

# Una nueva técnica para el tratamiento de la punta nasal difícil. Experiencia personal de 22 años (1987-2009)

## A new technique to treat the very difficult nasal tip. A 22 year experience (1987-2009)



Rodríguez-Camps, S.

Rodríguez-Camps, S. \*

### Resumen

Existen numerosas formas de remodelar y embellecer un vértice nasal. Y a veces no encontramos el camino a menos que quitamos de en medio todo lo que sobra, toda la chatarra del vértice. Esto puede ocurrir en rinoplastia primaria o secundaria. En principio, todo es posible para recolocar y remodelar, pero, a veces, cuando destapamos la punta nos encontramos con la realidad: un amasijo de cartílagos rotos o abombados de difícil arreglo. Por esta razón se nos ocurrió en 1987 reseca la totalidad de los cartílagos alares en un caso de rinoplastia secundaria que presentaba un aspecto completamente antiestético. El resultado al año era correcto desde el punto de vista estético y funcional, y en la actualidad lo sigue siendo. No hubo colapso con insuficiencia respiratoria nasal y estéticamente se mantuvo la forma. El extremo del tutor (*crus medialis*) lo cubrimos con un pequeño parche de fascia temporal en dos caídas. A partir de ese momento, y solo en casos muy especiales, procedemos de la misma forma: amputación total de los cartílagos alares, incluidas las cúpulas o conservándolas, preservando el tejido fibroadiposo del vértice, sutura al centro del extremo de las *crus medialis* y cobertura de éste con fascia temporal, aunque esto depende del grosor de la piel del vértice. La indicación principal de esta técnica sería la rinoplastia secundaria con los cartílagos del vértice destruidos completamente y algunos casos de punta excesivamente ancha y globulosa en rinoplastia primaria. Siempre rinoplastia abierta.

Nuestra filosofía es pues, el refinamiento y la belleza de la punta nasal en una base sólida y equilateral... Sin prejuicios ni tabúes.

**Palabras clave** Rinoplastia, Punta Nasal, Cartílagos  
Alares, Fascia Temporal.

**Código numérico** 251-2510

### Abstract

There are many ways to remodel and embellish a nasal tip. At times, we cannot find the way without eliminating all the excess, that is, nasal tip surplus. And this may be the case in primary or secondary rhinoplasty. At first, it seems that everything can be relaid and remodelled, yet sometimes when we uncover the tip, we discover that the reality is a mass of broken or bowed cartilages which are hard to put right. For this reason in 1987 we began to remove all the alar cartilages in one secondary rhinoplasty case with a totally unattractive look. The result after one year was correct from the aesthetic and functional viewpoint, and it still looks right. There was no collapse with nasal respiratory failure and, aesthetically, the shape was maintained. We covered the *crus medialis* with a small 2-layered temporal fascia patch. From this point onwards, and only in very special cases, we proceed as follows: total amputation of the alar cartilages, including the domes, or the domes are maintained by preserving the fibre-adipose tissue of the tip by suturing at the centre of the extreme *crus medialis* and covering it with temporal fascia, depending on the thickness of the skin on the tip. This technique is mainly indicated for secondary rhinoplasty with completely destroyed cartilages of the nasal tip and for certain primary rhinoplasty cases of excessively wide and bulbous nasal tip, but always using open rhinoplasty.

Our philosophy is, therefore, refinement and beauty for the nasal tip with a solid, equilateral base... No prejudices, no taboos.

**Key words** Rhinoplasty, Nasal Tip, Alar Cartilages,  
Temporal Fascia.

**Numeral Code** 251-2510

\* Cirujano Plástico. Jefe de la Unidad de Cirugía Plástica y Estética del Hospital Universitario Casa de Salud. Valencia. España.

## Introducción

Soy especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva por la Universidad de Valencia (España), Hospital General Universitario, desde 1980, y el origen de la técnica que presento data de 1987, en un caso de rinoplastia secundaria que presentaba una punta nasal tan desordenada en su estructura cartilaginosa que solo se me ocurrió, quizá de una forma empírica, amputar en su totalidad todos los restos cartilagosos (Fig.1, 2) y cubrir los extremos de las *crus medialis* con un pequeño manto de fascia temporal (Fig.3, 4) ya que se trataba de una mujer de 38 años con la piel del vértice nasal muy fina. El resultado me satisfizo inmediatamente pero había que esperar por lo menos 1 año para valorar la evolución. He visto a esta paciente años después, por otros motivos, y lo cierto es que la punta nasal permanecía excelente estéticamente y su función respiratoria era correcta. Todo esto quedó como una anécdota. No sé porqué no reconstruí la punta a la manera de Sheen (1) (escudo cartilaginosa auricular), de Juri (2) (copa de champaña auricular), Meyer (3) o Peck (4), pero lo cierto es que mi caso quedó bien. Esto me hizo pensar y fui repitiendo la técnica de vez en cuando, y en 1989, en el XX Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) celebrado en León (España), presenté en forma de videoponencia un caso complejo de nariz leporina y fue mediante rinoplastia abierta por primera vez en un Congreso Nacional español. Pero a pesar de todo, en mi mente se repetían con frecuencia aquellos imperativos de Converse (5): “¡No eliminar nunca en su totalidad los cartílagos alares, peligro de colapso!”

Mis repetidas visitas a la clínica Juri, en Buenos Aires, me enseñaron prácticamente todo sobre la rinoplastia secundaria y las puntas nasales difíciles (9 visitas muy productivas) y por ello, hacia mi querido Profesor y Maestro José Juri, mi más sincero agradecimiento. Con los años me fui animando y tomé confianza en la nueva técnica que presenté en diferentes Congresos, aunque la mayoría de las veces de una forma tímida, por miedo a la polémica y a alguna descalificación. Quizá necesitaba madurarla más y poderla defender mejor.

Aplicada inicialmente solo para casos de rinoplastia secundaria, poco a poco la fui empleando en rinoplastia primaria para aquellos casos de puntas nasales extremadamente anchas y/o globulosas, y como los resultados satisfacían a los pacientes y a mi mismo, seguí presentando pinceladas de la técnica en diferentes Congresos, Reuniones y en alguna publicación, pero siempre con el máximo respeto a los grandes maestros de la Cirugía Plástica nasal: Congresos



Fig. 1. Rinoplastia abierta y secundaria. Resección total de los cartílagos alares y cúpulas.



Fig. 2. Detalle de la sutura de las *crus medialis* creando un tutor.



Fig. 3. Detalle de la fascia temporal superficial utilizable para recubrimiento.



Fig. 4. Detalle del sello de cobertura de fascia temporal después de la resección total de cartílagos alares.

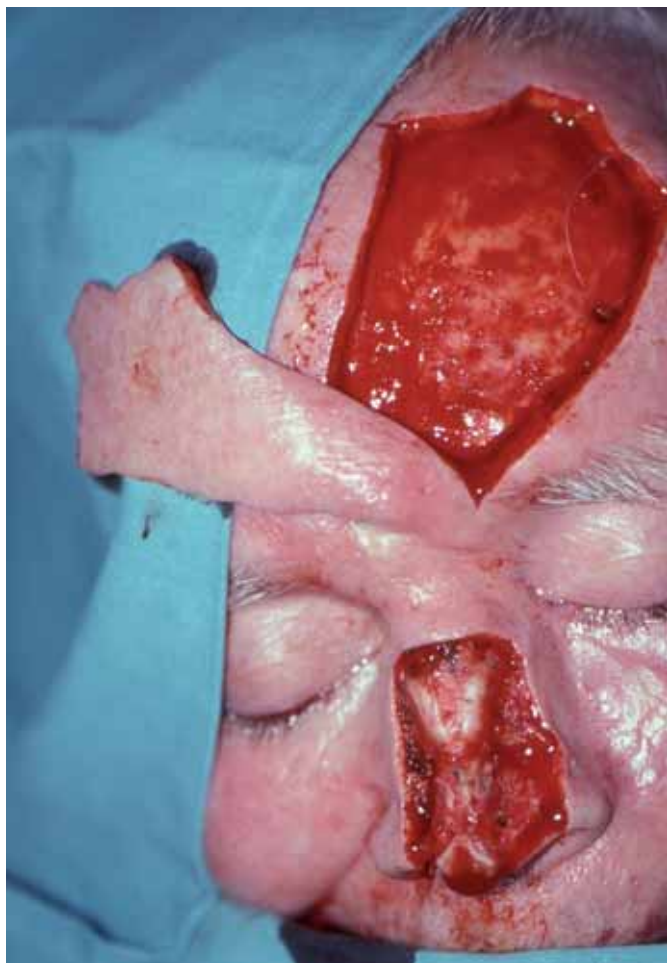


Fig. 5. Reconstrucción nasal.

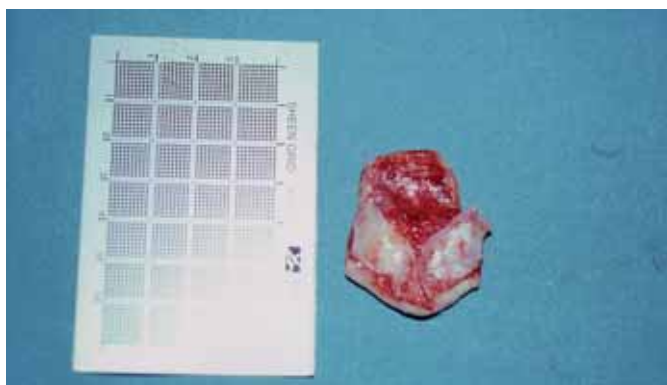


Fig. 6. Véase la amputación total de los cartílagos alares con la pieza total.

Nacionales de SECPRE en Valladolid en 1994, Santiago de Compostela en 1995 (aquí presenté una reconstrucción nasal total con colgajo mediofrontal en forma de videoponencia), Madrid en 1996, Barcelona en 1997 (ponencia sobre rinoplastia aumentativa con doble quilla auricular), Madrid en 1998, Marbella en 1999, Alicante en 2000, Oviedo en 2002 (con publicación de un capítulo en el libro Ponencia Oficial del congreso sobre rinoplastia) (6), Sevilla en 2004 (ponencia en la que hablé de la unidad vértice-columela-labio), Alicante en 2004 (aquí mi ponencia giró en torno a la importancia de la base nasal), Valen-

cia en 2005, en conferencias universitarias en Barcelona en 2005 y en 2006, y en otros Congresos Nacionales de SECPRE en Valencia en 2006, en Pamplona en 2006 (7) y en el Congreso de ISAPS de Melbourne (Australia) en 2008 (8).

Y, entretanto, fui publicando detalles de la técnica en revistas científicas: en Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana 1995 (9), en Internacional Videojournal of Plastic Surgery 1995 (10), en Aesthetic Plastic Surgery 1998 (11), 2001 (12), y 2009 (13).

Como podemos apreciar, he ido aplicando esta técnica en rinoplastia secundaria, en primaria y en reconstructiva. ¡Gracias Profesor Gary Burget! (Saint Joseph Hospital, Chicago, Illinois, USA, 1993).

## Material y método

La técnica que presento ha sido aplicada sobre un total de 400 pacientes a lo largo de 22 años (desde 1987 hasta 2009), con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años de edad (media de 34 años), de los cuales el 80% fueron mujeres y el 20% hombres.

Prácticamente el 60% del total fueron rinoplastias secundarias, el 30% primarias y un 10% aproximadamente reconstructivas por cáncer de vértice nasal (Fig. 5, 6).

En la estadística hay rinoplastias secundarias que vinieron operadas algunas de ellas hasta 4 veces. El apartado de nariz traumática se diluye entre las primarias y las secundarias en un pequeño porcentaje.

Hemos de destacar que en más del 50% de esas rinoplastias fue necesario abordar desviaciones de septum y/o hipertrofia de cornetes mediante la técnica de Killian asociada a incisiones incompletas para enderezar el septum y tratando la hipertrofia de cornetes con luxación o cauterización (aún en aquellos casos en los que los pacientes no referían problemas respiratorios nasales, como medida preventiva). Pero sobre todo, es muy frecuente la coincidencia de una respiración nasal defectuosa con un vértice nasal excesivamente abombado (hipertrofia compensatoria) o cartílagos alares desordenados.

Cuando el tamaño de las narinas y la longitud de la columela están proporcionados en la base nasal (base equilátera), vamos directamente a la amputación total de los cartílagos alares incluyendo las cúpulas, y ayudándonos de algunos recursos técnicos que veremos más adelante. Después suturamos al centro los extremos distales de las *crus medialis* y las cubrimos con fascia temporal (no en todos los casos) empleando un parche en dos caídas, o simplemente en una, si fuera necesario. La idea de la utilización de la fascia temporal hemos de atribuirselo al Profesor José Guerrerosantos, quien comenzó



a emplearla para aumento de dorso y relleno de ángulo naso-frontal en rinoplastia en el año 1984 (gracias Maestro) (14). En vértices de piel gruesa no hace falta la cobertura. Si la columela es excesivamente larga y las narinas son grandes (base isósceles) (15), podemos reseca un tronco de *crus medialis* y/o alas para dar estabilidad a la punta. Si no hiciéramos esto, entonces sí se produciría un colapso en cada inspiración y además estéticamente no quedaría bien. Si la base nasal, por el contrario, tuviera forma achatada, recurriríamos además a la resección de los triángulos blandos, al estrechamiento de las narinas, a la aproximación de los pies de las *crus medialis* con un par de puntos de nylon 4-0, al punto de Converse en la base columelar, a la resección de un tronco de músculo depresor del septum y a la liberación de la columela. Con esto conseguiríamos unas narinas más alargadas y una anchura de base nasal más proporcionada con la altura. Son estos casos en los que solemos conservar las cúpulas cartilagosas y aproximarlas arriba con dos o tres puntos de nylon 5-0 para proyectar el vértice y conseguir la proporción deseada (más equilátera).

Empleamos casi siempre el parche de cobertura con fascia temporal, pero muy especialmente en narices con la piel de la punta muy fina. Con ello conseguimos dar más grosor a la piel ya que creamos un solo cuerpo entre la piel, el tejido fibroadiposo del vértice y la fascia temporal. En cambio no utilizamos fascia temporal cuando la piel del vértice es suficientemente gruesa o muy gruesa (tal es el caso generalmente de los hombres). En realidad necesitamos de una serie de recursos técnicos para que la base nasal resultante sea de forma equilátera y sólida, de modo que nos ayudaremos de: amputación o aproximación de los pies de las *crus medialis*, utilización del punto de Converse, reducción de las narinas, resección de cuñas alares, resección de los triángulos blandos, resección del tronco de músculo depresor del septum, liberación de columela, mantenimiento del taponamiento nasal durante 3-4 días, férula de escayola durante 7 días y férula con Steri-Strip® otros 7 días (6-16).

Seguramente con el paso de unos meses, la cobertura con fascia temporal crea un cuerpo fibroso que proporciona estabilidad a la unidad vértice-columelal y se mantiene firme funcional y estéticamente (3,5). Los vectores de retracción quedan equilibrados.

## Resultados

Empleo la maniobra descrita desde 1987, cuando vi que los otros métodos de modelación de la punta no me proporcionaban mejores resultados (complejas estructuras cartilagosas reconstructivas (17)

que a veces, cuando desaparece el edema, evidencian una “nariz quirúrgica”). Pero no he dejado de emplear injertos de cartílagos auriculares cuando el caso lo requiere. No obstante la máxima que aplico en este sentido es NO utilizar injertos cartilagosos en el vértice nasal, siempre que sea posible, por posteriores problemas de reabsorción, deformación y exposición antiestética a la vista y al tacto. Remodelaremos la punta nasal a partir de los cartílagos de que dispongamos y si no nos sirven, los amputaremos. Reservamos los injertos cartilagosos en vértice y columela prácticamente solo para puntas nasales muy redondas y achatadas con el fin de proyectarlas y definir las, en cuyo caso recurrimos al escudo de Sheen (1), a la copa de champaña de Juri (2) (tomados de la oreja) o al tutor (tomado del septum a la manera de Peck) (4).

En el capítulo de complicaciones es posible que algún día vengan todas juntas pero, hasta la fecha, no puedo destacar ninguna secuela que me disuada de utilizar esta técnica. Seguramente no es perfecta, pero sí merecería ser contemplada dentro del amplio arsenal de posibilidades técnicas que reúne este apasionante y fascinante mundo de la Rinoplastia. Las reconstrucciones del vértice nasal con cartílagos de la concha auricular no superan, a veces, la amputación total de los cartílagos alares más cobertura con fascia temporal, aunque estamos hablando de un procedimiento destinado a solucionar solo algunos casos de punta extremadamente difícil (1, 2, 4) (Fig.7-9).

Si se mantiene la proporción correcta entre anchura y altura de la base nasal, el vértice queda estable, estéticamente correcto y no tendremos fallos en la función respiratoria nasal (colapso).

## Discusión

La técnica presentada, a la que básicamente podríamos llamar “técnica de resección total y fascia temporal”, podríamos secuenciarla de la siguiente manera:

- Diagnóstico: anamnesis, inspección y palpación.
- Destapar la punta mediante técnica de Rethi.
- Nueva inspección para valorar las posibilidades que tenemos de aprovechar y recolocar los cartílagos del vértice que quedaron (rinoplastia secundaria) o lo que podemos hacer con lo que hay primariamente.
- Si vemos posibilidades de éxito aprovechando lo que hay, remodelamos la punta según las técnicas clásicas, pero siempre procedemos al menos mediante resección subtotal de los cartílagos alares (conservando las cúpulas y una pequeña cuña de *crus lateralis* de no más de un 1 cm de longitud).



Fig. 7. Paciente de 44 años. Rinoplastia secundaria y abierta (operada 2 veces anteriormente). Detalles del pre y del postoperatorio transcurrido más de un año desde la cirugía (vistas frontal, inferior, perfil y medio perfil). Véase el detalle de la resección previa de los cartílagos alares de forma incompleta y asimétrica.

- Si los cartílagos están rotos, deformados o abombados, vamos directamente a la resección total, respetando o no las cúpulas.
- Siempre suturamos el extremo de lo que quede (cúpulas o *crus medialis*) mediante nylon 5-0, dando soporte y estabilidad a la punta.
- Si la piel es fina colocamos encima un pequeño manto protector de fascia temporal (14) de aproximadamente 1 cm<sup>2</sup> en una o dos caídas dependiendo del grosor de la piel. Si la piel del vértice fuera suficientemente gruesa y tersa, no utilizamos fascia temporal (prácticamente siempre la



Fig. 8. Paciente de 39 años. Rinoplastia secundaria y abierta. Detalles del pre y del postoperatorio transcurrido más de un 1 año desde la cirugía (vistas frontal, inferior, perfil y medio perfil). Caso similar al anterior con presencia inestética de cartilagos alares mal resecaados.

ponemos en mujeres y especialmente de nariz caucasica).

- Si se trata de una nariz larga, de punta prominente, procedemos a la resección total de las *crus lateralis*, de las cúpulas y de un tronco de *crus medialis* hasta dar elegancia y belleza al ángulo naso-labial (90° - 110° de apertura) (13).

- Si por el contrario, lo que tenemos es una nariz poco proyectada, practicamos resección total de las *crus lateralis* respetando las cúpulas, que aproximamos con 2-3 puntos de nylon 5-0; cubrimos con fascia temporal, resecamos a conveniencia los triángulos blandos (3) y juntamos los pies de las *crus medialis* (al contrario que en





Fig. 9. Paciente de 30 años. Rinoplastia primaria. Detalles del pre y del postoperatorio al año de la cirugía (vistas frontal, inferior, perfil y medio perfil). Véase la deformación cartilaginosa del vértice con dos fuertes aristas.

el punto anterior), estrechamos las narinas y ponemos un punto de Converse. Ayudamos a proyectar el vértice mediante resección de tronco del músculo depresor del septum y liberamos la base de la columela del músculo orbicular.

- Después de estas maniobras, siempre recolocamos el colgajo del vértice para calcular la canti-

dad de giba dorsal que vamos a resecar (casi siempre empleando sierra de Joseph).

- Procedemos a realizar osteotomía lateral mixta (con sierra y escoplo fino).
- Y finalmente colocamos férula de escayola (durante 7 días) y un taponamiento del tamaño de un garbanzo (durante 3-4 días) que

rellena todo el vestíbulo hasta las cúpulas neoformadas.

En defensa de esta técnica, diré que con ella se obtiene un vértice nasal armónico y realmente firme, suave a la palpación, en el que no encontramos vértices ni aristas cartilagosas. Resulta más sencilla de realizar que construir un andamio cartilaginoso complejo (17). El resultado no presenta un aspecto quirúrgico. No he conocido el colapso alar (quizá por haberla indicado correctamente). Es cierto que requiere una cierta experiencia para poder, o mejor dicho, para atreverse a realizarla. Solo está indicada para casos muy difíciles de punta nasal.

Para que no se produzca una disfunción respiratoria nasal es condición imprescindible que el septum y los cornetes estén en buenas condiciones y, si no, debemos abordarlos en el mismo acto quirúrgico.

Parece obvio que un seguimiento de 22 años y más de 400 casos operados deben dar soporte suficiente a una técnica quirúrgica.

Mis retoques en rinoplastia casi siempre se producen en rinoplastia cerrada, en la que no siempre es fácil evitar pequeñas asimetrías de los cartílagos del vértice y del dorso.

Con las complejas estructuras cartilaginosas de reconstrucción del vértice es frecuente observar, después de un tiempo y cuando se desedematiza completamente, un aspecto excesivamente definido y puntiforme (17); quizá fue este el motivo que me llevó a buscar una nueva alternativa. No empleo casi nunca injertos cartilaginosos en el vértice nasal, y cuando lo hago es siempre con una piel suficientemente gruesa capaz de soportar la tracción de los vectores de fibrosis que se van a producir, sobre todo, en el primer año del postoperatorio (11). Pero viendo in situ la perfección con la que los grandes maestros de la rinoplastia estética y reconstructiva tales como los Profesores Gary Burget (18), Frederick Menick (18), Fernando Ortiz Monasterio (19), José Juri (2), José Guerrerosantos (14) o Rodolphe Meyer (3) trabajan el vértice nasal, es muy fácil quedarse fascinado con el manejo de los cartílagos para reconstruir o remodelar una bella punta nasal.

## Conclusiones

Estamos ante una técnica que puede parecer agresiva y frívola, discutible y controvertida, pero lo cierto es que son 22 años de experiencia y más de 400 casos operados sin haber tenido ninguna secuela estética ni funcional y por lo tanto muy útil en nuestras manos. Además, en reconstrucción nasal postamputación por cáncer, nunca reconstruimos los cartílagos alares y tampoco hemos tenido problemas de colapso del colgajo.

Es muy importante mantener la proporción entre la altura y la anchura de la base nasal para no tener colapso con insuficiencia respiratoria nasal: base nasal equilátera y es necesario solucionar cualquier obstáculo respiratorio, como desviación de septum y especialmente hipertrofia de cornetes, en el mismo acto quirúrgico, lo cual si podría contribuir al colapso alar. No olvidemos que la mayoría de las hipertrofias importantes de los cartílagos alares son un intento natural de compensar una insuficiencia respiratoria nasal por desviación de septum y/o hipertrofia de cornetes.

El paciente que se somete a una rinoplastia es cada día más exigente con el resultado, debido seguramente al torrente de información que recibe a través de los medios de comunicación, especialmente de internet. Es muy difícil que un paciente operado de rinoplastia acepte con agrado alguna minúscula espícula en su nariz recién estrenada, pero debo decir con absoluta honestidad, que el grado de satisfacción de mis pacientes es alto. Y yo, que soy un perfeccionista obsesivo, estoy satisfecho con los resultados de ésta aportación.

En definitiva, creo que se trata de una excelente alternativa para casos realmente muy difíciles de punta nasal.

## Dirección del autor

Dr. Salvador Rodríguez-Camps Devís  
Unidad de Cirugía Plástica y Estética  
Hospital Universitario Casa de Salud  
Manuel Candela, 41  
46021 Valencia. España  
e-mail: cirugia-plastica@rodriguez-camps.com

## Bibliografía

1. **Sheen J.:** "Aesthetic Rhinoplasty". Second Edition. The C.V. Mosby Company. Saint Louis 1978.
2. **Juri J, Juri C, Grilli D, Zeaiter MC, Belmont J :** "Correction of the Secondary Nasal Tip". *Annals of Plastic Surgery*. 1986, 16 (4): 322.
3. **Meyer R.:** "Secondary and Functional Rhinoplasty The Difficult Nose". First Edition. Grune & Stratton, Inc. Orlando, Florida. 1988.
4. **Peck G.:** "Techniques in Aesthetic Rhinoplasty". First Edition. Gower Medical Publishing Ltd. New York, NY, U.S.A. 1984.
5. **Converse J.:** "Reconstructive Plastic Surgery". Second Edition. W. B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto. 1997, Vol. 2 Chapter 29, Pp: 1040-1281.
6. **Rodríguez-Camps S.:** "Reconstrucción Estética Nasal". En: Libro Ponencia Oficial del XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) "Rinoplastia", Capítulo 11. Oviedo, España. Junio 2002.
7. **Rodríguez-Camps S.:** "Rinoplastia Secundaria: Nuestro Proceder. Amputación total de Cartílagos Alares y Cúpulas con Sello de Fascia Temporal en Vértice". XLI Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). Ponencia. Pamplona, España. Mayo de 2006.
8. **Rodríguez-Camps S:** "Rhinoplasty. The Difficult Nasal Tip: Total Resection of the Alar Cartilages". 19th Congress of the International



- Society of Aesthetic Plastic Surgery, (ISAPS). Panelist. Melbourne, Australia. Febrero 2008.
9. **Rodríguez-Camps S.:** "Reconstrucción Nasal tras Cirugía Micrográfica de Mohs". *Cir. plást. iberolatinoam.*, 1995, 21 (3): 215.
  10. **Rodríguez-Camps S.:** "Nose Reconstruction with medial forehead flap after Mohs Surgery". *International Video-Journal of Plastic and Aesthetic Surgery*. 1995, Vol. 2, n° 3.
  11. **Rodríguez-Camps S.:** "Augmentative Rhinoplasty with an Auricular Gibbus." *Aesth Plast Surg*. 1998, 22 (3): 196.
  12. **Rodríguez-Camps S.:** "Nasal Reconstruction After Epithelioma". *Aesth Plastic Surg*. 2001, 25 (4):273.
  13. **Rodríguez-Camps S.:** "Rhinoplasty. The Difficult Nasal Tip: Total Resection of the Alar Cartilages". *Aesth. Plast. Surg*. 2009, 33 (1): 72.
  14. **Guerrerosantos, J.:** "Temporoparietal Free Fascia Grafts in Rhinoplasty". *Plast. Reconstr. Surg*. 1984, 74 (4): 465.
  15. **Tardy M. E. Jr.:** "Surgical Anatomy of the Nose". First Edition. Raven Press, Ltd. New York, USA. 1990.
  16. **Soria, J.H., Pintos, J.C., Conde, C.G., Losardo, R.J.:** "Sobrepunta Nasal como Expresión de una Comunicación Septal". *Cir.plást. iberolatinoam*. 2009, 35 (4): 243.
  17. **Wolfgang G.:** "Overresection of the Lower Lateral Cartilages: A Common Conceptual Mistake with Functional and Aesthetic Consequences". *Aesth. Plast. Surg*. 2009, 33: 6.
  18. **Burget G. y Menick F.:** "Aesthetic Reconstruction of the Nose". First Edition. Mosby. 1994.
  19. **Ezquerro Carrera F., Sainz-Arregui J., Berrazueta Fernández M.J.:** "La Rinoplastia "No Basica" Primaria". *Cir. plást. iberolatinoam*. 2001, 27 (1):45.

## Comentario al trabajo «Una nueva técnica para el tratamiento de la punta nasal difícil. Experiencia personal de 22 años (1987-2009)»

Dr. José Guerrerosantos  
Cirujano Plástica. Jalisco (Guadalajara) México.

La contribución que el Dr. Rodríguez-Camps está haciendo en su publicación es muy interesante tal como él menciona en su artículo, osea técnica de la punta nasal para casos problema. Todos, como cirujanos plásticos, sabemos que el manejo de la punta nasal es una de las partes más difíciles de la rinoplastia y desde luego, cada uno de nosotros tenemos la técnica que en nuestras manos nos ha dado el mejor resultado para mejorar estéticamente la punta nasal; pero también sabemos que tanto en la rinoplastia primaria como en la secun-

daria, hay casos extremadamente difíciles cuya solución no es muy simple. Su técnica de extirpar completamente los cartílagos de la punta en los casos problemáticos y luego introducir fascia temporal exclusivamente en la punta, dejando las alas sin cartílago, es algo novedoso que es interesante y que cada uno de nosotros, en nuestras manos, debemos valorar. Desde luego los resultados que muestra el Dr. Rodríguez-Camps son excelentes y nos entusiasma para utilizar este interesante procedimiento estético nasal.

## Respuesta al comentario del Dr. José Guerrerosantos

Dr. Salvador Rodríguez-Camps Devís

Distinguido Profesor José Guerrerosantos:

Es para mí un honor que un gran Maestro como usted comente mi trabajo, lo considere y reconozca como algo realmente útil y, por lo tanto, una técnica alternativa a tener en cuenta. Esto hace aflorar mi más profundo sentimiento de agradecimiento hacia su persona y hacia su trabajo. Me siento bien después de leer su comentario. Su

reconocimiento es estimulante. Y los calificativos que usted dedica a mi técnica hacen que me sienta especialmente sensible para seguir trabajando con la máxima humildad y honestidad posible en este apasionante mundo de la Cirugía Plástica.

Sinceramente, gracias Maestro.