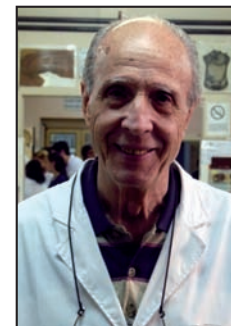


Anatomía del dorso nasal. Estudio del tercio inferior en la nariz naturalmente armónica

Anatomy of the nasal dorsum. Study of the lower third in the naturally harmonic nose



Giacomotti, J.D.

José D. GIACOMOTTI*, Agustín ALI*, Tomás LÓPEZ**, Héctor PIQUÉ***

Resumen

Introducción y Objetivos. De un heterogéneo conjunto compuesto por 30 prototipos nasales seleccionamos deliberadamente 10 que presentaban perfil con óptima definición del dorso y piel de grosor intermedio con el fin de investigar sistemáticamente, en estos últimos, al segmento inicial del borde superior de la rama alar externa y al tramo distal del borde anterior del cartílago triangular.

Material y Método. Mediante disecciones rutinarias, realizamos el análisis con material de individuos adultos, de ambos sexos y raza blanca, previamente formolizado.

Resultados. Identificamos sus características regulares y según diferencias encontradas en el resto del material disponible, 20 prototipos, intentamos posteriormente una clasificación pertinente.

Conclusiones. Esta secuencia analítica nos orientó hacia el principal objetivo de nuestro trabajo, o sea, demostrar con propiedad que el singular comportamiento entre ambos elementos cartilagosos configura, invariablemente, un profundo ángulo promotor de suficiente proyección en el perfil cutáneo del tercio inferior nasal.

Abstract

Background and Objective. From a heterogeneous set consisting on 30 nasal prototypes, we deliberately selected 10 that presented profile with optimum definition of the dorsum and intermediate thickness skin in order to systematically investigate, in the last ones, the initial segment of the upper border of the external wing branch and the distal segment from the anterior border of the triangular cartilage.

Methods. Through routine dissections, the analysis was performed with previously formolized material of adult individuals, both sexes and white race.

Results. We identified their regular characteristics and according to differences found in the rest of the available material, 20 prototypes, we intended later a relevant classification.

Conclusions. This analytical sequence directed us towards our main objective that is to demonstrate with propriety that a singular behavior between both cartilaginous elements invariably configures a deep promoting angle of sufficient projection in the cutaneous profile of the lower nasal third.

Palabras clave Anatomía nasal. Punta nasal.
Tercio inferior nasal, Rinoplastia.

Nivel de evidencia científica 4 Diagnóstico

Recibido (esta versión) 9 octubre/2016

Aceptado 12 noviembre/2016

Key words Nasal anatomy, Nasal tip,
Lower nasal third, Rhinoplasty.

Level of evidence 4 Diagnostic

Received (this version) 9 october/2016

Accepted 12 november/2016

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

* Especialista en Cirugía Plástica.

** Auxiliar Docente, Equipo de Disección de la Segunda Cátedra de Anatomía Normal.

*** Especialista en Cirugía Plástica, *in memoriam*.

Introducción

En la anatomía del cuerpo humano la nariz es un órgano que goza de verdadera complejidad arquitectónica, y en ella, el dorso puede ser considerado como entidad anatómicoquirúrgica. Formas, relaciones y proporciones adecuadas constituyen pilares elementales cuya rigurosa obediencia sustentará eficazmente la solución quirúrgica en cierto grupo de imperfecciones estéticas nasales (Fig. 1). Estos tres factores intervienen en todo el armazón osteo-cartilaginoso nasal, pero adquieren considerable interés en el área de la punta o vértice vestibular, sitio donde el éxito del cirujano dependerá, en gran escala, de su sapiencia anatómica cualquiera que sea la técnica quirúrgica que desarrolle, aunque obviamente, la denominada como “cielo cerrado” (técnica de Jacques Joseph, 1901) es la que más la requiera. Quien domine la punta dominará la rinoplastia. Esta premisa fue emitida por Fomon en los albores del siglo XX (1).

Como es de rigor, la literatura consultada hace alusión al tema (2,3), pero resulta poco convincente en lo esencialmente anatómico, ya sea por lo tangencial de su enfoque o porque los resultados que aporta fueron, quizás, obtenidos por medio de la ancestral línea de investigación que incluye, sin discriminación ni orden alguno, todo tipo de narices. Para nosotros, en cambio, comenzar estudiando sólo aquellas con un perfil cuyo dorso esté naturalmente bien definido (Fig. 2) (4,5) nos pareció el método que podría brindar mejores perspectivas, razón por la cual lo elegimos y lo adoptamos como tutor. Agrupamos para analizar por separado las narices cuyos perfiles exhibían dorsos con otras características (Fig. 3-4).

Este proceder nos permitió catalogar minuciosos detalles estructurales de los cartílagos y descifrar cómo

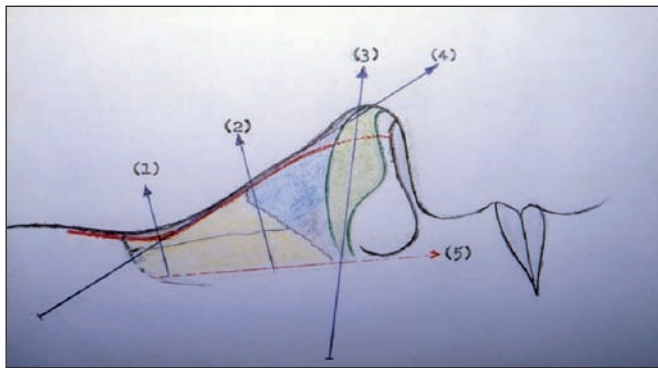


Fig. 1. Perfil nasal definido: el dorso cutáneo, en los tercios superior y medio es rectilíneo, mientras que en el tercio inferior exhibe un suave quiebre o proyección (ángulo superficial de 160° aproximadamente). Esquema básico utilizado para indicar formas, relaciones y proporciones apropiadas de los componentes (las líneas paralelas se marcan desde la línea de osteotomía lateral hasta el borde óseo anterior).

- 1: La paralela aa' (1) es siempre igual a la mitad de bb' (2).
- 2: En todos estos casos y mientras el ángulo nasolabial esté en 90°, se comprobará que la prolongación de la tangente al borde óseo anterior (4) pasa rasante a la rodilla o domo alar.
- 3: Es longitud del eje de la crus lateralis (entre rodilla y cola) (3).
- 4: Es la línea de osteotomía lateral colocada a 2 mm. del reborde orbitario (5). Obsérvese, en este selectivo modelo nasal, que la disposición adecuada del segmento inicial del borde superior alar, y la del tramo distal del borde anterior del triangular generan un profundo ángulo cartilaginoso correcto. Dorso: en trazo negro el cutáneo, en rojo el osteo-cartilaginoso; alar en verde; triangular en celeste y pared lateral ósea en amarillo.



Fig. 2. Modelo utilizado como base para el estudio de las formas, relaciones y proporciones nasales adecuadas.

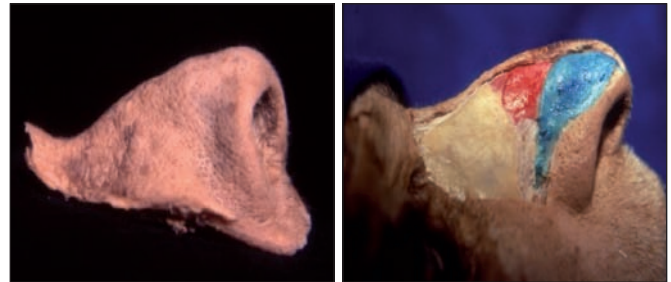


Fig. 3 y 4. Ejemplos con perfil incorrecto. Cartílago triangular en rojo y cartílago alar en azul.

interactúan para brindar un resultado idóneo. La serie de verificaciones confiables alcanzada nos habilitó para comparar perfección con imperfección, señalar las variaciones, y clasificarlas. El haber seguido fielmente dicha conducta posibilitó completar un círculo virtuoso. Cuestiones cruciales como superficies ocupadas, relaciones, formas, medidas y roles particulares de cada componente, necesitan información precisa. Lo contrario sería perjudicial para el quehacer de quien realiza la intervención quirúrgica.

Enriquecer las conclusiones será el destino común de todos los hallazgos. En otro sentido, el uso de términos ambiguos que puedan engendrar cierto grado de confusión debe evitarse en la medida de lo factible. Tratándose de rinoplastia estética primaria, en aquellos casos exentos de acentuadas malformaciones cartilaginosas congénitas o carentes de estigmas por variados traumatismos, todo lo esbozado cobra especial trascendencia.

Sintetizando, en el trabajo que presentamos investigamos empíricamente las diversas facetas de los cartílagos superior e inferior en la nariz naturalmente bien estructurada, para que los datos así obtenidos demuestren que el profundo conocimiento de la verdad anatómica de la nariz es indispensable para llegar a una solución quirúrgica eficiente; o sea: dominar *a priori* la perfección para poder actuar sobre lo imperfecto.

Material y método

Corresponde mencionar que el tema sobre el que ahora profundizamos en su análisis ya lo hemos expuesto parcialmente en sendas publicaciones de nuestra autoría.

De ellas, tomamos las figuras 5-6-8-9-10-15-16-21 (4) y las figuras 7-11-12-13-14-17-20-24 (5). Las figuras 1-2-3-4-18-19-22-23-25-26 son nuevas.

Utilizamos material perteneciente a especímenes humanos adultos, de ambos sexos y de raza caucásica, fijado con solución de formol al 10%.

Separamos las narices del macizo facial mediante corte con sierra recta siguiendo una línea de osteotomía lateral bien baja (a 2 mm. del reborde orbitario), y tras la resección del manto cutáneo, iniciamos el estudio correspondiente (Fig. 5).

Coloreamos elementos en las preparaciones nº 4-5-6-8-16-17-20-21-22-23-24 para agilizar la comprensión.

Usamos una lente de 4 aumentos para la ampliación óptica junto a leds de iluminación marginal.

Tomamos la mayoría de las fotos, que luego fueron digitalizadas, con una cámara Nikon® FM más lentillas de aproximación 1, 2, 3, mientras que para las figuras 2-3-17-20-23-24 usamos una cámara digital Sony® Cyber-Shot DSC W530 de 14,1 megapixels.

RESULTADOS

La cúspide del cartílago alar posee, bilateralmente, un lado externo compuesto por un sector de la *crus lateralis*, y un lado interno compuesto por otro sector de la *crus medialis* (el borde caudal de éste forma parte del infradomo)



Fig. 5. Disecadas las partes blandas de una nariz que presentaba perfil cutáneo definido se muestran, en rojo, la ubicación de la línea de osteotomía lateral a 2 mm. del reborde orbitario y la de las paralelas usadas para medir la altura de la pared.



Fig. 6. Tallado de la punta para exponer su componente cartilaginosa. Narinas alargadas ventrocaudalmente y rodilla con ángulo cerrado.

siendo la rodilla, o punto culminante, el medio de unión. Tomando esto como precedente para nuestra interpretación sobre el concepto de punta nasal, sugerimos que el mismo debe concebirse incluyendo los tres elementos (Fig. 6), mientras que para describir el de su contorno (perfil) son suficientes la rodilla o domo (*tip* en inglés), una porción del borde superior de la *crus lateralis* (supradomo propiamente dicho – *supratip* en inglés) y el tramo dista del borde anterior del cartílago triangular.

El segundo ítem requiere ciertas reflexiones sobre (4,5):

- 1) Rodilla o domo (6). Este sector puede catalogarse variable de ajuste (ablación) en el caso concreto de malformación congénita (nariz tipo Pinocho) o en los casos secundarios a una desafortunada rinoplastia (por excesiva reducción del dorso).
- 2) Supradomo propiamente dicho, que describimos como: segmento anterointerno del borde superior de la rama alar externa, comprendido entre el domo y el vértice del cartílago triangular. Lo clasificamos en:
 - Normal
 - Breve
 - Incorrecto
 - Extenso
 - Sustituto, que significa reemplazo del supradomo propiamente dicho por otro elemento, ya sea el borde anterior y vértice del triangular o el borde del cuadrangular más su ángulo. Admite los sinónimos retro o postdomo (Fig. 7-8).
- 3) Tramo distal del borde anterior del cartílago triangular y su reunión con el inferior formando el vértice, que se encuentra nivelado con el borde anterior del cartílago cuadrangular (Fig. 9).

Perfil del tercio inferior nasal

La presencia de un domo y supradomo normales (4,5) coexistiendo adecuadamente con el tramo distal del borde anterior del cartílago triangular, será condición *sine qua non* para la perfecta demarcación del perfil del dorso en el tercio inferior de la pirámide nasal (Fig. 10).

En concordancia, ciertas características son esenciales, por ejemplo:

- a) Que la rodilla, formando parte de un ángulo agudo (Fig. 6), muestre una distancia de 3 a 4 mm. entre sus bordes superior e inferior y que estos, de inmediato, continúen como los cuatro bordes de las ramas siendo capital el superior de la externa (supra-retro o postdomo) (Fig. 11-1).
- b) Que el eje “e” (rodilla-cola) de la rama alar externa se divida en cuatro partes iguales (Fig. 12-e)
- c) Que la separación entre primer y segundo cuartos anteriores indique, en el borde, el punto clave para la coincidencia inter-cartilaginosa (Fig. 12-3 y 13-5) y que, en un alar de contorno ovalado, la suave convexidad del supradomo propiamente dicho mantenga un curso bastante perpendicular a la línea de la osteotomía lateral (Fig. 13-2).

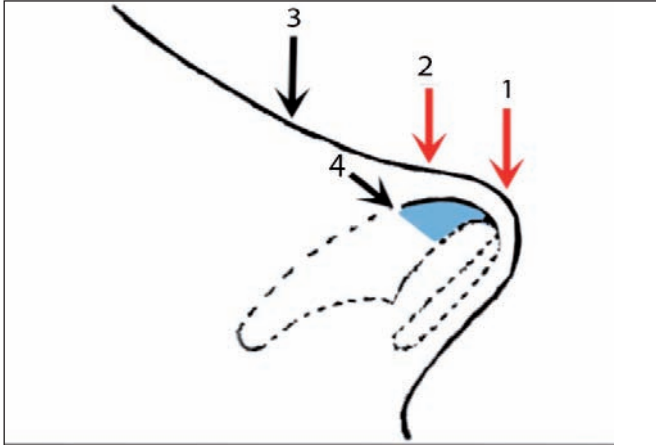


Fig. 7. 1: Zona del "domo".
2: Zona del punto de quiebre o rompimiento (break) superficial.
3: Piel.
4: Segmento antero-interno de la crura lateral (en celeste).



Fig. 10. Reunión de domo, supradomo y borde del triangular consolidando la existencia de un ángulo dorso-alar perfecto.



Fig. 8. Preparado con disposición correcta del supradomo propiamente dicho y del borde anterior del triangular (éste produce un quiebre o rompimiento profundo del supradomo) para formar un ángulo dorso-alar "E" con amplitud entre 110° y 130°.

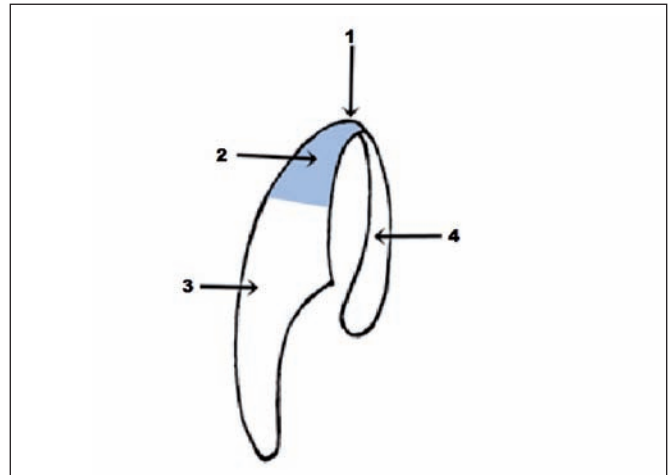


Fig. 11.
1: Rodilla del ala.
2: Segmento antero-interno de la rama externa (en celeste) con el primer tramo del borde superior.
3: Resto del cuerpo alar.
4: Rama interna del ala



Fig. 9. Vértice del cartílago triangular en una pieza esquelizada.

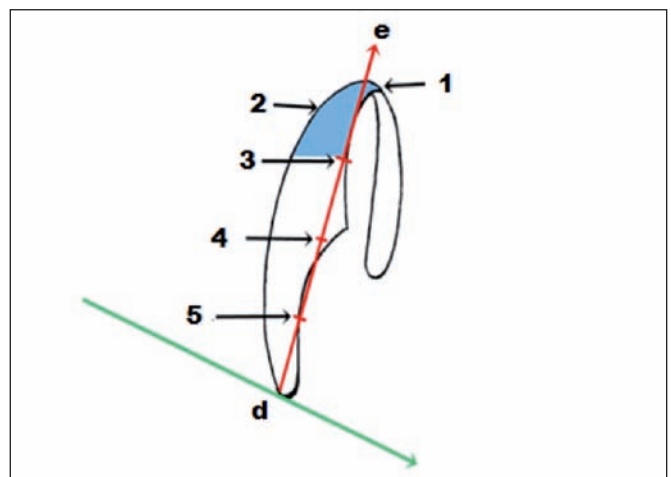


Fig. 12.
1: Rodilla del ala.
2: Borde cefálico del segmento antero-interno (supradomo propiamente dicho).
3: Punto 3 de la división de "e".
4: Punto 2 de la división de "e".
5: Punto 1 de la división de "e".
e: Eje de la rama externa.
d: Línea de osteotomía lateral.

d) Que el borde anterior del cartílago triangular mantenga, proximalmente, igual nivel que el dorso óseo, pero que su tramo distal experimente, por unos milímetros, una leve inclinación hacia posterior para nivelar su extremo con el borde anterior del cartílago cuadrangular (Fig. 14-3).

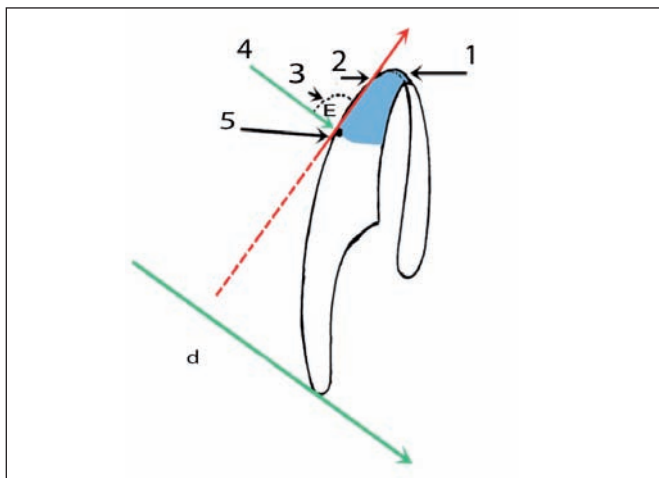


Fig. 13.
 1: Rodilla alar.
 2: Dirección del borde del segmento respecto a la línea de osteotomía lateral.
 3: Ángulo dorso-alar "E".
 4: Tercio medio del dorso nasal.
 5: Punto de contacto entre los dos bordes.
 d: Línea de osteotomía lateral.

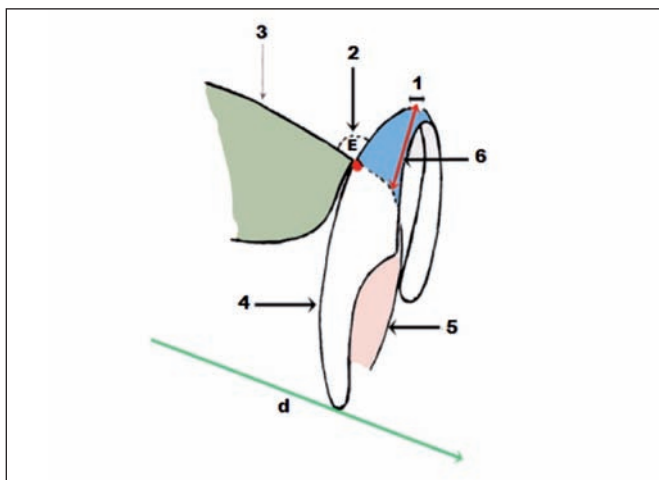


Fig. 14.
 1: Rodilla alar.
 2: Ángulo "E" o dorso-alar (110° a 130°).
 3: Tercio medio del dorso osteocartilaginoso con el declive correspondiente.
 4: Resto del borde superior de la rama externa.
 5: Borde inferior del cuadrangular.
 6: Distancia entre el ángulo septal anterosuperior y la rodilla alar.
 d: Línea de osteotomía lateral.
 El punto rojo indica el sitio de la perfecta reunión de los bordes cartilagosos de triangular y alar (punto 3 de la división).

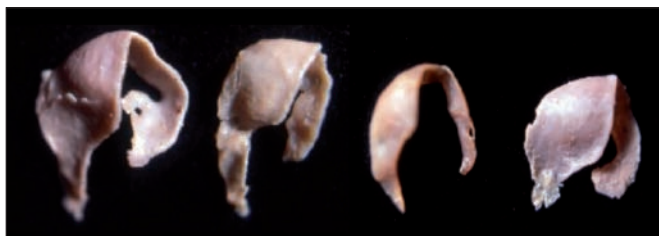


Fig. 15. Diversas presentaciones del borde superior alar.

El cumplimiento de todo lo enunciado coadyuvará para formar el indispensable ángulo de definición dorso o triángulo-alar "E" (entre 110° y 130° de amplitud) (Fig. 10).

Como se verá, cualquier alteración en alguno/s de estos ítems repercute desfavorablemente en la definición del dorso en el tercio inferior nasal.

En los preparados de cartílagos alares se perciben varias presentaciones del primer segmento del borde superior de la rama externa (Fig. 15)

Una vez asentadas la delimitación del supradomo y la importancia de su relación con el borde anterior del cartílago triangular (5), se puede avanzar en la descripción.

Clasificación del perfil del tercio inferior nasal: tipos y subtipos

1º) Definido (con supradomo normal)

Se origina cuando el supradomo propiamente dicho sostiene, desde su comienzo, una convexidad con orientación bastante perpendicular a la línea de osteotomía lateral y una longitud, medida entre la rodilla y el vértice del triangular, que fluctúa entre 0.5 y 10 mm., mientras que el borde anterior del cartílago triangular, en su tramo distal, cambia ligeramente hacia posterior para relacionarse con dicho supradomo.

Esta disposición promueve la existencia de una figura angular (dorso-alar o triángulo-alar "E") cuya amplitud, entre 110 y 130°, es certeza de buena definición en el perfil cutáneo (Fig.16-17).



Fig. 16. Preparado con dorso nasal rectilíneo, punta bien definida y piel de grosor intermedio. El borde lateral izquierdo de los tejidos de cubierta seccionados muestra distinto espesor según el sector. La relación de los cartílagos condiciona un perfecto ángulo "E". Músculo transverso (en rosado) y rama externa alar (en celeste).



Fig. 17. Vista lateral derecha de una nariz cuyo perfil osteocartilaginoso presenta un ángulo "E" de entre 110° y 130° de amplitud, lo cual permitirá la existencia de un dorso del tercio inferior con buena definición. Cartílago lateral en azul; triangular en verde; punto o vértice intercartilaginoso de la válvula nasal interna en rojo y membrana fibrosa en sepia.



Fig. 18. En verde, cartílago triangular. El vértice contacta con el supradomo (en rojo) a menos de 0.5 cm. de la rodilla. Alar en azul. Pared lateral en amarillo.



Fig. 19. Cartílago triangular en verde. Su vértice contacta con el supradomo (en rojo) entre 0.5 y 1 cm. de la rodilla. Alar, en azul. Pared lateral ósea en amarillo.

2º) Indefinido o rectilíneo

Presenta los mismos elementos del arquetipo anterior, pero las variaciones en forma, relaciones y medidas o proporciones cartilaginosa justifican tres subtipos:

- a) **Subtipo I** (con supradomo correcto breve – indefinición simple).
 Todo el borde superior de la rama alar mayor ofrece forma y dirección apropiada, pero el vértice del triangular lo contacta a menos de 0.5 cm. de la rodilla. Esto favorece una existencia angular mayor a 130° (tendencia al ángulo llano) que minimiza la función de definición o proyección cutánea (Fig. 18).
- b) **Subtipo II** (con supradomo incorrecto – indefinición simple) En gran parte de su recorrido, el segmento anterointerno alar mantiene una trayectoria casi paralela a la línea de osteotomía lateral, cambiando cerca del final, en pocos pero suficientes milímetros, para conectarse con el vértice del triangular sin alterar la distancia entre 5 y 10 mm. de la rodilla o domo. No obstante la disposición aceptable del triangular, una figura ostensiblemente inadecuada del borde alar, determina que la presencia del ángulo dorso-alar no reditúa suficiente definición en el contorno del tercio nasal inferior (Fig. 19). Esta presentación, junto a las de las Fig. 20-22-23/24, justifica la propuesta de lla-



Fig. 20. Vista lateral derecha de una nariz cuyo dorso osteocartilaginoso presenta condiciones que determinan la existencia de indefinición cutánea en el tercio inferior nasal. Cartílago alar en azul; triangular en verde; membrana fibrosa en septa. Entre hueso propio y cartílago triangular se muestra, seccionado, al nervio naso-lobular (en amarillo).



Fig. 21. Preparado que muestra la presencia de un cuerpo triangular de reducidas dimensiones donde su vértice no puede relacionarse con el supradomo propiamente dicho, en cambio sí lo hacen el borde del cuadrangular y su ángulo. Triangular y borde septal en rosa, alar en azul, pared lateral, en amarillo y eje de rodilla con medida normal.

mar supra-retro o postdomo al borde cefálico alar que continúa al domo.

- c) **Subtipo III** (con supradomo incorrecto – indefinición compuesta)
 Existe al incumplir los cartílagos las condiciones necesarias para una buena definición; o sea, por un lado el borde alar exhibe una inapropiada longitud y dirección de su primer segmento o supradomo, mientras que por otro, el triangular presenta su tramo distal y vértice confundiendo con el nivel del primero, es decir, total ausencia del ángulo dorso-alar “E” (Fig. 20).
- d) **Subtipo IV:** variedad infrecuente (supradomo sustituto grado I)
 - a) En ocasiones, el tercio medio del dorso está compuesto por un cartílago triangular de reducidas dimensiones, por lo cual su vértice no alcanza el primer segmento alar pero sí lo hacen un libre y extenso borde anterior del cuadrangular junto a su ángulo antero-superior (Fig. 21).
 - b) En otras (7), la desafortunada ejecución de una rinoplastia ocasiona diversos niveles de hi-



Fig. 22. Caso de nariz con supradomo sustituto grado II. Marcación previa a la disección. En negro, borde de hueso propio y apertura piriforme; en rojo, borde anterior de cartílago triangular y ángulo anterosuperior del cuadrangular, y en azul, bordes de la *crus lateralis*.

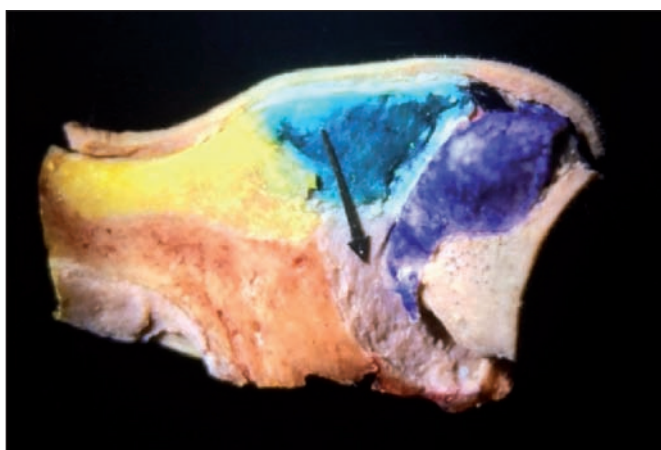


Fig. 23. En amarillo, hueso propio derecho; en sepia, apófisis ascendente del maxilar superior; en verde, cartílago triangular; en negro, ángulo del cuadrangular y en azul, rama alar externa. La flecha indica la membrana fibrosa.



Fig. 24. Perfil derecho de un dorso osteocartilaginoso con aspectos de sus componentes que determinarán elevado grado de indefinición cutánea en su tercio inferior (mayor nivel del borde anterior del triangular con respecto al de la rodilla alar). Borde anterior del cuadrangular en negro; cartílago alar en azul; triangular en verde; membrana fibrosa en sepia y punto intercartilaginoso de la válvula nasal interna en rojo.

perproyección residual en el dorso del tercio medio.

En los dos casos el tercio medio cumple función de reemplazo del supradomo propiamente dicho, pues al acercarse a la rodilla logra que el segmento alar, a pesar de sus regulares condiciones, quede sin participar en la creación del ángulo superficial de definición.

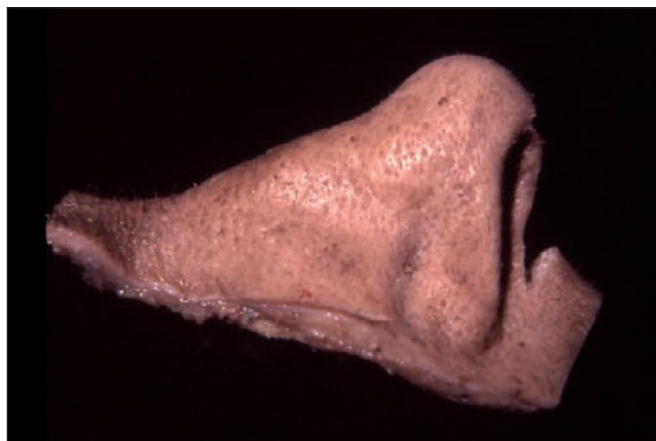


Fig. 25. Modelo nasal con supradomo extenso congénito.

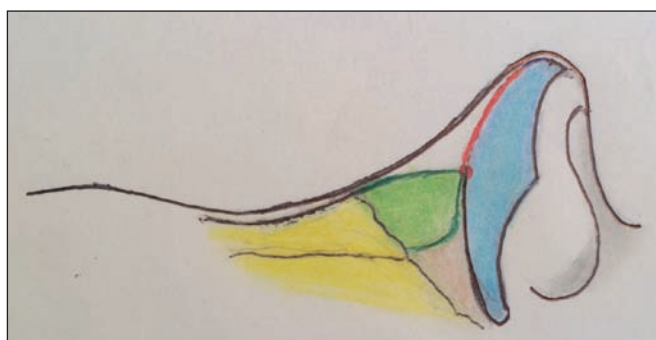


Fig. 26. En verde, cartílago triangular. El vértice del mismo contacta con el supradomo, en rojo, a más de 1 cm. de la rodilla. Alar en azul. Triangular, en verde. Pared lateral, en amarillo.

3º) *Hipoindefinido* (con supradomo sustituto grado II)

Aquí, el borde anterior del triangular y el ángulo anterosuperior del cuadrangular están, en menor o mayor grado cerca de la rodilla pero siempre delante de ella, generando cierta tensión en la piel columelar. En esas condiciones, y al ser arrastrada por los movimientos descendentes del labio superior, ella producirá caída de la punta nasal (7).

En cuanto al segmento del borde superior alar (supradomo propiamente dicho) es capaz o no de exhibir forma adecuada, pero siempre se le notará inhibido de contribuir en la definición por influencia de los factores mencionados.

La existencia de hipoindefinición puede coincidir con:

- Presencia de un dorso nasal en el que todo el borde triangular y el extremo libre del cuadrangular muestren mayor altura (hiperproyección) que rodilla y supradomo propiamente dicho (Fig. 22. 23).
- Deformidad congénita de los tercios superior y medio donde los bordes anteriores de hueso propio y triangular presentan una convexidad desmesurada (nariz en pico de loro) (Fig. 24).

4º) *Hiperdefinido* (con supradomo extenso)

Se adelantó que esto sucede, infrecuentemente, como defecto congénito (Fig. 25), pero el mayor porcentaje de hallazgo es compatible con casos de

mala praxis, por una desproporcionada resección del dorso en sus tercios superior y/o medio. La rodilla se presenta muy alejada del punto de enlace triangular-alar (distancia superior a 1cm.) (Fig. 26). En este ejemplo (7), el sector de la misma puede considerarse variable de ajuste.

Discusión

La consulta bibliográfica realizada, buscando puntos de coincidencia o discrepancia con nuestro parecer sobre la índole del tema propuesto, resultó escasamente significativa. En realidad, la mayoría de los relatos poco aportaron a la profundización de un asunto tan relevante, pues unos presentaban vagas referencias anatómicas asociadas preferentemente con la solución mediante cirugías de los problemas localizados en la punta nasal (8, 10), mientras que los otros se agotaban en meras disquisiciones descriptivas clásicas (11, 13).

Tampoco hemos encontrado citado el recurso de acudir al modelo de nariz naturalmente armonioso para, quirúrgicamente hablando, unificar criterios imitando sus pormenores. Esto dará lugar a la simplificación de procedimientos y a la corrección debidamente calculada de lo imperfecto, salvando así la ocurrencia de resultados aleatorios y/o posibles reintervenciones. Es oportuno reiterar que dicho proceder no lo hemos practicado en cuadros nasales de severa complejidad ya que éstos requieren tratamiento diferencial.

Conclusiones

Lo que planteamos en este artículo es enmarcar la idea de que la necesidad del exhaustivo saber anatómico tiene prioridad absoluta en todos los casos quirúrgicos, pero especialmente en el de las rinoplastias cosméticas primarias (sin traumatismos previos, defectos congénitos severos o cuadros de mala praxis), pues éstas no merecen padecer ni el más mínimo error funcional y/o estético debido a un fallo de ese tipo por parte de quien las ejecute.

Por lo tanto, proporcionar datos basados en el método empírico de investigación que aporten certeza y confianza a todos los que aborden la región, es nuestro mayor anhelo.

Destacamos además que, salvo ejemplos cuya solución requiera procedimiento complejo, el componente cartilaginoso de una nariz primaria se presta, *in situ*, para ser modelado definitiva y eficazmente siguiendo las normas del modelo rector elegido para esta oportunidad sin tener que recurrir a la colocación de suturas y/o materiales diversos.

Para ello, el dominio del trípode: formas-relaciones-proporciones o medidas apropiadas, aplicado en particular al perfil del tercio inferior nasal, guiará al cirujano por el camino correcto. Sumado esto a su experiencia, juicio, habilidad y sentido artístico, no es desacertado asegurar que con el planeamiento conveniente se han de resolver, sin mayor dificultad, las irregularidades estéticas.

Dirección del autor

Dr. José D. Giacomotti
2ª Cátedra de Anatomía
Facultad de Medicina
Paraguay 2155 C1121
Buenos Aires - Argentina
Correo electrónico: jdgiacomotti@yahoo.com.ar

Bibliografía

1. **Aiach G.** Atlas de Rinoplastia - Edit. Masson S.A., Barcelona 1994, P. 3.
2. **Arias R., Rodriguez L., Rojas M.** Punto interdomal en técnica cerrada, *Rev. Otorrinolaringológica - Cir. Cabeza y Cuello*, 2013, 73 (2): 200-205.
3. **Converse J.M.** Reconstructive Plastic Surgery - The head and Neck - vol. II, W.B.Saunders Company - Philadelphia, 1964, Pp: 694-696.
4. **Giacomotti J.D.** Atlas anatoquirúrgico nasal - Edit. Akadia-Buenos Aires, 2003, Pp.13-34-39-46-89.
5. **Giacomotti J.D. y col.** Anatomía de la punta nasal, *Revista Argentina de Anatomía Online* 2013, 4 (1): 6-13, www.anatomia-argentina.com.ar/revistadeanatomia.htm
6. **Rodriguez - Camps S.** Una nueva técnica para el tratamiento de la punta nasal difícil. *Cir. plást. Ibero-latinoam.* 2010, 36 (1): 3-12.
7. **Soria J.H. y col.** Sobrepunta nasal como expresión de una comunicación septal. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2009, 35 (4): 243-248.
8. **Moretti E.A. y col.** Experiencia en el tratamiento del colapso de la válvula nasal con injerto de cartílago de concha auricular. *Cir. plást. ibero-latinoam.*, 2014, 40 (3): 229-306.
9. **Castro Govea, Y et. al.** Injerto columelar extendido angulado. Método para prevenir la rotación cefálica y lateral de los injertos de cartílago en la punta nasal. *Cir. plást. ibero-latinoam.*, 2011, 37 (2): 101-110.
10. **Soria J.H. et.al.** Abordaje de la punta nasal problemática. *Cir. plást. ibero-latinoam.*, 2013, 39 (4): 333-339.
11. **Pro Eduardo.** A. Anatomía clínica. Ed. Médica Panamericana. 1ra Edic. Buenos Aires 2012. Pp 208-209.
12. **Schünke et.al.** Prometheus Texto y Atlas de Anatomía Ed. Médica Panamericana - 3ra edic., Buenos Aires 2015, Vol. 3, P. 117.
13. **Netter FF.** Atlas de Anatomía humana, Ed. Masson, Barcelona 2011, 5ta. Lám. 35.