

ESTRATTO DA:

RIVISTA ITALIANA
DI
CHIRURGIA PLASTICA

SCORRIMENTO DELLE CARTILAGINI ALARI:
INDICAZIONI, TECNICA CHIRURGICA
E RISULTATI DEL MODELLAMENTO CONSERVATIVO
DELLA PUNTA DEL NASO

P. SANTANCHÉ
Milano

Vol. 24, fasc. 1, 1992



SCORRIMENTO DELLE CARTILAGINI ALARI: INDICAZIONI, TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI DEL MODELLAMENTO CONSERVATIVO DELLA PUNTA DEL NASO

P. SANTANCHÉ

Milano

SUMMARY

Conservative nose tip modeling through alar cartilages flowing.

The Author underlines the importance not only of face components proportions, but also of nasal part harmony and aesthetical results naturality.

Under the light of this matter a new conservative technique for alar cartilages modeling is proposed.

This technical proposal is based on the research of an aesthetical result obtained through the imitation of an ideal nose cartilagineous structure.

A procedure that allows to expose alar cartilages almost totally is shown. This technique allows to model them too, «cutting inside» the desired form without interrupting structure integrity.

By this technique many modifications of nose tip are allowable and it can be used in various clinical situations.

Best results are obtainable in nose tip shortening (even if it is globose) with related nostrils shortening. This mainly when, because of initial noteworthy length, other techniques should have caused cartilages integrity interruption.

On the other side it can be also usefully used for increasing nose tip length, or its projection, without any cartilage graft use.

Total respect of vestibular skin is stressed too, as this fact allows to fully preserve the function of nasal valve.

INTRODUZIONE

Come la bellezza di un corpo nasce dall'equilibrio delle membra che lo compongono, così la bellezza di un naso dipende non solo dall'armonia con cui si coniuga agli altri elementi costitutivi del volto, bensì dal ritmico accordo delle sue parti.

Nella rinoplastica estetica in particolare, solo la perfetta sintesi di ossa e cartilagini accuratamente rimodellate consentirà l'armonico inserimento in un viso di un naso perfettamente proporzionato.

Particolare cura dovrà essere impiegata nell'evitare che tratti innaturali possano tradire la mano del chirurgo: a questo proposito un'attenzione particolare dovrà essere dedicata all'esecuzione del modellamento della punta del naso (2, 5, 6, 7, 27).

Al fine di ottenere un naso dall'estetica naturale e dalla funzionalità impeccabile bisogna ispirarsi ad un naso naturale ideale di uguale aspetto e copiare le forme e le dimensioni dei singoli elementi, assemblandoli poi nel massimo rispetto dell'anatomia.

Queste considerazioni hanno suggerito lo sviluppo e la messa a punto di una metodica estremamente duttile e altamente conservativa che, utilizzata in modo appropriato e con la necessaria esperienza, potrà

Giunto in Redazione: 15-11-1991.

soddisfare numerose esigenze di modellamenti differenti.

Per la cura particolare da dedicare alla delicata manualità necessaria allo svolgimento di questo intervento, questa tecnica non è consigliata ai giovani chirurghi ancora non sufficientemente esperti nella chirurgia estetica del naso.

INDICAZIONI

L'origine di tratti o irregolarità della punta del naso che caratterizzano una rinoplastica evidente sono più frequentemente determinati dalle tecniche che comportano interruzioni delle cartilagini alari, o quanto meno, alterazioni di forma decisamente antianatomiche.

Molto più raramente ciò si verifica con le metodiche che non comportano l'interruzione del domo; queste però non possono essere utilizzate per ottenere delle grosse riduzioni della punta, né marcate proiezioni, né soprattutto degli accorciamenti di notevole entità.

Questa tecnica pertanto trova la sua indicazione elettiva qualora si desideri modificare sensibilmente la proiezione della punta del naso sia in accorciamento che in allungamento, consentendo inoltre un ridimensionamento della narice perfettamente proporzionato alla nuova lunghezza.

Naturalmente è possibile associare alla variazione di proiezione della punta ogni altro tipo di modellamento della conformazione delle cartilagini alari richiesto dal contesto fisionomico.

TECNICA

L'intervento viene preferibilmente eseguito in neuroleptoanalgesia con infiltrazione locale di marcaina con epinefrina.

Per questo tipo di modellamento delle cartilagini alari è necessaria una completa esposizione delle crura laterali e dei domi.

La via di aggressione consigliata per exteriorizzare le cartilagini e prepararle al modellamento è la seguente:

- a) Incisione intercartilaginea;
- b) Incisione marginale;
- c) Scollamento della crus laterale e del domo dalla pelle della punta del naso;
- d) Lussazione in basso e all'esterno del complesso pelle del vestibolo-cartilagine alare;
- e) Scollamento della crus laterale e del domo dalla pelle del vestibolo con totale disinserimento di circa 3/4 della cartilagine alare da ogni connessione cutanea.

È anche possibile preparare al modellamento le cartilagini alari exteriorizzandole attraverso la via seguente:

- a) Incisione intercartilaginea.
- b) Scollamento della crus laterale e del domo dalla pelle della punta del naso;
- c) Eversione del complesso pelle del vestibolo-cartilagine alare;
- d) Scollamento della crus laterale e del domo dalla pelle del vestibolo con totale disinserimento di circa 3/4 della cartilagine alare da ogni connessione cutanea.

La seconda via di aggressione descritta è leggermente più indaginosa, ma permette di risparmiare l'incisione marginale: non è indicata quando sia richiesto un modellamento molto importante o nelle prime esecuzioni di questa tecnica.

Le vie d'approccio considerate, con varie modifiche, sono descritte da altri Autori. In particolare il primo metodo è preferito da Seltzer (1944), Brow-McDowell (1951), Meyer (1967, 1974), Micheli-Pellegrini (1975, 1985, 1990), Sheen (1978), McCullough-English (1985), Rees e Wood Smith (metodo dell'«hockey stick», 1975), Joseph-Becker, Tirone (1988); il secondo da Rode (1938), McIndoe (1952), Gillies-Millard (1957),

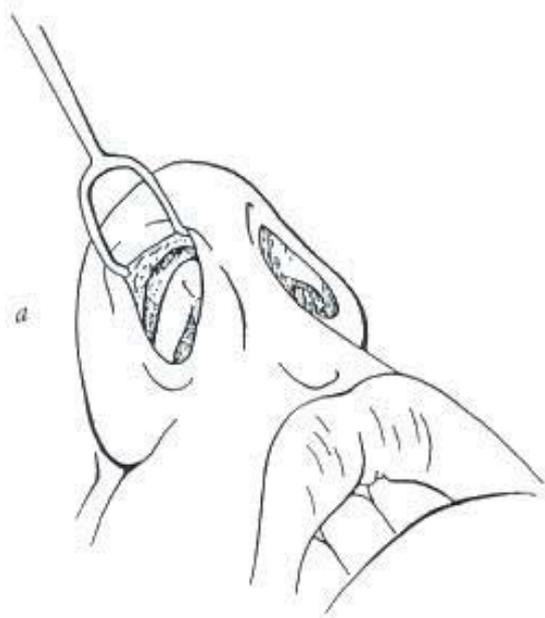


Fig. 1*a, b.* — Incisione intercartilaginea.

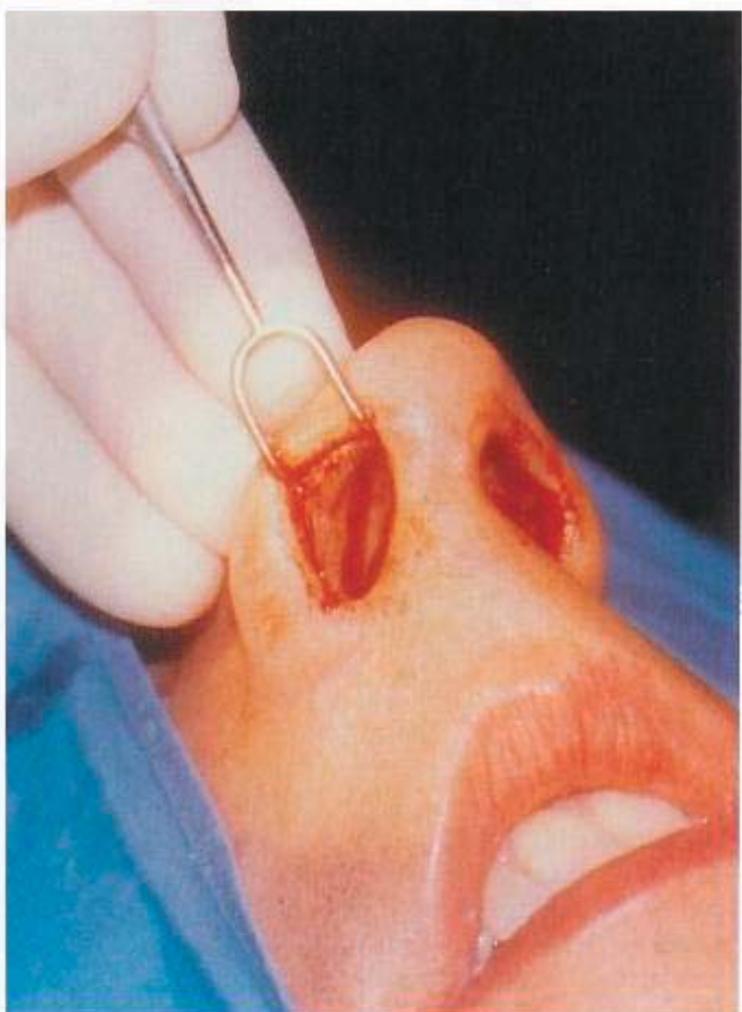
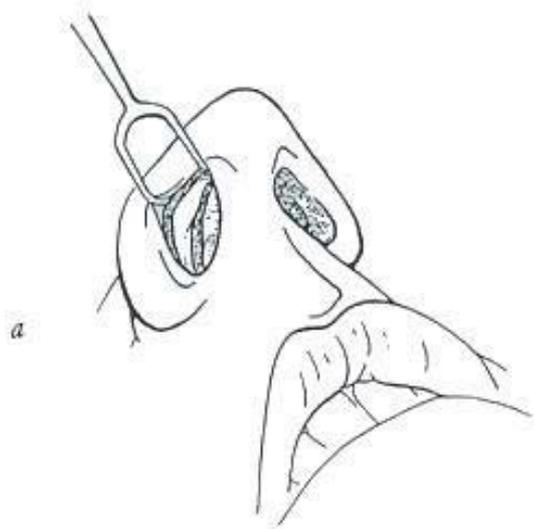


Fig. 2*a, b.* — Incisione marginale.

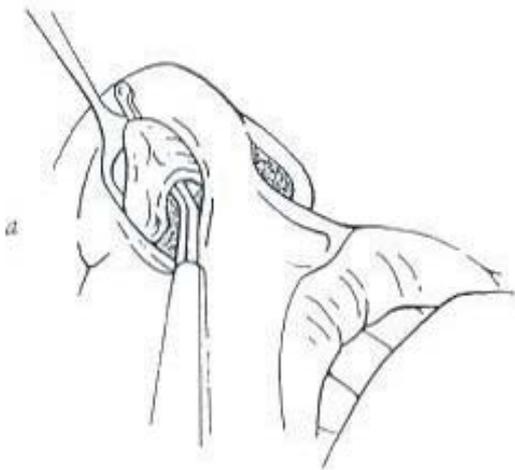


Fig. 3a, b. — La cartilagine alare, scollata dalla pelle della punta del naso, ma ancora solidale con la pelle del vestibolo, viene lussata in basso e all'esterno.

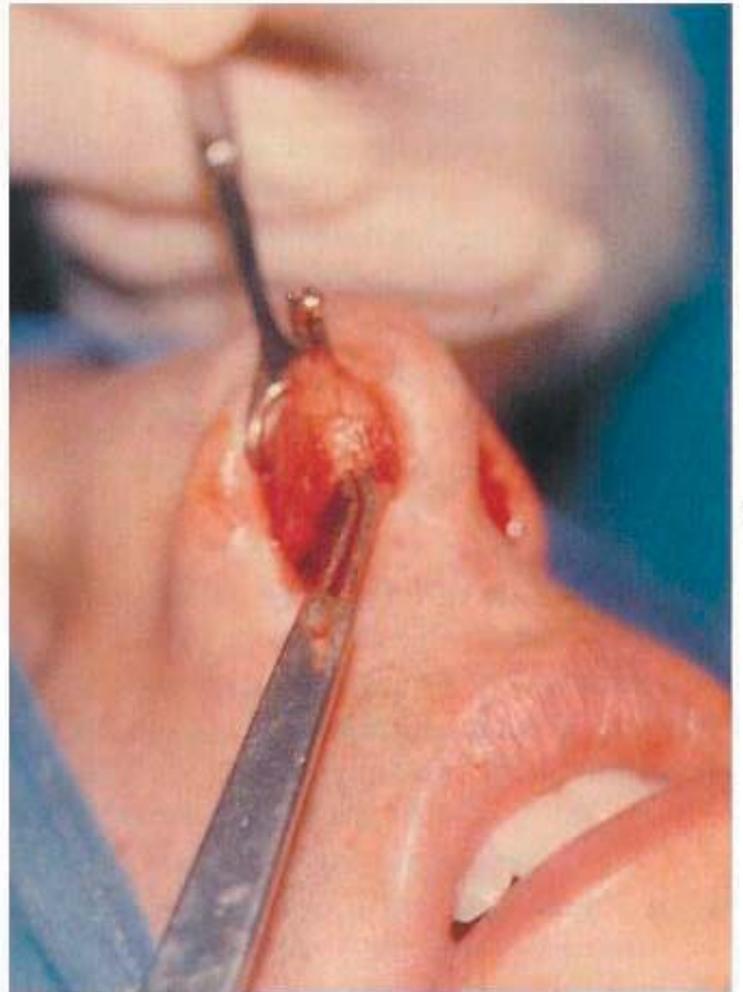
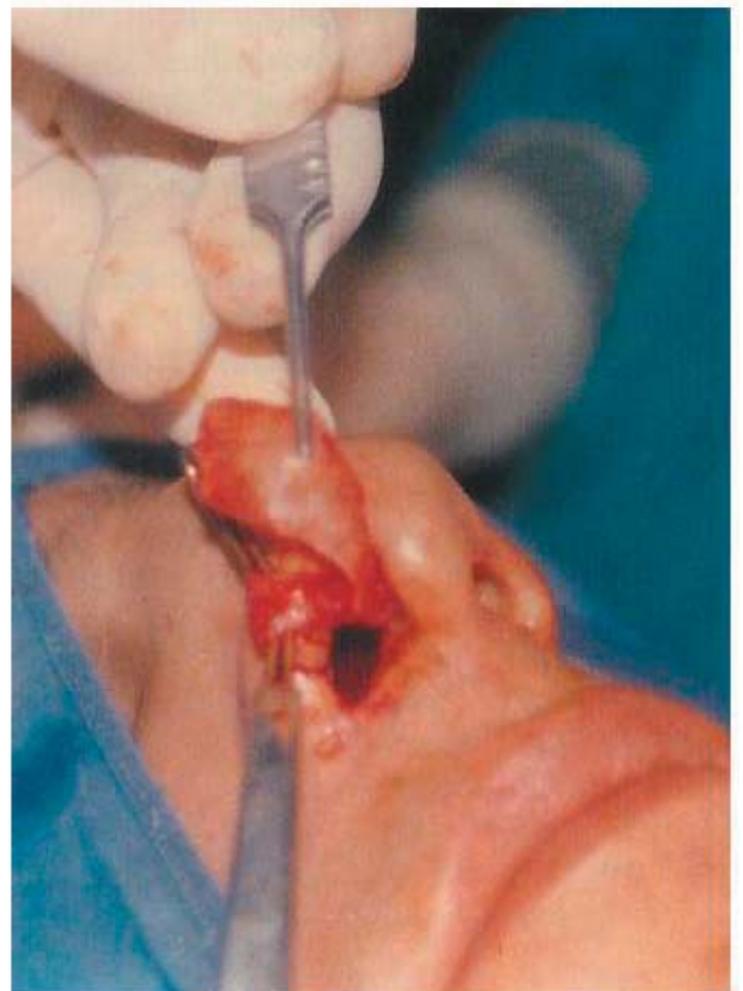


Fig. 4a, b. — La crus laterale ed il domo vengono scollati dalla pelle del vestibolo; 3/4 della cartilagine alare sono ora totalmente disinseriti da ogni connessione cutanea e restano in continuità esclusivamente con la crus mediale, che mantiene le sue connessioni.



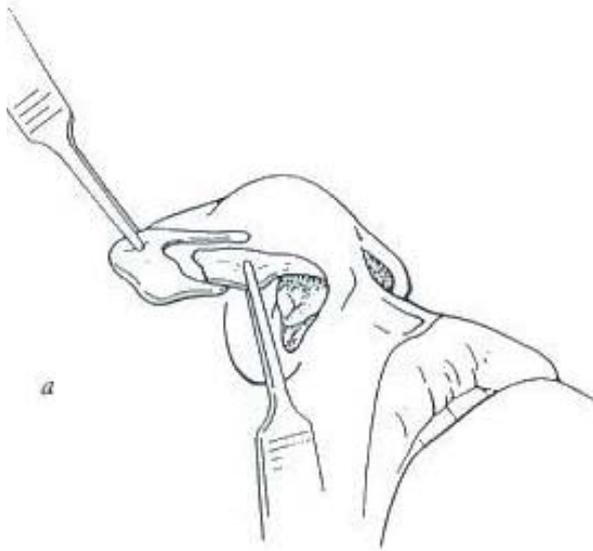


Fig. 5a, b. — La cartilagine alare è pronta per essere modellata “ritagliando” la forma desiderata nel contesto di quella originale, preparata come descritto.

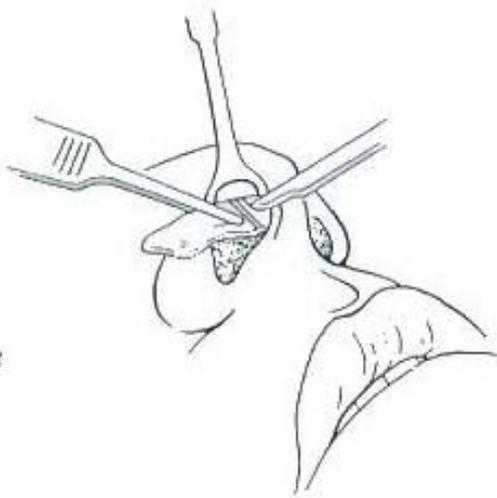


Fig. 6a, b. — Per ottenere una curvatura adeguata alla sua nuova funzione di domo, il segmento cartilagineo prescelto deve essere leggermente inciso (non più di $1/3$ dello spessore) sulla superficie esterna.



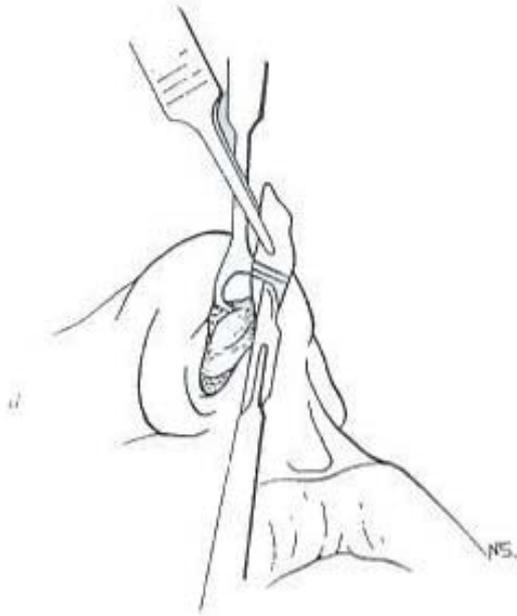


Fig. 7a, b. — Per ridurre la ormai indesiderata curvatura del vecchio domo è necessario incidere (con le stesse modalità) la superficie interna.

Brown-McDowell (1965) (3, 4, 8, 10, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 28, 31, 32 34).

A questo punto la crus laterale e il domo restano in continuità esclusivamente con la crus mediale che mantiene le sue connessioni (come già descritto, seppure con finalità del tutto diverse, nella tecnica «flying wing» da Kazanjian e Converse nel 1949⁽¹⁾).

Ora non resta che modellare una cartilagine alare della forma desiderata «ritagliandola» nel contesto di quella preparata come sopra descritto⁽³⁰⁾.

Sono molteplici le modalità con le quali si può intervenire, adattandole alle necessità del caso in esame.

Per ridurre la globosità della punta bisogna diminuire l'altezza della cartilagine asportando due benderelle, una sul mar-

gine superiore ed una sul margine inferiore della crus laterale e del domo.

Per ottenere un accorciamento, riducendo allo stesso tempo sia la proiezione della punta che il diametro antero-posteriore della narice, bisogna intervenire sull'estremità distale della crus laterale, asportandone la quantità necessaria a consentire uno scorrimento dall'avanti all'indietro della crus stessa, tale da provocare l'arretramento del domo; al posto del vecchio domo avremo ora la porzione adiacente della crus mediale, che per assumere la convessità desiderata dovrà essere leggermente incisa (non più di 1/3 dello spessore) sulla superficie esterna. Parimenti si dovrà leggermente incidere la faccia interna del vecchio domo per ridurre la ormai indesiderata concavità. Queste

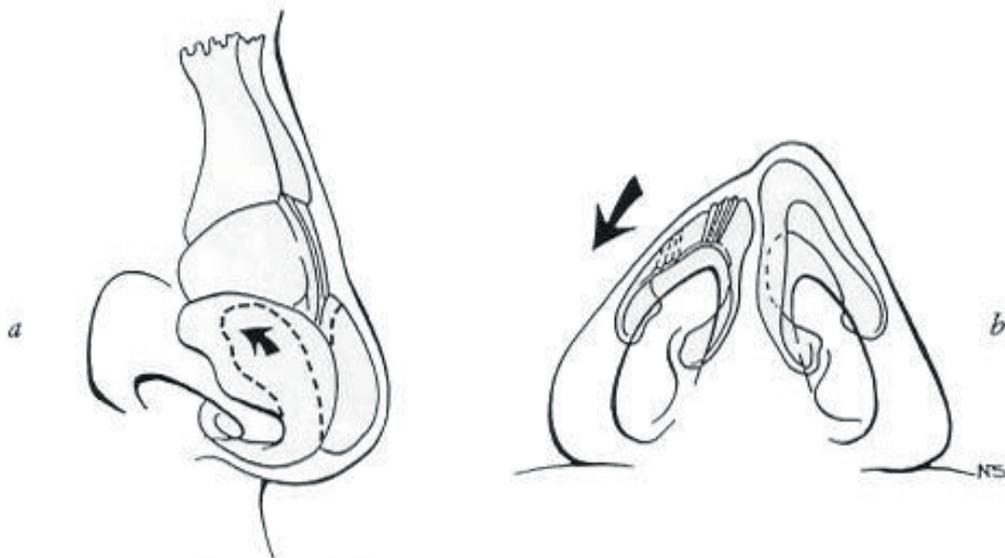


Fig. 8. — *a*) La crus laterale della cartilagine alare, modellata secondo le necessità del caso, viene fatta scorrere dall'avanti all'indietro; *b*) si realizza così una riduzione della proiezione della punta con relativo accorciamento della narice. Non sono necessari punti di sutura che uniscano le crura mediali. Si noti la posizione delle piccole incisioni superficiali sulla faccia esterna del neo-domo e sulla faccia interna della neo-crus laterale.

incisioni sono rese necessarie dalla caratteristica della cartilagine di mantenere la curvatura originaria, onde allentare le tensioni delle nuove curvature (Gillies e Milliard, 1957) ⁽⁸⁾.

Si può ottenere invece una maggior proiezione della punta unendo tra di loro i domi (dopo averne modificato la curva-

tura con le piccole incisioni sulla faccia interna) o addirittura le porzioni adiacenti delle crura laterali, con un punto di sutura e creandone dei nuovi modellandoli (con le piccole incisioni, questa volta, sulla superficie esterna) nel contesto delle crura laterali che scorreranno così, questa volta, dall'indietro all'avanti ^(19, 25, 26).

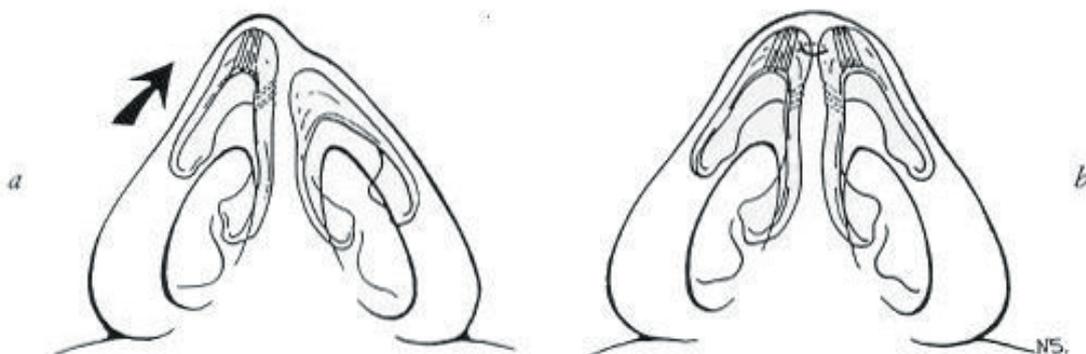


Fig. 9. — *a*) Nel caso in cui si voglia aumentare la proiezione della punta, la crus laterale della cartilagine alare deve scorrere dall'indietro all'avanti. Si noti la posizione delle piccole incisioni superficiali sulla faccia interna della neo-crus mediale e sulla faccia esterna del neo-domo; *b*) è necessario, in questo caso, apporre un punto di sutura che unisca le neo-crura mediali più vicino o più lontano dai neo-domi a seconda della larghezza desiderata per la punta del naso. Questo punto è anche utile per conferire maggior solidità alla columella durante il periodo di cicatrizzazione e prevenire difetti di cicatrizzazione.

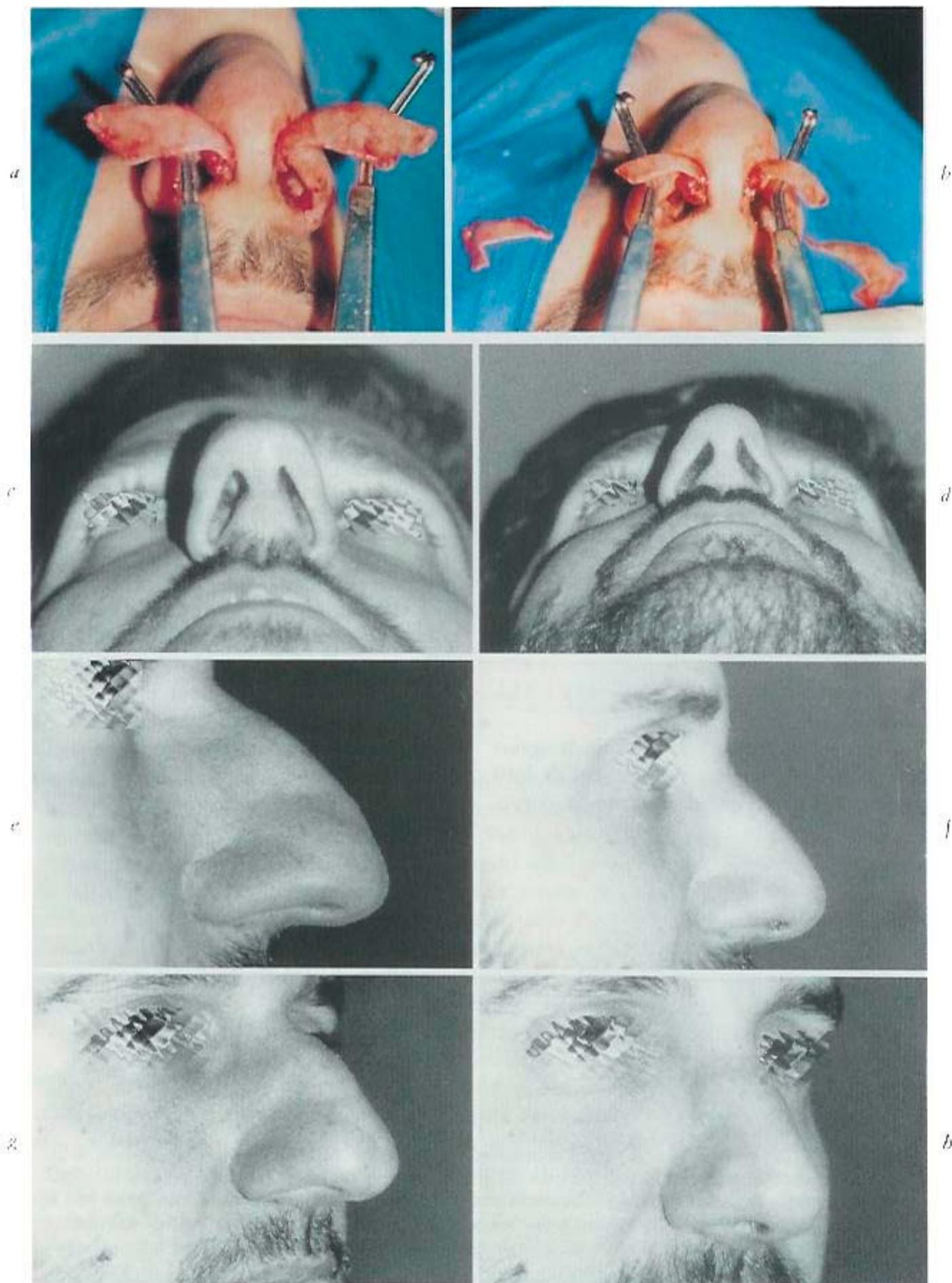


Fig. 10. — *a*) Situazione intraoperatoria delle cartilagini alari esposte prima del modellamento; *b*) si può notare sia il modellamento delle cartilagini alari, sia la parte di cartilagine escissa; *c, e, g*) foto preoperatorie dello stesso caso; *d, f, h*) foto postoperatorie dello stesso caso.

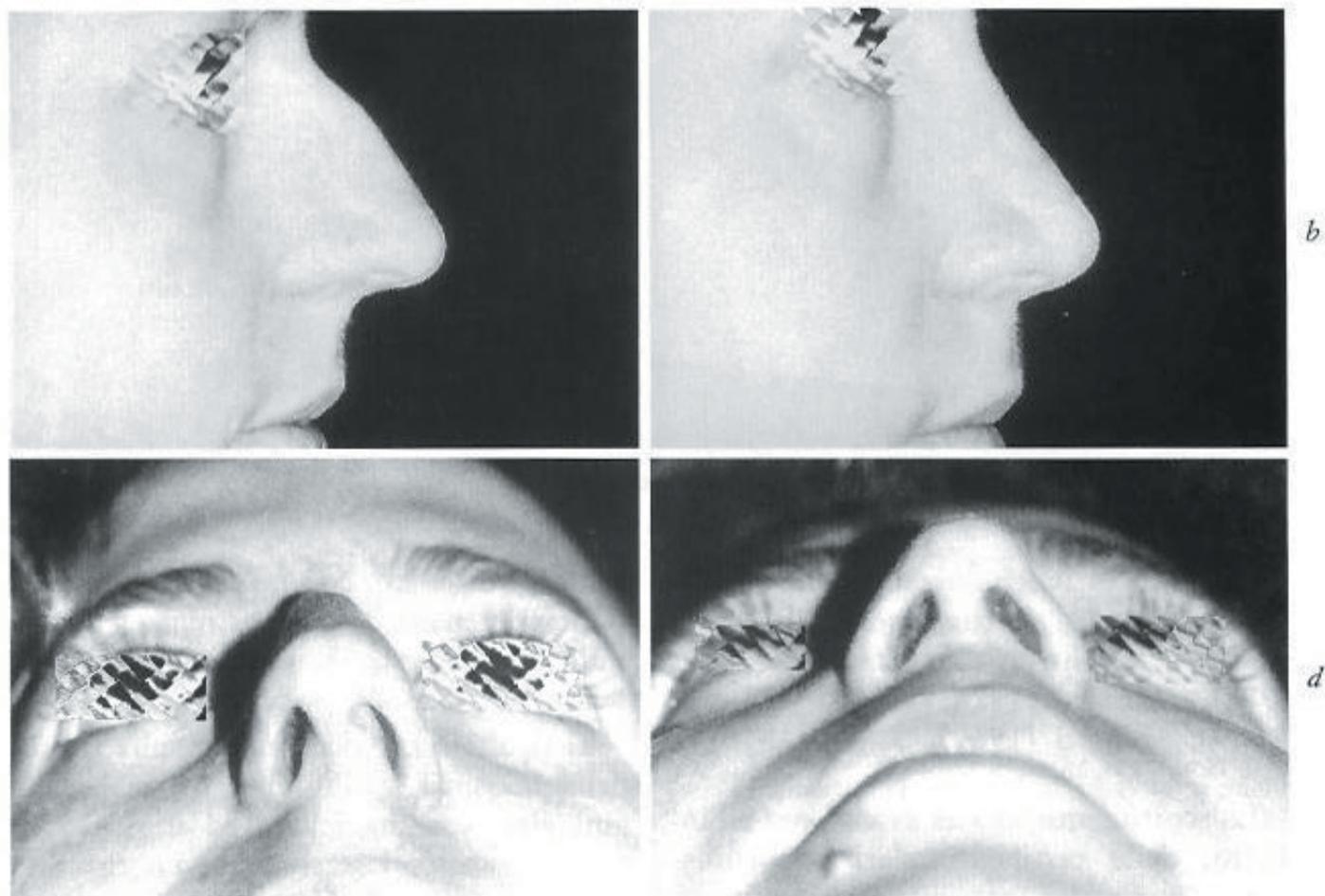


Fig. 11. — *a, c*) Foto preoperatorie di un altro caso; *b, d*) foto postoperatorie.



Fig. 12. — *a*) Foto preoperatoria; *b*) foto postoperatoria.



Fig. 13. — a) Foto preoperatoria; b) foto postoperatoria.

Incisioni di indebolimento delle cartilagini alari sono riferite anche da Sheen (1987), Aufricht (1943), McCurdy (1977, 1978), Meyer (1974, 1988), Lipsett (1959), Milliard (1967), Safian (1970) (1, 12, 15, 16, 18, 20, 24, 29, 33).

Lo scorrimento, ora in avanti, ora all'indietro, delle cartilagini alari opportunamente modellate consente sia l'allungamento che l'accorciamento della punta del naso senza interrompere la continuità delle stesse, che possono così validamente assolvere alla loro funzione di sostegno, non essendo stata intaccata che superficialmente la loro integrità strutturale.

La totale conservazione della pelle del vestibolo, che viene infine accuratamente suturata, consente, a complemento di questa tecnica, di conservare la perfetta funzionalità valvolare, prevenendo inoltre il rischio di cicatrici retraenti o stenosanti.

CONCLUSIONI

Il rispetto della conformazione delle cartilagini alari, che vengono modificate secondo modelli anatomici che ne mantengono la conformazione ad arco portante (che sostiene la punta) e la struttura a molla (che tiene dilatata la valvola), con-

senté di ottenere, con questa tecnica, una punta del naso operata estremamente simile ad una punta ideale di uguale aspetto, ma naturale.

Il risultato estetico, basato sulla ricerca della massima similitudine tra le cartilagini alari così modellate ed il rispettivo modello anatomico, consente un risultato della massima naturalezza.

RIASSUNTO

L'Autore, dopo aver sottolineato l'importanza, non solo delle proporzioni che legano i componenti del viso e dell'armonia degli elementi costitutivi del naso, ma anche della naturalezza del risultato estetico, propone una tecnica conservativa per il modellamento delle cartilagini alari.

Questa tecnica si basa sulla ricerca di un risultato estetico ottenuto con l'imitazione della struttura cartilaginea di un naso ideale uguale a quello che si desidera ottenere.

A questo scopo viene illustrata una metodica che consente di esporre le cartilagini alari nella quasi totalità e di modellarle «ritagliando» nel loro contesto la forma desiderata senza interrompere la continuità.

La tecnica consente di apportare alla punta del naso diverse modificazioni e si può applicare in molteplici situazioni.

Il caso in cui essa si presta con i migliori risultati è l'accorciamento della punta del naso (anche se globosa), con relativo accorciamento

delle narici, soprattutto nei casi in cui, data la cospicua lunghezza iniziale, le altre tecniche comporterebbero l'interruzione della continuità delle cartilagini.

Essa può peraltro essere proficuamente impiegata per allungare la punta del naso o per aumentarne la proiezione senza l'ausilio di innesti di cartilagine.

Viene inoltre sottolineata l'importanza che, in questa tecnica, comporta il più assoluto rispetto dei tegumenti del vestibolo che consentono di conservare intatta la funzionalità della valvola nasale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aufricht G.: «A new hints and surgical details in rhinoplasty». *Laryngoscope*, 53, 317, 1943.
- 2) Berthou P.: «La chirurgia della punta del naso». 37° Congr. Naz. Soc. Ital. Chir. Plast., 3, 1988.
- 3) Brown J. B., McDowell F.: «Plastic surgery of the nose». Mosby Saint Louis, 1951.
- 4) Brown J. B., McDowell F.: «Plastic surgery of the nose». Thomas Springfield, 1965.
- 5) Busca G. J.: «La chirurgia della punta nasale: osservazioni personali». 37° Congr. Naz. Soc. Ital. Chir. Plast., 503, 1988.
- 6) Cioccarelli M. G., Mantovani M.: «La chirurgia della punta nasale». 37° Congr. Naz. Soc. Ital. Chir. Plast., 477, 1988.
- 7) Giachero E.: «La ricostruzione del 'dome' nella chirurgia estetica del lobulo nasale». *Riv. Ital. Chir. Plast.*, 15, 1, 1983.
- 8) Gillies H. D., Milliard D. R.: «Principles and art of plastic surgery». Little, Brown, Boston, 1957.
- 9) Hewell T. S. III, Tardy M. H. Jr.: «Nasal tip refinement». *Facial Plast. Surg.*, 1, 2, 1984.
- 10) Joseph J.: citato da V. Micheli Pellegrini (vedi).
- 11) Kazanjian V. H., Converse J. M.: «The surgical treatment of facial injuries». William and Wilkins Company, Baltimore, 1949.
- 12) Lipsett E. M.: «A new approach to surgery of the lower cartilaginous vault». *Arch. Otolaryng.*, 70, 42, 1959.
- 13) Lo Russo D.: «La punta del naso: considerazioni estetiche e tecniche». *Riv. Ital. Chir. Plast.*, 15, 1, 1983.
- 14) McCullough E. G., English J. L.: «A new twist in nasal tip surgery. An alternative to the Goldman tip for the wide and bulbous lobule». *Arch. Otolaryng.*, 111, 524, 1985.
- 15) McCurdy J. A.: «Surgery of the nasal tip: current concepts». *Ear, Nose and Throat Journ.*, 56, 238, 1977.
- 16) McCurdy J. A.: «Reduction of the excessive nasal tip projection with modified Lipsett technique». *Ann. Plast. Surg.*, 1, 478, 1978.
- 17) McIndoe A., McLaughlin C. R.: «Advances in plastic surgery». *Practitioner*, 159, 427, 1952.
- 18) Meyer R.: «La rhinoplastie aujourd'hui». *Rev. Med. Suisse Rom.*, 94, 971, 1974.
- 19) Meyer R.: «Modelage de la pointe du nez». *Medecine et hygiène*, 40, 871, 1982.
- 20) Meyer R.: «Rhinoplasty». Su: «Aesthetic Plastic Surgery» di Gonzales-Ulloa M., Meyer R., Smith J. W., Zaoli G., Piccin, Padova, 1988.
- 21) Micheli-Pellegrini V.: «A proposito della rinoplastica correttiva. Considerazioni sull'opportunità di normalizzare le tecniche». *Nuovo Arch. Ital. Rinol. Laringol.*, 3, 220, 1975.
- 22) Micheli-Pellegrini V.: «Il naso torto». Ed. La Garangola, Padova, 1985.
- 23) Micheli-Pellegrini V.: «La tecnica per correggere la punta durante la rinoplastica». *Riv. Ital. Chir. Plast.*, 22, 11, 1990.
- 24) Millard D. R.: «Alar margin sculpturing». *Plast. Rec. Surg.*, 40, 337, 1967.
- 25) Nicolle F. V.: «The Somma-Shaped Tip Cartilage Graft». *Aest. Plast. Surg.*, 12, 223, 1988.
- 26) Papadopoulos A., Harada C.: «Compound implant to project the nasal tip». *Aest. Plast. Surg.*, 11, 181, 1987.
- 27) Ponti L., Ponti G.: «Modellamento della punta del naso: problemi e indicazioni di tecnica». 38° Congr. Naz. Soc. Ital. Chir. Plast., 161, 1989.
- 28) Rees T. D., Wood-Smith D.: «Cosmetic facial surgery». Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1975.
- 29) Safian J.: «The split cartilage tip technique of rhinoplasty». *Plast. Rec. Surg.*, 45, 217, 1970.
- 30) Santanché P.: «Modellamento conservativo della punta del naso mediante scorrimento delle cartilagini alari». 37° Congr. Naz. Soc. Ital. Chir. Plast., 507, 1988.

- 31) Seltzer A.P.: «The nasal septum: plastic repair of the deviated septum associated with a deflected tip». *Arch. Otolaryng.*, 40, 433, 1944.
- 32) Sheen J.H.: «Aesthetic rhinoplasty». Mosby, Comp., Saint Louis. 1978.
- 33) Sheen J.H.: «Aesthetic rhinoplasty». Mosby, Comp., Saint Louis. 1987.
- 34) Tirone L., Adamo C., Capone G., Simioli A.: «La dissezione delle cartilagini alari attraverso la 'rim' incisione nel rimodellamento della punta del naso». 37° Congr. Naz. Soc. Ital. Chir. Plast., 523, 1988.