MÉTODO.

Para el estudio fueron utilizadas 40 piezas anatómicas, fijadas con formol al 10%, correspondiente a individuos adultos, de raza blanca y de ambos sexos.

El material elegido, en su mayoría, presentaba piel de grosor intermedio, ángulo nasolabial de aproximadamente 90°, perfil con dorso rectilíneo y apropiada proyección de la punta.

En coincidencia con el trazado correspondiente a una osteotomía lateral bien baja (2mm. de los rebordes orbitarios) y utilizando una sierra adecuada, las narices fueron separadas del macizo facial. A continuación, mediante una técnica de disección rutinaria, se investigó a cada componente de la punta nasal, desde la superficie a la profundidad, para exponer su forma y relaciones.

En cuanto a los cortes, los mismos se realizaron siguiendo los ejes coronal y axial de la región.

Con el propósito de facilitar su identificación, algunos componentes de la arquitectura anatómica fueron resaltados coloreándolos con tinta especial para dibujo. Las imágenes que ilustran el trabajo fueron realizadas con una cámara digital Canon Powershot A490.

RESULTADOS.

Descripción Anatómica.

La punta nasal (o bulbo) se ubica en el tercio inferior, formando el techo o bóveda del sector vestibular y en su constitución participan:

- 1º) El manto cutáneo.
- 2º) El tejido dermoepidérmico vestibular.
- 3º) Los cartílagos laterales inferiores.
- 4º) El cartílago cuadrangular o septal.

1º) Manto cutáneo:

Especial consideración merece la contextura de la piel pues, de presentar exagerado grosor (piel seborreica), ello se convierte en verdadero obstáculo que dificultará la apreciación plena de las modificaciones introducidas en los cartílagos durante la práctica operatoria (3).

Incluso es factible encontrar casos en los que, a pesar de la existencia de un aceptable comportamiento cartilaginoso, la apariencia externa del tercio inferior responderá concretamente a la influencia de este tipo de cobertura (ciertos tipos de nariz negroide, rinofimas, etc).

Otros cuadros complejos están constituidos por la presencia de una piel fina cubriendo a las rodillas y ramas alares hipertróficas, o a las ramas internas con acentuada divergencia. En el primer caso, una punta globulosa será su corolario morfológico mientras que, en el segundo, una bifidez columelar ha de ser la eventual consecuencia.

2º) Revestimiento endovestibular:

En la cúspide de ambas áreas vestibulares se observa a la capa dermoepidérmica cubrir los segmentos anteriores de las ramas externas alares, inmediatamente después las caras profundas de las rodillas (aquí suele tener mayor grosor) y, por último, continuar su trayectoria como tapiz del septum y columela.

En los casos en que el ángulo anteroinferior del cuadrangular esté alejado de las rodillas (puntas nasales bien definidas) dicho tejido completará el espacio formando así la "pars membranosa", o blanda, del tabique vestibular. Al contrario, cuando dicho ángulo y las rodillas alares se encuentren a muy corta distancia entre sí o a igual nivel (puntas nasales con escasa definición), la falta de la "pars membranosa" resultará evidente (1) (Fig. 1, esquemas 1 y 2).

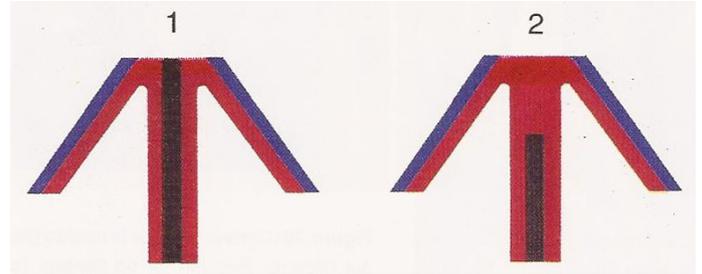


Fig. 1. Esquema de cortes coronales del vestíbulo: alares en azul, dermoepidermis en rojo y cuadrangular en negro. Obsérvese que en una punta de escasa definición (esquema 1) el borde anterior del cuadrangular está situado a igual nivel que los segmentos anterointernos de las ramas externas alares mientras que en una punta con buena definición (esquema 2) lo hace a distancia de las mismas destacándose así la presencia de la "pars membranosa", o blanda, del septo vestibular.

3º) Cartílago lateral inferior:

Su rodilla más los breves tramos iniciales de las ramas interna y externa que la continúan conforman, bilateralmente, la parte fundamental en el esqueleto del bulbo (Fig. 3).

4º) Cartílago cuadrangular:

El extremo distal del mismo contribuye a la configuración del septo vestibular. En una nariz con adecuada definición del ápex, la distancia entre su ángulo anteroinferior y la rodilla del alar fluctúa alrededor de 0,5 a 1cm (Fig. 8).

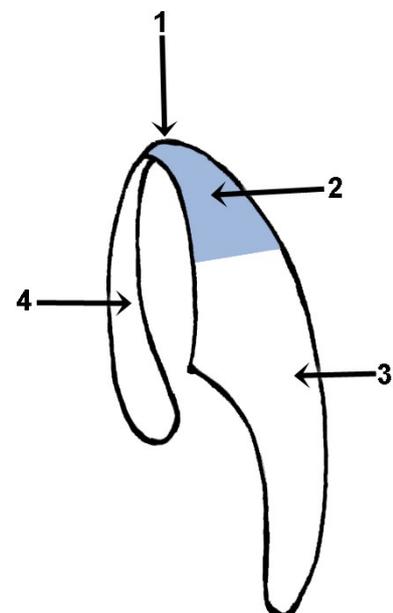


Fig. 3. 1. Rodilla del alar. 2. Segmento anterointerno de la rama externa. 3. Resto del cuerpo. 4. Rama interna del alar.

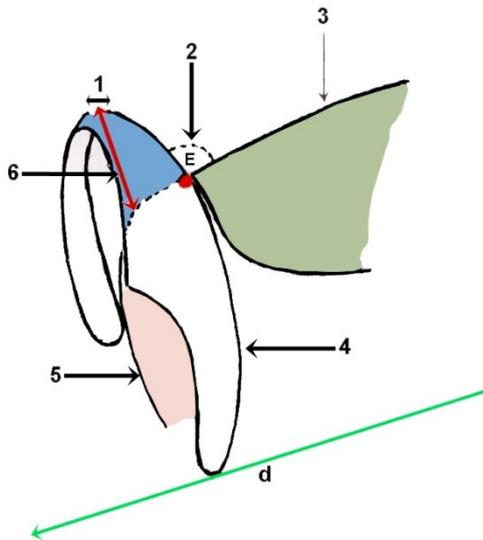


Fig. 8. 1. Rodilla alar. 2. Ángulo “E”, o dorso-alar y, en rojo, punto de contacto. 3. Tercio medio del dorso osteocartilaginoso. 4. Resto del borde superior de la rama externa. 5. Borde inferior del cuadrangular. 6. Distancia entre ángulo septal y rodilla del alar. d. Línea de la osteotomía basal

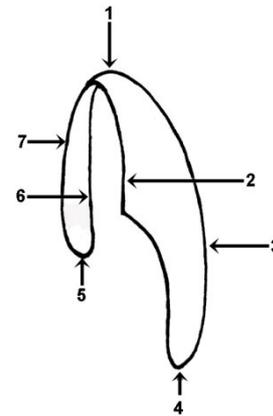


Fig. 1. 1. Rodilla. 2. Borde inferior de la rama externa. 3. Borde superior de la rama externa. 4. Cola de la rama externa. 5. Cola de la rama interna. 6. Borde superior de la rama interna. 7. Borde inferior de la rama interna.

Descripción de los Hallazgos.

1º) Cartilago lateral inferior o alar:

La imagen de una cinta que se dobla sobre sí, adquiriendo entonces un perfil en forma de herradura o arco aplanado, constituye el modelo representativo de esta estructura (Fig. 1) con su clásica división en tres segmentos: crus mediale, domo y crus laterale.

Observado “in situ”, una o sus dos ramas suelen presentar una leve rotación en su eje longitudinal de manera que el perímetro inferior se inclina ligeramente hacia fuera, mientras que el superior lo hace hacia dentro.

La rama interna, crus mediale o minor, interviene en la conformación de la columela o subtabique siendo su extremo anterior, a la vez, componente del ápice.

La rama externa, crus laterale o mayor, participa también de la conformación de la zona en estudio mediante su primer segmento o cuarto anterior. Este constituye el área de resección por excelencia para el tratamiento de la punta nasal, ya sea en el perfil y/o su ancho (1). El resto de la rama se establece como sostén de la pared lateral del vestíbulo.

El tercer componente, rodilla o domo, es el lugar de confluencia de ambas ramas y es esta zona de unión la que marca el punto culminante en la altura del hemi-anillo cartilaginoso (Zona del “tip”, Fig. 2).

Presenta una cara anterior y otra posterior. Sus bordes superior e inferior se confunden, hacia ambos lados, con los bordes de las ramas principales. El eje de este tramo intermedio está dispuesto, habitualmente, de arriba a abajo y dentro a afuera, siendo su longitud promedio de 2 a 4 mm.

Inmediatamente después de la rodilla aparece la ya mencionada primera porción del cuerpo de la crus laterale o segmento anterointerno (Fig. 3).

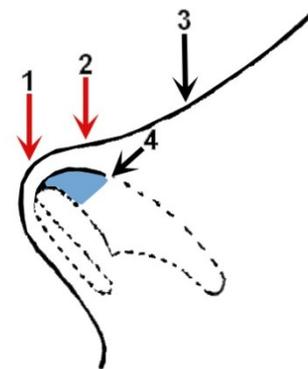


Fig. 2. 1. Zona de “tip”. 2. Zona de “supratip”. 3. Piel. 4. Segmento anterointerno del alar.

Si consideramos un apéndice nasal que muestre narinas alargadas en sentido ventrocaudal y las paredes laterales del vestíbulo planas (nariz caucásica) se verá al segmento en cuestión presentar una configuración igualmente aplanada y con ligera oblicuidad, de medial a lateral y de anterior a posterior.

Consta de dos caras, una es interna y recubierta por tejido endovestibular mientras que la otra, externa, lo está por la capa cutánea.

Respecto a los bordes debe destacarse que el inferior, en conjunción con el tramo opuesto del correspondiente a la rama interna homolateral, constituye un límite de la zona conocida como “triángulo blando o deshabitado” de la punta (pared anterior del ventrículo vestibular) (Figs. 4 y 5).

El superior, por su parte, se destaca en la definición del dorso de la punta por lo que merece especial atención (4) (Zona del “supratip”, Fig. 2).

En los preparados utilizados para este estudio, dicho borde se presenta con dirección casi perpendicular a la línea de osteotomía basal y, además, libre de conexiones con el cartilago triangular. (Figs. 7 y 19). La extensión del borde variará según las proporciones de los distintos componentes de la pared lateral de la nariz y se mide desde la rodilla hasta su reunión con el tercio medio del dorso nasal en el punto que corresponde al ángulo intercartilaginoso de la válvula nasal interna (unión de vértice de triangulares y cuadrangular) (Figs. 8 y 14).

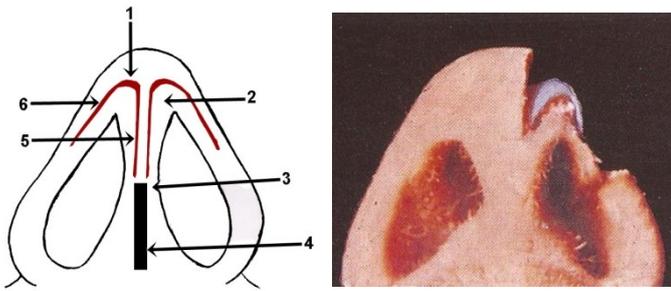


Fig. 4 y 5. (4) 1. Rodilla del alar. 2. Zona del ventrículo vestibular. 3. Columela o subtabique. 4. Porción distal del cuadrangular. 5. Rama interna del alar abreviada en longitud. 6. Rama externa del alar. (5) Tallado de una punta nasal que exhibe la rodilla del alar izquierdo con un ángulo cerrado. Narinas alargadas ventrocaudalmente.

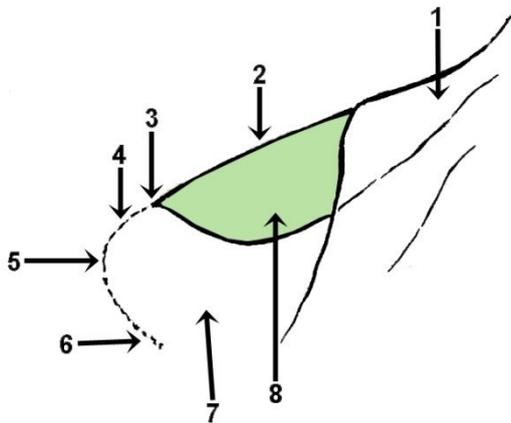


Fig. 14. 1. Hueso propio izquierdo. 2. Tercio medio del dorso nasal. 3. Punto intercartilaginoso de la válvula nasal interna. 4. Borde anterior del cuadrangular. 5. Ángulo antero inferior del cuadrangular. 6. Borde inferior del cuadrangular. 7. Porción distal del cuadrangular. 8. Cara externa del cartílago triangular

Previo a una rinoplastia estética primaria (casos sin deformidades severas), el cálculo de la futura conexión entre el borde y el dorso osteocartilaginoso puede intentarse uniendo mediante una recta, o eje "e", a la rodilla con la cola de la rama externa. Acto seguido se la divide en cuatro partes iguales. Así ha de verse que, tal como surge de las observaciones practicadas en preparados con narices de perfecta configuración, el contacto entre los dos elementos se lleva a cabo, aproximadamente, a nivel del punto 3 de la división efectuada (1) (Fig. 9).

Queda, de tal manera, delimitado el ángulo dorso-alar "E" cuya amplitud ha de variar, necesariamente, entre los 110° a 130° (Figs. 6, 7, 8, 19).

Hasta aquí se habló de un cartílago alar de óptimo diseño. Si esto no es así, la disposición plana de su rama externa comienza a modificarse cuando se vislumbra la aparición de una superficie roma, o convexa, colocada por fuera de su borde superior (1). Mínima en ocasiones (Fig. 10), en otras va adquiriendo distintos grados de desplazamiento lateral hasta llegar a una magnitud extrema en donde las caras del cuerpo alar pasan a denominarse anterior y posterior, al tiempo que las narinas se presentan en sentido horizontal (nariz negroide) (Fig. 11).

Concomitantemente, en estos ejemplos, el borde cefálico propiamente dicho del segmento anterointerno ha quedado relegado a una posición posterior respecto de la superficie convexa (1) (Fig. 12).

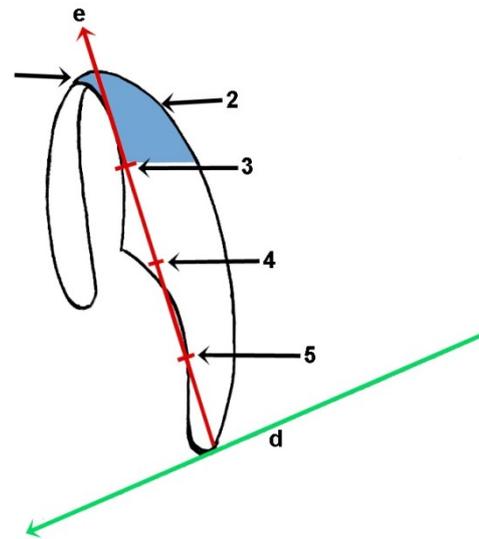


Fig. 9. 1. Rodilla del alar. 2. Borde cefálico del segmento anterointerno. 3. Punto 3 de la división de "e". 4. Punto 2 de la división de "e". 5. Punto 1 de la división de "e". e. Eje de la rama externa. d. Línea de la osteotomía basal.

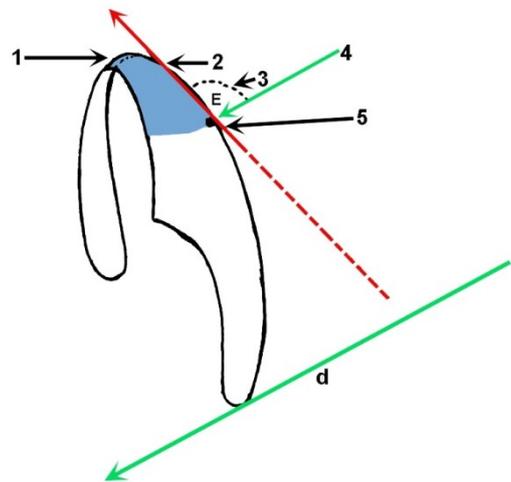


Fig. 6. 1. Rodilla alar. 2. Dirección del segmento alar respecto a la línea de osteotomía basal. 3. Ángulo dorso-alar "E". 4. Tercio medio del dorso nasal. 5. Punto de contacto entre los dos bordes. d. Línea de osteotomía basal.

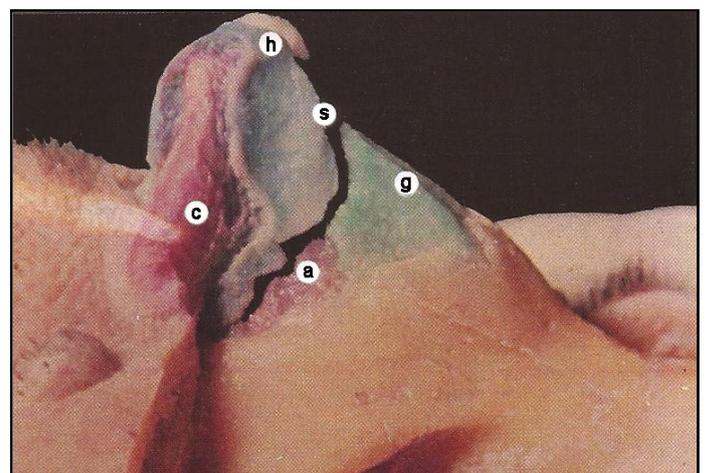


Fig. 7. Pirámide nasal separada del macizo facial. Escindida la cubierta cutánea en una nariz que presentaba perfil rectilíneo y punta definida se muestran: cartílagos triangular y alar con adecuada relación (formando un correcto ángulo dorso-alar "E"), región fibroadiposa del ala (c), membrana fibrosa (a), tercio medio del dorso nasal (g) y alar con su rodilla (h) y su borde superior (s).



Fig. 19. Vista lateral izquierda de una nariz cuyo dorso osteocartilaginoso muestra condiciones necesarias para la existencia de una punta con buena definición (presencia de un ángulo dorso-alar "E" entre 110° a 130° de amplitud). Cartilago lateral en azul; triangular en verde; punto intercartilaginoso de la válvula nasal interna en rojo y membrana fibrosa en sepia.



Fig. 10. Vista anterior de una nariz cuya rama alar externa derecha muestra su borde superior con leve superficie convexa (a).



Fig. 11. Vista anterior de dos narices cuyas ramas alares externas derechas (en azul) muestran pronunciadas superficies convexas por lo que sus caras pasan a denominarse anterior y posterior. Cartílagos triangulares, en verde. En rojo, el punto intercartilaginoso de la válvula nasal interna y, en negro, borde anterior y ángulo anteroinferior del cuadrangular.

En la figura 13 se exponen diversos tipos de irregularidades del cartilago alar que, casi con seguridad, han de manifestarse alterando una buena apariencia en el contorno nasal.

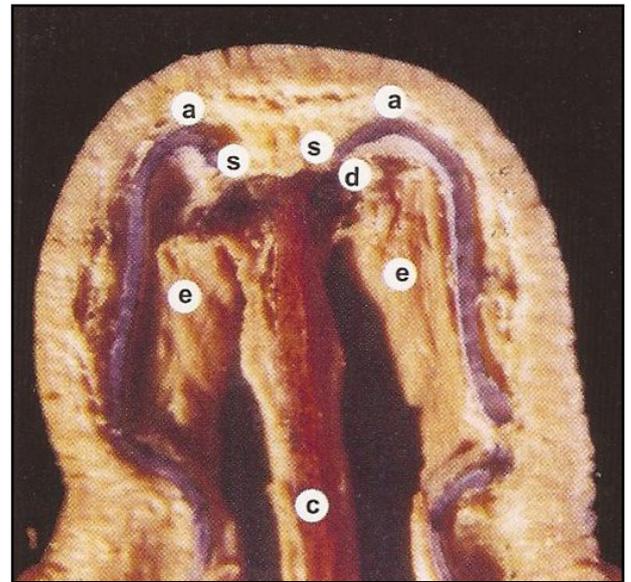


Fig. 12. Vista anterior de un corte coronal del vestibulo donde se aprecian discretas superficies convexas que producen ligero ensanchamiento de la punta nasal (a-a). Los bordes superiores de los segmentos anterointernos (s-s), quedan en un nivel posterior respecto a dichas superficies. Cuadrangular (c), vértice de triangular izquierdo (d) y válvulas endonasales (e-e).



Fig. 13. Vista lateral derecha de cartílagos alares con alguna de sus variantes.

2º) Cartilago septal:

La porción distal del cartilago cuadrangular ocupa el sector vestibular. En él, tanto su corto borde anterior como el ángulo anteroinferior que lo continúa discurren cubiertos por un magma célulofibroso que se dispone entre las ramas de los cartílagos alares (1, 2). El borde inferior constituye el límite del subtabique o columela (Fig. 8, 15).

Vinculaciones Intercartilaginosas como Factores Determinantes en la definición.

El estudio prosigue analizando la punta desde la base y desde el perfil:

a) Base nasal:

1º) La observación sistemática permite apreciar puntas nasales de reducido diámetro transversal frente a otras con acentuado aumento del mismo. Esto último, generalmente, es consecuencia de la ampliación del ángulo o techo de cada ventrículo vestibular formado, bilateralmente, entre los segmentos anteriores de las ramas interna y externa (Figs. 16 y 17).

2º) Resecada la piel que cubre la cara inferior columelar, se advierte que tanto el ángulo anteroinferior como una parte del borde inferior del cartilago cuadrangular se presentan alejados (a mayor o menor distancia según los casos) del extremo anterior de las ramas internas alares, mientras que el resto del borde cartilaginoso inferior lo hace introducido en el sector posterior de dichas ramas (1).

Con respecto a las rodillas alares la separación entre ellas y el ángulo oscilará de 0,5mm. a 1cm. cuando se la mida en una punta bien definida y será menor de 0,5 mm. al hacerlo en una indefinida (Fig. 18).

El septum vestibular y la columela se encuentran tapizados, bilateralmente, por tejido dermoepidérmico (Fig. 15).

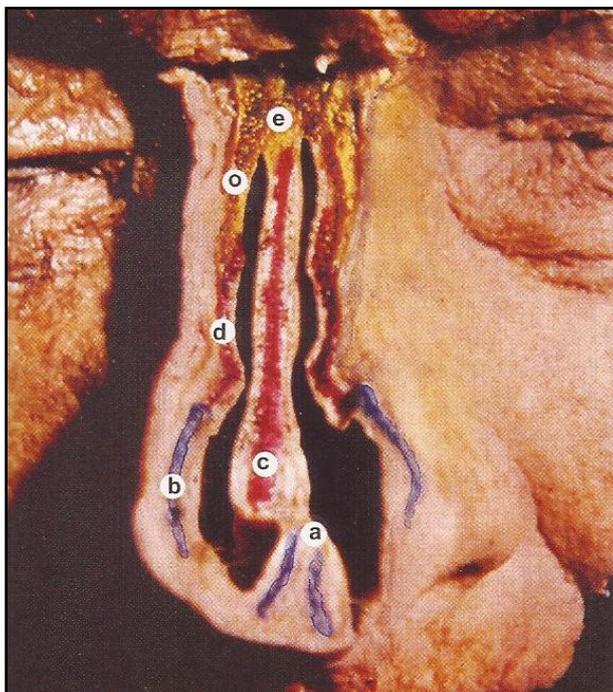


Fig. 15. Corte axial mostrando la presencia del sector distal del cuadrangular (c) en el vestíbulo nasal. Ramas internas levemente dislocadas (a); lámina del etmoides (e); hueso propio (o); triangular (d) y rama externa alar (b).

b) Perfil de la punta nasal:

Aquí el comportamiento de la piel y los cartílagos resulta sumamente complejo debiéndose valorar la influencia de cinco elementos clave que, al conjugarse apropiadamente, establecen una satisfactoria definición.

Ellos son:

1º) El manto cutáneo de un grosor intermedio.

2º) La rodilla presentar un eje con 3 a 4mm. de extensión.

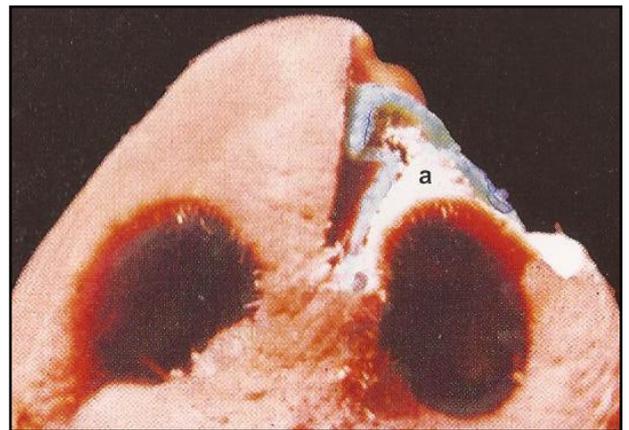


Fig. 16. Base nasal mostrando una punta donde los extremos anteriores de sus ramas interna y externa forman un ángulo de escasa apertura. Pared anterior del ventrículo vestibular (a). Narinas dispuestas ventrocaudalmente.

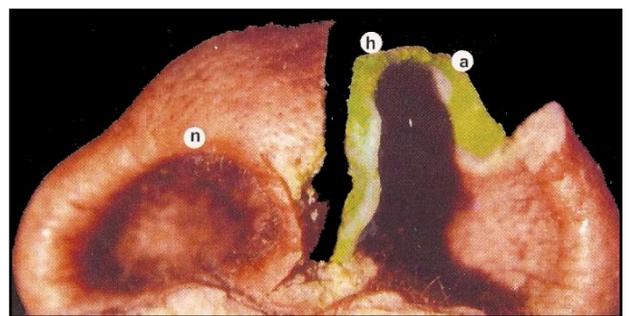


Fig. 17. Base nasal de punta ancha y narinas alargadas transversalmente. Amplia base del triángulo blando (n). Rodilla izquierda en color verde (h) y rama externa con apreciable convexidad (a).

3º) El segmento anterointerno alar ha de mostrar caras planas, borde cefálico libre de conexión con el triangular y una dirección de marcada perpendicularidad en relación a la línea de osteotomía basal.

4º) Respecto al contacto de dicho segmento con el tercio medio del dorso osteocartilaginoso, el mismo deberá concretarse a nivel del punto N° 3 de la división citada más arriba creándose así, entre ellos, el ángulo dorsoalar "E" de 110° a 130° de amplitud.

5º) Entre la rodilla y el ángulo anteroinferior del cuadrangular la diferencia de altura ha de variar de 0,5mm a 1cm.

La existencia de anomalías, en uno o más de los elementos citados, han de contribuir al establecimiento de diversas configuraciones (por ej., la presencia de piel seboreica puede crear una imagen externa del tercio inferior nasal sin correspondencia con la disposición normal estrato cartilaginoso subyacente).

Clasificación del Perfil de la Punta Nasal.

Como resultado del análisis y consideración del material utilizado, proponemos la siguiente clasificación:

1) Punta definida: La presencia de los cinco factores, con las características enunciadas, establecen una adecuada conformación del sector (Fig. 19).

2) **Punta indefinida:** Una diferencia en el factor “5” menor de 0,5mm, sumado a la presencia de un ángulo “E” mínimo, harán que el tercio medio del dorso se encuentre nivelado con la rodilla del alar generándose así una pobre definición de la punta nasal (Fig. 20).

3) **Punta hipoindefinida:** El tercio medio del dorso se encuentra por sobre el nivel de la rodilla del alar, configurando una rinocifosis. En algunas ocasiones también lo está el ángulo anteroinferior del cuadrangular (Fig. 21).

4) **Punta hiperdefinida:** La rodilla alar aparece con excesiva proyección anterior respecto al resto del dorso. Esto suele observarse como secuela de rinoplastias a consecuencia de haber realizado una excesiva reducción del mismo.



Fig. 20. Vista lateral izquierda de una nariz cuyo dorso osteocartilaginoso presenta condiciones que determinan la existencia de una punta indefinida (borde anterior del triangular nivelado con respecto al segmento inicial de la rama externa y la rodilla del alar, es decir, ausencia del ángulo dorsoalar “e”). Cartilago alar en azul; triangular en verde; membrana fibrosa en sepia. Entre hueso propio y cartilago triangular se muestra, seccionado, al nervio nasolobular (en amarillo).



Fig. 21. Punta hipoindefinida. Perfil izquierdo de un dorso osteocartilaginoso con aspectos de sus componentes que determinan elevado grado de indefinición en su tercio inferior (mayor nivel del borde anterior del triangular con respecto al de la rodilla del alar). Borde anterior del cuadrangular en negro; cartilago alar en azul; triangular en verde; membrana fibrosa en sepia y punto intercartilaginoso de la válvula nasal interna en rojo.

DISCUSIÓN.

El tema de la punta nasal está ampliamente tratado y difundido. La descripción anatómica ocupa lugar de preferencia, pero lo que promueve una inmediata consideración es:

1º) Los dibujos que ilustran a dichos artículos no reflejan, en general, las características y conexiones de los elementos anatómicos aquí analizados, es decir, no concuerdan, como debiera ser, con un arquetipo de excelencia que pudiera servir de guía al interesado para extraer conclusiones acertadas aplicables a la corrección de los defectos.

2º) La presencia, en ciertos casos, de ilustraciones con preparaciones anatómicas o, en otros, mostrando detalles que provienen de una práctica quirúrgica, pero que en definitiva no guardan sintonía con el concepto del punto anterior.

Este trabajo se ha propuesto minimizar el déficit enunciado recurriendo a las fuentes naturales, es decir, determinando como punto de partida fundamental para el estudio de las formas y relaciones una concepción estructural que, particularmente, la propia Naturaleza nos proporciona como modelo ideal.

Un espacio de reflexión merece también el tema de las vías de abordaje a utilizar en una rinoplastia estética primaria que puede variar entre las más antiguas denominadas a cielo cerrado o, las más recientes, a cielo abierto.

Resulta indudable que la elección del método que suponga una menor agresión de los tejidos disminuyendo así el riesgo de resultados desfavorables, por ejemplo presencia de cicatriz fibroqueloides (visible externamente), ha de ser lo aconsejable.

Por otra parte, el estricto dominio de lo anatómico es una exigencia que no puede ni debe soslayarse bajo ningún concepto.

CONCLUSIÓN.

El núcleo central de este artículo radica en resaltar el beneficio que el saber anatómico representa para la correcta ejecución de rinoplastias estéticas primarias. Es imprescindible, por lo tanto, admitir que un riguroso concepto de cada estructura, de las debidas proporciones y del adecuado comportamiento que debe existir entre ellas conllevará, sin dudar, a obtener la indispensable seguridad durante la práctica quirúrgica y, con ello, la obtención de un buen resultado.

Lo expresado adquiere máxima trascendencia cuando se opta por utilizar técnicas operatorias cerradas.

REFERENCIAS.

1. Giacomotti J. D.: “Atlas anatómico quirúrgico nasal. Fundamentos para la rinoplastia”. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires 2003. ISBN 950-9020-89-3
2. Giacomotti J. D. (Giacomotti J.D.): “Disposición de una hoja celulofibrosa en la región nasal”. XL Congreso Argentino de Cirugía. 1970; 19 (5-6): Págs. 460/1
3. Barsky A. J.; Khan S.; Simon B. E.: “Principios y práctica de la Cirugía Plástica y Reconstructiva”. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1967.
4. Converse J. M. : “Reconstructive Plastic Surgery”. Vol. II. The head and neck. ISBN 0-7216-2676-9. 1964. W. B. Saunders Company. Philadelphia and London.

5. Coiffman: "Cirugía Estética y Reconstructiva de la Cara y del Cuello". Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana (AMOLCA). Colombia. Tomo II - 3a. Edición- 2007. ISBN: 978-958- 8328- 00-3-

6. Latarjet M. y Ruiz Lliard A.: "Anatomía Humana". Volumen II. Editorial Médica. Panamericana. México. 1992. ISBN 968-7157-32-1

Comentario sobre el artículo de Aplicación de la Anatomía:
Anatomía de la Punta Nasal.



PROF. DR. RICARDO LOSARDO

- Editor Honorario de Revista Argentina de Anatomía Online.
- Ex – Presidente de la Asociación Argentina de Anatomía.
- Presidente Honorario de la Asociación Panamericana de Anatomía.
- Presidente Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
- Prof. Tit. Carrera de Especialista en Cirugía Plástica (USAL).
- Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología Marie Curie.

Revista Argentina de Anatomía Online 2013, Vol. 4, Nº 1, pp. 13.

Este trabajo basado en una serie de 40 disecciones cadavéricas de adultos, realiza una clasificación personal de la anatomía de la punta nasal, en 4 tipos. Ilustrada con una creativa iconografía y coloreadas fotografías de disecciones. Las disecciones realizadas eran sobre narices normales sin presentar patología alguna. Los autores hacen hincapié en el conocimiento exhaustivo de la morfología de la punta nasal y su utilidad en la rinoplastia, particularmente en la definición de la punta nasal. Especial énfasis pusieron en la anatomía cartilaginosa y la cubierta cutánea, mostrando las distintas variaciones posibles.

Es conocido el desafío que implica para el cirujano plástico lograr un resultado satisfactorio tanto para el paciente como para él mismo. Este trabajo constituye una valiosa herramienta para lograr dicho objetivo.

Felicito en especial al Dr. José Giacomotti por la dedicación y el estudio que le ha brindado a la anatomía nasal y su relación con la cirugía plástica a lo largo de toda su vida profesional, siendo este trabajo un resumen de lo dicho.

Prof. Dr. Ricardo Losardo