

¡¡¡Ni abierta, ni cerrada!!! Rinoplastia con lo mejor de las dos técnicas. Trick tip rhinoplasty (transcolumellar and inter cartilaginous keystoneing with tip preservation)

Trick tip rhinoplasty (transcolumellar and inter cartilaginous keystoneing with tip preservation).

Dr. Francisco Javier Villegas-Alzate

RESUMEN

El propósito es presentar una técnica de rinoplastia sin precedentes: la TRICK-TIP (transcolumellar and inter cartilaginous keystoneing with tip preservation) usada por 14 años

Métodos. La cirugía es indicada en casos estéticos primarios y secundarios y también en reconstructivos como nariz hendida y secuelas de trauma. Una incisión nasal intercartilaginosa se continúa con una vertical en el septum membranoso y se "abre" con una incisión baja en escalera en la parte inferior de la columela, una combinación de elementos de las técnicas abierta y cerrada.

La punta nasal se eleva como un colgajo que incluye los alares y la piel vestibular debajo de ellos. El abordaje es muy amplio para realizar todas las maniobras quirúrgicas para septum y dorso, mientras que la punta nasal se preserva anatómicamente y se modifica desde abajo por resección cefálica retrógrada de alares, aplicación de poste intercrural fijado primero arriba y puntos para cierre de espacios muertos en el supra tip, el cierre de las incisiones es sencillo y completo, dos tercios de los casos se realiza resección de alas sin diferimiento.

Resultados. Los resultados evaluados por 120 pacientes usando Face Q™, y por 102 evaluadores externos son muy satisfactorios, las complicaciones son bajas y las revisiones infrecuentes. No se presentaron deformidades de triángulos blandos ni de los rebordes de las narinas. De manera subjetiva el autor considera más rápida, barata y fácil esta cirugía mientras que da resultados satisfactorios.

Discusión. La TRICK-TIP, una técnica original, convierte la rinoplastia cerrada en una con amplia visibilidad mientras preserva la anatomía de la punta. Su exposición extensa y rapidez permite realizar cambios estructurales complejos en el septum, dorso y vertientes nasales, mientras que maniobras indirectas permiten preservar las uniones interdomales, y proyectar la punta reduciendo espacios muertos.

Conclusión. La técnica TRICK-TIP se ha convertido en la preferida del autor debido a su versatilidad y buenos resultados. Ofrece una combinación única de ventajas de los enfoques abiertos y cerrados, con énfasis en la preservación de la punta y la simplificación del procedimiento.

Palabras clave: rinoplastia TRICK-TIP, rinoplastia de preservación de la punta, ligamentos interdomales, intercrurales, proyección de la punta nasal, suturas de supratip, poste columelar, corrección del ensanchamiento alar, resección alar nasal.

ABSTRACT

The aim is to present an unprecedented rhinoplasty technique, TRICK-TIP (Transcolumellar and Inter Cartilaginous Keystoneing with Tip preservation), which has been used for 14 years.

Methods:The Surgery is indicated for primary and secondary aesthetic cases, as well as reconstructive such as cleft nose and post-traumatic sequelae. An intercartilaginous endonasal incision is continued with a vertical incision in the membranous septum. It is "opened" with a stair-step incision in the lower part of the columella, combining elements of both open and closed rhinoplasties. The nasal tip is elevated as a composed flap that includes the alar cartilages and the vestibular skin beneath them. The approach is extensive to perform all surgical maneuvers for the septum and dorsum while anatomically preserving and modifying the nasal tip from below by retrograde cephalic resection of the alar cartilages, application of an intercrural strut fixed first superiorly, and closure points for dead spaces in the supratip. The closure of incisions is simple and complete, with two-thirds of cases undergoing alar resection without deferral.

Results: The results evaluated by 120 patients using Face Q™ and by 102 external evaluators are highly satisfactory, with low complications and infrequent revisions. Soft triangle deformities or nasal rim deformities were not observed. Subjectively, the author considers this surgery to be faster, cheaper, and easier, yielding satisfactory results.

Discussion: The TRICK-TIP, an original technique, transforms closed rhinoplasty into one with extensive visibility while preserving the anatomy of the nasal tip. Its extensive exposure and reduced surgical time allow for complex structural changes in the septum, dorsum, and nasal sidewalls, while indirect maneuvers preserve interdomal junctions and project the tip, reducing dead spaces.

Conclusion: The TRICK-TIP technique has become the author's preferred method due to its versatility and good outcomes. It offers a unique combination of advantages from both open and closed approaches, emphasizing tip preservation and procedural simplification.

Key words: TRICK-TIP Rhinoplasty, Tip preservation rhinoplasty, Interdomal, intercrural, ligaments, Tip projection, Supratip quilting sutures, Columellar strut, Alar flaring correction.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2024;30(2):121-129. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202402/0121-0129](https://doi.org/10.32825/RACP/202402/0121-0129)

INTRODUCCIÓN

No existe consenso sobre cuál técnica de rinoplastia es mejor y hay debate, sin conclusiones precisas ni ganador, entre quienes prefieren rinoplastia abierta y los que la hacen exclusivamente cerrada. Aunque cada técnica tiene ventajas o desventajas y posibles indicaciones o contraindicaciones, hay defensores y detractores de cada una siendo aconsejable para cualquier cirujano conocerlas e indicarlas según el caso^{1,2}.

Ambos enfoques tienen similitudes, pero también diferencias en cuanto a la visualización y evaluación in-

1. Cirujano plástico. Profesor de posgrado cirugía plástica Universidad del Valle (Univalle), Cali, Colombia. Profesor de medicina Unidad Central del Valle (UCEVA), Tuluá, Valle, Colombia. Práctica privada en Clínica San Francisco, Tuluá, Valle, Colombia. ORCID: orcid.org/0000-0002-3883-2713

✉ **Correspondencia:** Dr. Francisco Javier Villegas-Alzate. revista@sacper.org.ar

El autor no declara conflictos de intereses.

Recibido: 03/2024 | Aceptado: 03/2024

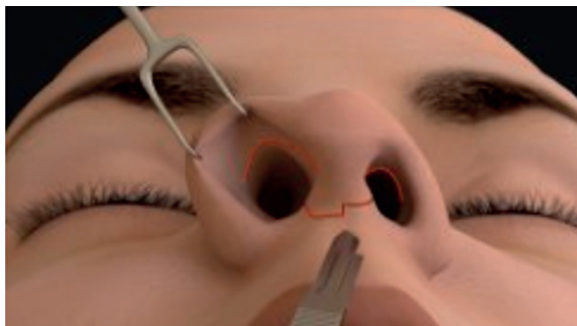


Figura 1. Incisiones en TRICK-TIP rhinoplasty (Transcolumellar and Inter Cartilaginous Keystoning with Tip preservation).



Figura 3. Izquierda: se eleva la parte móvil de la nariz como un colgajo compuesto. Derecha: en plano suprapericóndrico se hace un acceso visual amplio hasta el nasion y las vertientes nasales óseas y cartilaginosa.

traoperatoria de las estructuras en su estado anatómico de reposo, también difieren en la variedad de alternativas técnicas disponibles para modificar cada una de las estructuras y el nivel de control y maniobrabilidad quirúrgica que finalmente determinan la eficacia y previsibilidad³.

La técnica abierta apareció mucho después que la cerrada para hacer más accesibles los cartílagos de la punta, siendo considerada por muchos la más precisa y con resultados más reproducibles ya que la visión y el acceso a las estructuras permiten hacer la cirugía más estructurada y predecible pudiendo llevar a buenos resultados⁴⁻⁸. Su principal desventaja es la mayor duración del procedimiento y la dificultad técnica para despegar la piel vestibular de las delicadas cruras medias, pudiéndose producir desgarros de piel y de cartílagos, de igual manera el cierre de la piel vestibular debajo de los domos cartilagosos es más difícil, requiriendo muchas veces despegamientos adicionales laboriosos de la piel delicada y firmemente adherida debajo de la zona domal^{9,10}. Una complicación grave es la dehiscencia y necrosis, que usualmente no se presentan con la técnica cerrada^{11,12}.

La técnica cerrada con incisión intercartilaginosa ha sido usada por muchos años, siendo más rápida, más barata y con menos posibilidad de necrosis, demostrando buenos resultados, pero quizás, menos predecibles. Se ha tratado por múltiples medios de hacerla “más abierta”, por ejemplo usando otra incisión intranasal en el borde marginal de los cartílagos alares, convirtiéndola en una doble incisión o “asa de balde”, se han usado maniobras de extensión de las incisiones endonasales hasta piso y vestíbulo nasal y se han hecho con técnica de extracción de cartílagos alares, entre

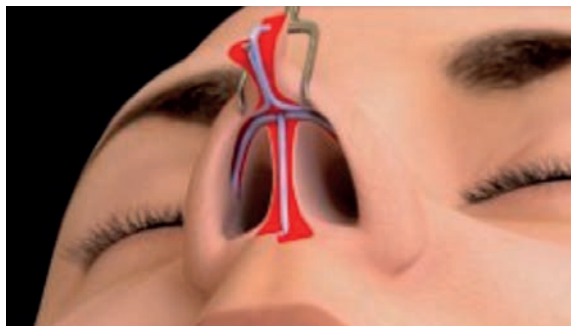


Figura 2. De manera rápida durante la TRICK-TIP rhinoplasty se eleva la columela y la punta nasal como un colgajo compuesto de piel vestibular, cartílagos y piel externa nasal.

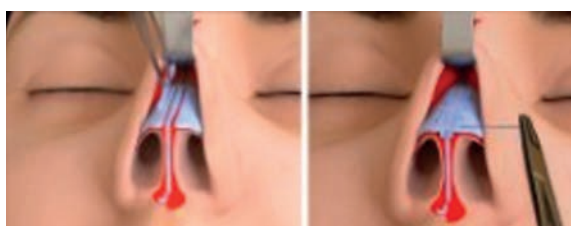


Figura 4. El abordaje amplio de la TRICK-TIP permite la visualización del dorso óseo y cartilagosos facilitando maniobras de resección y moldeamiento cuidadosos de hueso y cartílagos. Izquierda: uso de injerto espaciador. Derecha: la fijación y remodelación con suturas se facilita por la amplia exposición.

otros recursos para evitar la incisión de la piel de la columela¹³⁻²³.

El autor ha usado por 14 años un abordaje que toma lo mejor de las dos técnicas, para mejorar la visibilidad y maniobrabilidad quirúrgica. Este artículo presenta la técnica operatoria y evalúa los resultados de TRICK-TIP (transcolumelar e intercartilaginosa, estructurada y con preservación de la punta), una técnica sin precedentes conocidos, que de manera novedosa pretende ser más simple y mantener resultados con menos complicaciones²⁴.

MÉTODOS

Selección de pacientes. Después de dos o más consultas y examen clínico cuidadoso se determinan las ventajas y desventajas de la rinoplastia y se genera un consentimiento informado del paciente, en donde es importante resaltar la presencia de una cicatriz en la base columelar. En casos seleccionados solicitamos tomografía computarizada de senos paranasales y nariz. En todos los casos se realizan fotografías estandarizadas preoperatorias.

La cirugía está indicada principalmente en adultos jóvenes que desean mejoría estética nasal primaria, aunque también la hemos usado en casos secundarios, y cirugías con intención reconstructiva como secuelas de labio y paladar hendido, y secuelas de trauma.

La operación está contraindicada en pacientes con expectativas irreales, pacientes con comorbilidades, y en aquellos casos primarios o secundarios en donde se anticipe la necesidad de separar la piel de la punta de los

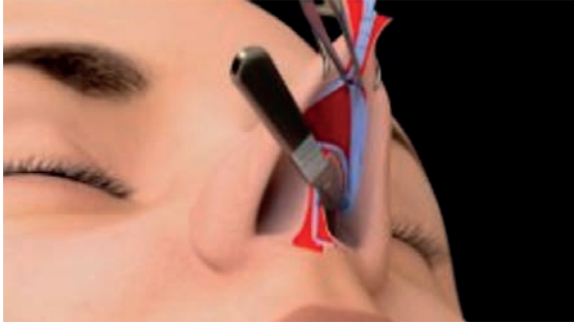


Figura 5. Resección de cartílagos alares en su porción cefálica desde abajo durante TRICK-TIP.

cartílagos alares para realizar modificaciones muy precisas o reparaciones cartilaginosas en la punta y remoción de injertos sobrepuestos sobre los domos previamente.

CIRUGÍA

En todos los casos se usa anestesia general y tubo orotraqueal, previa consulta preanestésica y clasificación de riesgos. En un 22,5% de los casos la cirugía se asocia a otros procedimientos estéticos de la cara, y en una cuarta parte se realiza en simultánea con cirugías de contorno corporal, todos los casos han sido atendidos en una práctica privada con servicio de docencia en postgrado en cirugía plástica en la ciudad de Tuluá en Colombia.

Incisiones. Después de infiltración con anestésico y vasoconstrictor, se hace una incisión intercartilaginosa bilateral entre el borde cefálico de los cartílagos alares y el borde caudal de los cartílagos triangulares, que se extiende de manera vertical transfixiante de nariz a nariz en el septum membranoso, esta incisión se complementa con otra en forma de escalera en la piel de la base de la columela cerca al labio en la parte más baja de los pies de crura (transcolumelare intercartilaginosa) (**Figura 1**).

De manera muy rápida y eficiente con las maniobras de esqueletización habituales, se levanta un colgajo que tiene los dos cartílagos alares, su cobertura vestibular endonasal y la piel completa de la punta nasal. Después de la visualización del ángulo septal se procede a disección suprapericóndrica del esqueleto cartilaginoso, cambiando a plano subperióstico al alcanzar los huesos nasales. La disección se extiende hasta ver el *nasion* y también se amplía lateralmente hasta por lo menos la mitad de las vertientes nasales y en algunos casos hasta el origen de las mismas (**Figuras 2 y 3**).

Septum. En los casos necesarios se hace disección del septum nasal por abordaje subperióstico usando túneles superiores uni- o bilaterales que pueden acompañarse de separación de los cartílagos triangulares del cartílago septal en el dorso. Este abordaje amplio per-

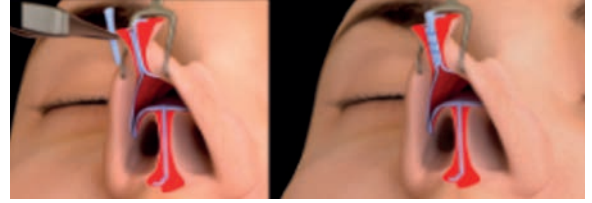


Figura 6. Un poste intercruar que no sobrepasa la altura de los domos se aplica en el 43% de los casos, usando primero la fijación en la parte móvil arriba y finalmente abajo.

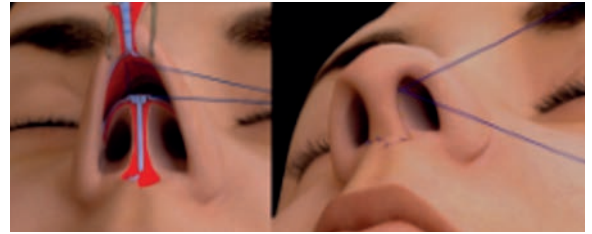


Figura 7. Punto de unión del supratip. Usado en dos tercios partes de los casos, permite la obliteración del espacio muerto facilitando la definición del punto de quiebre entre el dorso y la punta; preferimos aplicarlo en las etapas de definición de la punta y lo anudamos después del cierre definitivo de piel.

mite septoplastias extensas, uso de suturas moldeadoras y toma de injertos óseos y cartilaginosos.

Dorso óseo. Se continúa con las modificaciones pertinentes al dorso y vertientes nasales. Las resecciones de la giba ósea se realizan con raspa de manera intermitente y progresiva hasta tener la forma y altura deseadas. La resección ósea no se limita al dorso y se debe continuar con la parte lateral de los huesos nasales y vertientes para evitar deformidad en "V" invertida. Raramente se realiza resección de giba con osteotomo. En muchas ocasiones se usa un osteótomo de 2 mm muy afilado para cambiar la forma anormalmente curva de algunos huesos nasales usando el abordaje amplio bajo visión directa con maniobras de percusión delicadas.

Dorso cartilaginoso. Lo modificamos de acuerdo a la necesidad, por resección y maniobras condroplásticas de modificación de cartílagos triangulares como suturas, injertos y colgajos espaciadores. Es fácil usar liberalmente suturas de polipropileno 5-0 USP en aguja vascular para reconstruir el dorso cartilaginoso y corregir a satisfacción cualquier deformidad residual, facilitándose ampliamente el uso de injertos septales, costales y otros como calota en casos reconstructivos. Es de anotar que el doblado longitudinal del borde superior de los triangulares se puede hacer bajo visión directa para mantener la forma del dorso cartilaginoso. En caso necesario se realizan osteotomías laterales por abordaje endonasal, usando osteótomos con guía (**Figura 4**).

Punta nasal. La modificación de la forma de la punta se realiza desde abajo con el colgajo de piel y cartílagos evertido con la ayuda de un gancho doble de nariz y de

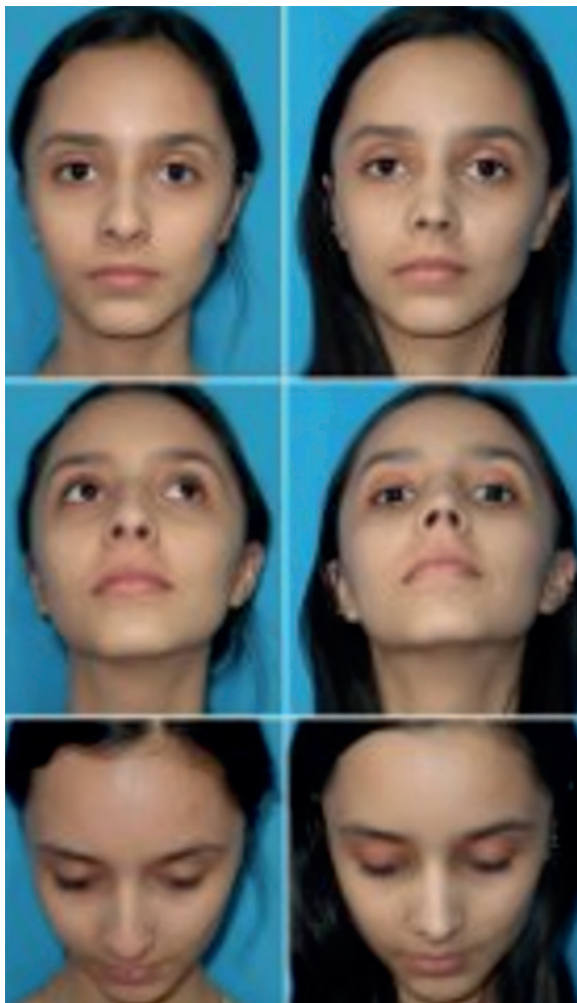


Figura 8. Caso 1. Rinoplastia estética primaria en una mujer joven con piel delgada, rinofosis, y falta de proyección de la punta nasal. Izquierda: fotos frontales preoperatorias. Derecha: fotos postoperatorias 7 semanas después de la operación. Se espera mejoría adicional de la coloración y visibilidad de la cicatriz.

una aguja hipodérmica calibre 25G que se inserta desde la piel hacia el espacio operatorio en la línea media del punto de quiebre entre el dorso y la punta.

Usualmente se hace resección del borde cefálico de los alares sin desprenderlos de la piel en conjunto con grasa y tejido redundante del área supratip. Después de chequeo repetido se confirma la simetría, definición y adelgazamiento planeados. Se puede adelgazar un poco más la piel por liposucción subdérmica usando la cánula de succión de Frazier 2 mm.

Resecciones laterales y modificaciones adicionales a los cartílagos alares adheridos por completo al colgajo de piel o con despegamientos selectivos se pueden hacer desde abajo, usando suturas para unir los domos o las cruras medias (**Figura 5**).

Poste de aplicación inversa. Un recurso usado en el 43% de los casos es la aplicación de un poste intercruras que ayudaría a proyectar y mantener estructuralmente la punta (*keystone strut*), este injerto de cartí-



Figura 9. Caso 1. Izquierda: preoperatorio. Centro arriba: se está haciendo la fijación de un poste de cartilago septal intercrural para mejorar la proyección de la punta. Centro abajo: una vez fijado arriba el poste se sutura a las estructuras fijas nasales calculando la proyección adecuada. Derecha: foto postoperatorias a las 7 semanas.

lago septal (algunas veces cartilago costal o injerto de calota), lo fijamos transitoriamente con una aguja hipodérmica en el espacio intercrural, cuidando de no sobrepasar la altura de los domos respetando el ligamento interdomal que sirve como apoyo del límite superior del poste, se fija con suturas polipropileno 5-0 USP, luego de estar unido primero arriba; el complejo de la punta columela y poste se gira hacia la espina nasal anterior para hacer el ajuste necesario de altura y posterior fijación al septum caudal o espina nasal durante las maniobras de cierre (**Figura 6**).

Punto obliterante del supratip. Es usado en el 65% de los casos. Después de marcar con aguja transfixiante el punto de quiebre cutáneo entre el dorso y la punta, se procede por abordaje interno a dejar una sutura permanente de polipropileno 5-0 USP entre la dermis de ese punto y el punto del dorso cartilaginoso o septum caudal elegido; para mantener una rotación adecuada de la punta, preferimos dejar esta sutura sin anudar hasta el final del cierre de las heridas endonasales (Gubisch²⁵) aunque inicialmente lo anudábamos antes según técnica de Guyuron²⁶ (**Figura 7**). En casos excepcionales se pueden hasta 4 o 5 puntos obliterantes que ayudan a mantener la definición entre punta y dorso y entre alas y vertientes nasales.

Cierre de incisiones. Se usa catgut simple 4-0 USP en aguja cortante para hacer sutura cuidadosa de todas las incisiones endonasales, evitando áreas cruentas residuales y exposición de injertos o suturas. Se inicia con especial atención a los puntos clave del vértice endonasal y laterales de la columela para que queden bien afrontados los pies de crura.

Durante esta etapa se pueden poner puntos de sutura no absorbibles (polipropileno 5-0 USP) entre el poste columelar y el septum caudal espina nasal calculando la altura, proyección y rotación de la punta nasal.

La incisión cutánea columelar en escalera es cerrada con puntos separados de piel con polipropileno 5-0 USP. Adicionalmente, de manera frecuente, usamos sutura con catgut simple para hacer puntos transfixiantes en el septum membranoso y espina nasal que



Figura 10. Caso 1. Izquierda: preoperatorio. Centro arriba: foto intraoperatoria demostrando la cifosis y falta de proyección de punta. Centro abajo: aspecto al final de la cirugía nótese la rotación y proyección de la punta nasal. Derecha: foto postoperatorias a las 7 semanas.

reducen espacio muerto y ayudan en mantener en posición el poste intercual.

En este momento se hace el nudo de la sutura del supratip, una vez completado el anudado el nudo debe migrar dentro de la incisión y la piel del punto de quiebre debe quedar adherida al esqueleto nasal. En 4% de casos usamos suturas adicionales de catgut simple que entran por la piel vestibular, salen a la piel del quiebre supratip o pliegue alar y entran por el mismo orificio en trayecto diferente, para ser anudadas dentro de la nariz complementando la unión de la piel con esqueleto nasal, disminuyendo el espacio muerto y la acumulación de líquidos y edema. En casos raros con exceso de piel hemos usado suturas externas de nylon 5-0 USP en aguja grande para redistribuir y adherir la piel a la manera de red hemostática o puntos de acolchado externos²⁷⁻²⁹.

Resección de alas. Es usada liberalmente en el 72,5% de los casos, la presencia de esta cicatriz debe ser informada y acordada con el paciente preoperatoriamente, la decisión final de realizarla u omitirla se toma en este momento quirúrgico ayudados por el resultado provisional visto en la mesa de operaciones, por la medida de la distancia intercual y por maniobras de simulación de resección alar movilizándolo el borde alar hacia la posición medial con pinzas de Adson.

Se realiza marcación con tinta quirúrgica cuidando simetría, manteniendo la resección suficiente para la corrección deseada y evitando sobreresección. La incisión se ubica exactamente en el surco alar y piso nasal y se ajusta en altura y anchura a cada caso. Una vez delineada la incisión se hace infiltración con vasoconstrictor y resección cortante y precisa en un lado. Se procede al cierre con suturas absorbibles catgut simple 4-0 USP usando suturas transfixiantes anudadas dentro de la nariz, frecuentemente evitamos suturas externas de piel, que cuando son necesarias se limitan a una o hasta tres por lado con polipropileno 5-0 USP en aguja cortante.

Curación. Evitamos usar taponamiento nasal anterior, el cual reservamos para casos complejos de cirugía reconstructiva. Hacemos encintado de la piel nasal y aplicamos inmovilización con un yeso dorsal a la medida.



Figura 11. Caso 2. Paciente femenina de 42 años con secuelas de labio y paladar hendidos bilaterales. Izquierda: preoperatorio. Derecha: foto postoperatorias a las 16 semanas.

Posoperatorio. Realizamos la primera visita en tres a cinco días para retirar suturas y taponamiento nasal, reforzamos las instrucciones y planeamos seguimientos posteriores. La ferulización nasal sólida se retira a los 12 días, y se continúa con encintado por 4 semanas. Es frecuente que recomendemos humectación endonasal con solución salina y uso de aerosol nasal de beclometasona por 4 semanas. Se hacen visitas de control programadas por varios meses en donde se toman fotografías postoperatorias, se oyen quejas y se refuerzan los logros obtenidos.



Figura 12. Caso 2. Izquierda: preoperatorio. Centro arriba: marcación preoperatoria en donde se señala la existencia de una cicatriz del lóbulo nasal de una cirugía previa de corrección de asimetría nasal que haría muy difícil cualquier abordaje tradicional. Centro abajo: Durante la fijación de un poste de cartilago en el espacio intercrural, se ve claramente la punta nasal elevada como una unidad móvil trilaminar que incluye los cartilagos alares que fueron simetrizados desde abajo. Derecha: foto postoperatoria a las 16 semanas. Se realizó resección alar asimétrica, revisión de queiloplastia y aumento autólogo de bermellón labial.

Resultados. De manera subjetiva los resultados estéticos son similares a y tan predecibles como los de cualquier rinoplastia abierta, desde hace 14 años es la manera predilecta del autor de realizar la rinoplastia que considera además es más rápida y más barata.

Los resultados informados de 120 pacientes de rinoplastia estética usando formularios autorizados de Face Q[™]³⁰⁻³³ indicaron una alta satisfacción con la “Apariencia de la nariz” y el “Resultado general”, logrando una mediana de 100 /100 puntos. Por otro lado “La satisfacción con las fosas nasales” recibió una alta calificación de 87 puntos/100²⁴.

Ciento dos evaluadores independientes, incluyendo 93 (88,6%) cirujanos plásticos y 12 (11,4%) otorrinolaringólogos, calificaron los resultados usando formularios *online* con fotografías pre- y postoperatorias. Cada uno calificó entre 10 y 120 pacientes, lo que resultó en un total de 1820 evaluaciones; usando una escala de 1-5 (1: muy deficiente, 2: deficiente, 3: regular, 4: bueno, 5: excelente), el “Resultado general de la rinoplastia” tuvo una calificación promedio de 3,62 de 5 puntos posibles (desviación estándar (DE) 0,935).

Por otro lado, en una escala de 1-5 (1: no presente, 2: leve, 3: moderado, 4: severo, 5: desfigurante), la evaluación de “Deformidades de las fosas nasales” arrojó una calificación promedio de 1,84 (DE 0,917), las “Deformidades del triángulo blando” recibieron una calificación promedio de 1,73 (DE 0,903), y la evaluación de “Deformidad o visibilidad de la cicatriz externa columelar” resultó en una puntuación promedio de 1,35 (DE 0,692)²⁴ (Figuras 8-10 Caso 1).

COMPLICACIONES

No se reportaron necrosis de piel, hematoma, asimetría notable, dehiscencias de heridas o infecciones; se realizaron revisiones en tres pacientes, uno de ellos requirió dos revisiones.

Los efectos adversos informados por los pacientes de



Figura 13. Caso 2. Izquierda: Vista lateral preoperatoria. Centro arriba: el poste columelar está siendo ajustado en altura para lograr la proyección de punta planeada. Centro abajo: apariencia en la vista basal al finalizar la cirugía. Derecha: foto postoperatoria a las 16 semanas.

acuerdo con siguientes preguntas validadas en los formularios Face Q[™]:

- ¿Dificultad para respirar por la nariz?
- ¿Sensibilidad (por ejemplo, al usar gafas de sol)?
- ¿La piel de tu nariz parece gruesa o hinchada?
- ¿Protuberancias o hendiduras de apariencia poco natural en tu nariz?

Se respondieron “nada en absoluto” en el 72% de los casos y “un poco” en el 14%. “Moderadamente” y “Extremadamente” se reportaron en el 7% de los casos cada uno, con un puntaje promedio de 1,5 o menos puntos, lo que indica un nivel menor que “un poco” en una escala de 1 a 4. (1: nada en absoluto, 2: un poco, 3: moderadamente, 4: extremadamente)

DISCUSIÓN

El enfoque quirúrgico TRICK-TIP ha llegado a ser la manera predilecta para realizar rinoplastias por el autor, encontrando cada vez más indicaciones y buenos resultados.

La evaluación objetiva de resultados publicados previamente en rinoplastia estética²⁴ da fuerza a esta apreciación subjetiva del autor, que además ve buenos resultados en rinoplastias reconstructivas complejas. Se destaca la preservación de la punta para mejorar los resultados y agilizar el procedimiento.

Inicialmente utilizada para casos relativamente simples, las indicaciones de la técnica se han diversificado ampliamente. Se ha utilizado en el 88% de los casos primarios y también en el 12% de los casos secundarios. Además, la técnica ha encontrado aplicación en cirugías reconstructivas, como la reparación de nariz en labio hendidado y secuelas graves de traumatismos (Figuras 11-13Caso 2).

Dada la experiencia del autor tanto en rinoplastia abierta como cerrada, intuitivamente recomienda el procedimiento para una amplia gama de casos. Sin embargo, es crucial destacar que no es recomendable para casos que requieran manipulaciones de la punta altamente precisas o para casos secundarios que requieran reconstrucción del cartilago alar.

Las indicaciones principales abarcan cirugías que im-



Figura 14. Caso 3. Varón joven con piel gruesa, cifosis nasal, falta de proyección de punta y alas prominentes, con seguimiento a largo plazo. Izquierda: vistas preoperatorias. Derecha: fotos postoperatorias a 5 años. Se realizó resección alar, poste columelar y adicionalmente otoplastia.

plican modificaciones dorsales extensas, eliminación de giba, corrección de paredes laterales nasales y unión osteocartilaginosa, particularmente cuando son necesarios injertos espaciadores y correcciones de asimetrías y desviaciones septales.

La seguridad vascular es crucial en la rinoplastia, especialmente con la resección alar que en casos secundarios y pacientes fumadores o con comorbilidades se recomienda realizar de manera diferida. La técnica TRICK-TIP por no separar la punta parece mantener la seguridad vascular al evitar el manejo excesivo de la piel columelar, lo que resulta crucial para los procedimientos que involucran la resección alar simultánea que el autor realiza hasta casi en tres cuartas parte de sus pacientes (72,5%)^{11,12}.

El uso de soporte (*keystoneing*) como poste columelar



Figura 15. Caso 3. Izquierda: preoperatorio. Centro arriba: durante la cirugía. Centro abajo: al momento del cierre de heridas, se ve la definición dejada en el punto de quiebre por el uso de una sutura interna del supratip. Derecha: foto postoperatoria a 5 años.

para mantener a largo plazo la posición de la punta ha sido ampliamente estudiado y repetidamente descrito o modificado³⁶⁻³⁸. Sin embargo, la fijación estratégica del soporte columelar, comenzando en la parte superior parece no tener antecedente histórico.²⁴ De manera ingeniosa facilita la fijación sencilla, permitiendo ajustes hasta el final de la cirugía sin tener que realizar cambios en la región interdomal, más frágil y fácil de dañar, con cambios repetidos de posición de las suturas.

Aunque un poco más difícil que en la técnica abierta, la TRICK-TIP permite diversos cambios de la punta, incluida la resección cefálica retrógrada de los cartílagos alares, las suturas interdormales e intercruales y facilitaría maniobras de movilización espacial de la punta como un todo incluidas la rotación, des-rotación, lateralización y recesión de puntas, según lo planeado.

Si bien realizar modificaciones en la punta desde abajo presenta una curva de aprendizaje y desafíos para lograr una definición detallada precisa, la facilidad para soportar la punta y moldear directamente el supratip con suturas es un aspecto positivo.

El concepto de preservación dorsal está siendo retomado y en recientes publicaciones ha ganado gran aceptación, sin embargo, pero el concepto de preservación de la punta es raramente mencionado y se limita después de disección amplia a preservar los "polígonos y anatomía alar" por disecciones amplias entre la piel y los alares^{39,40}.

El tratamiento actual de la punta generalmente se fundamenta y en "deconstrucción" y nueva "mejor construcción" de las estructuras anatómicas de ligamentos y cartílagos del lóbulo nasal⁴¹. Proponemos un nuevo y verdadero enfoque de **preservación de la punta** como componente fundamental en la TRICK-TIP²⁴, ya que no hay separación de piel en la región punta-columelar, y tampoco separación o daño evidente entre los ligamentos interdormales e intercruales laterales⁴¹, lo que mantiene la integridad estructural de los elementos de soporte y la piel externa e interna, preservando los contornos y características naturales de la punta nasal, lo que resulta en resultados más naturales con los puntos de iluminación simétricos de los domos y reduce el riesgo de complicaciones relacionadas con la punta. Al preservar la unión entre los cartílagos alares y la

piel caudal a ellos, se mantiene la integridad de la columela y la punta, evitando la distorsión del borde alar y los triángulos blandos. Su naturaleza conservadora también hace que la cirugía sea más “reversible y revisable” debido a que es menos destructiva².

El cierre de las heridas endonasales es bastante difícil en rinoplastias cerradas y que también puede ser difícil de adaptar al nuevo soporte estructural de la rinoplastia abierta; por el contrario, en esta técnica se resalta nuevamente la facilidad del cierre bajo visión directa amplia lo que evita dejar áreas cruentas, evita exposición de injertos y suturas, retracciones y asimetrías. Notablemente, la cicatriz columelar baja, aunque secciona uno o ambos pies de crura, es de características poco visibles y no produjo quejas en los resultados reportados por los pacientes no observadores externos. Se han podido seguir casos por más de 5 años demostrando la durabilidad de los resultados (**Figuras 14 y 15 caso 3**).

Sin embargo, algunas limitaciones podrían ser el abordaje indirecto de la punta con poca accesibilidad a los domos y la necesidad de una mayor generalización de las indicaciones y reproducibilidad de la técnica, que seguramente deben ser reconocidas a medida que esta madura. Aunque otra potencial desventaja sería la sección distal durante la incisión en escalera de uno o dos pies de crura, los resultados reportados no confirman ningún problema de visibilidad o deformidad atribuible a este corte quirúrgico.

Es importante destacar que el término “novedoso” debe usarse con cautela, dadas las referencias históricas que aparecen después de cirugías proclamadas como “nuevas”. Sin embargo, no se encontró ningún antecedente de esta técnica específica en la literatura médica actual, como tampoco hallamos referencias al uso de la

fijación primero arriba del poste columelar y a la verdadera cirugía preservadora de punta. Creemos que otros aportes relativamente únicos de esta operación son la posibilidad de realizar un cierre cuidadoso y simétrico de las incisiones endonasales, y el uso de suturas directas y también transfixiantes en el supratip, surco alar superior y lateral, con nudos endonasales absorbibles para mayor definición y para el cierre de la resección de alas.

Si bien los resultados actuales pueden no demostrar una superioridad cualitativa, la intención es ofrecer información sobre la utilidad potencial de este enfoque para otros cirujanos.

Los ensayos controlados en el futuro pueden proporcionar una comprensión más completa de su efectividad en comparación con las técnicas existentes.

CONCLUSIÓN

La técnica TRICK-TIP ofrece un enfoque único para la rinoplastia, combinando las ventajas de los enfoques abiertos y cerrados. Esta cirugía innovadora amplía la visibilidad sin disección de la piel de columela y de la punta, simplifica el procedimiento y mantiene resultados favorables.

Se enfatiza en que la seguridad vascular, el riesgo disminuido de complicaciones, la simplicidad de la fijación del poste intercrural y la preservación de la punta afianzan aún más los beneficios distintivos de este enfoque. La investigación continúa, la ampliación de la búsqueda bibliográfica y la experiencia clínica y la educación quirúrgica validarán aún más la autenticidad de la técnica y los resultados a largo plazo, estableciendo la TRICK-TIP como una adición valiosa al campo de la rinoplastia.

BIBLIOGRAFÍA

- Gupta, R., John, J., Ranganathan, N., Stepanian, R., Gupta, M., Hart, J., Nossoni, F., Shaheen, K., Folbe, A., Chaiyasate, K. (2022). Outcomes of Closed versus Open Rhinoplasty: A Systematic Review. *Archives of plastic surgery*, 49(5), 569–579. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756315>.
- Tebbetts J. B. (2006). Open and closed rhinoplasty (minus the “versus”): analyzing processes. *Aesthetic surgery journal*, 26(4), 456–459. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2006.06.003>.
- Lee, M., Unger, J. G., Gryskiewicz, J., Rohrich, R. J. (2013). Current clinical practices of the Rhinoplasty Society members. *Annals of plastic surgery*, 71(5), 453–455. <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e-3182503ca1>.
- Réthi A. (1948). Right and wrong in rhinoplastic operations. *Plastic and reconstructive surgery* (1946), 3(3), 361–370. <https://doi.org/10.1097/00006534-194805000-00011>.
- Serger A. (1957). La décortication du nez et sa valeur pour la chirurgie cosmétique [Nasal decortication and its value in cosmetic surgery]. *Revue de laryngologie-otologie-rhinologie*, 78(3-4), 161–168.
- Padovan IF. (1972) External approach in rhinoplasty (decortication). In: Conley J, Dickinson JT, editors. *Plastic and reconstructive surgery of the face and neck*, Vol. 1, Aesthetic surgery. Stuttgart, Thieme; p. 143–6.
- Goodman W. S. (1981). Recent advances in external rhinoplasty. *The Journal of otolaryngology*, 10(6), 433–439.
- McDowell F. (1976) History of rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 1:321-348.
- Bayram AA, Kilavuz AE, Serin GM. (2016) The Importance of Soft Triangle in Rhinoplasty. *J Craniofac Surg*. 27:e536-537.
- Cohn JE, Shokri T, Othman S, Sokoya M, Ducic Y. (2020) Surgical Techniques to Improve the Soft Tissue Triangle in Rhinoplasty: A Systematic Review. *Facial Plast Surg*. 36:120-128.
- Ferzli G, Araslanova R, Sukato D, Romo T. 3rd (2021). Skin Necrosis Following Rhinoplasty: A Review and Proposed Strategy on Identifying High-Risk Patients. *Facial plastic surgery: FPS*, 37(4), 543–549. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1730384>.
- Bilgen, F., Ince, B., Ural, A., Bekerecioğlu, M. (2020). Disastrous Complications Following Rhinoplasty: Soft Tissue Defects. *The Journal of craniofacial surgery*, 31(3), 809–812. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000006185>.
- Aiach G. (1981). *Techniques d'exposition des cartilages alaires avec*

- "anse de seau" par voie rétrograde et contralatérale [Technics for exposing the alar cartilages with a "bucket handle" using a retrograde and contralateral approach]. *Annales de chirurgie plastique*, 26(3), 267–270.
14. Holmström, H., Luzzi, F. (1996). Open rhinoplasty without transcollellar incision. *Plastic and reconstructive surgery*, 97(2), 321–326. <https://doi.org/10.1097/00006534-199602000-00007>.
 15. Sevin A., Sevin, K., Erdogan, B., Deren, O., Adanali, G. (2006). Open rhinoplasty without transcollellar incision. *Annals of plastic surgery*, 57(3), 252–254. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000221544.41325.d2>.
 16. Kamburoğlu HO, Kayıkçioğlu AU. (2014). Closed Rhinoplasty with Open Approach Advantages: Extended Intranasal Incisions and Tip Rearrangement Sutures. *Aesthetic Plastic Surgery*;38:653-661.
 17. Råjdmark, J., Mouchammed, A. (2019). A Modified Closed-Open Approach as Part of a Graduated and Integrative Approach to Rhinoplasty. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 52(3), 270–276. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3401472>.
 18. Kang, J. G., Kwon, K. W., Chang, J. (2018). Hybrid Approach for Asian Rhinoplasty: Open Approach Without Transcollellar Incision. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 26(3), 269–283. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2018.03.002>.
 19. Bravo, F. G., Schwarze, H. P. (2008). Closed-open rhinoplasty with extended lip dissection: a new concept and classification of rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*, 122(3), 944–950. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318182376b>.
 20. Guerrerrosantos J. (1990). Open rhinoplasty without skin-columella incision. *Plastic and reconstructive surgery*, 85(6), 955–960. <https://doi.org/10.1097/00006534-199006000-00022>.
 21. D'Andrea, F., Brongo, S., Rubino, C. (2001). Extracorporeal septoplasty with paramarginal incision. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery*, 35(3), 293–296. <https://doi.org/10.1080/028443101750523203>.
 22. Cárdenas-Camarena, L., Guerrero, M. T. (2002). Improving nasal tip projection and definition using interdomal sutures and open approach without transcollellar incision. *Aesthetic plastic surgery*, 26(3), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s00266-002-1488-x>.
 23. Kim, P.C., Park, D.H. (2013). External Marginal Approach Rhinoplasty (EMA Rhinoplasty). In: Shiffman, M., Di Giuseppe, A. (eds) *Advanced Aesthetic Rhinoplasty*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-28053-5_21.
 24. Villegas-Alzate, F. *The TRICK-TIP Rhinoplasty: Tip of the Nose Preservation Using the Combined Synergy of Open and Closed Approaches*. *Aesth Plast Surg* (2024). <https://doi.org/10.1007/s00266-024-03901-w>.
 25. Gubisch W. (2015). Treatment of the scoliotic nose with extracorporeal septoplasty. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 23(1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2014.09.002>.
 26. Guyuron, B., DeLuca, L., Lash, R. (2000). Supratip deformity: a closer look. *Plastic and reconstructive surgery*, 105(3), 1140–1153. <https://doi.org/10.1097/00006534-200003000-00049>.
 27. Auersvald, A., Auersvald, L. A. (2014). Hemostatic net in rhytidoplasty: an efficient and safe method for preventing hematoma in 405 consecutive patients. *Aesthetic plastic surgery*, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00266-013-0202-5>.
 28. Kucukguven, A., Konas, E. (2022). Fine-Tuning of the Supratip in Rhinoplasty: An External Approach. *Aesthetic plastic surgery*, 46(6), 2938–2946. <https://doi.org/10.1007/s00266-022-03067-3>.
 29. Hudson, D. A., Adams, S. (2019). Quilting Sutures in Open Rhinoplasty. *Plastic and reconstructive surgery*, 144(4), 724e–725e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006089>.
 30. Kalaaji A, Dreyer S, Schnegg J, Sanosyan L, Radovic T, Maric I. (2019) Assessment of Rhinoplasty Outcomes with FACE-Q Rhinoplasty Module: Norwegian Linguistic Validation and Clinical Application in 243 Patients [published correction appears in *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 Mar 25;8(3):e2773]. *Plast Reconstr Surg Glob Open*.7(9):e2448. Published 2019 Sep 30. doi:10.1097/GOX.0000000000002448.
 31. Klassen A F, Cano S J, East C A, Baker S B, Badia L, Schwitzer J A and Pusic A L. (2016); Development and Psychometric Evaluation of the FACE-Q Scales for Patients Undergoing Rhinoplasty. *JAMA Facial Plast Surg* 18(1): 27-35. doi: 10.1001/jamafacial.2015.1445.
 32. Kaur M, Pusic A, Gibbons C and Klassen A F. (2019) Implementing Electronic Patient-Reported Outcome Measures in Outpatient Cosmetic Surgery Clinics: An Exploratory Qualitative Study. *Aesthet Surg J*; 39(6): 687-695. doi: 10.1093/asj/sjy280. PMID: 30335134.
 33. East C, Badia L, Marsh D, Pusic A and Klassen A F. (2017) Measuring Patient-Reported Outcomes in Rhinoplasty Using the FACE-Q: A Single Site Study. *Facial Plast Surg*; 33(5): 461-469. doi: 10.1055/s-0037-1606637.
 34. Tellioglu, A. T., Vargel, I., Cavuşoğlu, T., Cimen, K. (2005). Simultaneous open rhinoplasty and alar base excision for secondary cases. *Aesthetic plastic surgery*, 29(3), 151–155. <https://doi.org/10.1007/s00266-005-0009-0>
 35. Bafaqeeh, S. A., Al-Qattan, M. M. (2000). Simultaneous open rhinoplasty and alar base excision: is there a problem with the blood supply of the nasal tip and columellar skin?. *Plastic and reconstructive surgery*, 105(1), 344–349. <https://doi.org/10.1097/00006534-200001000-00054>
 36. Rohrich, R. J., Hoxworth, R. E., Kurkjian, T. J. (2012). The role of the columellar strut in rhinoplasty: indications and rationale. *Plastic and reconstructive surgery*, 129(1), 118e–125e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182362b7a>
 37. Santareno, S., Taş, S. (2020). Concept of Anatomic Columellar Strut Grafting in Rhinoplasty: An Algorithmic Approach. *Aesthetic surgery journal*, 40(2), NP65–NP71. <https://doi.org/10.1093/asj/sjz272>.
 38. Wu, L., Wang, H., You, J. (2020). Anatomic Columellar Strut, An Alternative Paradigm? *Aesthetic surgery journal*, 40(8), NP464–NP465. <https://doi.org/10.1093/asj/sjaa024>.
 39. Rde Oca Zavala, A. M., Navarro Arias, L. M. (2021). Preservation Rhinoplasty for the Dorsum and Tip. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, 33(1), 7–21. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2020.09.001>.
 40. Patel, P. N., Most, S. P. (2023). Open Preservation Rhinoplasty. *Facial plastic surgery: FPS*, 39(5), 537–546. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1770159>.
 41. Marcus, J. R., Thomas, A. B., Levites, H. A. (2021). Tip Ligament Preservation and Suspension: Why and How? *Facial plastic surgery clinics of North America*, 29(1), 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2020.09.003>.