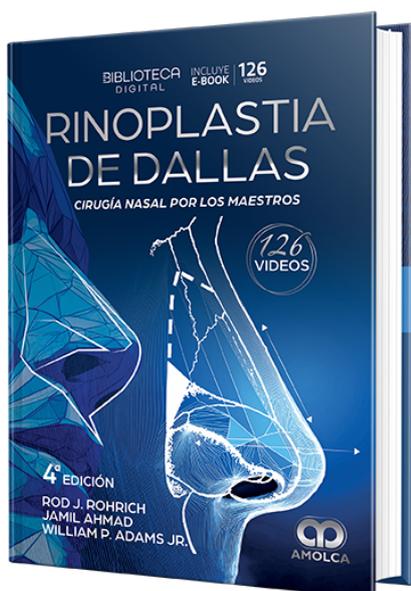


Rinoplastia de Dallas. Cirugía nasal por los maestros 4ª edición

Autor: Jamil Ahmad



ESPECIALIDAD: Cirugía Plástica y Reconstructiva

CONTIENE: Video - Ebook

CARACTERÍSTICAS:

ISBN: 9786287785434

Impresión: Lujo Gofrado

Tapa: Dura

Número de Páginas: 704

Año de publicación: 2025

Número de tomos: 0

Peso: 2.64 kg

Edición: 4ta

DESCRIPCIÓN

La cuarta edición de este aclamado tratado representa el estándar de oro en la enseñanza y práctica de la rinoplastia moderna. Escrita por tres de los cirujanos plásticos más influyentes del mundo, esta obra es mucho más que un manual quirúrgico: es una guía completa y visualmente poderosa sobre la ciencia, el arte y la técnica detrás de la cirugía nasal. Desde los fundamentos anatómicos y fisiológicos hasta la planificación quirúrgica avanzada y la ejecución técnica meticulosa, este libro aborda con profundidad todos los aspectos clave: análisis facial, abordajes quirúrgicos abiertos y cerrados, injertos, tratamiento de la vía aérea nasal, rinoplastia étnica y rinoplastia secundaria. Cada capítulo, enriquecido con más de 1.600 ilustraciones, diagramas y fotografías de casos clínicos, proporciona una comprensión práctica y estratégica del abordaje quirúrgico nasal. Incluye secciones detalladas sobre la preservación de estructuras, la corrección funcional, estética y las complicaciones frecuentes, así como algoritmos clínicos y análisis de casos que permiten al lector integrar el conocimiento con la práctica real. Además, el texto destaca la importancia de la planificación personalizada, la armonía facial y la seguridad del paciente. Diseñado para cirujanos plásticos, otorrinolaringólogos, residentes y profesionales en formación, este libro es una herramienta indispensable para quienes buscan dominar la rinoplastia contemporánea con precisión, confianza y resultados predecibles.



PARTE I. Conceptos perioperatorios básicos

1. Términos anatómicos preferidos para la rinoplastia

Rod J. Rohrich, Matthew Novak y Jamil Ahmad

1.1. Introducción

1.2. Términos anatómicos

1.3. Conclusión

2. Anatomía avanzada para la rinoplastia

Rod J. Rohrich, Roger W. Cason, Jack P. Gunter (†) y Jamil Ahmad

2.1. Introducción

2.2. Piel

2.2.1. Aplicaciones clínicas

2.3. Músculos

2.3.1. Grupo intrínseco

2.3.2. Grupo extrínseco

2.3.3. Aplicaciones clínicas

2.4. Sistema de irrigación sanguínea

2.4.1. Arterial

2.4.2. Venoso

2.4.3. Drenaje linfático

2.4.4. Aplicaciones clínicas

2.5. Bóvedas nasales

2.5.1. Bóveda ósea

2.5.2. Bóveda cartilaginosa superior

2.5.3. Bóveda cartilaginosa inferior

2.5.4. Anatomía nasal interna: tabique y cornetes



2.6. Conclusión

3. Fisiología nasal

Zoe Fullerton, Kyle S. Kimura y Sam P. Most

3.1. Introducción

3.2. Componentes de la función nasal

3.2.1. Olfacción

3.2.2. Humidificación

3.2.3. Protección

3.2.4. Flujo de aire nasal

3.3. Anatomía nasal y flujo de aire

3.3.1. Válvula nasal externa

3.3.2. Válvula nasal interna

3.3.3. Tabique

3.3.4. Cornetes

3.4. Evaluación clínica de la vía aérea nasal

3.5. Medición de las vías respiratorias nasales

3.5.1. Medición cuantitativa del flujo de aire nasal

3.5.2. Medición cualitativa de las vías respiratorias nasales

3.6. Conclusión

4. Tratamiento médico de los trastornos rinológicos en el paciente de rinoplastia

C. Spencer Cochran y Paul N. Afrooz

4.1. Introducción

4.2. Trastornos inflamatorios de la nariz y los senos paranasales

4.2.1. Rinitis alérgica

4.3. Rinosinusitis aguda



- 4.3.1. Rinosinusitis crónica
- 4.3.2. Rinosinusitis micótica alérgica
- 4.3.3. Poliposis nasal
- 4.4. Trastornos rinológicos no inflamatorios
 - 4.4.1. Rinitis medicamentosa
 - 4.4.2. Rinitis posrinoplastia
 - 4.4.3. Rinitis atrófica
- 4.5. Agentes farmacológicos
 - 4.5.1. Antihistamínico
 - 4.5.2. Descongestionantes
 - 4.5.3. Solución salina nasal
 - 4.5.4. Anticolinérgicos
 - 4.5.5. Antagonistas de los receptores de leucotrienos
 - 4.5.6. Estabilizadores de los mastocitos
 - 4.5.7. Corticosteroides
 - 4.5.8. Corticosteroides intranasales tópicos
 - 4.5.9. Corticosteroides sistémicos
 - 4.5.10. Antibióticos
- 4.6. Estrategias terapéuticas
- 4.7. Conclusión
- 5. Conceptos preoperatorios para la rinoplastia
Rod J. Rohrich, Matthew Novak y Jamil Ahmad
 - 5.1. Introducción



- 5.2. Consulta inicial
- 5.3. Anamnesis
- 5.4. Exploración física
- 5.5. Selección de los pacientes
- 5.6. Análisis fotográfico del paciente
- 5.7. Imágenes por ordenador
- 5.8. Análisis estético
- 5.9. Preparación preoperatoria del paciente}5.10. Aspectos financieros
- 5.11. Segunda consulta
- 5.12. La mañana de la cirugía
- 5.13. Conclusión
- 6. Proporciones nasofaciales y análisis nasal sistemático
Rod J. Rohrich, Roger W. Cason y Yash J. Avashia
- 6.1. Introducción
- 6.2. Proporciones nasofaciales
 - 6.2.1. Proporciones de la cara
 - 6.2.2. Proporciones de la nariz
- 6.3. Vista frontal
 - 6.3.1. Tipo/calidad de la piel

 - 6.3.2. Simetría/desviación
 - 6.3.3. Ancho
 - 6.3.4. Punta
 - 6.3.5. Base alar
 - 6.3.6. Columela/borde alar



- 6.4. Vista lateral
 - 6.4.1. Ángulo nasofrontal
 - 6.4.2. Proyección de la punta
 - 6.4.3. Longitud nasal, dorso y suprapunta
 - 6.4.4. Rotación de la punta
- 6.5. Vista basal
- 6.6. Análisis nasal sistemático: el método 102725
- 6.7. Análisis de casos
- 6.8. Conclusión
- 7. Imagen digital y fotografía estandarizada enrinoplastia

Bardía Amirlak y Shyon Parsa

- 7.1. Introducción
- 7.2. Aspectos básicos de la fotografía
 - 7.2.1. Cámaras y objetivos
 - 7.2.2. Flash e iluminación
 - 7.2.3. Sistema de iluminación de un cuarto
- 7.3. Configuración de la fotografía y la imagen digitales
 - 7.3.1. El espacio y el fondo
 - 7.3.2. La tarjeta de memoria
 - 7.3.3. Cámaras
 - 7.3.4. Programas de imagen digital
- 7.4. Normas fotográficas en rinoplastia



- 7.4.1. Enfoque
- 7.4.2. Punto focal
- 7.4.3. Fotografía anatómica
- 7.4.4. Vistas estándar para la fotografía en rinoplastia
- 7.5. Obtención de imágenes tridimensionales
- 7.6. Obtención de imágenes intraoperatorias
- 7.7. Imagen digital y programa de morphing
- 7.8. Almacenamiento en la nube y aspectos legales
 - 7.8.1. Percepción de los pacientes
- 7.9. Conclusión
- 8. Manejo posoperatorio del paciente de rinoplastia
Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad, Ira Savetsky y Joshua M. Cohen
- 8.1. Introducción
- 8.2. Material de curación
 - 8.2.1. Férulas nasales internas y taponamiento
 - 8.2.2. Férulas externas
- 8.3. Suturas
- 8.4. Medicamentos
- 8.5. Problemas posoperatorios
 - 8.5.1. Hemorragia/hematoma
 - 8.5.2. Infección
 - 8.5.3. Edema persistente
 - 8.5.4. Irregularidad/desviación del dorso
 - 8.5.5. Obstrucción de la vía respiratoria nasal
- 8.6. Seguimiento posoperatorio



8.7. Conclusión

9. Codificación para los procedimientos de rinoplastia

Nishant Ganesh Kumar y Jeffrey H. Kozlow

9.1. Introducción

9.2. Documentación

9.2.1. Rinoplastia primaria

9.3. Rinoplastia secundaria

9.4. Rinoplastia por fisura labial o palatina

9.5. Injertos tisulares en la rinoplastia

9.6. Cirugía de los cornetes, vestibular y septal

9.7. Análisis de casos

9.8. Conclusión

PARTE II. Conceptos quirúrgicos básicos

10. Resultados óptimos desde el inicio: planificación y ejecución precisas en la rinoplastia

Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad, Ira Savetsky y Joshua M. Cohen

10.1. Introducción

10.2. El abordaje abierto

10.3. Reducción progresiva del dorso

10.3.1. Liberación de los cartílagos laterales superiores del tabique dorsal

10.3.2. Resección progresiva del tabique dorsal

10.3.3. Limado del dorso óseo

10.3.4. Restauración de las líneas estéticas dorsales

10.4. Osteotomías





10.5. Utilización adecuada de los injertos de cartílago

10.5.1. Injerto de extensión septal

10.5.2. Injerto de contorno alar

10.6. Rinoplastia primaria: la mejor oportunidad para obtener un resultado óptimo

10.7. Seguimiento de los pacientes a largo plazo

10.8. Conclusión

11. Injertos de uso frecuente en la rinoplastia: nomenclatura y análisis

Jack P. Gunter (†), C. Spencer Cochran, Roger W. Cason y Jamil Ahmad

11.1. Introducción

11.1.1. Sistema de diagrama de Gunter

11.2. Injertos del dorso nasal

11.2.1. Colgajos separadores

11.2.2. Injerto de superposición dorsal

11.2.3. Injerto de superposición dorsal en la pared lateral (injerto de pared nasal lateral)

11.2.4. Injerto radicular

11.2.5. Injertos separadores

11.2.6. Injertos de extensión septal

11.3. Injertos de la punta nasal

11.3.1. Injerto en ancla

11.3.2. Injerto en tapón

11.3.3. Injerto de puntal columelar

11.3.4. Injerto de puntal columelar extendido (injerto en escudo extendido)

11.3.5. Injerto de superposición para la punta



11.3.6. Injerto en escudo (injerto del lóbulo infrapunta)

11.3.7. Injerto subdomal

11.3.8. Injerto en paraguas

11.4. Injertos de la región alar

11.4.1. Injertos alares de reforzamiento

11.4.2. Injertos de contorno alar (injertos de anillo alar)

11.4.3. Injerto alar de separación (injerto de soporte de los pilares laterales)

11.4.4. Injerto compuesto de borde alar

11.4.5. Injertos de superposición para los pilares laterales

11.4.6. Injerto de puntal para los pilares laterales

11.4.7. Colgajo invertido de pilar lateral

11.4.8. Injerto en mariposa para el lóbulo infrapunta

11.4.9. Injerto de cuernos largos

11.5. Injertos en la base alar

11.5.1. Injerto de la base alar

11.5.2. Injertos de relleno columelar

11.5.3. Injerto premaxilar

11.6. Conclusión

12. Cosecha de injertos autólogos para la rinoplastia

Matthew J. Urban, Dean M. Toriumi y Kathryn Landers

12.1. Introducción

12.2. Pasos preoperatorios y evaluación

12.3. Pasos quirúrgicos: cosecha costal autóloga



12.4. Tallado y preparación de los injertos

12.5. Problemas y soluciones con el cartílago costal

12.6. Alternativas al cartílago costal autólogo

12.7. Análisis de casos

12.8. Conclusión

13. Principios de la rinoplastia de preservación

Aaron M. Kosins

13.1. Introducción

13.2. Clasificación

13.2.1. Manguito cutáneo

13.2.2. Dorso

13.2.3. Cartílagos laterales inferiores

13.3. Técnicas quirúrgicas

13.3.1. Elevación de la cubierta de piel y tejidos blandos

13.3.2. Preservación del dorso

13.3.3. Preservación de los cartílagos laterales inferiores

13.4. Análisis de casos

13.4.1. Caso 1

13.4.2. Caso 2

13.4.3. Caso 3

13.5. Conclusión

14. Abordaje cerrado para la rinoplastia primaria

Abraham Pathak y Sherrell J. Aston

14.1. Introducción

14.2. Pasos preoperatorios: análisis





14.3. Abordaje quirúrgico

14.3.1. Incisión nasal

14.3.2. Reducción y contorneado de la punta nasal

14.3.3. Abordaje del dorso

14.3.4. Acortamiento nasal

14.3.5. Abordaje septal

14.3.6. Osteotomías

14.3.7. Injertos

14.3.8. Cierre

14.4. Cuidados posoperatorios

14.5. Análisis de casos

14.6. Conclusión

PARTE III. El dorso

15. Evaluación y abordaje quirúrgico del dorso nasal:abordaje por componentes .

Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad, Jason Roostaeian y Sean PatrickMcCleary

15.1. Introducción

15.2. Consideraciones anatómicas

15.3. Estética del dorso nasal

15.4. Técnica quirúrgica

15.4.1 Disección dorsal

15.4.2. Desinserción de los cartílagos laterales superioresdel tabique

15.4.3. Reducción septal dorsal progresiva

15.4.4. Reducción ósea dorsal progresiva



15.4.5. Reducción progresiva de los cartílagos laterales superiores

15.4.6. Prueba de palpación dorsal de tres puntos

15.4.7. Osteotomías mediales/laterales

15.4.8. Reconstrucción del dorso

15.5. Análisis de casos

15.5.1. Caso 1: dorso asimétrico tras un traumatismo

15.5.2. Caso 2: giba dorsal con defectos en el dorso y la punta

15.6. Conclusión

16. Función de los colgajos separadores, los injertos separadores y las suturas tensoras

Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad y Paul D. Durand

16.1. Introducción

16.2. Sutures tensoras para los cartílagos laterales superiores

16.2.1. Tipo 1: restauración de la bóveda central con sutura tensora de los cartílagos laterales superiores

16.2.2. Tipo 2: restauración de la bóveda central sin sutura tensora de los cartílagos laterales superiores

16.2.3. Tipo 3: restauración de la bóveda central con la técnica de colgajo separador modificada

16.2.4. Técnica quirúrgica

16.3. Injertos separadores

16.3.1. Técnica quirúrgica

16.4. Análisis de casos: técnica de injerto separador en cuatro pasos

16.5. Conclusión

17. Osteotomías nasales con preservación estructural

Rod J. Rohrich, William P. Adams, Jr., Jamil Ahmad y Roger W. Cason

17.1. Introducción

17.2. Anatomía

17.3. Contraindicaciones



17.4. Clasificación

17.4.1. Tipo

17.4.2. Nivel

17.4.3. Abordaje

17.5. Cuidados posoperatorios

17.6. Complicaciones

17.7. Análisis de casos

17.8. Conclusión

18. Aumento dorsal: papel de los injertos decartilago costal

Dean M. Toriumi, Anmol Chattha y Kathryn Landers

18.1. Introducción

18.2. Pasos preoperatorios y evaluación

18.3. Técnica quirúrgica: cosecha costal del sitio donador

18.4. Técnica quirúrgica: injerto dorsal sólido único

18.5. Técnica quirúrgica: injerto subdorsal en voladizo

18.6. Minimización de las complicaciones

18.7. Análisis de casos .

18.7.1. Caso 1

18.7.2. Caso 2

18.8. Conclusión

19. Aumento dorsal: dados de cartilago y fascia

David M. Stepien y Ashkan Ghavami

19.1. Introducción

19.2. Análisis y selección de los pacientes



19.3. Técnica quirúrgica

19.3.1. Cosecha fascial

19.3.2. Cosecha de cartílago

19.3.3. Corte del cartílago en dados

19.3.4. Envoltura con fascia

19.3.5. Colocación de los injertos de cartílago y fascia en dados

19.4. Manejo posoperatorio

19.5. Análisis de casos

19.5.1. Caso 1: injerto de cartílago y fascia en dados con fascia temporal

19.5.2. Caso 2: combinación de injerto de cartílago y fascia en dados e injerto de superposición costal sólido

19.6. Conclusión

PARTE IV. La punta nasal

20. Refinamiento de la cirugía de la punta nasal: anatomía y técnica

Rod J. Rohrich, Roger W. Cason y Elie P. Ramly

20.1. Introducción

20.2. Anatomía de las estructuras de soporte de la punta nasal

20.2.1. Inserción de los pilares laterales en los cartílagos laterales superiores

20.2.2. Inserción de los pilares laterales en la abertura piriforme

20.2.3. Inserción de los pilares mediales en la región caudal del tabique

20.2.4. Ligamento suspensorio de la punta nasal

20.3. El concepto de trípode

20.4. Abordajes quirúrgicos de la punta

20.4.1. Técnica de sección cartilaginosa





- 20.4.2. Técnica de exposición del cartílago
- 20.4.3. Abordaje abierto
- 20.5. Fundamentos de la cirugía moderna de la punta nasal
 - 20.5.1. Soporte
 - 20.5.2. Modificación de los cartílagos
 - 20.5.3. Modificación de la proyección de la punta
 - 20.5.4. Modificación de la rotación de la punta
 - 20.5.5. Otras consideraciones sobre la optimización de la punta
 - 20.5.6. Creación del quiebre suprapunta
- 20.6. Enfoque sistemático de la conformación de la punta
 - 20.6.1. Colocación del injerto de extensión septal
 - 20.6.2. Tensado del pilar lateral
 - 20.6.3. Unificación del complejo de la punta
 - 20.6.4. Maniobras adicionales, de ser necesarias
- 20.7. La punta nasal ideal
- 20.8. Conclusión
- 21. El trípode de la punta nasal: control de la proyección y la rotación de la punta
Sam P. Most
 - 21.1. Introducción
 - 21.2. Teoría del complejo del trípode y mecanismos de soporte de la punta nasal
 - 21.3. Análisis de la punta nasal
 - 21.4. Técnicas quirúrgicas utilizadas para modificar la proyección y la rotación de la punta
 - 21.5. Las patas laterales del trípode
 - 21.6. La pata medial del trípode
 - 21.7. Estabilización del trípode



21.8. Técnica de sutura en machimbrado

21.8.1. Injertos de extensión septal

21.8.2. El concepto de tetrápodo

21.9. Análisis de casos

21.9.1. Caso 1: sobreextirpación dorsal, punta abatida y soporte deficiente del trípode

21.9.2. Caso 2: pilares laterales sobreextirpados con retracción del trípode y de la punta

21.9.3. Caso 3: sobreextirpación con sobrerrotación de la punta y asimetría significativa

21.10. Conclusión

22. Injerto de la punta nasal: técnicas tradicionales y mejoras modernas

Nazim Cerkes

22.1. Introducción

22.2. Injertos de cartílago autólogo

22.3. Aumento de la proyección de la punta y estabilización la base de la columela

22.4. Injerto de puntal columelar

22.4.1. Análisis de casos

22.5. Secuestro de los pilares laterales

22.5.1 Análisis de casos

22.6. Injerto de extensión septal caudal

22.7. Injertos de la punta

22.8. Elongación de los cartílagos laterales inferiores cortos (concepto de secuestro e injerto de pilares laterales)

22.8.1. Análisis del caso 1

22.8.2. Análisis del caso 2

22.9. Reforzamiento de los pilares laterales

22.10. Deformidades por la curvatura de los pilares laterales

22.10.1. Pilares laterales cóncavos



- 22.10.2. Pilares laterales convexos
- 22.10.3. Deformidades inusuales y asimétricas de la curvatura de los pilares laterales
- 22.11. Posición cefálica inapropiada de los pilares laterales
 - 22.11.1. Análisis de casos
- 22.12. Deformidades secundarias de los cartílagos laterales inferiores
 - 22.12.1. Cosecha de cartílago costal
 - 22.12.2. Establecimiento de la proyección de la punta
 - 22.12.3. Reconstrucción de los domos y los pilares laterales
- 22.13. Conclusión
- 23. Corrección de las deformidades de la punta nasal bulbosa y cuadrada con abordaje abierto
Rod J. Rohrich, Yash J. Avashia y Roger W. Cason
 - 23.1. Introducción
 - 23.2. Clasificación de la morfología de la punta
 - 23.3. Evolución de las técnicas
 - 23.4. Manejo del excedente cefálico
 - 23.4.1. Recorte cefálico
 - 23.4.2. Colgajos inferiores de los pliegues superior e inferior de los pilares laterales
 - 23.5. Colgajo alar deslizante
 - 23.6. Sutura del cartílago
 - 23.7. Manejo de la cubierta de tejidos blandos
 - 23.8. Evaluación preoperatoria
 - 23.9. Algoritmo de manejo
 - 23.10. Análisis de casos
 - 23.11. Conclusión



24. Papel del injerto de puntal columelar

Russell S. Frautschi, Ali Totonchi y Bahman Guyuron

24.1. Introducción

24.2. Consideraciones e indicaciones

24.3. Técnica quirúrgica

24.4. Análisis de casos

24.5. Conclusión

25. Control predecible de la proyección y la rotación de la punta: injertos de extensión septal

Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad y Justin Bellamy

25.1. Introducción

25.2. Evaluación de la proyección y la rotación de la punta

25.3. Factores que disminuyen la proyección y/o la rotación de la punta

25.4. Técnica quirúrgica: proyección de la punta

25.4.1. Técnicas para aumentar la proyección y/o la rotación de la punta

25.4.2. El injerto de puntal columelar

25.5. Injertos de extensión septal

25.5.1. Tipo I: injertos separadores extendidos pares

25.5.2. Tipo II: injertos septales de refuerzo (en listón) pareados

25.5.3. Tipo III: injertos de extensión septal directa

25.6. Análisis de casos

25.7. Conclusión

26. Disminución de la proyección de la punta nasal: unabordaje progresivo

Rod J. Rohrich y Roger W. Cason

26.1. Introducción

26.2. Concepto de trípode



- 26.2.1. Más allá del concepto de trípode: tensión de los pilares laterales
- 26.2.2. Indicaciones y contraindicaciones
- 26.2.3. Evaluación y planificación preoperatorias
- 26.2.4. Abordaje progresivo para reducir la proyección de la punta nasal
- 26.3. Técnica quirúrgica: disminución de la proyección de la punta
 - 26.3.1. Técnica quirúrgica: el concepto de trípode
 - 26.3.2. Técnica quirúrgica: tensión de los pilares laterales
- 26.4. Análisis de casos
- 26.5. Conclusión
- 27. Ajuste de la rotación de la punta nasal
Rod J. Rohrich, Edward Chamata y Justin Bellamy
 - 27.1. Introducción
 - 27.2. Análisis clínicos
 - 27.3. Exploración física
 - 27.4. Anatomía relevante
 - 27.5. Aumento de la rotación de la punta
 - 27.5.1. Liberación del ligamento pergamino/de Pitanguy
 - 27.5.2. Recorte cefálico
 - 27.5.3. Recorte caudal de los cartílagos laterales superiores
 - 27.5.4. Ajuste del ángulo septal anterior
 - 27.5.5. Resección septal caudal
 - 27.5.6. Suturas de los pilares mediales al tabique
 - 27.5.7. Acortamiento de los pilares laterales
 - 27.5.8. Injertos de puntal para los pilares laterales
 - 27.5.9. Reubicación lateral del domo
 - 27.5.10. Injerto de extensión septal
 - 27.5.11. Injerto de puntal columelar

- 27.5.12. Sutura de rotación de la punta
- 27.6. Disminución de la rotación de la punta
 - 27.6.1. Liberación de los cartílagos laterales inferiores
 - 27.6.2. Resección septal
 - 27.6.3. Suturas de los pilares mediales al tabique
 - 27.6.4. Injerto de puntal crural lateral
 - 27.6.5. Superposición de pilares mediales
 - 27.6.6. Injerto de extensión septal
 - 27.6.7. Injerto de puntal columelar
 - 27.6.8. Injerto de sustitución de la porción caudal del tabique
- 27.7. Algoritmo para ajustar la rotación de la punta
- 27.8. Análisis de casos
- 27.9. Conclusión

PARTE V. Borde alar

- 28. Importancia de la relación alar-columelar
Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad, Paul N. Afrooz y Matthew Novak
 - 28.1. Introducción
 - 28.2. Relación alar-columelar
 - 28.3. Clasificación y tratamiento
 - 28.3.1. Relaciones de las clases I a III: alta visibilidad columelar
 - 28.3.2. Relaciones de las clases IV a VI: baja visibilidad columelar
 - 28.4. Análisis de casos: corrección de la relación alar-columelar de tipo II
 - 28.5. Conclusión



29. Precisión en los injertos de contorno alar: cuatro subtipos

Rod J. Rohrich y Paul D. Durand

29.1. Introducción

29.2. Evaluación y planificación preoperatorias

29.3. Soporte estructural del borde alar

29.4. Técnicas quirúrgicas para tratar las deformidades del borde alar

29.5. Abordaje quirúrgico

29.5.1. Tipos de injerto de contorno alar

29.6. Análisis de casos: injertos bilaterales extendidos para el contorno alar

29.7. Conclusión

30. Injertos de puntal de pilar lateral

Dean M. Toriumi, Anmol Chattha y Kathryn Landers

30.1. Introducción

30.2. La punta nasal ideal y la toma de decisiones preoperatorias

30.3. Indicaciones y contraindicaciones

30.4. Pasos quirúrgicos: injerto de puntal de pilar lateral

30.5. Pasos quirúrgicos: reubicación y remplazo

30.6. Análisis de casos

30.6.1. Caso 1

30.6.2. Caso 2

30.7. Conclusión

31. Injertos retrógrados de contorno alar

Rod J. Rohrich, Rami D. Sherif y Roger W. Cason

31.1. Introducción.



31.2. Anatomía

31.3. Análisis preoperatorio

31.4. Indicaciones

31.5. Técnica quirúrgica

31.5.1. Paso 1: creación del punto de inserción del injerto

31.5.2. Paso 2: desarrollo del bolsillo subcutáneo

31.5.3. Paso 3: tallado del injerto del contorno alar

31.5.4. Paso 4: colocación del injerto

31.5.5. Paso 5: cierre de la zona del injerto

31.6. Análisis de casos

31.7. Conclusión

PARTE VI. Base alar

32. Estética y perfeccionamiento quirúrgico de la base nasal

Jamil Ahmad, Rod J. Rohrich, Paul D. Durand y Matthew Novak

32.1. Introducción

32.2. Anatomía de la base nasal

32.2.1. Base columelar

32.2.2. Lóbulo alar y marco de la narina

32.3. Análisis e ideales estéticos

32.3.1. Base nasal

32.3.2. Columela y aspecto medial de la narina

32.3.3. Ala y aspecto lateral de la narina



32.4. Clasificación y tratamiento de las deformidades de la base nasal

32.4.1. Corrección de la desviación septal caudal

32.4.2. Unificación del complejo de la punta y la columela

32.4.3. Refuerzo del borde alar

32.4.4. Cirugía de la base columelar

32.4.5. Cirugía de la base alar

32.5. Análisis de casos: reducción de la base alar

32.6. Conclusión

33. Cirugía de la base alar: diagnóstico y análisis

Bahman Guyuron

33.1. Introducción

33.2. Anatomía y patología

33.3. Variación en las deformidades de la base alar

33.4. Técnicas quirúrgicas

33.4.1. Deformidades horizontales

33.4.2. Deformidades verticales

33.5. Dinámica de la base alar

33.6. Conclusión

34. La delicadeza de la cirugía de la base alar

Rod J. Rohrich, Matthew Novak e Ira Savetsky

34.1. Introducción

34.2. Un abordaje unificado

34.3. Análisis y estética de la base alar

34.3.1. Vista frontal

34.3.2. Vista lateral



34.3.3. Vista basal

34.4. Contorneado de la base y del borde alar:abordaje sistemático

34.4.1. Identificación de las deformidades de labase nasal

34.4.2. Clasificación y tratamiento de la dilatación alar

34.5. Análisis de casos

34.5.1. Caso 1: dilatación alar de tipo 2

34.5.2. Caso 2: dilatación alar de tipo 3

34.5.3. Caso 3: dilatación alar de tipo 4

34.6. Conclusión

PARTE VII. El mentón

35. Importancia de la perfiloplastia en la rinoplastia

Derek Steinbacher y Jinesh Shah

35.1. Introducción

35.2. Importancia de la perfiloplastia

35.3. Análisis del perfil facial

35.4. Recomendaciones quirúrgicas

35.5. Análisis de casos

35.5.1. Caso 1. Nariz y dorso prominentes

35.5.2. Caso 2. Perfil facial convexo: nariz prominente,mentón retruido

35.5.3. Caso 3. Perfil convexo: nariz prominente,mentón largo y retruido

35.5.4. Caso 4. Perfil cóncavo: región facial mediahipoplásica, nariz prominente





- 35.5.5. Caso 5. Perfil cóncavo: mentón prominente, región facial media hipoplásica, nariz prominente
- 35.5.6. Caso 6. Perfil cóncavo: región facial media hipoplásica, proyección nasal deficiente (con seudogiba)
- 35.5.7. Caso 7. Perfil cóncavo: región facial media hipoplásica, proyección nasal deficiente (con seudogiba), hipoplasia nasomaxilar de tipo Binder, prognatismo asimétrico
- 35.6. Conclusión
- 36. Manejo del mentón en el paciente de rinoplastia
Steven R. Cohen, Matthew Novak y Rod J. Rohrich
- 36.1. Introducción
- 36.2. Evaluación del paciente
- 36.3. Opciones para el aumento del mentón
- 36.4. Consideraciones preoperatorias: genioplastia ósea
- 36.5. Abordaje quirúrgico: genioplastia ósea
- 36.6. Variaciones de la genioplastia ósea

- 36.7. Cuidados posoperatorios
- 36.8. Complicaciones
- 36.9. Análisis de casos

- 36.9.1. Caso 1
- 36.9.2. Caso 2
- 36.10. Conclusión
- 37. El aumento de mentón en 7 pasos de 7 minutos
Stav Brown, Justin Bellamy y Rod J. Rohrich
- 37.1. Introducción
- 37.2. Evaluación preoperatoria
- 37.2.1. Análisis facial y evaluación del mentón



- 37.2.2. Selección de los pacientes
- 37.2.3. Selección de los implantes
- 37.3. Abordaje quirúrgico
 - 37.3.1. Paso 1: marcas
 - 37.3.2. Paso 2: incisión
 - 37.3.3. Paso 3: disección del bolsillo
 - 37.3.4. Paso 4: medición de los implantes
 - 37.3.5. Paso 5: hemostasia e inserción del implante
 - 37.3.6. Paso 6: evaluación y palpación
 - 37.3.7. Paso 7: estabilización y cierre
- 37.4. Complicaciones
 - 37.4.1. Infección
 - 37.4.2. Hipoestesia
 - 37.4.3. Migración y mala posición del implante
 - 37.4.4. Profundización del surco mentoniano y sobreproyección del implante
- 37.5. Análisis de casos
 - 37.5.1. Caso 1
 - 37.5.2. Caso 2
- 37.6. Conclusión

PARTE VIII. Rinoplastia secundaria

38. Por qué fracasa la rinoplastia primaria

Rod J. Rohrich, Ira Savetsky, Joshua M. Cohen y Jamil Ahmad

38.1. Introducción



- 38.2. Mala selección de los pacientes
- 38.3. Análisis nasofacial preoperatorio inadecuado
- 38.4. Creación de un problema funcional
- 38.5. Falta de soporte estructural
- 38.6. Control del espacio muerto
- 38.7. Conclusión
- 39. Injerto estructural en la rinoplastia secundaria
Dean M. Toriumi y Kathryn Landers
- 39.1. Introducción
- 39.2. Evaluación y planificación preoperatorias
- 39.3. Consideraciones intraoperatorias
- 39.4. Fuentes de cartílago para los injertos
- 39.5. Injertos estructurales en la punta
 - 39.5.1. Proyección de la punta
 - 39.5.2. Definición de la punta
- 39.6. Injerto estructural en la bóveda central
 - 39.6.1. Injertos separadores
- 39.7. Corrección de la estenosis vestibular
 - 39.7.1. Injerto compuesto
- 39.8. Cuidados posoperatorios y seguimiento
- 39.9. Análisis de casos
- 39.10. Conclusión
- 40. Obtención de resultados consistentes en larinoplastia secundaria
Rod J. Rohrich y Jeffrey Lisiecki



- 40.1. Introducción
- 40.2. Evaluación preoperatoria
- 40.3. Elementos para el éxito de la rinoplastia secundaria
- 40.4. Análisis nasofacial sistemático
- 40.5. Abordaje quirúrgico
- 40.6. Cuidados posoperatorios
- 40.7. Análisis de casos
 - 40.7.1. Caso 1: rinoplastia de revisión con refinamiento dorsal, corrección de la debilidad del borde alar y aumento periapical
 - 40.7.2. Caso 2: rinoplastia de revisión con refinamiento de la punta y aumento del mentón
- 40.8. Conclusión
- 41. Avances en la rinoplastia secundaria: el punto de vista de los autores
Rod J. Rohrich, Luke Grome y Matthew Novak
 - 41.1. Introducción
 - 41.2. Definición de rinoplastia secundaria
 - 41.3. ¿Por qué fracasa la rinoplastia primaria?
 - 41.4. Comparación entre los abordajes abiertos y cerrados en la rinoplastia secundaria
 - 41.5. Sitios donadores de cartílago
 - 41.6. Selección de los pacientes
 - 41.7. Estudios de imagen preoperatorios
 - 41.8. Historia clínica y exploración física
 - 41.9. Técnica quirúrgica para la rinoplastia secundaria
 - 41.10. Análisis de casos
 - 41.11. Conclusión
- 42. Papel de la costilla fresca congelada en la rinoplastia secundaria
Rod J. Rohrich, Nishant Ganesh Kumar, Roger W. Cason y Brendan Alleyne

- 42.1. Introducción
- 42.2. Injertos de cartílago
- 42.3. Costilla fresca congelada
- 42.4. Indicaciones clínicas y resultados
- 42.5. Inconvenientes y consideraciones técnicas
- 42.6. Análisis de casos
- 42.7. Conclusión

PARTE IX. Tratamiento de la disfunción de las vías respiratorias

43. Tratamiento quirúrgico de la vía aérea nasal

Tyler S. Okland, Priyesh N. Patel y Sam P. Most

43.1. Introducción

43.2. Causas de la obstrucción de las vías respiratorias nasales

43.3. Anatomía

43.3.1. Flujo nasal del aire

43.3.2. Tabique nasal

43.3.3. Válvulas nasales

43.3.4. Cornetes inferiores

43.4. Evaluación clínica

43.4.1. Historia

43.4.2. Exploración física

43.5. Tratamiento quirúrgico

43.5.1. Septoplastia

43.5.2. Válvula nasal externa (zona 2)



43.5.3. Válvula nasal interna (zona 1)

43.5.4. Cornetes inferiores

43.6. Complicaciones

43.7. Conclusión

44. Clasificación de la desviación septal y técnica reconstructiva

Ali Totonchi y Bahman Guyuron

44.1. Introducción

44.2. Clasificación

44.3. Consideraciones preoperatorias

44.4. Técnica quirúrgica

44.4.1. Abordaje abierto

44.5. Conclusión

45. Tratamiento de la fractura nasal aguda: minimización de las deformidades nasales secundarias

Rod J. Rohrich, Jesse I. Payton y Matthew Novak

45.1. Introducción

45.2. Evaluación preoperatoria

45.3. Manejo y técnica quirúrgica

45.4. Cuidados posoperatorios

45.5. Algoritmo clínico

45.6. Conclusión

46. Tratamiento integral de la nariz desviada

Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad y Roger W. Cason

46.1. Introducción

46.2. Anatomía

46.3. Evaluación clínica



- 46.4. Causas de las desviaciones nasales
- 46.5. Principios de tratamiento
 - 46.5.1. Exposición amplia de las estructuras desviadas
 - 46.5.2. Liberación amplia de las inserciones mucopericondriales
 - 46.5.3. Liberación de los cartílagos laterales superiores
 - 46.5.4. Liberación de la unión osteocartilaginosaposterior
 - 46.5.5. Microfractura del cornete inferior
 - 46.5.6. Creación de puntal en L con cosecha septal
 - 46.5.7. Corrección de la desviación septal caudal
 - 46.5.8. Osteotomías
 - 46.5.9. Corte de cartílago e injertos separadores para la ferulización (si se requiere)
 - 46.5.10. Restauración del soporte septal
- 46.6. Técnica quirúrgica
- 46.7. Análisis de casos
- 46.8. Conclusión

PARTE X. Rinoplastia en los distintos grupos étnicos 47. La nariz del paciente afroamericano

Jamil Ahmad, Matthew Novak y Rod J. Rohrich

- 47.1. Introducción
- 47.2. Anatomía y estética nasal en el paciente negro
- 47.3. Técnica quirúrgica
 - 47.3.1. Aumento de la proyección de la punta
 - 47.3.2. Incremento de la definición de la punta
 - 47.3.3. Aumento/adelgazamiento dorsal
 - 47.3.4. Cirugía de la base alar



- 47.4. Rinoplastia no quirúrgica
- 47.5. Análisis de casos
 - 47.5.1. Caso 1
 - 47.5.2. Caso 2
- 47.6. Complicaciones
 - 47.6.1. Edema prolongado
 - 47.6.2. Cicatrización externa excesiva y formación de queloides
 - 47.6.3. Asimetría
 - 47.6.4. Necrosis de la punta nasal
 - 47.6.5. Incongruencia étnica
- 47.7. Conclusión
- 48. La nariz del paciente hispanoamericano
 - Aaron M. Kosins
 - 48.1. Introducción
 - 48.2. Clasificación
 - 48.3. Análisis y consentimiento informado
 - 48.4. Técnicas quirúrgicas
 - 48.4.1. Técnicas quirúrgicas generales
 - 48.4.2. Técnicas quirúrgicas específicas
 - 48.5. Análisis de casos
 - 48.5.1. Caso 1
 - 48.5.2. Caso 2
 - 48.5.3. Caso 3
 - 48.6. Conclusión
- 49. La nariz del paciente de Oriente Medio



Ashkan Ghavami, Neil M. Vranis y Rod J. Rohrich

- 49.1. Introducción
- 49.2. Características de la nariz del paciente de Oriente Medio
- 49.3. Características poco comunes de la nariz del paciente de Oriente Medio
 - 49.3.1. Análisis nasofacial
- 49.4. Evaluación de los componentes anatómicos
 - 49.4.1. Cubierta de piel y tejidos blandos
 - 49.4.2. Pirámide ósea y dorso nasal
 - 49.4.3. Punta nasal
 - 49.4.4. Base alar
 - 49.4.5. Narinas, triángulo de tejidos blandos y borde alar
- 49.5. Objetivos comunes de la rinoplastia en los pacientes de Oriente Medio
 - 49.5.1. Objetivos de la cirugía
- 49.6. Conclusión

50. La nariz del paciente asiático

Dean M. Toriumi y Kathryn Landers

- 50.1. Introducción
- 50.2. Evaluación y planificación preoperatorias
- 50.3. Técnica quirúrgica
 - 50.3.1. Técnica quirúrgica: cosecha del cartílago costal
 - 50.3.2. Técnica quirúrgica: tallado del cartílago costal
 - 50.3.3. Técnica quirúrgica: estabilización de la base nasal
 - 50.3.4. Técnica quirúrgica: manejo del lóbulo de la punta
 - 50.3.5. Técnica quirúrgica: injerto de superposición dorsal
 - 50.3.6. Técnica quirúrgica: injerto subdorsal en voladizo



50.3.7. Técnica quirúrgica: cierre de la nariz

50.4. Evolución posoperatoria

50.5. Análisis de casos

50.6. Conclusión

PARTE XI. Temas especiales

51. El importante papel del cierre del espaciomuerto en la rinoplastia

Rod J. Rohrich, Ira Savetsky, Joshua M. Cohen y Jamil Ahmad

51.1. Introducción

51.2. Injerto en mariposa del lóbulo infrapunta

51.2.1. Técnica quirúrgica

51.3. Sutura de afrontamiento (spanning) de lasuprapunta

51.3.1. Técnica quirúrgica

51.4. Cierre del tabique membranoso

51.5. Colocación de la férula

51.6. Manejo del triángulo de tejidos blandos

51.7. Conclusión

52. Corrección de la nariz larga

Rod J. Rohrich, Jordan Kaplan y Matthew Novak

52.1. Introducción

52.2. Análisis clínicos preoperatorios

52.3. Longitud nasal percibida frente a longitud nasal real

52.4. Causas de una nariz larga

52.4.1. Sobrecrecimiento septal cartilaginoso



- 52.4.2. Apoyo inadecuado de la punta
- 52.4.3. Sobrecrecimiento del cartílago lateral inferior
- 52.4.4. Sobrecrecimiento del cartílago lateral superior
- 52.4.5. Raíz nasal alta
- 52.4.6. Cara corta o proyección inadecuada del mentón
- 52.5. Técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la nariz larga
 - 52.5.1. Sobrecrecimiento septal cartilaginoso
 - 52.5.2. Soporte inadecuado de la punta
 - 52.5.3. Sutura de los cartílagos
 - 52.5.4. Utilización de un injerto de extensión septal "fijo y móvil"
 - 52.5.5. Sobrecrecimiento del cartílago lateral inferior
 - 52.5.6. Recorte cefálico
 - 52.5.7. Sección y superposición inferior de los pilares laterales
 - 52.5.8. Colgajo separador del cartílago lateral superior
 - 52.5.9. Raíz nasal alta
 - 52.5.10. Aumento subnasal o periapical
 - 52.5.11. Corrección de la región facial media/el mentón
 - 52.5.12. Procedimientos complementarios
- 52.6. Tratamiento de la nariz tensa
- 52.7. Análisis de casos
- 52.8. Conclusión
- 53. Elongación de la nariz corta
 - Ali Totonchi y Bahman Guyuron
 - 53.1. Introducción
 - 53.2. Evaluación del paciente



- 53.3. Técnica quirúrgica
 - 53.3.1. Técnica de machimbrado
- 53.4. Resultados insatisfactorios y problemas potenciales
- 53.5. Análisis de casos
- 53.6. Conclusión
- 54. La importancia del músculo depresor del tabique nasal en la rinoplastia

Rod J. Rohrich, William P. Adams, Jr., Jamil Ahmad y Roger W. Cason

- 54.1. Introducción
- 54.2. Anatomía del músculo depresor del tabique nasal
- 54.3. Estudios anatómicos y clínicos
- 54.4. El músculo depresor del tabique nasal
- 54.5. Evaluación y planificación preoperatorias
- 54.6. Técnica quirúrgica
 - 54.6.1. Liberación transnasal
 - 54.6.2. Disección y trasposición
- 54.7. Análisis de casos
- 54.8. Conclusión

55. La nariz senescente

Rod J. Rohrich, Jamil Ahmad y Yash J. Avashia

- 55.1. Introducción
- 55.2. Anatomía de la nariz senescente
 - 55.2.1. Cambios en la proporción estética facial
 - 55.2.2. Calidad de la piel



55.2.3. El complejo de la punta nasal

55.2.4. La vía aérea nasal

55.2.5. La bóveda ósea

55.2.6. El dorso

55.3. Indicaciones y contraindicaciones

55.4. Evaluación y planificación preoperatorias

55.5. Técnica quirúrgica

55.6. Análisis de casos

55.7. Conclusión

56. La nariz masculina

Rod J. Rohrich y Raja Mohan

56.1. Introducción

56.2. Consulta preoperatoria

56.2.1. Selección de los pacientes

56.2.2. Características físicas únicas

56.3. Análisis nasal sistemático

56.4. Técnicas quirúrgicas

56.4.1. Reducción de la giba dorsal

56.4.2. Mejoramiento de la punta

56.4.3. Osteotomías

56.5. La vía aérea nasal

56.6. Cuidado de la piel

56.7. Análisis de casos

56.7.1. Caso 1. Rinoplastia masculina: corrección de nariz desviada y punta bulbosa



56.7.2. Caso 2. Rinoplastia masculina: corrección de giba dorsal y deformidad de la punta

56.8. Conclusión

57. Rinoplastia por fisura labial y/o palatina

Rohit K. Khosla, Ruth Tevlin y Charlotte Elizabeth Berry

57.1. Introducción

57.2. Anatomía de la anomalía nasal por fisura labial y/o palatina

57.3. Momento de la corrección

57.4. Objetivos quirúrgicos

57.4.1. Rinoplastia definitiva en adolescentes y en adultos

57.5. Evaluación preoperatoria

57.5.1. Consideración del material del injerto de cartílago

57.6. Técnicas quirúrgicas: rinoplastia definitiva por fisura labial y/o palatina

57.6.1. Cosecha de cartílago costal

57.6.2. Componente óseo de la base nasal

57.6.3. Desviación septal y vía aérea

57.6.4. Dorso

57.6.5. Huesos nasales

57.6.6. Ala y pilar lateral

57.6.7. Punta nasal

57.6.8. Base alar y tamaño de la nariz

57.7. Análisis de casos

57.7.1. Caso 1

57.7.2. Caso 2

57.7.3. Caso 3

57.8. Conclusión



58. Tratamiento de la nariz en las lesiones por consumo de cocaína

Bahman Guyuron y Paul N. Afrooz

58.1. Introducción

58.2. Patogénesis

58.3. Evaluación y planificación preoperatorias

58.4. Técnica quirúrgica

58.5. Complicaciones

58.6. Análisis de casos

58.6.1. Caso 1

58.6.2. Caso 2

58.7. Conclusión

59. El papel de los rellenos del tejido blando en larinoplastia

Rod J. Rohrich, T. Jonathan Kurkjian y Jamil Ahmad

59.1. Introducción

59.2. Anatomía nasal

59.3. Selección del relleno del tejido blando apropiado

59.4. Anestesia

59.5. Técnica de inyección

59.5.1. Dorso nasal

59.5.2. Pared nasal lateral

59.5.3. Punta nasal y ala

59.6. Rellenos del tejido blando tras una rinoplastia

59.7. Análisis de casos

59.7.1. Caso 1: relleno del tejido blando en ladeformidad nasal dorsal

59.7.2 Caso 2: relleno del tejido blando en ladeformidad posrinoplastia y la rinoplastiasecundaria subsecuente



59.8. Conclusión

60. Prevención y tratamiento de las complicaciones de larinoplastia

Rod J. Rohrich, Elie P. Ramly, Matthew Novak y Jamil Ahmad

60.1. Introducción

60.2. Complicaciones hemorrágicas

60.2.1. Epistaxis

60.2.2. Hematoma septal

60.2.3. Hemorragia orbitaria

60.3. Complicaciones infecciosas

60.3.1. Celulitis y abscesos

60.3.2. Síndrome del shock tóxico

60.3.3. Antibióticos perioperatorios

60.3.4. Organismos resistentes a los antibióticos

60.4. Complicaciones traumáticas

60.4.1. Fracturas del puntal en L

60.4.2. Lesión intracraneal y fuga de líquidocefalorraquídeo

60.4.3. Anosmia

60.4.4. Fractura maxilar tras la fractura del cornete inferior

60.4.5. Ceguera

60.4.6. Traumatismos dentales

60.4.7. Epífora

60.5. Complicaciones funcionales

60.5.1. Disfunción de la válvula nasal interna

60.5.2. Disfunción de la válvula nasal externa

60.5.3. Perforación septal



60.5.4. Adherencias intranasales y desviación septal persistente

60.5.5. Obstrucción sinusal

60.5.6. Rinitis

60.6. Complicaciones estéticas

60.6.1. Deformidades dorsales

60.6.2. Deformidad de la suprapunta (nariz en “pico de loro”)

60.6.3. Deformidades de la punta

60.6.4. Cicatrices antiestéticas

60.6.5. Necrosis cutánea

60.7. Otras complicaciones

60.7.1. Quistes nasales posrinoplastia

60.7.2. Dermatitis de contacto

60.7.3. Telangiectasias

60.7.4. Aspiración del empaquetamiento nasal

60.7.5. Trastornos psiquiátricos

60.8. Conclusión

61. Instrucciones al paciente

Rod J. Rohrich y Matthew Novak

61.1. Introducción

61.1.1. Programar una consulta

61.2. Instrucción preoperatoria

61.3. Instrucción posoperatoria

61.4. Conclusión



62. Manejo del paciente insatisfecho

Rod J. Rohrich, Elie P. Ramly, Roger W. Cason y Jamil Ahmad

62.1. Introducción

62.1.1. Los retos de la rinoplastia: los qué y los por qué

62.1.2. Importancia de la comunicación

62.1.3. Cuándo no operar

62.1.4. Matices en la planificación y la ejecución

62.1.5. Manejo de las complicaciones y de la insatisfacción del paciente

62.1.6. Tratamiento del paciente insatisfecho después de la operación

62.2. Conclusión

PARTE XII. Algunos abordajes por especialista

63. Abordaje de Rohrich: rinoplastia estructural primaria

Rod J. Rohrich y Roger W. Cason

63.1. Análisis preoperatorio

63.2. Objetivos quirúrgicos

63.3. Plan quirúrgico

63.3.1. Exposición

63.3.2. Componente del dorso

63.3.3. Conformación de la punta

63.3.4. Manejo de la base alar

63.3.5. Cierre de los espacios muertos

63.4. Análisis posoperatorio

64. Abordaje de Ahmad: rinoplastia estructural primaria



Jamil Ahmad y John Milkovich

64.1. Introducción

64.2. Análisis de casos

64.2.1. Caso 1

64.2.2. Caso 2

65. Abordaje de Rohrich: rinoplastia de preservación

Rod J. Rohrich y Roger W. Cason

65.1. Introducción

65.2. Análisis preoperatorio

65.3. Objetivos quirúrgicos

65.4. Plan quirúrgico

65.4.1. Exposición

65.4.2. Reducción dorsal (con preservación)

65.4.3. Cosecha septal

65.4.4. Osteotomías

65.4.5. Fijación del dorso mediante sutura

65.4.6. Conformación de la punta

65.4.7. Manejo alar

65.4.8. Cierre de los espacios muertos

65.5. Análisis posoperatorio

66. Abordaje de Kosins: rinoplastia de preservación

Aaron M. Kosins

66.1. Introducción

66.2. Análisis de casos



66.2.1. Análisis preoperatorio

66.2.2. Objetivos quirúrgicos

66.2.3. Plan quirúrgico

66.3. Análisis posoperatorio

67. Abordaje de Most: rinoplastia de preservación

Priyesh N. Patel y Sam P. Most

67.1. Introducción

67.2. Anatomía pertinente

67.2.1. Tratamiento de los huesos nasales

67.2.2. Tratamiento del tabique nasal

67.2.3. Abordajes de la rinoplastia de preservacióndorsal

67.2.4. Método de denudación subdorsal modificado

67.3. Indicaciones y resultados

67.4. Conclusión

68. Abordaje de Rohrich: rinoplastia secundaria

Rod J. Rohrich y Matthew Novak

68.1. Introducción

68.2. Análisis preoperatorio

68.3. Objetivos quirúrgicos

68.4. Plan quirúrgico

68.4.1. Exposición

68.4.2. Componente dorsal

68.4.3. Configuración de la punta

68.4.4. Manejo de la base alar



68.4.5. Cierre del espacio muerto

68.5. Análisis posoperatorio