

Estudio anatómico y clínico del músculo depresor de la punta nasal

Anatomic and clinical study of the depressor septi nasi muscle



Soria, J.H.

Soria, J.H.*, Cachay Velásquez, H. A.*, Losardo, R.J.*

Resumen

Investigamos la relación entre el síndrome rino-gingivo-labial y el músculo depresor de la punta nasal. Realizamos identificación y disección del músculo a través de una incisión intersepto-columelar ampliada sobre el piso nasal en un grupo de 62 pacientes a los cuales se les practicó rinoplastia, divididos en 3 grupos, teniendo en cuenta la presencia o ausencia, durante la gesticulación facial, de: 1- curvatura del dorso nasal. 2- descenso de la punta nasal. 3- acortamiento de la columela. 4- movilidad notoria de la punta nasal al hablar. 5- labio superior corto. 6- aparición de un surco horizontal en el labio superior. 7- sobrexposición gingival.

Observamos que en el 20 % de los casos, el músculo tenía un mayor desarrollo con una inserción distal más próxima a la punta nasal. La conducta quirúrgica indicada es su miotomía o miectomía o bien el tratamiento con toxina botulínica, logrando resultados estéticos buenos o muy buenos, con una gran aceptación de parte de los pacientes.

Abstract

The relationship between the rhino-gingivolabial syndrome and the hypertrophy of the depressor septi nasi muscle was investigated. We identified and dissected this muscle through a transfixion interseptum-collumelar incision extended laterally along the vestibular floor in 62 patients submitted to rhynoplasty and divided in 3 groups according to the appearance or absence during facial mimic of: 1- curvature of nasal dorsum; 2- descending nasal tip; 3- shortened columella; 4- inferior displacement of the nasal tip when speech; 5- shortened upper lip; 6- transverse crease in the mid-philtral area. 7- increased maxillary gingival show during the facial animation.

We found a 20 % of hypertrophic muscle, with a more anterior distal insertion. Furthermore of muscle division or resection as surgical indication, botulism toxin, can be used to treat this condition with patient's satisfaction.

Palabras clave Rinoplastia, Punta nasal, Músculo depresor de la punta nasal.

Código numérico 251-104

Key words Rhinoplasty, Nasal tip, Depressor septi nasi muscle.

Numeral Code 251-104

* Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador. Buenos Aires, República Argentina.

Introducción

La cirugía plástica nasal siempre nos mantiene expectantes, ya sea frente a resultados no deseados en el postoperatorio (1, 2) o por las exigencias de las situaciones a resolver. Existe una condición inestética en la expresión facial localizada en la región naso-labial (que comprende la región nasal, los surcos nasolabiales y la región oral) que se pone de manifiesto o se incrementa con la gesticulación del rostro, particularmente cuando el sujeto se ríe. Es lo que denominamos síndrome rino-gíngivo-labial que reúne los siguientes signos:

- Curvatura del dorso nasal.
- Descenso de la punta nasal.
- Acortamiento de la columela.
- Movilidad notoria de la punta nasal al hablar.
- Labio superior corto.
- Aparición de un surco horizontal en el labio superior.
- Mayor exposición gingival (Fig. 1-4).

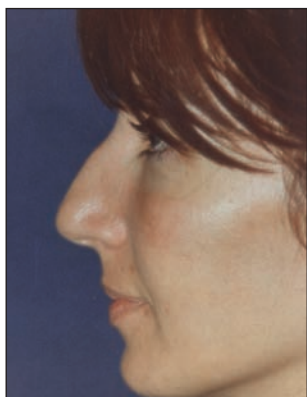


Fig. 1. Vista de perfil en reposo.



Fig. 2. Vista de perfil en animación.



Fig. 3. Vista de frente en reposo.



Fig. 4. Vista de frente en animación.

No todos los pacientes son conscientes de padecer tales signos; sin embargo, hay algunos que evitan reírse o se tapan la boca al hacerlo con la intención de esconder ese defecto rino-gíngival. En la actualidad hay consenso acerca de que esta situación se origina principalmente por la acción del músculo depresor de la punta nasal (3-6), que se corresponde con el depresor septi nasi muscle de la literatura anglófona. Este músculo se origina en la fosa canina del maxilar superior y a través del fascículo nasal del músculo orbicular de los labios, se inserta en la membrana del

subtabique, borde inferior del cartílago cuadrangular y extremo posterior (pie) de la crus medialis del cartílago alar. Además, puede tomar inserción en la espina nasal anterior, en la crus medialis y en la rodilla del cartílago alar, en el tejido fibroso del domo, incluso continuarse con el ligamento del domo y por último, en la cara profunda de la piel de la columela y de la piel de la punta nasal.

El diagnóstico del síndrome rino-gíngivo-labial se hace por inspección y para ponerlo de manifiesto, debemos solicitar al paciente que se ría o que hable, poniendo énfasis en palabras que contengan la letra "A", como por ejemplo mamá o papá.

Uno de los firmantes de este artículo, Cachay Velásquez, en 1975, denominó columeloplastia al tratamiento quirúrgico indicado para corregir las manifestaciones de la acción exagerada del músculo que vamos a investigar (7, 8) (Figuras 2 y 4).

Ante la falta de un estudio que relacione la clínica (presencia o ausencia de signos de hiperactividad muscular) con las características anatómicas del músculo depresor de la punta nasal (normotrófico o hipertrófico) y la necesidad de estimar su incidencia en la población, la investigación que presentamos tiene por objeto:

1º) Demostrar que las condiciones inestéticas que componen el síndrome columelo-gíngivo-labial y están causadas por la hiperactividad del músculo depresor de la punta nasal son debidas a su hiperdesarrollo, condición ésta que hace que tenga inserción en elementos anatómicos más alejados de su origen más cercano a la punta nasal; por tal razón, valoramos la determinación de su inserción distal (Fig. 5).

2º) Conocer con qué frecuencia puede aparecer en nuestra población el denominado síndrome columelo-gíngivo-labial.

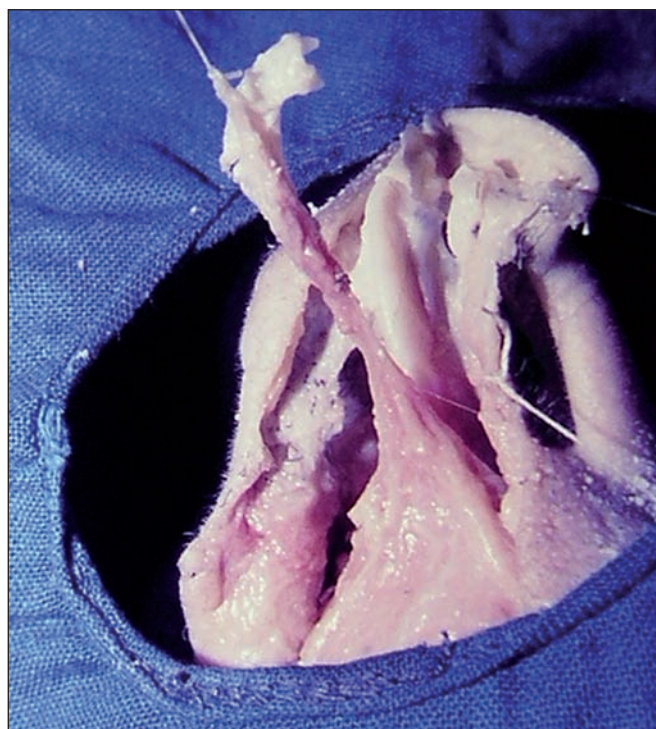


Fig. 5. Músculo hipertrófico que se prolonga con el ligamento de Pitanguy en disección sobre cadáver fresco.

Material y método

Realizamos nuestra investigación anatómico-clínica entre enero del 2006 y diciembre del 2008. Para comprobar la relación de causalidad entre los signos de hiperactividad del músculo depresor de la punta nasal y su inserción, se trabajó con pacientes que solicitaron rinoplastia primaria.

Incluimos en nuestro grupo de estudio a los pacientes que solicitaron rinoplastia, adultos, sin límite máximo de edad y sin distinción de sexo, incluso a los que padecían insuficiencia respiratoria obstructiva nasal. Excluimos a los menores de 18 años, los que se habían sometido a rinoplastia previa, los que padecían alguna deformidad nasal adquirida o congénita y los que tenían alguna cicatriz en la región nasolabial.

De un total de 62 pacientes que conformaron el grupo de estudio, dividimos 3 grupos que se formaron de la siguiente manera: los primeros pacientes se numeraron del 1 al 45. A los que les correspondieron los números 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42 y 45, se les asignó para integrar el tercer grupo. Estos 15 pacientes fueron elegidos al azar, sin tener en cuenta la presencia o ausencia de los signos clínicos propios de la acción exagerada del músculo depresor de la punta nasal. A los restantes pacientes se les seleccionó para integrar el primer y el segundo grupos, por la presencia o la ausencia de los signos clínicos descritos.

De esta forma, el primer grupo lo formaron los 12 pacientes que tenían al menos, uno de los siguientes signos con la cara en reposo y gesticulando:

- 1) Columela corta.
- 2) Labio superior corto.
- 3) Descenso de la punta nasal al sonreír.
- 4) Sobreexposición de las encías al sonreír.
- 5) Movimientos de ascenso y descenso de la punta nasal al hablar.
- 6) Curvatura del extremo del dorso nasal al sonreír (Fig. 2 y 4)

El segundo grupo estaba integrado por los restantes 35 pacientes, es decir, aquellos que no presentaban ninguno de los signos descritos.

Las variables de estudio, fueron las siguientes:

- 1) Presencia o ausencia de algunos de los signos de hiperactividad del músculo.
- 2) De acuerdo al lugar en que el músculo toma su inserción distal, determinamos dos posibilidades:
 - a.- Inserción corta = clase I.
 - b.- Inserción larga = clase II.

En la clase I se encuentran los músculos que toman su inserción distal en las siguientes estructuras: membrana del subtabique, ángulo pósteroinferior y borde inferior del cartílago cuadrangular, espina nasal anterior, pie de la crura medialis del cartílago alar y en la piel de la base de la columela.

En la clase II, identificamos a los músculos cuya in-

serción distal es más anterior (más hacia la punta nasal), los cuales toman además: la cara profunda de la piel de la mitad anterior de la columela y de la punta nasal, la parte anterior de la crura medialis que llega incluso a su rodilla, y el tejido fibroso (ligamento de Pitanguy) del espacio interdomal de los cartílagos alares (Fig. 5-7).

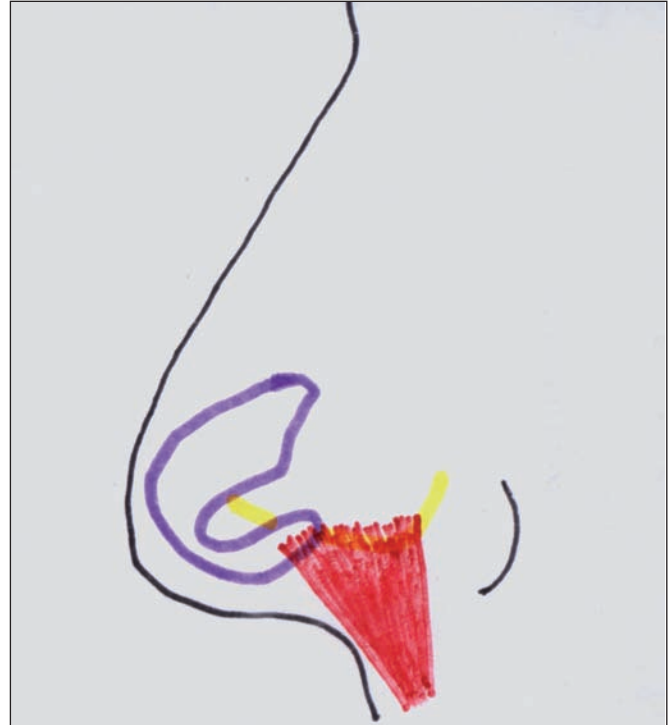


Fig. 6. Esquema de inserción clase I.

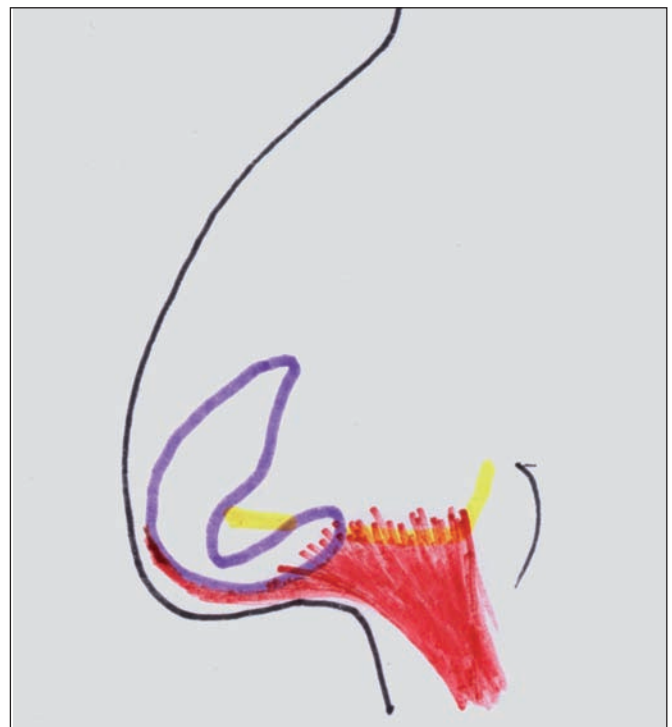


Fig. 7. Esquema de inserción clase II.

En todos los casos realizamos identificación y visualización del músculo depresor de la punta nasal como una etapa más dentro de la rinoplastia. Prolongamos con bis-

turí la incisión intersepto-columelar sobre el piso de las narinas (Fig. 8 y 9). Después de identificarlo, disecamos el músculo desde su origen, siguiendo su recorrido hasta su inserción y respetando su morfología anatómica. Hicimos constar en una ficha elaborada para el caso, el tipo de inserción distal encontrada (clase I o clase II). Si el diagnóstico preoperatorio lo indicaba, realizamos el tratamiento quirúrgico consistente en sección o resección parcial del músculo depresor de la punta nasal (columeloplastia) (7, 8). Después, continuamos con los siguientes pasos hasta completar la rinoplastia, motivo principal de la intervención.

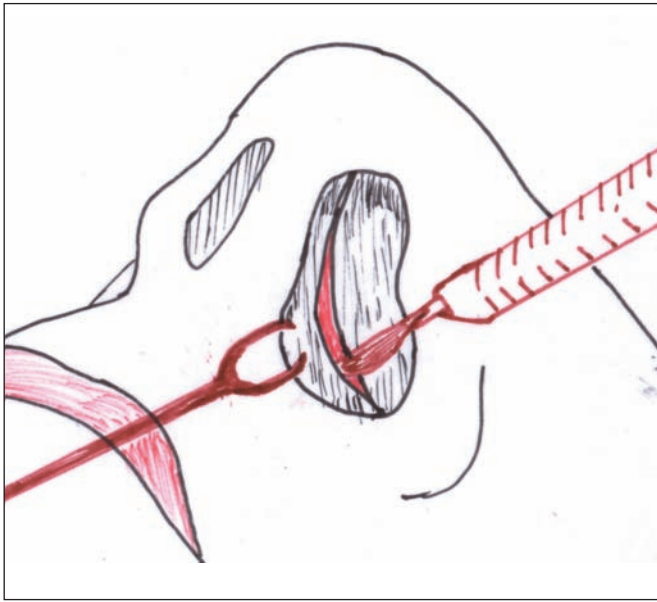


Fig. 8. Incisión intersepto-columelar prolongada sobre el piso nasal.

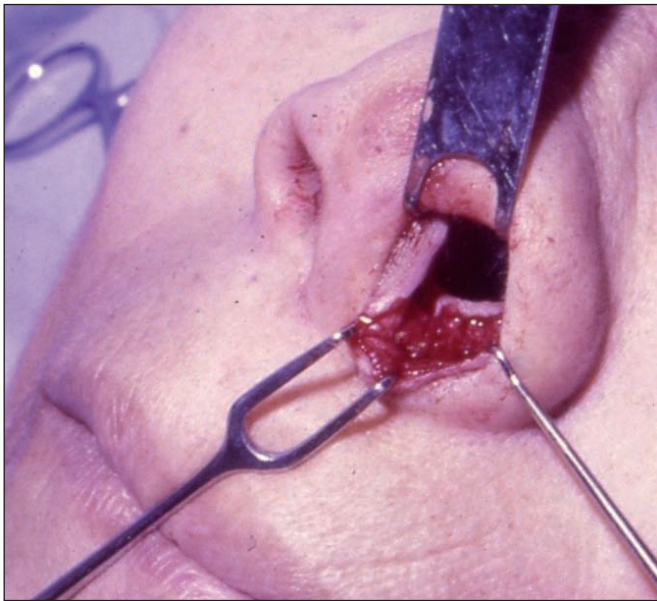


Fig. 9. Identificación del músculo a partir de su origen.

Para cumplir con el segundo objetivo, conocer con qué frecuencia puede aparecer en nuestra población, usamos los resultados obtenidos con los pacientes que integraron el tercer grupo. Además, realizamos una investigación de

carácter retrospectivo descriptivo revisando 1849 historias clínicas de pacientes sometidos a rinoplastia primaria realizadas en la práctica privada y hospitalaria (Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero" de la ciudad de Buenos Aires, Argentina), entre el 1 de julio de 1975 y el 30 de junio del 2008. De los partes quirúrgicos de las historias clínicas seleccionadas, extrajimos los siguientes datos: edad, sexo y la ejecución o no de columeloplastia. La variable "ejecución de columeloplastia" es útil siempre y cuando se asuma que ésta se llevó a cabo indicada por la presencia de los signos de hiperactividad del músculo depresor de la punta nasal. El método estadístico empleado fue el de análisis descriptivo.

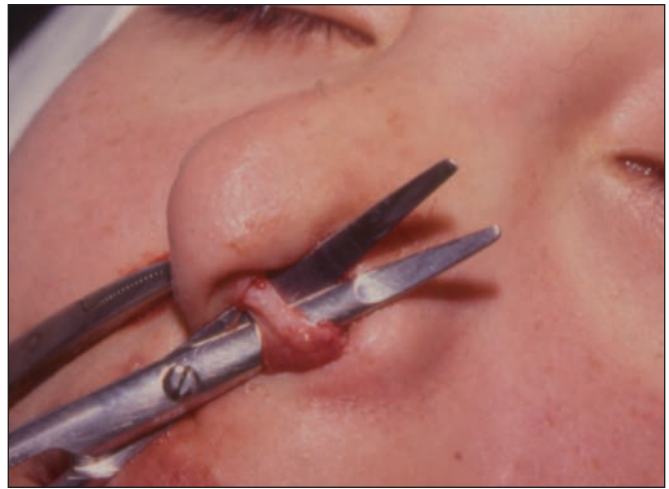


Fig. 10. Músculo liberado presentado sobre una tijera antes de ser seccionado.



Fig. 11. Músculo disecado dispuesto para resección parcial.

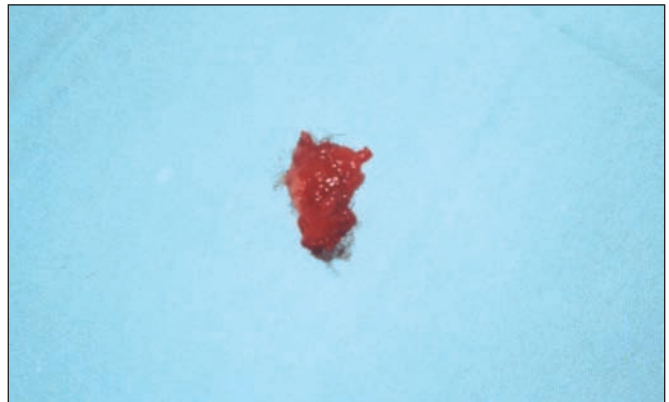


Fig. 12. El músculo hipertrofico reseccionado parcialmente puede alcanzar un gran tamaño.

La técnica quirúrgica para tratamiento del músculo hipertrófico se realiza como se describe a continuación. A través de una incisión intersepto-columelar ampliada sobre el piso nasal, se diseca el músculo separándolo de la piel de la columela. Una vez liberado y expuesto, montado entre las ramas de una tijera o de una pinza Halsted, se procede a su miotomía o a su miectomía, conducta que se elige teniendo en cuenta la magnitud de los signos clínicos ya mencionados. Es admisible que cuanto mayor envergadura tenga el músculo, éste debe ser parcialmente extirpado (Fig. 10-12).

No es necesario efectuar hemostasia porque los vasos propios de la columela discurren superficialmente, en la intimidad del tejido celular subcutáneo (9).

Para completar la maniobra, siempre colocamos un punto en masa en "U" montado en sendos capitones, para evitar el decúbito en la piel de la columela (Fig.13) (3).

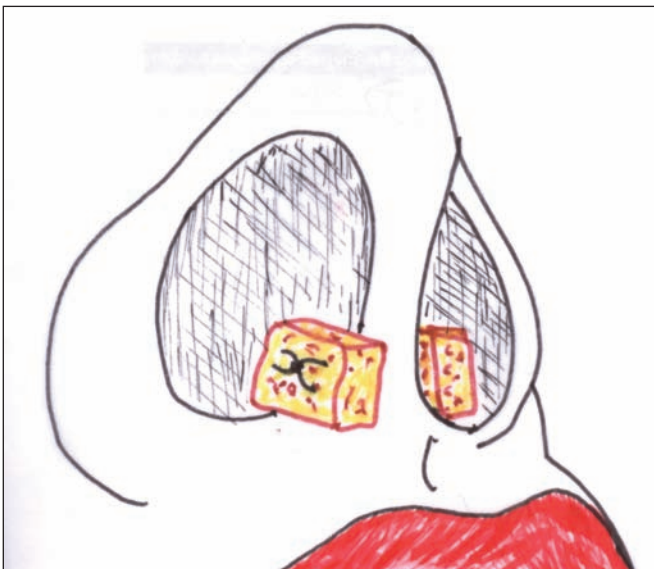


Fig. 13. Punto colchonero montado sobre capitones.

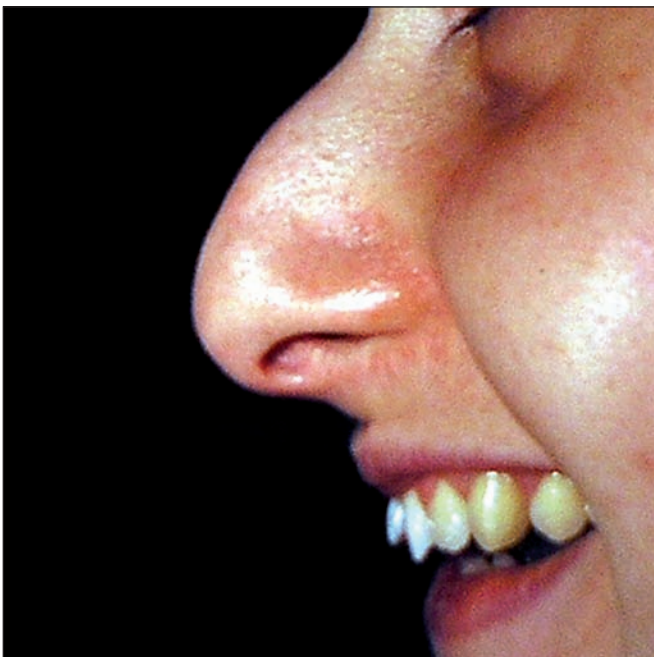


Fig. 14. Preoperatorio: paciente de 23 años con Síndrome Rino-gingivolabial completo.

Este punto, que retiramos a los 10 días, tiene como función principal eliminar el espacio muerto originado por la sección o la resección muscular y además nos brinda el alargamiento de la columela y la apertura del ángulo nasolabial (Fig. 14-17) (7)

En las limitadas situaciones (no más del 5%) en que el paciente no desea o no puede ser intervenido quirúrgicamente, hemos utilizado con igual finalidad la toxina botulínica tipo A. En estos casos inyectamos 5 unidades en la intimidad del músculo, introduciendo la aguja en la base de la columela, con sumo cuidado para evitar la acción de la toxina sobre el resto del músculo orbicular de los labios. El paciente debe ser informado de que el efecto de la toxina no dura más de 6 meses.

Resultados

De los 62 pacientes investigados, 50 (80,65 %) fueron mujeres y 12 (19,35 %) varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 51 años de edad.

En el primer grupo de pacientes encontramos que de los 12 pacientes estudiados, 2 (16,67%) presentaban disposición muscular corta clase I y 10 (83,33%) tenían disposición muscular larga clase II.

En el segundo grupo, los 35 (100%) pacientes tenían disposición muscular corta clase I (Gráfico 1).

En el tercer grupo, de los 15 pacientes investigados sólo 3 (20%) tenían disposición larga (clase II) y 12 (80%) tenían disposición corta (clase I) (Gráfico 2).

En las historias clínicas revisadas encontramos un total de 1849 pacientes sometidos a rinoplastia primaria en el periodo analizado: 1527 (82,6 %) mujeres y 322 (17,4 %) varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 67 años.

Del total de rinoplastias estéticas o estético-funcionales primarias realizadas, a 365 (19,75 %) se les asoció columeloplastia (Gráfico 3).



Fig. 15. Postoperatorio. Columeloplastia de un año de evolución. Se aprecia el alargamiento de la columela y la apertura del ángulo nasolabial.

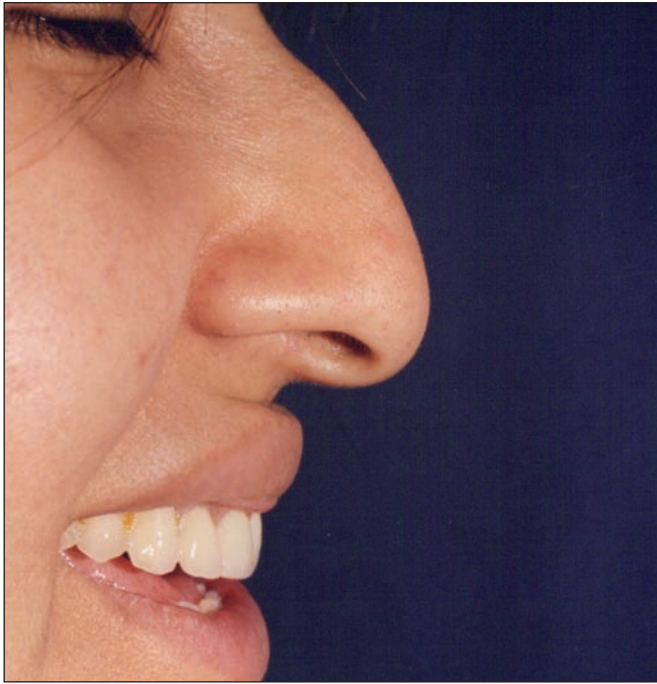


Fig. 16. Paciente de 20 años de edad en la que destaca el componente labial del origen del músculo depresor, manifestado por un gran fascículo naso-labial del músculo orbicular de los labios. Preoperatorio.

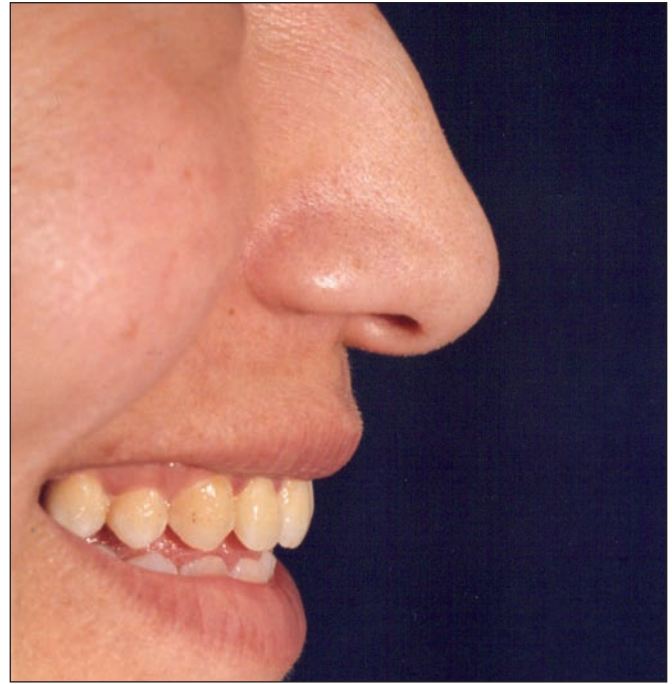


Fig. 17. Postoperatorio a los 2 años de columeloplastia. Se observa el borrado del surco horizontal del labio superior.

Gráfico 1

Funcionalidad muscular	Disposición clase I	Disposición clase II	Totales
Mayor	2	10	12
Menor	35	0	35

Gráfico 1. Resultados del primer y segundo grupos.

Gráfico 2

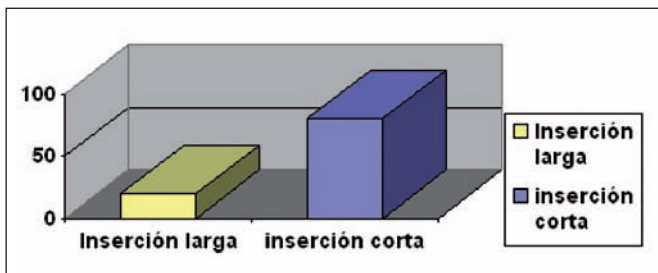


Gráfico 2. Resultados del tercer grupo.

Gráfico 3

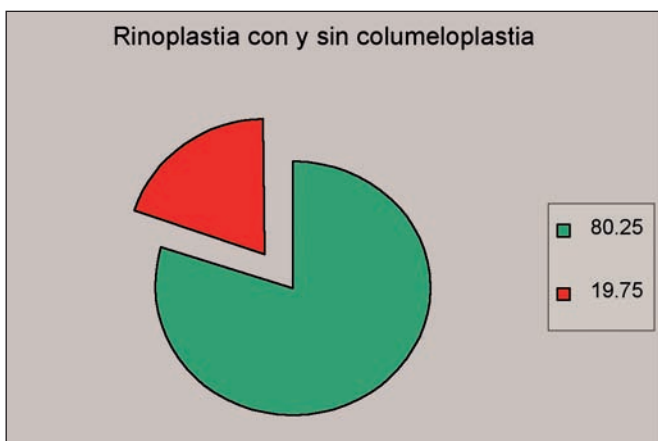


Gráfico 3. Resultados de la investigación de las historias clínicas.

Discusión

Cuando el músculo depresor de la punta nasal es hipertrofico y tiene una inserción larga actúa como la cuerda de un arco, movilizándolo hacia abajo y hacia atrás la punta nasal y en consecuencia, aumentando la convexidad del dorso nasal. Esa cuerda de arco dinámica origina además la movilidad de la punta nasal al hablar y el acortamiento del labio superior, con la formación de un surco horizontal en el mismo y sobreexposición de las encías. Cuanto más larga es esa inserción muscular, mayor influencia tiene en la dinámica nasolabial. Esta hipertrofia tiene mayor incidencia en narices de raíz caucásica que en las indoamericanas, posiblemente debido a la mayor longitud de la columela que tienen las leptorrinias.

En las últimas décadas hemos relacionado insistentemente la estética de la región columelo-labial con la acción del músculo depresor de la punta nasal, pero no somos los únicos. De Souza Pinto describe al *depressor muscle of the nose* como un músculo formado por 3 fascículos: medial fasciculus (interno), intermedial fasciculus (central) y lateral fasciculus (externo). Clasifica a los pacientes en 6 grupos y propone una técnica quirúrgica para cada caso accediendo al músculo a través de una incisión endobucal localizada en el surco gingivo-labial superior (5, 10, 11).

Figallo interpreta que el *nasoseptal labial digastric muscle* es un músculo digástrico localizado en la punta nasal, columela, espina nasal anterior y labio superior, cuyo tendón intermedio se inserta en la espina nasal anterior. Su acción puede ser independiente o sinérgica. Lo clasifica en 4 tipos y propone un tratamiento para cada uno de ellos (12)

Rohrich halla que el *depressor septi nasi muscle* adopta 3 variantes posibles de acuerdo a su origen, inser-

ción y desarrollo y lo clasifica en 3 tipos: Tipo I (62%), el músculo es visible y se puede identificar su interdigitación con el músculo orbicular de los labios; se inserta en el pie de la crura medialis del cartílago alar. Tipo II (22%), se origina en el periostio del maxilar superior, con casi nula relación con el músculo orbicular de los labios. Tipo III (16%), es rudimentario o ausente (6, 13).

El músculo depresor de la punta nasal ha despertado siempre mucho interés. Ya en 1947, G. Fred proponía eliminar la acción de los músculos depresor de la punta nasal y orbicular de los labios para solucionar la punta nasal caída o poco proyectada que se manifestaba en el post-operatorio. El principio de la técnica es la sección de todas las fibras del *depressor septi nasi* en la base de la columela, consiguiendo liberar la punta nasal de la acción del labio superior. Precisamente, nosotros logramos el alargamiento de la columela interviniendo solamente sobre el músculo en cuestión, sin apelar a la inclusión de injertos de cartílago como propone, entre otros, Y. Castro Govea (14).

Con el mismo procedimiento quirúrgico hemos alcanzado también buenos resultados en el alargamiento del labio superior, no necesitando recurrir a la conocida y efectiva técnica de H. Chacón Martínez (15).

De las publicaciones mencionadas, todas ellas de autorizados autores, no se puede extraer una referencia concreta que conecte la presencia de signos clínicos con el desarrollo del músculo. Tampoco existen antecedentes de un estudio sobre la incidencia en la población en relación con la magnitud del músculo depresor de la punta nasal. Tal vez sea porque este músculo está en franca regresión en el hombre moderno.

De acuerdo a lo que presentamos en el Gráfico 1, se puede deducir que la inserción clase II, que es la característica que identifica al músculo más desarrollado, tiene una conexión directa con el síndrome rino-gingivo-labial (primer grupo). Lo mismo nos indican los resultados obtenidos del segundo grupo, es decir, que cuando la inserción es clase I que corresponde a un músculo menos desarrollado, estos individuos no padecen el síndrome rino-gingivo-labial.

Los resultados que surgen del grupo 3 nos indican que la incidencia de la inserción larga (clase II) es de aproximadamente un 20% (Gráfico 2). Este dato es coincidente con los resultados obtenidos de la revisión de las historias clínicas investigadas (Gráfico 3).

Conclusiones

La expresión clínica de la condición antiestética conocida como síndrome rino-gingivo-labial está determinada por una mayor dimensión del músculo depresor de la punta nasal expresada por una inserción que toma estructuras cercanas a la punta nasal. Este desarrollo y disposición del músculo tiene una frecuencia de aparición aproximada al 20%.

Para resolver el síndrome rino-gingivo-labial está indicada la miotomía o la miectomía parcial del músculo de-

presor de la punta nasal. Este procedimiento facilita el alargamiento de la columela, el alargamiento del labio superior y la apertura del ángulo naso-labial. Con la aplicación de la toxina botulínica se logran los mismos efectos, pero de forma transitoria.

Dirección del autor

Dr. José Héctor Soria
(1406) Santander 1371 P.B.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
e-mail: jscp@telecentro.com.ar

Bibliografía

1. **Soria JH, Pintos JC, Conde CG y Losardo RJ:** Sobrepunta nasal como expresión de una comunicación septal. *Cir plást iberolatinoam*, 2009, 35(4):243.
2. **Soria JH, Pintos JC, Conde CG y Losardo RJ:** Tratamiento de la desviación nasal inaparente. *Cir plást iberolatinoam*, 2010, 36(3):223.
3. **Cachay Velásquez H:** Rhinoplasty and facial expression. *Ann Plast Surg* 1992, 28(5):427.
4. **de Benito J, Fernandez Sanza I:** Rhinoplasty and the aesthetic of the smile. *Aesth Plast Surg*, 1995, 19:79.
5. **de Souza Pinto EB, Muniz ADC, Erazo PJ and Abdala PC:** Dynamic rhinoplasty: Treatment of the tip muscle. *Perspect Plast Surg*. 1999, 12(1):21.
6. **Rohrich RJ, Huynh B, Muzaffar AR et al.:** Importance of the depressor septi nasi muscle in rhinoplasty: Anatomic study and clinical application. *Plast Reconstr Surg*. 2000, 105(1):376.
7. **Cachay Velásquez H, Laguigne R:** Aesthetic treatment of the columella. *Ann. Plast. Surg*. 1989, 22(5):370.
8. **Cachay Velásquez H:** Surgical lengthening of the short columella: division of the depressor septi nasi muscle. *European Arch. Oto-Rhinolaringol*. 1992, 249:336.
9. **Rohrich RJ, Gunter JP, Friedman RM:** Nasal tip blood supply: An anatomic study validating the safety of the transcolumellar incision in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1995, 95(5):795.
10. **de Souza Pinto, EB et al.:** Anatomy of the median part of the septum depressor muscle in aesthetic surgery: *Aesth Plast Surg* 1998, 22:111.
11. **de Souza Pinto EB:** Relationship between tip nasal muscles and the short upper lip. *Aesth Plast Surg* 2003, 27(5):381.
12. **Figallo E:** The nasal tip: A new dynamic structure. *Plast Reconstr Surg* 1995, 95:1178.
13. **Rohrich RJ, Adams WP, Huynh B and Muzaffar AR:** Importance of the depressor septi nasi muscle in rhinoplasty: Anatomic study and clinical application. In Gunter JP, Rohrich RJ and Adams WP (Eds.): *Dallas Rhinoplasty. Nasal Surgery by the Masters*. Quality Medical Publishing Inc. St. Louis, Missouri, 2002 Pp.: 849-859.
14. **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 iberolatinoam*, 2011, 37(2):101.
15. **Chacón Martínez H et al:** Simplificando el tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival. *Cir plást iberolatinoam*, 2011, 37(1):43.

Comentario al trabajo "Estudio anatómico y clínico del músculo depresor de la punta nasal"

Dr. Yanko Castro Govea.

Servicio de Cirugía Plástica, Estética, Reconstructiva y Máxilofacial, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México.

No hay duda de que el conocimiento preciso de la expresión dinámica del músculo depresor de la punta nasal debe formar parte del arsenal de conocimientos básicos de todo procedimiento de rinoplastia. Es bien conocida la importancia de este músculo en pacientes con sonrisa gingival, donde mayormente existe alteración en su inserción, longitud y tonicidad. Para optimizar mejor nuestros resultados, es fundamental saber que en la etiología de la sonrisa gingival intervienen factores: dentales, esqueléticos, de tejidos blandos y que su combinación explica en gran parte el origen del defecto. Incluso es necesario saber que, frecuentemente, el tratamiento quirúrgico del exceso vertical del maxilar superior (síndrome de cara larga), suele no ser de interés para el paciente, y ante estas circunstancias, toma mayor relevancia el manejo del músculo depresor de la punta nasal.

Me parece realmente interesante concentrar este trabajo en la relación que existe entre el síndrome rino-gingivo-labial y el músculo depresor de la punta nasal, descrita anteriormente por el Dr. Cachay Velásquez y col. El Dr. Soria vuelve hacer énfasis en el resto de signos que con frecuencia acompañan a los pacientes con sonrisa gingival, integrándolos dentro de un síndrome. Evidentemente debemos tener un control sobre la amplitud del ángulo nasolabial, así como de la longitud del labio superior. De igual forma, hay que establecer un equilibrio proporcional de la longitud de los vectores columelar y punta nasal, delimitado por el punto de rotación cefálica.

En el control postoperatorio de la Fig. 15 del artículo comentado se evidencia un buen resultado, con aparente elongación del labio superior y la atenuación del surco horizontal; también advierto un ángulo nasolabial relativamente amplio. Mi pregunta a los autores es de qué manera controlan la amplitud del ángulo nasolabial. Describen un alargamiento columelar, sin embargo en sentido estricto no existe un punto que delimite la columela de la punta nasal (punto de rotación cefálica).

En la Fig. 17, podemos apreciar un buen efecto en la elongación del labio superior y la atenuación del surco que oca-

siona la inserción muscular. En este caso el ángulo nasolabial sufrió una mínima modificación.

Como podemos observar, la sola manipulación del músculo depresor de la punta nasal no va a modificar el punto límite de la columela (unión lóbulo-columelar); por lo tanto, en mi opinión, el efecto de elongación columelar es sólo óptico. Debemos tener en cuenta la real anatomía del músculo depresor de la punta nasal para saber cuáles son los cambios que podemos obtener con su manipulación. Es importante tener en cuenta que en determinados casos, la sonrisa gingival de grado leve puede incluso dar un toque atractivo en rostros con facciones armónicas.

Finalmente quiero felicitar al Dr. Soria y col. por la forma en que integran el síndrome rino-gingivo-labial y su correlación clínica con la rinoplastia. Los efectos nasolabiales ocasionados por el manejo del músculo depresor de la punta nasal quedaron demostrados con los casos presentados. Este tipo de trabajos obligan a la reflexión, debido a los conceptos dinámicos que lleva implícitos el manejo de dicha estructura muscular. Felicidades nuevamente.

Bibliografía

1. **Ortiz-Monasterio F., Olmedo A.:** Rhinoplasty on the mestizo nose. *Clin. Plást. Surg.*, 1977, 4:89.
2. **Sainz Arregui, J., Elejalde, M.V., Regalado, J., Ezquerro, F., Berrazueta, M.:** Dynamic Rhinoplasty for the Plunging Nasal Tip: Functional Unity of the Inferior Third of the Nose. *Plast Reconstr Surg* 2000, 106 (7): 1624.
3. **Castro-Govea Y., Fuente del Campo A., Chacón Martínez, H., Pérez Porras S., Vallejo-Estrella R.O., Cervantes-Kardasch V.:** "A procedure to prevent cephalic rotation of cartilage grafts in the nasal tip". *Aesth. Surg J.* 2009;29:98.

Respuesta al comentario del Dr. Yanko Castro Govea

Dr. José Héctor Soria

Cuanto mayor es la profundidad con que abordamos un determinado estudio, mayores son las dudas que se originan y más amplio es el abanico de posibilidades de nuevas investigaciones relacionadas con ese tema. Cuanto más se sabe, más se duda. Por lo que resultan comprensibles las inquietudes presentadas desinteresadamente por el Dr. Castro Govea. A pesar de que el síndrome en cuestión puede estar provocado por más de una razón, nosotros nos enfocamos en la acción y en el tratamiento del músculo depresor de la punta nasal, lo que el Dr. Cachay Velásquez hace también desde hace más de cuatro décadas.

Creemos que interrumpir la conexión entre el labio superior y la punta nasal, representada por un músculo vigoroso, me-

dante su sección, nos aporta una serie de beneficios funcionales y estéticos, entre los que no se excluye la proyección de la punta nasal. Al eliminar la relación anatómica entre el músculo depresor de la punta nasal y el SMAS nasal, presente por intermedio del "ligamento" de Pintaguy, se produce una mayor definición en la proyección de la punta con absoluta libertad, lo que brinda el deseado efecto óptico de alargamiento de la columela. La importancia estética de las dimensiones de la columela está sujeta a una dinámica gestual.

Los comentarios del Dr. Castro Govea, nuestra respuesta y su implícita aceptación, enriquecen en gran medida el artículo, lo que nos colma de satisfacción y orgullo.

Le saludo cordialmente.