

# Rinoplastia sin Secretos

La guía definitiva para entender la cirugía plástica facial más solicitada – explicada por tu cirujano de confianza

*Por* Alberto Candau



# **Rinoplastia sin Secretos**

La guía definitiva para entender la cirugía plástica facial más solicitada - explicada por tu cirujano de confianza

*Por* **Alberto Candau**

© Alberto Candau

ISBN: 978-84-09-72773-5

Este libro contiene información médica explicada en términos sencillos, pero no sustituye de ningún modo la valoración realizada por un profesional experimentado.

Cualquier duda que pueda surgir, así como cualquier sugerencia de mejora puede canalizarse directamente a través de nuestra web o a través de nuestro correo electrónico [info@drcandau.es](mailto:info@drcandau.es)

Para aquellos pacientes que lo soliciten, estaremos encantados de atenderlos en nuestra consulta situada en Córdoba (España)

AC Clinics

Hospital San Juan de Dios

Av/ Brillante 106

14012, Córdoba

[www.drcandaumaxilofacial.es](http://www.drcandaumaxilofacial.es)

*A mi mujer Beatriz, que siempre me ha acompañado en todos los grandes momentos de mi vida.*

*A mis hijos Beatriz, Alberto y Constanza, mis mayores tesoros en esta vida y a quienes más tiempo he robado para la creación de este libro.*

*A la memoria de mis padres, a los que tanto echo de menos*

*A todos mis pacientes, quienes han sido a lo largo de los años mis verdaderos “maestros” y de quienes he aprendido todos los **secretos** que relato en este libro.*

## Acerca del autor



El doctor Alberto Candau, nacido en Córdoba (España), es un reputado cirujano con dedicación en exclusiva a la cirugía plástica facial y especialmente dedicado a la rinoplastia ultrasónica de precisión. Cursó con uno de los mejores expedientes de su promoción la carrera de medicina en la facultad de medicina de su ciudad y obtuvo la primera plaza en Cirugía Maxilofacial en el examen MIR. Tras formarse con algunos de los mejores cirujanos del mundo procedente de países como EEUU, Mexico, Colombia, Brasil y Taiwan, llegó a convertirse en el presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Facial (SECPF). Actualmente es el jefe de servicio de la unidad de Cirugía Maxilofacial - Cirugía Plástica Facial del hospital San Juan de Dios de Córdoba, donde dirige un equipo multidisciplinar de cirujanos que atienden todo tipo de problemas tanto funcionales como estéticos focalizados en la cara y el cuello. Su pasión docente e investigadora se ha visto reflejada en sus más que numerosas intervenciones en congresos y simposium tanto nacionales como internacionales donde su capacidad de oratoria lo ha convertido en un referente en su campo.

# Prólogo

## Por qué este libro importa (más de lo que crees)

La rinoplastia no es una cirugía cualquiera. Es probablemente la intervención más desafiante de toda la cirugía estética facial: exige precisión milimétrica, profundo conocimiento anatómico, visión artística, experiencia quirúrgica... y una enorme capacidad de escucha. Porque si algo he aprendido en todos estos años dedicándome en exclusiva a operar narices, es que **ninguna nariz es igual a otra, y ningún paciente busca lo mismo.**

Y, sin embargo, cuando un paciente se sienta en mi consulta por primera vez, la sensación es siempre la misma: viene con ilusión, sí, pero también con dudas, con miedos, con inseguridades. Muchos han estado meses –incluso años– buscando información en redes sociales, en foros, en vídeos de YouTube... Y lo cierto es que en medio de ese océano de datos (a veces útiles, muchas veces sesgados o incorrectos), **lo que falta es una guía clara, honesta y bien estructurada** que ayude al paciente a entender qué es, en realidad, una rinoplastia. Qué puede ofrecer y qué no. Qué riesgos tiene. Y cómo es todo ese proceso que va **desde la primera consulta hasta un resultado estable un año después.**

Este libro nace precisamente para cubrir ese vacío.

*Rinoplastia sin secretos* está pensado para ti, que te estás planteando operarte la nariz, o que ya has dado el paso y quieres prepararte bien para todo lo que viene. Aquí vas a encontrar respuestas a las preguntas que te harías tú... y muchas otras que no sabías ni que había que hacerse. Vas a entender los tipos de nariz, las técnicas quirúrgicas, el papel de la anestesia, el cuidado postoperatorio, los riesgos reales y los mitos habituales. También hablamos, claro, del impacto psicológico que puede tener esta cirugía, porque no operamos solo narices: operamos percepciones, autoestima, expectativas.

Mi compromiso con este libro ha sido doble: explicártelo **todo**, pero explicártelo **bien**. Sin tecnicismos innecesarios, sin promesas vacías, y con un enfoque honesto y científico. No intento convencerte de que te operes. Mi objetivo es que, si decides hacerlo, lo hagas sabiendo exactamente a qué te enfrentas y cómo tomar buenas decisiones. Por encima de todo, lo que realmente me importa es **la relación que establezco con cada paciente**, esa alianza médico-paciente que convierte cada cirugía en un proyecto compartido.

Este libro es parte de ese compromiso: ayudarte, informarte, acompañarte.

Bienvenido a *Rinoplastia sin secretos*.

– **Dr. Alberto Candau**

# Índice

## Introducción

- Por qué este libro es importante antes de tu cirugía

## Capítulo 1: ¿Qué es la Rinoplastia?

- Rinoplastia estética y funcional
- ¿Porqué habría que operar la nariz?
- Explicando términos anatómicos y fisiológicos

## Capítulo 2: ¿Como sería la primera consulta?

- Qué esperar de la consulta
- La importancia de las simulaciones
- Rinopsicología: manejo de las expectativas

## Capítulo 3: Tipos de Rinoplastia

- Rinoplastia Primaria vs Rinoplastia Secundaria
- Rinoplastia Abierta Vs Rinoplastia Cerrada
- Rinoplastia Ultrasónica Vs Técnica Clásica
- Rinoplastia Estructural Vs Rinoplastia de Preservación
- Rinoplastia Creativa Vs Rinoplastia de Precisión

## Capítulo 4: Anestesia en Rinoplastia

- Tipo de Anestesia en Rinoplastia

- Recuperación Anestésica

## **Capítulo 5: La Cirugía Paso a Paso**

- Muchos caminos, un mismo resultado

## **Capítulo 6: El Postoperatorio**

- Evolución esperada por semanas y meses
- Cuidados de la piel
- Calendario de revisiones
- Uso de corticoides e indicaciones especiales

## **Capítulo 7: Complicaciones y Riesgos**

- Efectos esperables y no esperables
- Riesgos en pacientes con consumo de drogas
- Aspectos funcionales que pueden verse alterados

## **Capítulo 8: Rinoplastia Secundaria**

- Características que la diferencian de una cirugía primaria
- Causas de rinoplastia secundaria
- ¿Cómo se arregla una nariz por segunda vez?

## **Capítulo 9: Preguntas Frecuentes**

# Introducción

---

**L**a cirugía de nariz ha evolucionado de forma extraordinaria en las últimas décadas. Lo que antes era una intervención invasiva, poco predecible y con resultados muchas veces toscos, hoy se ha transformado en un procedimiento **altamente preciso, mínimamente invasivo y cada vez más accesible**. Gracias a la incorporación de tecnología como la rinoplastia ultrasónica, la mejora de las técnicas anestésicas, los sistemas de simulación y la comprensión detallada de la anatomía nasal, la rinoplastia moderna ofrece resultados más naturales, estables y seguros. Esto ha supuesto un verdadero salto de calidad en la experiencia quirúrgica del paciente.

En este contexto de avance técnico, no sorprende que la **demand mundial de rinoplastias esté en máximos históricos**. Según los últimos informes de sociedades científicas internacionales, la rinoplastia se ha consolidado como una de las intervenciones de cirugía plástica más realizadas en todo el mundo, especialmente entre pacientes jóvenes. Las cifras no paran de crecer: tanto hombres como mujeres, de todas las edades, buscan mejorar la estética o la funcionalidad de su nariz. Y en esta expansión también influyen factores sociales, culturales y tecnológicos, como la exposición constante a las cámaras, las redes sociales o los filtros digitales.

Sin embargo, esta creciente popularidad ha provocado un efecto colateral preocupante: **el aumento de la oferta descontrolada de rinoplastias por parte de profesionales con distinta formación, experiencia y ética**. Hoy en día es fácil encontrar cirujanos que utilizan un lenguaje seductor, emocional e incluso engañoso para atraer pacientes. Frases como “nariz perfecta en una hora”, “sin dolor, sin riesgos”, “sin cicatrices” o “resultados garantizados” se utilizan para captar la atención, aunque carezcan de respaldo científico o ético. Este tipo de mensajes, aunque llamativos, pueden generar expectativas irreales y poner en riesgo la confianza y la salud de los pacientes.

Además, el paciente de hoy accede a gran parte de su información a través de plataformas como **Instagram, TikTok o Facebook**, donde la imagen lo es todo. Pero es importante advertir que lo que se muestra en redes sociales **está filtrado por un sesgo de publicación**. Este fenómeno ocurre cuando solo se comparten los casos exitosos, los resultados más espectaculares y las evoluciones sin complicaciones, mientras se ocultan los fracasos, los retoques o los resultados insatisfactorios. El paciente se ve entonces expuesto a una realidad parcial, que no refleja los matices, los tiempos reales de recuperación ni los posibles imprevistos de una cirugía tan compleja como la rinoplastia.

Y aquí aparece otra paradoja silenciosa que pocos explican: **el cirujano joven, recién llegado al campo, suele tener mucho tiempo para atenderte con calma en la consulta, explicarte cada detalle, escucharte sin prisa... mientras que el cirujano experimentado –el que probablemente ha operado cientos o miles de narices– dispone de muy poco tiempo por la alta demanda de pacientes que confían en su trabajo**. Esta paradoja, lejos de beneficiar al paciente, puede generar frustración: o bien te sientes atendido por alguien con tiempo pero poca experiencia, o bien accedes a alguien con mucha experiencia pero sin tiempo para detenerse en cada detalle. Este libro pretende ser el **punto entre ambos mundos**, ofreciendo una explicación completa, honesta y sin adornos de lo que realmente implica una rinoplastia, contada por un cirujano con experiencia, aunque a veces no pueda detenerse lo suficiente en consulta.

## **¿Porqué este libro es tan importante antes de tu rinoplastia?**

Este libro nace con una intención clara: **ofrecer al paciente una guía completa, honesta y científicamente rigurosa sobre la rinoplastia**,

sin imponer verdades absolutas ni influir en sus decisiones personales. A lo largo de sus páginas se abordarán los distintos enfoques quirúrgicos, sus ventajas y limitaciones, los materiales que pueden emplearse, las complicaciones más frecuentes y los factores que influyen en los resultados, **sin tomar partido por una técnica u otra**. El objetivo no es convencerte de que hay una forma “correcta” de operar la nariz, sino ayudarte a comprender los fundamentos médicos que sustentan cada opción, para que puedas dialogar con tu cirujano desde el conocimiento y no desde la incertidumbre.

Además, este libro está escrito **con un lenguaje claro, accesible y libre de tecnicismos innecesarios**. Demasiadas veces los médicos caemos en la trampa de hablar entre nosotros, sin darnos cuenta de que el paciente no tiene por qué conocer términos como “osteotomía”, “columela”, “injerto de extensión septal” o “valvuloplastia nasal”. Aquí no encontrarás un manual para cirujanos, sino una guía pensada para cualquier persona interesada en entender qué implica someterse a una rinoplastia, sin necesidad de tener formación médica.

Otro valor esencial de esta obra es que **reúne la experiencia de más de 15 años de práctica quirúrgica dedicada exclusivamente a la cirugía plástica facial, y más concretamente a la rinoplastia**. A lo largo de más de 2.000 intervenciones, el autor ha enfrentado con éxito tanto casos primarios como cirugías de revisión, ha tratado narices de múltiples tipos étnicos, ha gestionado complicaciones complejas y ha contribuido a la formación de nuevos especialistas a nivel nacional e internacional. Todo ese conocimiento acumulado no se presenta aquí como una lección magistral, sino como un recurso útil para que el paciente pueda entender el “por qué” de cada paso, decisión y resultado.

Y quizá lo más importante: **esta información es totalmente gratuita**. No hay intereses comerciales detrás, ni promesas ocultas, ni estrategias de captación. Se ha escrito con el único propósito de informar y empoderar al paciente. En un mundo donde las redes sociales distorsionan la realidad y donde la medicina estética se ha convertido,

en parte, en un escaparate, este libro quiere ser un lugar de calma, de reflexión y de verdad. Porque solo con información veraz y accesible se puede tomar una decisión libre, consciente y responsable.

Y ya que has llegado hasta aquí, **si este libro te resulta útil, interesante o simplemente te ha aclarado dudas que nadie te había resuelto**, te invito a que hagas algo por el *karma estético universal*: compártelo con al menos tres personas de tu entorno que creas que podrían beneficiarse de leerlo. Puede ser esa amiga que siempre comenta que no le gusta su perfil, tu primo que respira peor que una cafetera, o incluso alguien que ni se lo plantea... pero que agradecerá tener buena información en el momento oportuno. Eso sí, hazlo con elegancia: **no se trata de decir “oye, deberías operarte la nariz”, sino algo más diplomático como “he leído esto y me pareció súper interesante, échale un ojo”**. A veces, el mejor regalo que puedes hacerle a alguien es información de calidad. Y esta, además, es gratis.

# Capítulo 1: ¿Qué es la Rinoplastia?

---

**R**inoplastia es el nombre que recibe la cirugía de la nariz. Su objetivo puede ser estético, funcional o una combinación de ambos. Es decir, puede realizarse para **mejorar la apariencia externa** de la nariz, para **corregir problemas respiratorios**, o para abordar ambas cosas al mismo tiempo. Sea cual sea la indicación, hablamos de una de las intervenciones más complejas y fascinantes de toda la cirugía plástica facial. Aunque muchas personas la identifican solo con un “retoque” estético, la realidad es que la rinoplastia exige un conocimiento quirúrgico profundo, una comprensión tridimensional de la anatomía facial, y una enorme sensibilidad artística. En manos expertas, esta cirugía puede **transformar una nariz sin que deje de parecer natural**, armonizar el rostro y mejorar de forma sustancial la calidad de vida del paciente.

## Un poco de historia: de la reconstrucción a la precisión milimétrica

La rinoplastia no es, ni mucho menos, un invento moderno. De hecho, se conocen **registros quirúrgicos desde la India antigua**, en el texto médico Sushruta Samhita (siglo VI a.C.), donde ya se describían técnicas para **reconstruir narices amputadas** (algo común en castigos de la época). En estos casos, se usaban colgajos de piel de la frente para reconstruir la pirámide nasal, una técnica sorprendentemente sofisticada para su tiempo.

Durante la Edad Media, **los cirujanos italianos como Gaspare Tagliacozzi (siglo XVI)** desarrollaron métodos de reconstrucción nasal utilizando piel del brazo, lo que sentó las bases de la cirugía reconstructiva moderna. Ya en el siglo XIX y principios del XX, especialmente en el periodo de la 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> Guerras Mundiales, se comenzaron a desarrollar técnicas cerradas y abiertas para **corregir**

**deformidades congénitas o traumáticas**, y con el auge de la cirugía estética en el siglo XX, la rinoplastia se convirtió en una intervención con objetivos cada vez más refinados.

En el siglo XXI hemos asistido a una revolución técnica. A partir de los años 2000-2010 surgen tres conceptos clave que marcan el presente (y el futuro) de esta cirugía:

- **Rinoplastia ultrasónica:** Técnica que emplea un dispositivo de ultrasonidos para cortar el hueso con máxima precisión y mínimo daño a los tejidos blandos. Reduce el edema, los hematomas y mejora la recuperación postoperatoria.
- **Rinoplastia de preservación:** En lugar de reseca la estructura nasal, se trabaja para preservar al máximo los ligamentos y huesos originales, reposicionándolos de forma controlada para mantener una anatomía más natural.
- **Rinoplastia de precisión:** Un enfoque que combina tecnología avanzada (simulaciones digitales, mediciones milimétricas, imágenes en alta definición) con una filosofía de resultado natural, personalizado y predecible.

Estas innovaciones han transformado radicalmente la forma de operar la nariz, permitiendo al cirujano actual **no solo corregir, sino esculpir y optimizar cada nariz con un nivel de detalle impensable hace apenas dos décadas.**

## **Rinoplastia estética: armonía facial, no perfección matemática**

Cuando hablamos de **rinoplastia estética**, nos referimos a aquella intervención cuya finalidad principal es **mejorar la forma externa de la nariz**, sin que necesariamente exista una alteración funcional o

respiratoria. Esto puede incluir corregir una giba dorsal, afinar una punta bulbosa, levantar una nariz caída o mejorar la simetría.

Pero es muy importante entender que **el objetivo no es la perfección, sino mejorar la nariz previa**. No existe una “nariz perfecta” válida para todo el mundo. Lo que buscamos es que la nariz sea mejor que la que tenía el paciente antes de operarse, respetando la identidad del paciente, su etnia, su expresión facial y su género. Una rinoplastia bien hecha no llama la atención: **embellece sin delatarse**.

## **Rinoplastia funcional: respirar bien también es calidad de vida**

La **rinoplastia funcional** se realiza cuando hay una alteración en la anatomía interna de la nariz que impide una correcta respiración. Esto puede deberse a una desviación del tabique (septum), hipertrofia de los cornetes, colapso valvular o alteraciones congénitas de los huesos de craneo. En estos casos, el objetivo de la cirugía es restaurar **la función respiratoria nasal**, mejorando la calidad del sueño, el rendimiento deportivo y el bienestar general del paciente.

A menudo, la cirugía funcional se combina con la estética en lo que se conoce como **rinoseptoplastia**, ya que muchas veces ambas estructuras están relacionadas. Una nariz torcida por fuera probablemente también esté desviada por dentro, y viceversa.

*“En mi opinión, los términos “rinoplastia”, “rinoseptoplastia” y “septorinoplastia” son exactamente iguales”*

# ¿Porqué habría que operar la nariz?

Cada persona que decide someterse a una rinoplastia lo hace por una razón particular, pero **la mayoría de los pacientes comparten una o varias inquietudes comunes**. En muchos casos, no se trata de un solo problema, sino de una **combinación de factores** tanto funcionales como estéticos. Sin embargo, para poder explicarlo con claridad, podemos agrupar los motivos más frecuentes en **seis grandes categorías**. Comprenderlas te ayudará no solo a identificar tus propias prioridades, sino también a entender qué busca solucionar tu cirujano durante la consulta.

## 1. No respiro bien

Este es, con diferencia, uno de los motivos más importantes y a menudo subestimados. Muchas personas acuden al cirujano con la idea de mejorar su estética nasal, pero al ser exploradas se descubre que tienen una **obstrucción respiratoria nasal** significativa. Esto puede deberse a una desviación del tabique, hipertrofia de cornetes, colapso valvular o incluso secuelas de cirugías previas.

Respirar mal por la nariz no solo incomoda: puede afectar el sueño, el deporte, la concentración y hasta generar dolores de cabeza o fatiga. Cuando se identifican causas funcionales, el objetivo quirúrgico no es solo estético, sino **restaurar la función respiratoria**, lo que mejora drásticamente la calidad de vida.

## 2. Tengo una giba o “joroba” en el dorso nasal

Es una de las quejas estéticas más comunes. El paciente suele referirse a ella como una “joroba”, “bulto” o “nariz aguileña”. Esta **proyección excesiva del dorso nasal**, vista especialmente de perfil, rompe la

armonía facial. Puede tener origen genético, traumático o simplemente anatómico, y suele generar incomodidad en fotos o vídeos.

La corrección de la giba debe realizarse con precisión y equilibrio: **no se trata solo de eliminarla, sino de rediseñar el dorso para que sea armónico con el resto de la cara.**

### 3. Tengo la punta caída

Otra queja habitual. A veces el paciente la nota “triste”, “larguirucha” o “apuntando hacia abajo”. Una **punta nasal caída** puede ser una condición congénita, consecuencia del envejecimiento, de una cirugía anterior o del propio movimiento de los cartílagos con el tiempo.

Levantar la punta nasal requiere una **cirugía estructural**, ya que hay que dar soporte interno suficiente para evitar que vuelva a caer en el futuro. También es clave lograr un equilibrio con el dorso y las proporciones generales del rostro.

### 4. Mi nariz está torcida o asimétrica

En estos casos el paciente suele decir: “me veo la nariz desviada”, “un orificio más alto que otro”, o “la tengo de lado”. La **desviación nasal** puede ser evidente de frente, de perfil o solo apreciarse con fotos. Muchas veces está asociada a desviaciones del tabique o fracturas antiguas, y en muchas ocasiones van conjuntas a una asimetría facial que NUNCA va a resolverse con una rinoplastia.

Corregir una nariz torcida es uno de los retos más complejos de la rinoplastia, ya que involucra tanto la parte externa como la interna. Además, **es frecuente que las desviaciones reaparezcan con el tiempo si no se hace un soporte estructural adecuado.**

## 5. Tiene un tamaño incorrecto para mi tipo de cara

Este es un concepto más abstracto, pero muy real. Muchas personas sienten que su nariz **no encaja bien en su rostro**. En general, suelen referirse a narices que consideran demasiado grandes o anchas, aunque también puede ocurrir lo contrario: **algunos pacientes, especialmente con narices de rasgos étnicos, desean aumentarla o darle más proyección**.

Aquí no se trata de reducir o aumentar por capricho, sino de **analizar la armonía facial global**, teniendo en cuenta la frente, el mentón, los labios y los pómulos. El objetivo es que la nariz acompañe, no que destaque o opaque.

## 6. Me la operaron y me dejaron peor (rinoplastia secundaria)

Este es un motivo especialmente delicado. Son pacientes que **ya han pasado por una o varias cirugías**, y el resultado no ha sido el esperado: la nariz ha quedado deformada, peor funcionalmente, o simplemente no les gusta cómo se ve. A esto lo llamamos **rinoplastia secundaria (o de revisión)**.

Estos casos son técnicamente más complejos y emocionalmente más sensibles. Requieren **una planificación detallada, posibles injertos adicionales** y una buena gestión de las expectativas. Pero sobre todo, requieren honestidad: **no todo puede arreglarse, y no siempre es recomendable reoperar**.

## El arte de escuchar al paciente

Una de las claves en la primera consulta es **entender qué es lo que realmente le molesta al paciente, y en qué orden de prioridad**. A veces, el paciente llega diciendo “no me gusta mi nariz” sin saber

explicar exactamente qué parte. Otras veces se obsesiona con una pequeña asimetría sin valorar un problema respiratorio importante.

Por eso, un buen cirujano no solo explora, mide y propone. **También escucha.** Escucha para identificar qué es lo que te preocupa más, qué esperas de la cirugía, y hasta qué punto esas expectativas son alcanzables. Solo así se puede trazar un plan quirúrgico personalizado, responsable y realista.

## **Explicando términos anatómicos y fisiológicos**

***(o cómo no perderte cuando tu cirujano empiece a hablar raro)***

Hay una verdad universal que no podemos negar: **los médicos hablamos raro.** Y no es porque queramos hacernos los interesantes (bueno... no siempre), sino porque durante toda la carrera nos acostumbramos a un lenguaje técnico que usamos casi sin darnos cuenta. El problema es cuando hablamos con pacientes, muchas veces **parece que estuviéramos hablando en élfico.**

Y si eso pasa al hablar, **imagina cuando lo escribimos.** Frases como “hiperproyección del radix con caída columelar y asimetría del supratip” pueden sonar muy impresionantes... pero no ayudan mucho si no tienes un diccionario médico a mano (o un máster en jeroglíficos quirúrgicos).

Así que aquí va nuestra solución: **un maratón exprés de anatomía y fisiología nasal,** ideal para pacientes valientes que quieran convalidar, como mínimo, **10 créditos de medicina facial aplicada a la rinoplastia.** Prometemos hacerlo con el mínimo de tecnicismos y el máximo de sentido común.

Ajusta el cinturón, que empezamos:

## Cefalometría

Es el arte (y ciencia) de **medir tu cara**. Sí, tu cara tiene medidas, ángulos, proporciones... y todo eso nos ayuda a saber si la nariz encaja bien o si habría que ajustarla. No es lo mismo una nariz en una cara fina y alargada que en una cara más redondeada. La cefalometría es nuestro metro virtual para planificar. Se puede hacer tanto en base a fotos 2D (las convencionales) o con escáneres 3D.

## Glabela

Es el punto entre las cejas, justo donde empieza la frente. Cuando hablamos del “inicio” de la nariz, normalmente partimos desde ahí. Los hombres por lo general la tienen prominente y las mujeres más aplanada. De hecho, hay ocasiones donde se planifican retoques en esta parte de la frente para armonizar el perfil de la cara.

## Radix

Es la **raíz de la nariz**, justo debajo de la glabela. Es el huequito donde empieza el dorso nasal. Si está muy alto, da sensación de nariz aguilera. Si está muy bajo, la nariz parece más corta.

## Rhinion

Suena exótico, pero es simplemente **el punto donde acaba el hueso y empieza el cartílago en el dorso de la nariz**. Es una zona clave cuando hablamos de gibas o jorobas. A nivel más “pro” lo llamamos “Área K” o “*Keystone Area*” en inglés porque es como la piedra angular que soporta una bóveda.

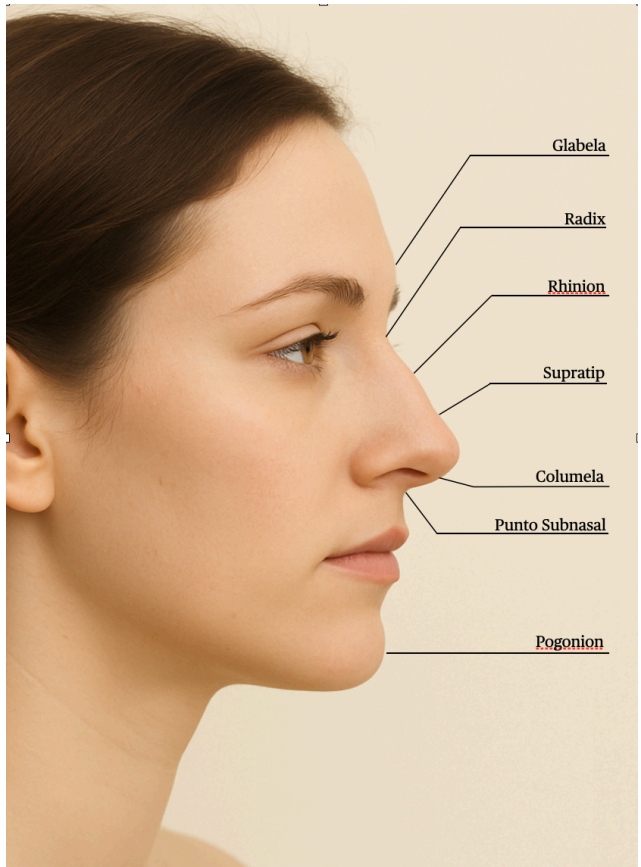
## Supratip

Es el “cuello” justo antes de la punta de la nariz. Si la punta cae mucho, esta zona se marca y da aspecto de “jorobita blanda”. Cuando el

supratip está hundido, puede parecer que la punta está más levantada de lo que realmente está.

## ▼ **Columela**

Es la **parte de piel y cartílago que separa los dos orificios nasales por debajo**. Es la que ves cuando alguien te habla desde abajo. Si está muy visible, puede parecer que la nariz está demasiado levantada. Cuando está muy descendida la llamamos “columela colgante”, mientras que cuando a penas se ve, la llamamos “columela escondida”.



## ○ **Punto subnasal**

Es el punto donde **la base de la nariz se une con el labio superior**. Muy importante cuando calculamos el ángulo nasolabial (sí, también medimos eso). De forma indirecta nos da información sobre si el hueso maxilar ha crecido adecuadamente o si tenemos un hueso poco desarrollado. Por último, también nos habla de como puede ser un relieve anatómico muy importante que es la llamada “espinas nasal

anterior”, que no pincha pero nos puede doler mucho si no está correctamente posicionada, ya que es el soporte fundamental del septo nasal: si la espina nasal está desviada, el septo jamás podrá estar centrado.

## **Pogonion**

Es el **punto más sobresaliente del mentón**. Aunque no lo parezca, ¡el mentón influye en cómo se ve tu nariz! Si tienes poco mentón, tu nariz parecerá más grande... aunque no lo sea.

## **Línea bipupilar**

Es la línea imaginaria que une tus pupilas. La usamos para saber si la nariz está centrada. Muchos estudios reflejan que aunque la cara sea más asimétrica que un cuadro de Picasso, las órbitas (como reflejo de la base del craneo) suelen estar más alineadas que de promedio la mitad inferior de la cara (nariz y boca), y por eso las tomamos como puntos de referencia. ¡Y no, no todo el mundo tiene los ojos perfectamente simétricos! En pacientes que tengan **estrabismo**, no podemos emplear esta medición.

## **Línea media interdental**

Otra línea imaginaria que pasa entre los dos incisivos centrales (paletas). La usamos para comprobar si tu nariz está alineada con el centro de tu cara... aunque tu cara no sea perfectamente simétrica. También, esta línea nos marca la posición de la espina nasal anterior, que como ya hemos dicho es muy importante para determinar dónde podemos centrar nuestro septo nasal.

## **Eje facial**

Es el “eje vertical” de tu cara. Como si pasara una cuerda desde el entrecejo hasta el mentón. Nos sirve para evaluar la armonía facial. A

rasgos generales, solo menos de un 20% de la población puede decir que su mitad derecha y su mitad izquierda de la cara son iguales...¡el resto tenemos que conformarnos con tener sólo un lado bueno para las fotos!

## **Eje nasal**

Es el eje de tu nariz. Se mide desde su nacimiento en un hueso de la base del cráneo llamado etmoides, hasta su final situado en una protuberancia del hueso maxilar llamado espina nasal anterior. Si como consecuencia de una asimetría en el desarrollo del cráneo, estos huesos no están alineados, aunque la nariz sea una línea recta, no va a estar 100% simétrica con respecto al resto de los elementos centrales de la cara (mentón y labios). Esto puede ser ciertamente frecuente y los pacientes lo experimentan diciendo “si me miro en el espejo me la veo bien (centrada) pero cuando me hacen una foto salgo horrible (torcida)”

## **Septo nasal (o tabique nasal)**

Es la **pared interna que separa los dos lados de tu nariz**. Está formada por cartilago y hueso. Si está desviado, puede causar problemas respiratorios y afectar la estética. En casi todas las cirugías, se aprovecha el cartilago del septo para extraer “material” de cartilago para construir los injertos que puedan necesitarse en la rinoplastia. Si el septo se ha operado previamente (lo que llamamos “septoplastia”) es casi seguro que va a ser necesario extraer cartilago costal para resolver tu rinoplastia.

## **Cartílago alar**

Son los cartílagos que **forman la punta y las alas de la nariz**. Los moldeamos (con cariño) para definir la punta y darle forma al contorno nasal. En casos de punta bulbosa, en ocasiones, encontramos que la

causa de la bulbosidad puede estar en una “malposicion” del cartilago alar. Explicado de manera sencilla, imaginamos que el cartilago de la pared del ala debería ser mas o menos recto, y sin embargo en este problema encontramos que es como una “cúpula”. Por eso tendremos que reducir el volumen total del cartilago para que se nos vea mas pequeña la punta.

## **Cartílago lateral superior**

Se encuentran justo debajo del hueso nasal, en el centro del dorso. Se unen al septo y forman parte del conducto por donde pasa el aire. También influyen en la forma del dorso. Junto con el septo forman las paredes laterales de la giba dorsal. Un detalle curioso es que los cartílagos laterales superiores “sujetan” a través de un ligamento a los cartílagos alares de la punta. Con el paso del tiempo, estos ligamentos pierden resistencia y causan la separación de estos ligamentos. Esta es la causa de porqué la gente cree que “la nariz crece con el tiempo”. Lo que ocurre en realidad es que al hacerse mas flojo el ligamento que une ambos cartílagos, se “descuelga” haciendo que se vea mas larga la nariz.

## **Ligamento de Pitanguy**

Es un pequeño pero importante **ligamento que conecta la piel de la punta con los cartílagos**. Influye en la movilidad y en la caída natural de la punta. Al tocarle la punta y notar que “rebota” un poco, estás tocando algo muy cercano a él.

## **Cornetes**

Son unas estructuras dentro de la nariz (hay tres en cada lado) que **filtran, calientan y humidifican el aire que respiras**. Cuando están agrandados, pueden dificultar la respiración. En casos donde tenemos que hacer la nariz mas estrecha y/o pequeña, es frecuente que

tengamos que reducir el tamaño de estos para adecuar la función respiratoria.



## **Válvulas nasales**

No tienen forma de puerta, pero funcionan como tal. Son **zonas estrechas dentro de la nariz que regulan el paso del aire**. Si fallan, no puedes respirar bien en reposo, y mucho menos al hacer deporte. Son clave en la rinoplastia funcional.



## **Hueso etmoides**

Un hueso profundo, lleno de celdillas, que forma parte de la base del cráneo y también participa en la estructura interna de la nariz. No lo ves, pero está ahí, haciendo de arquitecto nasal. Desde el etmoides “nace” el tabique nasal, por lo que estudiarlo es necesario para saber hasta donde podemos centrar una nariz torcida.



## **Hueso nasal**

Es el hueso que forma el tercio superior del dorso nasal. Es lo que “fracturamos” cuidadosamente durante la rinoplastia cuando queremos estrechar o remodelar la nariz.



## **Hueso maxilar**

El hueso de la cara donde se apoyan las mejillas, los dientes superiores... y parte de la base de la nariz. ¡Es más importante de lo que parece!



## **Canteo del plano oclusal**

El **plano oclusal** es la línea imaginaria que une los dientes superiores de un lado y del otro. Si está inclinado (como una estantería mal colgada), decimos que tiene un **canteo**. Esto puede hacer que la nariz parezca torcida o que la sonrisa se vea desalineada. No es un defecto nasal en sí, pero **afecta mucho la percepción de simetría facial**.



## Retrognatia

Otra palabrita elegante que significa algo muy sencillo: **tienes mandíbula pequeña**.

La retrognatia es cuando el mentón está “metido hacia atrás” respecto al resto de la cara. ¿Qué tiene que ver esto con la nariz? Mucho. Una nariz completamente normal puede **parecer grande o desproporcionada si el mentón está muy retraído**. A veces, la mejor rinoplastia... ¡es un pequeño aumento de mentón!



## Longitud nasal

La **longitud** es cuánto de larga es la nariz medida desde el nacimiento en el radix hasta el punto más distante de la punta nasal. Es la principal medida que junto con la **proyección nasal** se toma para determinar si una nariz es grande o no. Como todas las medidas en la nariz, **no tiene un valor absoluto**, y va a ir siempre en relación con lo que midan los tercios superior, medio e inferior de la cara. Para reducirla (o aumentarla) jugamos con subir o bajar respectivamente la posición de la punta nasal.



## Proyección nasal

La **proyección** es cuánto se “despega” la nariz de la cara, vista de perfil. Una nariz con buena proyección tiene un equilibrio entre su longitud (lo que mide desde arriba hacia abajo) y lo que sobresale hacia delante. Si proyecta bien, se ve definida, elegante y armoniosa.

## **Hiperproyección**

Cuando la nariz **proyecta demasiado hacia adelante**, se habla de hiperproyección. Es ese tipo de nariz que sobresale mucho del perfil, a veces asociada con una punta muy marcada o una base estrecha. A menudo da la sensación de “nariz prominente”, aunque no siempre esté acompañada de giba. Cuando se le acompaña con el prefijo “**Pseudo**” (que significa “falso”) hace referencia a que la nariz parece “falsamente más proyectada” de lo que es en realidad: la **Pseudohiperproyección** se debe en casi todos los casos a una falta de desarrollo del **tercio inferior** de la cara, y no a un problema nasal en sí.

## **Hipoproyección**

Lo contrario: una nariz con poca proyección. Se ve **plana, poco definida o “pegada” a la cara**. Puede dar sensación de falta de personalidad en el rostro, especialmente en narices étnicas o tras cirugías que han quitado demasiado cartílago. Muchas rinoplastias secundarias se hacen para **recuperar proyección** que se ha perdido.

## **Rotación nasal**

La rotación es el **ángulo en el que está orientada la punta de tu nariz**. Si miras tu nariz de perfil, una punta más levantada indica más rotación; una punta más caída, menos rotación. La rotación no tiene nada que ver con torceduras o desviaciones: se refiere a si la punta “mira más hacia arriba o hacia abajo”.

## **Hiperrotación**

Cuando la punta está **demasiado levantada**, hablamos de hiperrotación. Puede dar una apariencia aniñada, o lo que a veces se describe como “nariz de cerdito” (¡con todo el respeto!). En exceso, puede dejar visible la columela y los orificios nasales desde el frente. Pese a que no hay valores absolutos, parece que hay consenso por parte de todos los cirujanos que si el ángulo nasolabial es mayor a  $120^\circ$ , el paciente presenta una hiperrotación.

## **Hiporrotación**

Cuando la punta está **muy caída**, con poca rotación. Es típico en narices envejecidas, masculinas, o con soporte cartilaginoso débil. La hiporrotación puede dar un aspecto cansado o triste, y es uno de los motivos más frecuentes de consulta estética. Al igual que en la anterior, parece que todos los cirujanos convenimos que si la angulación nasolabial es inferior a  $90^\circ$ , la nariz está hiporrotada. Entre ambos extremos, y dependiendo de características culturales, étnicas, sociológicas, y de armonía facial, se encuentran términos medios que asociamos con narices “normorrotadas”.

## **Definición de punta nasal**

La “definición” es **la nitidez con la que se percibe la punta de la nariz**. Cuando está bien definida, la transición entre el dorso y la punta es clara, precisa y natural. No tiene que ser una punta afilada ni delgadísima: simplemente bien estructurada, sin borrones ni redondeces innecesarias. Una punta nasal no necesita ser definida para ser hermosa.

## Piel fina

Tener piel fina en la nariz suena bien... hasta que deja de serlo. La piel fina permite que se vean mejor los contornos, lo que ayuda a que la definición quirúrgica luzca más. Pero también tiene sus riesgos: **cualquier mínima irregularidad o injerto se puede marcar demasiado**, y la piel puede cicatrizar peor. Es como forrar una escultura con film transparente: todo se ve.

## Piel gruesa

La piel gruesa, por otro lado, **amortigua las imperfecciones**, pero también **difumina los detalles**. Puede dificultar la definición de la punta y, en algunos casos, hacer que la nariz parezca más ancha o con menos precisión, especialmente durante los primeros meses de inflamación. La piel gruesa tarda más en desinflamarse... pero también perdona más.

Y con esto, ¡enhorabuena! Acabas de completar con éxito el **Módulo 1 de Anatomía para No Médicos con Interés en Rinoplastia**. No hace falta que te sepas todos estos términos al dedillo, pero tener esta base te permitirá entender con claridad muchas de las explicaciones que aparecen en este libro... y en tu consulta médica.

*“Con un poco de paciencia y adaptándose al nivel académico de cada paciente, se puede explicar cualquier cosa. No te quedes con las dudas y pregunta siempre”*

# Capítulo 2: ¿Cómo sería la primera consulta?

---

**A**hora vamos a tratar sobre un momento clave en este proceso: **la primera consulta de rinoplastia**. Es la primera vez que tú y tu cirujano os veis cara a cara. Él te examina, tú le haces preguntas, se establece una relación de confianza... y, sobre todo, es **el primer paso real para entender si una rinoplastia es adecuada para ti y cómo debería plantearse**.

Aunque hoy en día la tecnología nos permite tener acceso a mucha información antes de pisar una consulta –y eso es muy positivo–, **la primera exploración médica presencial sigue siendo insustituible**. Nada puede sustituir la percepción tridimensional del rostro, la textura de la piel, la movilidad de la punta nasal o el análisis directo del tabique y las estructuras internas. En medicina, y especialmente en cirugía facial, **ver, tocar y escuchar en persona sigue siendo fundamental**.

## ➔ **La información previa: un recurso valioso (pero no un diagnóstico)**

Antes de ese primer encuentro en consulta, **es habitual que el paciente ya haya recibido bastante información de calidad**. Puede ser a través de canales oficiales del equipo médico, como este libro que estás leyendo, o mediante otros formatos:

- Vídeos informativos en YouTube
- Directos en Instagram o TikTok
- Webinars educativos
- Podcast de profesionales médicos

- Participación en charlas, congresos o jornadas abiertas al público

Todos estos recursos son muy útiles para **aprender conceptos básicos, conocer al equipo médico, escuchar casos reales y resolver dudas frecuentes**. Incluso es posible tener un primer contacto con el cirujano a través de plataformas digitales, como una videollamada informativa o una consulta inicial virtual, algo especialmente útil si vives lejos de la ciudad donde se realiza la cirugía.

Pero es importante dejar esto claro: **ningún vídeo, email ni llamada por Zoom sustituye a una consulta médica presencial**. Por muy buena impresión que te cause el cirujano en redes sociales, **la verdadera conexión, la exploración facial y la toma de decisiones personalizadas solo pueden hacerse de forma física**. Lo digital puede ser una puerta de entrada, pero no la base sobre la que decidir una cirugía tan delicada como esta.

*“Vemos con frecuencia pacientes “inforxicados”: tanta información (poco filtrada) hace que nos hagamos una idea falsa de en qué consiste la rinoplastia”*



## ¿Qué es una historia médica y por qué es tan importante?

Uno de los primeros pasos en la consulta de rinoplastia es algo que puede parecer rutinario, pero que en realidad es **crucial para el éxito de tu cirugía**: elaborar tu **historia médica**.

Esto no es otra cosa que **una conversación detallada y estructurada entre tú y tu cirujano**, donde se recopila toda la información relevante sobre tu salud, tus antecedentes, tus hábitos... y, por supuesto, tus expectativas.

Aunque a veces el paciente viene con ganas de hablar directamente de estética y resultados, esta parte es fundamental. Una **buena historia clínica permite al cirujano anticipar riesgos, detectar factores que puedan condicionar el resultado** e incluso descartar que no seas buen candidato quirúrgico.

Aquí van los puntos clave que normalmente se abordan:



### **¿Respiras bien por la nariz?**

Puede parecer una pregunta básica, pero no lo es. Muchos pacientes están tan centrados en la parte estética que **ni siquiera mencionan que tienen problemas respiratorios...** hasta que el cirujano lo pregunta. Saber si respiras peor por un lado que por otro, si roncas, si te despiertas por la noche con sensación de ahogo o si no puedes hacer ejercicio sin abrir la boca, **puede cambiar por completo el enfoque de la cirugía.**



### **¿Te han operado antes la nariz?**

Esto incluye tanto cirugías estéticas como funcionales (como la corrección del tabique o reducción de cornetes). Si ya has pasado por el quirófano, tu nariz puede tener cicatrices internas, deformidades estructurales o debilidad en ciertas zonas. Estos casos se llaman **rinoplastias secundarias**, y requieren un planteamiento completamente diferente.



### **¿Te has hecho algún tratamiento estético en la nariz?**

Esto incluye **infiltraciones de ácido hialurónico (rinomodelación), hilos tensores, hilos líquidos, o incluso tatuajes o piercings.**

Aunque muchos de estos tratamientos son superficiales, otros pueden dejar fibrosis, inflamaciones crónicas o alterar la anatomía interna, lo que **condiciona la planificación quirúrgica**. **RECUERDA QUE MÁS ADELANTE EN EL CAPITULO 9 EXPLICAREMOS EN QUE AFECTA QUE TE HAYAS PUESTO HIALURÓNICO EN LA NARIZ A LA HORA DE OPERARTE DE RINOPLASTIA**



 **¿Fumas, bebes alcohol o has consumido cocaína alguna vez por la nariz?**

Esta es una de esas preguntas incómodas pero imprescindibles. Y aquí hay que ser claro: **la cocaína es altamente destructiva para la nariz**. Su consumo, especialmente si ha sido frecuente o prolongado, **puede provocar necrosis del tabique nasal**, perforaciones internas, debilitamiento de los vasos sanguíneos y una altísima tasa de complicaciones postoperatorias. Todos conocemos casos de personajes públicos que se han hecho famosos por narices “destruidas” como consecuencia del consumo de cocaína...por tanto, es tremendamente importante que como cirujanos conozcamos todos los riesgos antes de empezar la operación.

Incluso aunque hayan pasado años desde el último consumo, los daños pueden persistir. Por eso es tan importante que el paciente sea completamente honesto al respecto. Ocultar esta información puede tener consecuencias graves, y **el objetivo del cirujano no es juzgarte, sino protegerte**.



### **¿Has tenido traumatismos nasales?**

Una fractura nasal, un golpe fuerte o incluso una caída puede haber alterado la estructura interna de la nariz sin que seas plenamente consciente. Muchas desviaciones del tabique, asimetrías o problemas respiratorios tienen su origen en traumas antiguos. Mencionarlos, aunque hayan ocurrido en la infancia, **puede dar pistas clave al cirujano**.



### **¿Tienes alguna enfermedad o tomas medicación habitualmente?**

Aquí se incluye todo: **hipertensión, diabetes, problemas de coagulación, enfermedades autoinmunes, alergias, antecedentes quirúrgicos importantes o tratamientos médicos crónicos**. También es fundamental saber si estás tomando anticoagulantes,

corticoides, ansiolíticos, anticonceptivos hormonales o suplementos que puedan interferir con la cicatrización o la anestesia.

## ¿Sabías que...?

### **Algunos suplementos y alimentos pueden aumentar el riesgo de sangrado durante y después de una cirugía**

Es común que pacientes jóvenes y saludables incorporen suplementos nutricionales como **creatina**, **aminoácidos** y **omega 3** en su dieta diaria. Sin embargo, es crucial informar a tu cirujano sobre su consumo antes de una rinoplastia, ya que algunos de estos productos pueden interferir con la coagulación sanguínea y aumentar el riesgo de sangrado intraoperatorio y postoperatorio.

Además de los suplementos, ciertos alimentos y hierbas poseen propiedades anticoagulantes naturales. Entre ellos se encuentran:

- **Ajo y cebolla crudos:** Contienen compuestos que pueden reducir la agregación plaquetaria.
- **Jengibre:** Su consumo puede favorecer la dilución de la sangre.
- **Vitamina E:** Presente en alimentos como almendras, aguacates y verduras de hoja oscura, puede interferir con la coagulación sanguínea.
- **Cúrcuma:** Su componente activo, la curcumina, tiene propiedades anticoagulantes.
- **Piña:** Contiene bromelina, una enzima que actúa como agente anticoagulante al interferir con la agregación plaquetaria.

*“Mi consejo es que al menos 15 días antes y 15 días después de una rinoplastia no se consuma ningún suplemento, hierba, infusión o vitamina para minimizar el riesgo de sangrado”*

La historia clínica no es un simple formulario: es una herramienta vital para **tomar decisiones seguras y personalizadas**. Y recuerda: cuanto más honesto seas, **más fácil será para el cirujano ayudarte de forma segura y eficaz**.



### **¿Cómo explicar lo que no te gusta de tu nariz?**

Uno de los momentos más importantes (y a veces más difíciles) de la primera consulta es **cuando el paciente tiene que verbalizar qué es lo que no le gusta de su nariz**. Parece sencillo, pero muchas personas no saben exactamente cómo expresarlo: dudan, se bloquean, o hacen una descripción muy general –“no me gusta mi nariz”– sin concretar qué parte, en qué posición o por qué.

Desde el punto de vista del cirujano, **cuanto más claro seas, mejor podremos ayudarte**. No hace falta que uses palabras técnicas (para eso estamos nosotros), pero sí es muy útil que intentes identificar **cuáles de las siguientes seis razones se parecen más a lo que tú sientes**:

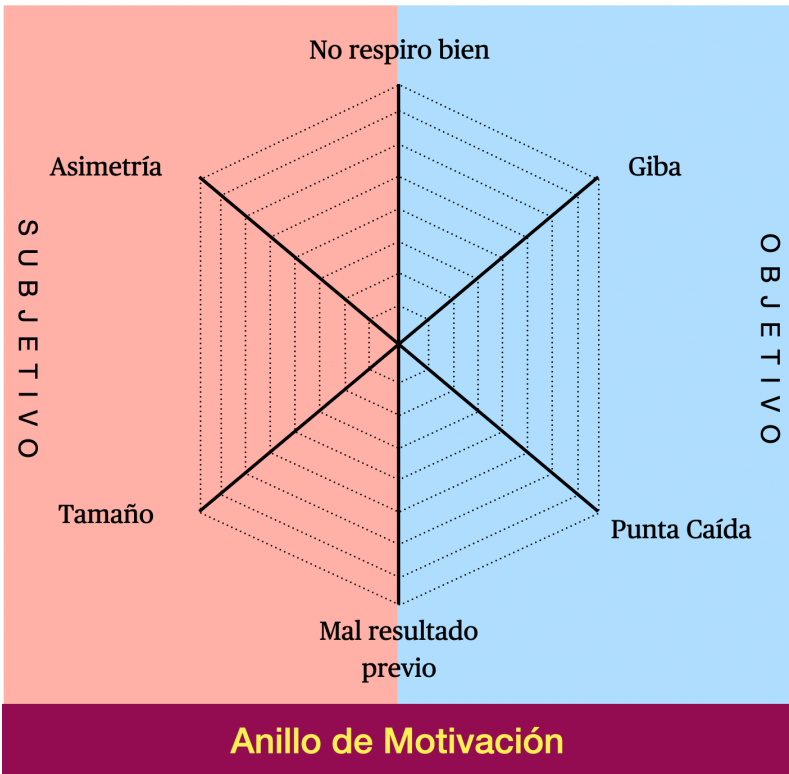
1. No respiro bien
2. Tengo una giba o “joroba”
3. Tengo la punta caída
4. Mi nariz está torcida o asimétrica
5. Mi nariz tiene un tamaño incorrecto para mi cara

6. Me operaron antes y me dejaron peor (rinoplastia secundaria)

Para ayudarte a ponerlo en palabras, aquí van **tres ejemplos de pacientes reales (nombres ficticios)** que lograron explicar bien lo que sentían... y eso fue clave para entender cómo ayudarles:

## **Una herramienta multiusos: Anillo de Motivación**

Podemos plasmar en un grafico hexagonal la magnitud de cada una de las motivaciones base del paciente y formar un anillo que nos va a dar mucha información de cómo de exitosa se va a convertir esta cirugía. Os voy a describir nuestra herramienta multiusos:



Parece una tela de araña, dado que forma círculos concéntricos. En el centro está el **menor valor** para cada motivación, mientras que en la

parte más externa del anillo, el **mayor valor**. Es una **escala visual, no es cuantitativa**, pero asumimos por ejemplo que el máximo valor en el ítem “no respiro bien” es igual a que no entra radicalmente nada de aire por la nariz 🚫, y que el menor valor significa que respiro fenomenalmente bien 😊.

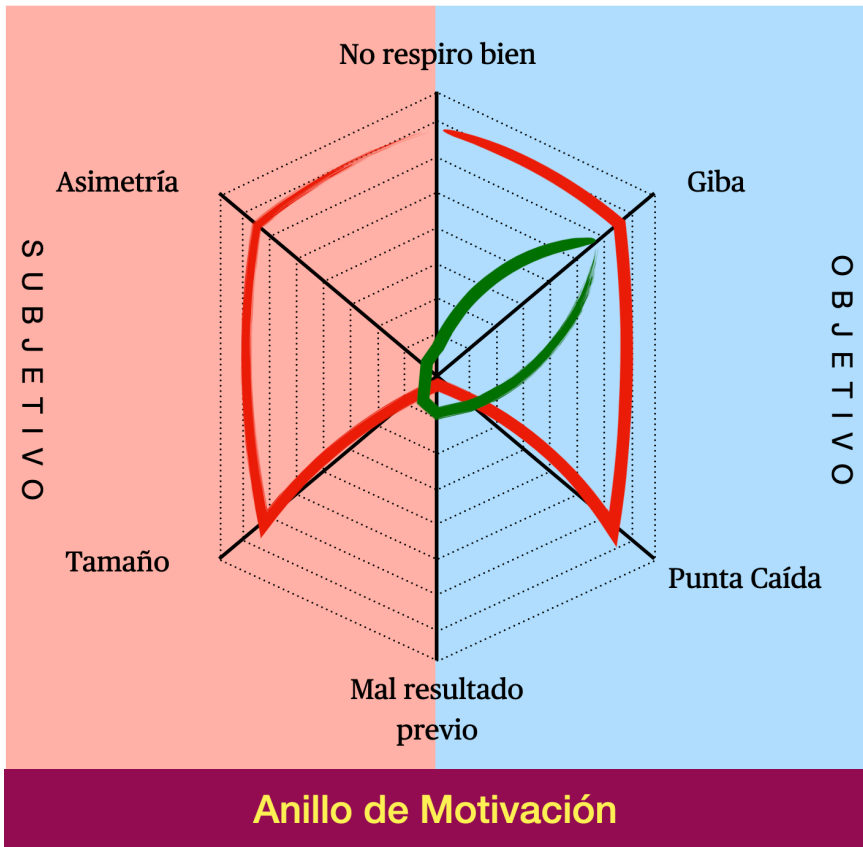
De igual modo, aunque como el yin-yan ☯, todo puede ser interpretable, hay dos elementos que pueden ser muy objetivos como es el caso de la “**giba**” y la “**punta caída**”, y dos elementos que pueden ser muy subjetivos, como son la “**asimetría**” y la percepción alterada del “**tamaño**” de la nariz. Subjetivo implica que dos o mas personas que lo vean pueden opinar del estilo de la amiga que te dice “*pues yo no te veo la nariz tan gordita como tu dices que la tienes*”. Esto no significa que no pueda mejorarse, que obviamente sí se puede, pero esta percepción está alterada no por cómo la nariz es en realidad, sino como nosotros como pacientes la percibimos. En medio están los otros dos ítems que son la valoración de un “**mal resultado previo**” y de “**no respiro bien**”, que si bien pueden ser objetivos, en muchos casos hay una percepción del paciente por la que tiende a verse peor de como está en realidad.

Se le pide al paciente que ponga un punto en cada una de las motivaciones, y una vez hecho, se une con una línea para que se acabe describiendo un anillo...¡el anillo de motivación! La forma que tenga este anillo nos va a dar mucha información sobre el **pronóstico** del caso, y aquí os voy a desvelar estos secretos.

## **Tamaño del anillo = Magnitud percibida del problema**

Si tuviéramos dos pacientes, y uno de ellos nos dijera “mi nariz me gusta, lo único que quiero cambiar es que tengo una giba prominente y quiero quitármela” (que representaremos como un anillo verde) y el otro paciente nos dijera “todo en mi nariz está mal: me la veo caída, con joroba, torcida, gorda...no me gusta nada” (que representaremos como un anillo rojo), ¿cuál de los dos anillos pensaríais que es mas grande?. Efectivamente: mientras más grande es el anillo, esto

demuestra que el paciente percibe su problema nasal como mas grave, mientras que en un anillo mas pequeño describe un problema mas circunscrito.



### Localización del anillo = Objetivo vs Subjetivo

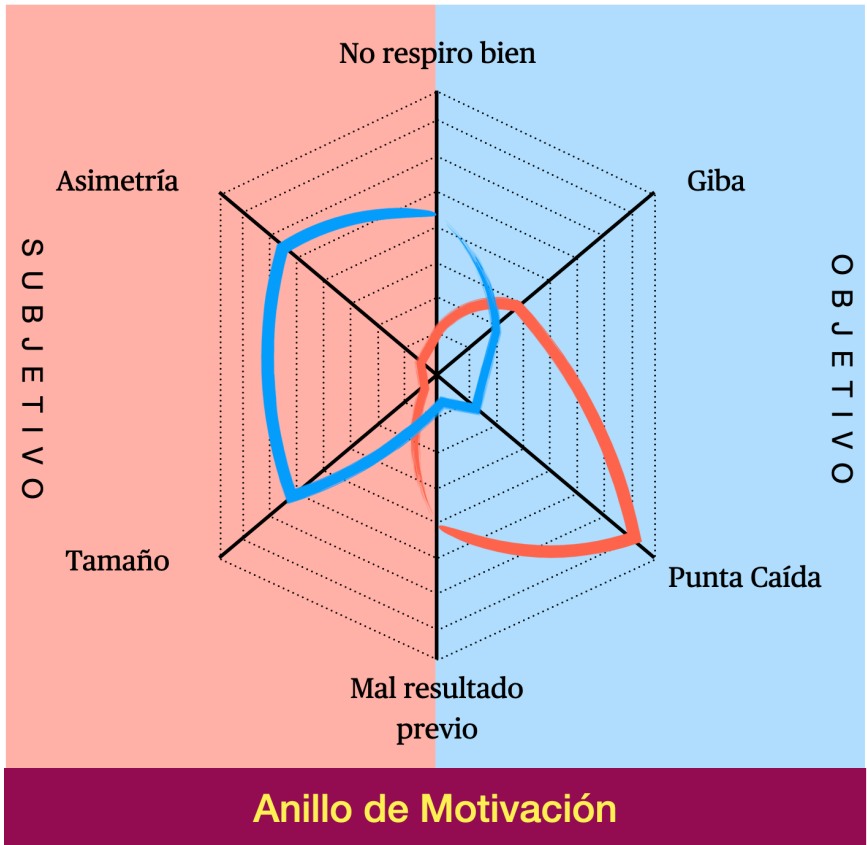
Todo lo que los cirujanos podemos **palpar y medir**, es más probable que se pueda **“arreglar”**. Por tanto, cuando hay deformidades objetivas en la nariz y éstas son el principal motivo de consulta de un paciente, es muy fácil que cirujano y paciente estén “midiendo” el mismo problema con la misma escala. Sin embargo, hay alteraciones en la nariz que pueden ser mas interpretables, como es el caso de la

**asimetría** y de los **problemas de tamaño de la nariz**. Un ejemplo del día a día es esas personas que tienen un desarrollo craneofacial que no es de base 100% simétrico y **el lado derecho e izquierdo de la cara no son exactamente iguales**. En pacientes así, cuando la nariz se ve de un lado parece mas bonita y por el otro puede parecer más fea. Esta subjetividad puede hacer que pese a que el resultado de la cirugía sea exitoso, el paciente se siga notando que *“no le termina de encantar la nariz”*. En muchos casos, el paciente no es capaz de recordar su situación previa y lo mucho que ha mejorado, sino que solo es capaz de “seguir viéndose el defecto que se veía antes”. Del mismo modo, un paciente que no tenga la nariz particularmente grande, pero que tenga un **desarrollo del tercio medio facial muy superior al tercio inferior** (ósea, el **mentón más retraído** de lo normal) puede parecer que tenga una nariz grande, cuando en realidad las mediciones que se hagan revelen que el tamaño es correcto. A veces, cuando el paciente dice “me veo la nariz muy grande” pero las medidas son normales, no podemos “satisfacer” el deseo de hacer la nariz más pequeña...


*“Hay que recordar que la nariz sirve para respirar, y como decimos en consulta  
“mientras más pequeña es la ventana, menos aire entra”*

Por eso, **si el anillo de motivación del paciente está más situado a la derecha, en el lado subjetivo** (es decir, predominan los problemas de asimetría y tamaño, **en nuestra gráfica el anillo azul**) **la probabilidad de que el paciente quede 100% satisfecho es menor**, porque en ocasiones no se puede solucionar al 100% problemas de asimetría o tamaño cuando éstos no dependen de la nariz, sino de la relación de la nariz con el resto de la cara (ejemplo: la nariz no es grande o pequeña, sino que es grande en comparación con la cara, y con una rinoplastia no podemos cambiar la forma del resto de la cara). Sin embargo, **cuando el paciente centra sus quejas en el lado objetivo** de la gráfica (**en nuestro ejemplo, el anillo rojo**), se trata de

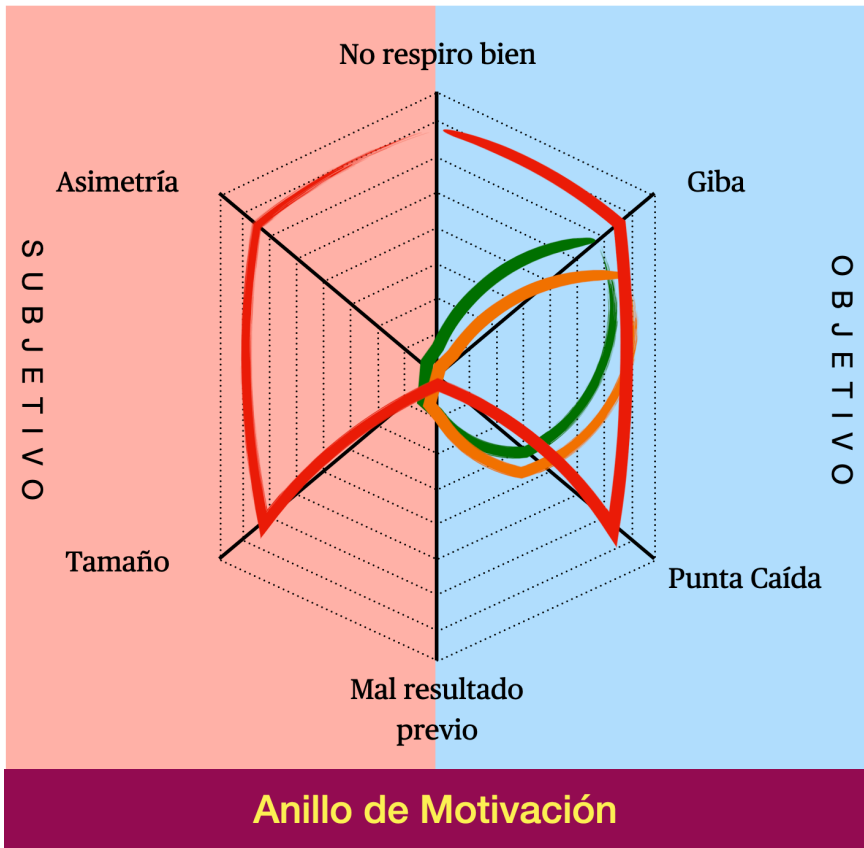
problemas que con facilidad los cirujanos podemos ver y de esa manera, **el pronóstico de satisfacción del paciente va a ser mejor**. Recordamos que el pronóstico al que se refiere el anillo de motivación no se trata de que el resultado de la cirugía sea hermoso (de eso ya nos encargamos los cirujanos) sino de que el paciente quede satisfecho con independencia del resultado.



**Fusion de anillos = Opinión del médico Vs del paciente**

En el pronóstico de “felicidad” de una rinoplastia, es decir, que el paciente esté supercontento con el resultado, es importante entender que esto funciona como una balanza en la que de un lado el paciente pone el peso de su “problema”, y del otro el peso de la valoración que hace del resultado. Lo normal es que los pacientes “valoren” de manera realista sus narices, aunque en ocasiones, tienden a magnificar los problemas. Igual que un paciente con anorexia se ve gordo sin realmente estarlo, hay pacientes que se ven mucho peor de lo que realmente están. Por esto, en esta fase, se hace una comparación de lo que el paciente “piensa” que tiene, es decir, su anillo de motivación, con la valoración del medico. En este caso, yo como medico hago mentalmente un análisis de los 6 puntos y lo superpongo. Caben dos posibilidades: que la **valoración del paciente y del médico sean mas o menos parecidas**, y por tanto hay una probabilidad alta de que se pueda llegar a conseguir una **satisfacción muy buena** del paciente, frente a la otra opción en la que la **valoración del paciente y del medico no encajan**, donde se abre una *red flag*  para entender que a pesar de que la nariz sea lo mas bonita posible, cabe la posibilidad de que **no llegue a sentir satisfacción plena** (igual que si volviendo al ejemplo del paciente con anorexia, le hacemos una liposucción a un paciente de 45kg y le sacamos escasamente 1kg de grasa, el paciente anorexico no va a quedar satisfecho aunque la cirugía sí haya sido exitosa).

En el ejemplo que ponemos, en rojo y en verde ponemos a dos pacientes con anillos de valoración diferentes, y por otro lado pintamos en **naranja** la valoración del **médico**, veremos como claramente el paciente verde tendrá un **mejor pronóstico de satisfacción** frente al paciente rojo.

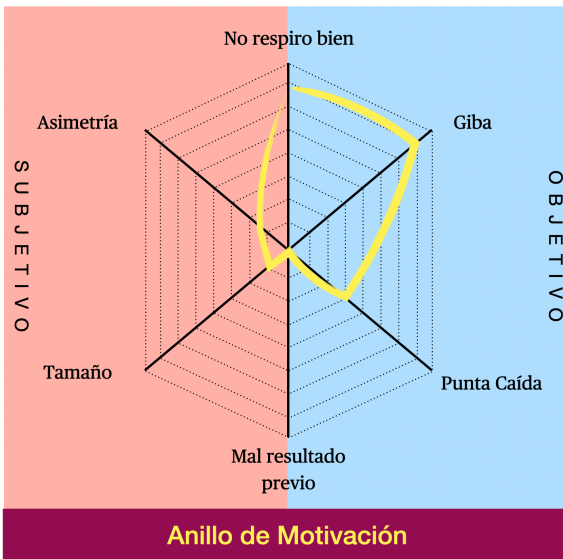


*“¡Es importante recordar que el pronostico de satisfacción **no tiene que ver con el resultado estético final!** Como cirujano he tenido casos de pacientes con narices preciosas que nunca han llegado a gustarle al paciente... y por el contrario, he tenido casos con resultados “normalitos” donde el paciente estaba feliz con su nariz aunque a mí no me pareciera ni de lejos una nariz de mi estilo”*



## Caso 1: Javier, 33 años - “No respiro bien y además tengo una joroba”

*"Llevo años respirando fatal por el lado derecho. Me despierto con la boca seca, no aguanto correr más de 10 minutos sin ahogarme. Siempre pensé que era alergia, pero ya no estoy tan seguro. Además, de perfil no me gusto nada: tengo una joroba que me da complejo desde el instituto. Me gustaría poder respirar bien y, ya que estamos, verme mejor de lado."*



👂 Diagnóstico: Septo desviado + hipertrofia de cornetes + giba dorsal.

✅ Enfoque: Rinoseptoplastia funcional + limado y reposición de dorso.

💡 Valor: Javier explicó **un síntoma funcional prioritario** y un deseo estético muy concreto. Eso facilitó una estrategia dual y un resultado

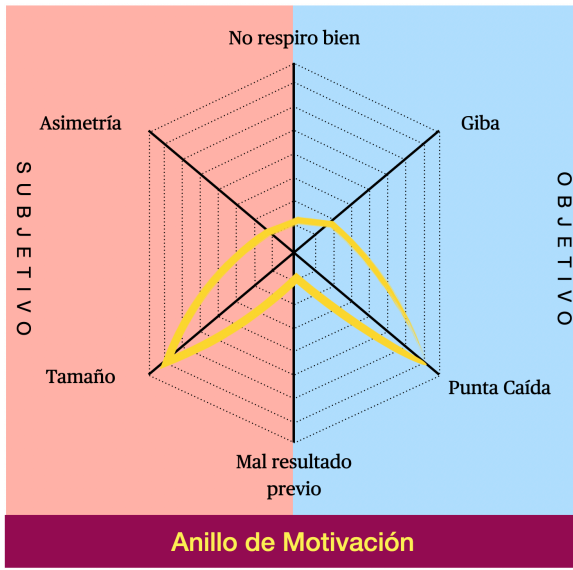
equilibrado. Según el estudio de nuestro **anillo de motivación**, el paciente a priori tiene un **buen pronóstico** para obtener satisfacción por parte del paciente.



## Caso 2: Paula, 24 años - “La punta me cuelga y me hace la nariz larga”

*"Siempre me he visto la punta de la nariz caída, sobre todo cuando sonrío. Tengo la sensación de que la nariz me alarga la cara. No*

tengo problemas para respirar, ni me han operado nunca. Simplemente, me gustaría una nariz más corta y que la punta no se me venga abajo.”



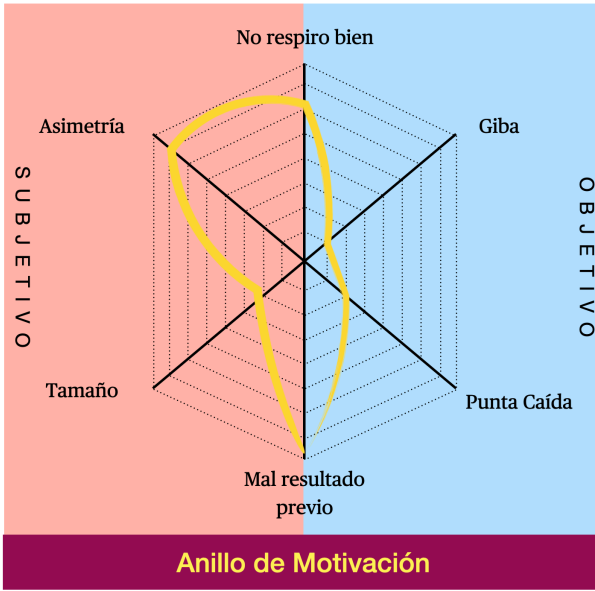
👂 Diagnóstico:  
Punta hiporrotada  
con ligera  
hiperproyección.  
✅ Enfoque:  
Rinoplastia  
estructural con  
soporte columelar y  
rotación controlada.  
💡 Valor: Paula  
**identificó con  
muchísima claridad el  
momento en que  
su nariz le molesta  
más (al sonreír), lo**

que permitió planificar una solución específica sin modificar lo que ya le gustaba de su nariz. Según el estudio de su **anillo de motivación**, es un anillo de **tamaño pequeño** que **combina problemas objetivos o subjetivos**. A priori es un paciente con **pronóstico aceptable** en cuanto a satisfacción. **Si el cirujano opina como el paciente y los anillos son iguales, posiblemente el pronóstico sea bueno 😊.**

### 👤 **Caso 3: Mario, 29 años - “Me operé hace 2 años y quedó peor”**

*"Me operé con otro cirujano hace dos años. Tenía la nariz un poco grande, pero recta. Ahora está torcida, tengo un orificio más pequeño que otro y noto como si me faltara aire. Me arrepiento muchísimo. Solo quiero que alguien serio me diga si esto tiene solución o no."*

👂 Diagnóstico: Rinoplastia secundaria con colapso valvular y asimetría estructural.



✅ Enfoque: Reconstrucción con injertos + corrección funcional interna.  
💡 Valor: Mario transmitió no solo **lo que no le gusta, sino lo que espera del cirujano ahora: sinceridad, rigor y prudencia.** Eso marcó el tono de toda la consulta. Su **anillo de motivación es muy grande**, y

tiene más de la mitad de su extensión en la franja de lo **subjetivo**. Por tanto, salvo que el cirujano coincida al 100% con la valoración del paciente, esta persona va a tener un **pronóstico de satisfacción menor** que el resto de los ejemplos que hemos visto, **a pesar de que el resultado que se consiga en su rinoplastia secundaria sea a ojos del cirujano excelente.**

Como ves, **no necesitas hablar como un cirujano para que podamos entenderte**, pero sí es muy útil que intentes ponerle palabras a lo que te molesta, en qué momentos lo notas más, y cómo te gustaría sentirte tras la cirugía. Este pequeño esfuerzo de claridad inicial **puede marcar una gran diferencia en el enfoque y los resultados.**



## ¿Traer fotos de famosos ayuda o confunde?

Un momento que se repite con cierta frecuencia en la consulta de rinoplastia es este: el paciente saca su móvil y, algo avergonzado pero con determinación, **muestra varias fotos de personas famosas o influencers** diciendo “**me gusta esta nariz**” o “**algo así querría yo.**” Y aquí se abre una pequeña caja de Pandora.

Por un lado, **entendemos perfectamente por qué lo hacen.** A muchas personas les cuesta expresar con palabras qué quieren exactamente, o cómo les gustaría verse. No todo el mundo sabe qué es una punta definida, un dorso recto o una rotación sutil. Por eso, usar imágenes visuales **es un recurso natural para intentar comunicar un ideal estético.**

Pero por otro lado, **lo que suele ocurrir es que las narices de las fotos no se parecen entre sí... en absolutamente nada.** Algunas son rectas, otras curvas, unas pequeñas y otras prominentes. ¿Qué tienen entonces en común? **Que pertenecen a personas guapas. Muy guapas.** Y eso introduce un pequeño problema: **muchas veces lo que nos gusta no es la nariz, sino el conjunto del rostro.**

Además, hay otro detalle que suele pasar desapercibido: **las proporciones faciales de esas personas pueden ser completamente diferentes a las tuyas.** Una nariz que luce espectacular en una actriz con frente ancha, pómulos altos y mentón proyectado puede no encajar en un rostro con otras proporciones. La nariz no es una pieza independiente: **es un elemento central que debe integrarse armónicamente en tu cara.**



**El “momento incómodo” de enseñar una foto... del cirujano de la competencia**

Por si fuera poco, a veces el paciente enseña una foto... y resulta que es **una nariz operada por otro cirujano**. Algunos profesionales (especialmente los que llevan mal las comparaciones o no han desarrollado una buena relación médico-paciente) pueden **sentirse molestos o incluso ofendidos** por esto.



Esta fotografía ha sido tomada de forma “maliciosa” por mí, hace parecer que la nariz del abajo (postoperatorio) es mucho mas pequeña que la de arriba. Únicamente hemos jugado con el zoom... ¿Te das cuenta de la “mentira”? Así muchas publicaciones de redes sociales te manipulan con resultados que no son conseguibles

Pero en mi consulta, **no nos ofendemos. Al contrario: lo analizamos.**

Cuando un paciente me muestra una nariz de referencia, **intentamos entender juntos qué es lo que le gusta exactamente de esa nariz:** ¿el dorso recto? ¿la definición de la punta? ¿la rotación? ¿la proyección sutil? ¿la naturalidad del resultado?

A partir de ahí, estudiamos **si esos rasgos se pueden aplicar o adaptar a su rostro y a su anatomía nasal**. No se trata de copiar una nariz, sino de **traducir un deseo estético en un planteamiento personalizado y realista.**



## Lo que realmente importa

Traer fotos puede ser útil como punto de partida, **siempre que entendamos sus limitaciones**. No es un catálogo, no es una promesa, no es una petición literal. Es una forma de decir: *“esto me transmite lo que yo querría sentir al verme.”* Y esa emoción sí es valiosa.

Así que si estás pensando en mostrar fotos en tu primera consulta, **hazlo sin miedo ni vergüenza**. Pero también con la mente abierta: **tu mejor nariz no es la de otro, es la tuya mejorada para ti**.

*“Recuerda que en rinoplastia, el objetivo es mejorar tu nariz: es imposible que podamos hacer que tu nariz sea perfecta”*

Otra herramienta muy útil en consulta, especialmente cuando el paciente no sabe explicar con claridad qué tipo de nariz desea, es hacerle una pregunta inversa: **“¿Qué es lo que NO te gustaría ver en tu nariz después de la cirugía?”** Esta técnica, simple pero poderosa, **permite descartar estilos o resultados que el paciente no toleraría**, y ayuda al cirujano a orientarse en una dirección segura y personalizada. Por ejemplo, algunos pacientes tienen claro que **no quieren un dorso muy curvo**, otros **rechazan puntas muy levantadas o proyectadas**, y muchos **no soportarían ver los orificios nasales demasiado expuestos desde el frente**. A veces es más fácil decir lo que no te gusta que poner en palabras lo que sí... y eso, en una rinoplastia, es información de oro.

*“Casi todos los pacientes confunden el término “**natural**”, pensando que significa bonito, proporcionado o simplemente hermoso: “**natural**” significa “**lo que está presente en la naturaleza**”, y en la naturaleza no hay narices rectas ni curvas, ni con puntas definidas, y mucho menos simétricas...la nariz natural tiene una punta algo voluminosa y un dorso con una mínima giba. La naturaleza es irregular y asimétrica, pero igualmente bella”*

## **Exploraciones en la evaluación preoperatoria de la rinoplastia**

Una rinoplastia bien hecha no empieza en el quirófano, sino en la consulta. Y una de las partes más importantes del diagnóstico es **la exploración física de la nariz y la cara**, que nos permite conocer con precisión la anatomía de cada paciente, sus puntos fuertes, sus limitaciones estructurales y los posibles desafíos quirúrgicos.

Estas son las principales técnicas que usamos durante la valoración preoperatoria, y lo que podemos descubrir con cada una de ellas:

### **1. Palpación de la pirámide nasal**

La palpación es algo tan sencillo como **tocar la nariz con las manos...** pero con criterio clínico. Al palpar la pirámide nasal, el cirujano evalúa:

- La **resistencia y forma de los cartílagos** (alares, laterales superiores)
- La **continuidad y grosor del dorso óseo**
- La **movilidad de la punta nasal**
- La presencia de **irregularidades, cicatrices internas o retracciones** por cirugías previas

Aunque parezca una maniobra simple, la palpación aporta una enorme cantidad de información: es como leer un mapa táctil de la nariz. Es especialmente útil para saber **qué tanto soporte cartilaginoso tenemos para trabajar**, y anticipar si será necesario colocar injertos.

## **2. Exploración de las válvulas nasales en inspiración forzada**

Durante esta prueba, se le pide al paciente que **inhale profundamente por la nariz**, mientras el cirujano observa cómo se comportan las alas nasales. Si se colapsan o se cierran hacia adentro, **podemos estar ante un fallo de las válvulas nasales**, una causa frecuente de obstrucción respiratoria.

Este colapso puede deberse a una debilidad estructural (genética, traumática o postquirúrgica), y en muchos casos **es el gran responsable de que el paciente respire mal al hacer ejercicio o al dormir boca arriba**. Diagnosticarlo correctamente permite planificar una cirugía que no solo embellezca, sino que también **mejore la función nasal**.

## **3. Rinoscopia anterior**

Es la exploración más clásica: **el médico introduce suavemente un rinoscopio en las fosas nasales**, con ayuda de una fuente de luz, para observar el interior. Con esta maniobra podemos valorar:

- El **tabique nasal**: si está desviado, perforado o presenta espolones
- El estado de los **cornetes**: si están hipertróficos, inflamados o asimétricos
- La presencia de pólipos, costras o alteraciones mucosas

Aunque es una técnica sencilla, sigue siendo de gran valor diagnóstico, especialmente cuando se combina con la historia clínica.



## 4. Endoscopia nasal

La endoscopia es una exploración más precisa y completa. Se introduce **una pequeña cámara (endoscopio) muy fina y flexible** dentro de la nariz, generalmente con anestesia tópica, para no causar molestias.

Permite visualizar en alta resolución:

- El **tabique en toda su extensión**
- Las **válvulas internas**
- El **meato medio** y estructuras profundas como el receso esfenoidal
- Posibles **cambios postquirúrgicos**, fibrosis, puntos de colapso, u obstrucciones

Es especialmente útil en casos complejos, secundarios o cuando hay síntomas respiratorios significativos. Nos permite **ver lo que el ojo humano no alcanza**, y eso marca la diferencia.



## 5. Ecografía nasal

La ecografía nasal es una técnica en auge y no invasiva que se realiza con un ecógrafo de alta resolución. Permite valorar con precisión **el espesor y la calidad de los tejidos blandos**, y es ideal para tres cosas:

- **Medir el grosor de la piel nasal:** nos da una idea de cómo se verán los detalles quirúrgicos tras la cirugía. La piel fina marcará más, la gruesa suavizará los contornos.
- **Evaluar el espesor y la rigidez de los cartílagos alares y laterales superiores:** esto ayuda a decidir si necesitamos reforzarlos con injertos.
- **Detectar restos de rellenos previos**, como ácido hialurónico, incluso cuando el paciente no está seguro de si le inyectaron o no. Esto es crucial, porque operar una nariz con materiales infiltrados sin saberlo **puede provocar inflamación, fibrosis o complicaciones postoperatorias**.

Es una prueba rápida, indolora y altamente informativa para la planificación personalizada.



## 6. TAC o CBCT: radiología avanzada para el estudio estructural

Cuando necesitamos una imagen completa de la anatomía interna y ósea del paciente, recurrimos a técnicas de imagen como el **TAC**

**(Tomografía Axial Computarizada) o el CBCT (Cone Beam CT).**

Ambos permiten ver en tres dimensiones:

- El estado del tabique y los cornetes
- Las **asimetrías óseas del cráneo y la cara**
- La relación entre el **eje nasal y el eje facial**
- La calidad ósea para colocar injertos o hacer osteotomías precisas
- Y, en algunos casos, la **proyección del mentón**, lo cual es fundamental si estamos valorando una **mentoplastia de aumento** para equilibrar el perfil

### **¿Cuál es la diferencia entre ambos?**

El CBCT (Cone Beam) emite **menos radiación** que un TAC convencional y tiene mejor resolución para estructuras óseas de cabeza y cuello, por lo que suele ser la elección preferida para estudios faciales en cirugía estética.

Gracias a estas exploraciones, el cirujano no solo entiende cómo es tu nariz por fuera, sino **cómo funciona por dentro, cómo se comporta al respirar, y cómo se relaciona con el resto de tu cara**. Esto permite planificar con precisión milimétrica y aumentar las probabilidades de obtener un resultado armónico, funcional y duradero.



### **La fotografía médica: el espejo más honesto**

En cirugía facial, **la fotografía no es un trámite: es una herramienta diagnóstica esencial**. Nos permite analizar proporciones, registrar el estado previo a la cirugía, planificar intervenciones y, muy

especialmente, hacer comparativas tras la operación. Por eso, **las fotos que se toman en consulta no son selfies improvisados ni retratos casuales: son imágenes clínicas rigurosamente estandarizadas.**



## **¿Cómo se hacen las fotos en una consulta profesional?**

Para que una fotografía facial tenga valor médico y quirúrgico, debe cumplir ciertos requisitos técnicos:

- **Se utiliza una cámara réflex profesional**, con lentes específicas para retrato (habitualmente entre 85 y 105 mm), que evitan las distorsiones de perspectiva.
- **La distancia mínima entre el paciente y la cámara debe ser de al menos 1 metro**, idealmente 1,5 metros, para mantener proporciones reales.
- **La luz debe ser neutra, difusa y homogénea**, sin sombras duras ni contrastes exagerados. Lo ideal es contar con un fondo gris o azul claro, sin distracciones visuales, y dos fuentes de luz lateral simétrica.
- El paciente se fotografía con el rostro **relajado y sin maquillaje**, recogiendo el pelo para no ocultar zonas anatómicas.



## **Las vistas fotográficas estándar**

Las fotografías se toman desde ángulos específicos y definidos. Cada una nos da una información diferente:

**1. Frontal en reposo**

Para valorar simetría, anchura del dorso, desviaciones y proporción con el resto de la cara.

**2. Frontal sonriendo**

Nos permite ver cómo se comporta la punta nasal al activarse los músculos de la expresión. Una punta que cae mucho al sonreír puede requerir refuerzo.

**3. Vista de  $\frac{3}{4}$  (oblicua)**

Es la más "estética", ya que muestra el perfil, la proyección de la punta y el contorno facial. Ayuda a evaluar la armonía general.

**4. Perfil derecho e izquierdo (en reposo y sonriendo)**

Para medir la longitud, la rotación de la punta, la proyección y el ángulo nasolabial. También se valora el mentón, el cuello y la línea mandibular en relación con la nariz.

**5. Vista basal (desde abajo)**

Sirve para ver la forma y tamaño de los orificios nasales, la simetría de la columela, y el eje de desviación.

**6. Vista de helicóptero (desde arriba)**

Una vista poco conocida por los pacientes, pero muy valiosa. Muestra el relieve del dorso nasal: si hay una giba, una depresión, una desviación o un caballete irregular.



## **¿Y si me hago las fotos con el móvil?**

Aquí viene una aclaración importante: **los móviles, por muy avanzados que sean, no sustituyen a una cámara profesional.**

¿Por qué? Porque la mayoría de móviles utilizan **lentes pequeñas con gran angular** (efecto "ojo de pez"), lo que **distorsiona las proporciones faciales**:

- La nariz puede parecer más ancha o más larga de lo que realmente es.
- La distancia entre los ojos y la frente se comprime.
- Las vistas laterales pueden exagerar el dorso o la proyección.

Esto se debe a la **distancia focal corta** y el **ángulo de visión amplio**. Aunque hay móviles con “modo retrato”, no alcanzan la fidelidad óptica de una réflex profesional. Por eso, **las fotos que te haces en casa no son fiables para planificar una cirugía**.

## ¿Qué se hace con estas fotos?

- Se utilizan para **evaluar proporciones faciales** y **medir ángulos** y **distancias** clave para la planificación quirúrgica.
- Sirven de base para la **simulación digital**, si se realiza.
- Son parte del archivo médico del paciente y permiten **comparar el antes y después de forma objetiva**.
- Y, si el paciente lo autoriza, pueden utilizarse con fines docentes o divulgativos.

## **Fotografía 3D: el futuro del análisis facial ya está aquí**

En los últimos años, uno de los avances más interesantes en el campo de la rinoplastia ha sido la incorporación de **escáneres faciales tridimensionales**. Esta tecnología permite obtener **una reconstrucción digital en 3D del rostro del paciente**, con un nivel

de precisión y detalle que supera ampliamente a la fotografía tradicional.

El funcionamiento varía según el sistema empleado (hay escáneres ópticos, de luz estructurada, o combinaciones de cámaras múltiples), pero el principio general es el mismo:

**varias imágenes del rostro se capturan desde diferentes ángulos,** y un software especializado **fusiona esas perspectivas para generar una representación tridimensional del rostro,** completamente fiel en proporciones, volúmenes y simetrías.



## ¿Qué ventajas aporta la fotografía 3D?

### 1. Evita errores por rotación y posición

En las fotos tradicionales, pequeños cambios en la postura o inclinación de la cabeza pueden alterar la percepción de simetría o proyección nasal.

Con el 3D, el sistema **corrige automáticamente cualquier desviación** del eje de referencia, lo que permite comparar con precisión imágenes del antes y después.

### 2. Permite mediciones milimétricas exactas

Ángulos, distancias, volúmenes y relaciones faciales pueden medirse con una fiabilidad altísima. Esto facilita una **planificación quirúrgica objetiva y personalizada.**

### 3. Visualización dinámica

El modelo 3D puede rotarse en pantalla, verse desde cualquier ángulo y analizarse en tiempo real.

Además, es una herramienta muy útil para **explicar al paciente sus proporciones y rasgos faciales,** ayudándole a entender mejor las decisiones quirúrgicas.

### 4. Registro digital estandarizado

Se crea un archivo digital exacto del rostro del paciente en el

estado previo, que sirve como referencia para seguimiento postoperatorio, docencia, auditoría de resultados y estudio comparativo de casos.



## ¿Por qué no está en todas partes?

A pesar de sus múltiples ventajas, **la tecnología de escáner facial 3D sigue siendo costosa**. Los equipos tienen un precio elevado, requieren una formación compleja por parte del profesional médico, un software especializado y un mantenimiento técnico con actualizaciones frecuentes. Por eso, en la actualidad **solo está disponible en clínicas con un alto volumen de casos de rinoplastia o cirugía facial**, donde la inversión se justifica por la frecuencia de uso.

En manos de un cirujano experimentado, el escáner 3D **no sustituye el criterio clínico ni la exploración directa**, pero sí lo complementa de forma poderosa, especialmente en casos complejos o cuando se busca una planificación extremadamente precisa.

## La importancia de las Simulaciones

### **Simulaciones digitales: entre la herramienta médica y la expectativa visual**

Uno de los recursos que cada vez más clínicas de cirugía plástica facial ofrecen a sus pacientes es la **simulación digital del resultado quirúrgico**. Se trata de una imagen retocada –basada en las fotografías

del propio paciente– que muestra cómo podría quedar la nariz después de la intervención.

Ahora bien, **no todos los cirujanos utilizan esta herramienta**, y es importante dejar claro desde el principio que **no ofrecer simulaciones no es sinónimo de mala praxis**. Como se suele decir: *“cada maestrillo tiene su librillo”*.

Hay pacientes que se sienten mucho más tranquilos al ver una simulación digital personalizada de su nariz: les ayuda a visualizar el cambio, a comprender el objetivo quirúrgico y a alinear expectativas. Otros, sin embargo, prefieren depositar su confianza en un cirujano que **repita sistemáticamente un estilo quirúrgico que ya conocen y admiran**, aunque no vean una simulación previa de su caso concreto. Ambas formas de trabajar son válidas, y dependerá de tu estilo personal como paciente y de la relación que establezcas con el profesional.

## ¿Qué representa realmente una simulación?

Una simulación digital no es una predicción. **Tampoco es una promesa ni un contrato visual**. Es una herramienta de comunicación entre cirujano y paciente, en la que **se intenta representar lo que el cirujano buscará conseguir durante la intervención**.

Pero solo se puede simular lo que el cirujano **puede controlar en quirófano**: la forma del dorso, la definición de la punta, la rotación, la proyección... siempre dentro de los márgenes razonables de tu anatomía. Lo que no se puede simular es cómo responderá tu piel al trauma quirúrgico, cómo cicatrizarán tus tejidos, o cómo evolucionará tu nariz en los meses posteriores.

Por eso, **las simulaciones no deben interpretarse como una garantía de resultado estético ni funcional**. Son una **guía diagnóstica**, una forma de explorar el terreno antes de operar. Y como tal, deben ser usadas con honestidad, experiencia y criterio.



## **La nariz cambia con el tiempo**

Otra razón por la que no podemos considerar la simulación como un “resultado definitivo” es que **la nariz no se comporta como una escultura de mármol: es un tejido vivo.**

Durante el proceso postoperatorio (que explicaremos en detalle más adelante), pueden aparecer edemas, fibrosis, callos óseos, pequeños cambios en la piel o movimientos estructurales sutiles. Todo esto **hace que la nariz evolucione durante meses**, a veces incluso más de un año.

Por tanto, **la imagen que ves en la pantalla durante la simulación es un objetivo quirúrgico, no una fotografía del futuro.** Un punto de referencia, no un destino exacto.



## **Simular no es vender: es planificar**

Aunque en muchas clínicas las simulaciones se han convertido en un elemento llamativo dentro del marketing médico, **no deberían ser una herramienta de venta, sino de planificación.** Un cirujano experimentado utiliza la simulación para:

- **Visualizar con el paciente qué se puede conseguir con su tipo de nariz**
- **Evaluar si las expectativas son realistas**
- **Acordar objetivos concretos de manera visual**
- **Tener una referencia útil durante la intervención quirúrgica**

Un buen simulador no es aquel que impresiona con una “nariz ideal” que no tiene nada que ver con la anatomía del paciente, sino **el que**

representa con fidelidad lo que se puede lograr con seguridad y coherencia.

*“Aunque parezca obvio, la simulación **debe validarla** el cirujano que te va a operar: **JAMÁS** te la debe hacer ni un fotógrafo, ni un comercial, ni un auxiliar/enfermero del equipo de tu cirujano”*

 **¿Puedo llevarme la simulación a casa?**

Técnicamente, el cirujano no está obligado a entregarte la imagen simulada. Pero en la práctica, **muchos profesionales permiten** – como gesto empático– **que el paciente haga una foto de la pantalla** con su móvil. Esta imagen no tiene valor contractual, pero sí **puede servir al paciente para comentar el plan con su familia, tomar la decisión con más calma o revisarla en los días posteriores a la consulta.**

En mi consulta, entendemos que el proceso de decidir operarse no termina cuando sales de la consulta. Por eso, si el paciente desea llevarse una imagen de la simulación, **permitimos fotografiarla como una ayuda para la reflexión personal**, no como una promesa rígida de resultado.

En definitiva, la simulación digital es como un boceto previo a una gran obra: **no es el resultado final, pero ayuda a imaginarlo, a prepararlo y a construirlo con cabeza.** Siempre que se utilice con honestidad y experiencia, es una herramienta valiosa en el diálogo entre paciente y cirujano.



# Rinopsicología: cuando lo que se quiere cambiar no es solo la nariz

Hablar de rinoplastia es hablar de técnica, de estética, de anatomía... pero también de **psicología**.

Detrás de cada paciente que acude a consulta hay **una historia personal, una percepción de sí mismo y unas emociones** que influyen enormemente en cómo se vive el cambio, tanto antes como después de la cirugía.

Y aquí hay una idea cardinal que conviene dejar clara desde el principio:

**Un trastorno psicológico no se cura con cirugía estética.**

Si así fuera, bastaría una liposucción para curar una anorexia nerviosa... y todos sabemos que eso no funciona así.



## 1. Cuando “no me gusta mi nariz” es una idea vaga y general

Hay pacientes que llegan a consulta con una idea muy concreta: “tengo una giba”, “la punta se me cae”, “la tengo torcida”. Pero **otros no saben decir qué les molesta. Solo saben que no se ven bien.**

Ese tipo de discurso –vago, global, no localizado– **puede enmascarar un problema de autopercepción, de autoestima, o incluso un trastorno psicológico más profundo.** En esos casos, operar sin trabajar primero esas emociones **no solo no soluciona el problema, sino que puede agravarlo.** Recuerda lo que veíamos en el apartado anterior del “**anillo de motivación**”...



## 2. ¿Cirugía o psicoterapia? Mejor ambas

Así como cuando alguien quiere adelgazar se recomienda “dieta y ejercicio”, en muchos casos **corregir una zona de la cara que no gusta debería ir acompañado de un apoyo emocional adecuado**. Esto no significa que quien se opera tenga un problema mental. Significa que, igual que cuidamos la parte física, **también hay que cuidar la parte emocional**.

La psicoterapia especializada en imagen corporal o autoestima puede ser el complemento ideal para que el cambio físico se viva con naturalidad, sin ansiedad y con expectativas ajustadas. **Por eso en mi equipo contamos con un psicólogo especialista en psicología facial**.



### **3. ¿Y si el problema no es la nariz?**

Existe un trastorno conocido como **dismorfia corporal** (en este caso, **dismorfia facial**) que afecta a un número creciente de personas. Son pacientes que experimentan **una gran ansiedad o malestar por defectos muy leves, o incluso inexistentes, en su rostro**.

Lo más característico es que **nada les convence. Cambian de cirujano, de procedimiento, de foto de referencia... pero el malestar sigue ahí**.

Los cirujanos con experiencia, junto con psicólogos clínicos, sabemos detectar ciertos signos de alerta para **identificar estos casos antes de operar**. Porque, si bien el deseo de mejorar es legítimo, hay situaciones donde la cirugía no es la solución, sino una forma de posponer el verdadero problema.

En psicología, hay una diferencia muy útil que nos ayuda a identificar situaciones clínicas complejas: **la diferencia entre una alucinación y un delirio**.

- Una **alucinación** es cuando una persona ve (o percibe) algo que **no existe**.

- Un **delirio**, en cambio, es cuando alguien interpreta de forma ilógica o desproporcionada algo que **sí existe**.

Y esta diferencia es muy útil cuando hablamos de rinoplastia.

Pongamos un ejemplo: **todos entenderíamos que Jorge, que tiene una nariz grande, con giba prominente y punta caída, se sienta acomplejado por su perfil.** La imagen que ve en el espejo coincide objetivamente con su malestar.

Pero en cambio, **cuesta más entender que Antonio –que tiene una nariz bastante armónica, con una “micro-giba” apenas perceptible– esté tan acomplejado que quiera someterse a una cirugía mayor.**

Ahí es donde entra el delirio: **Antonio ve algo que sí existe (una pequeña irregularidad), pero lo interpreta como un defecto monstruoso.** Esa distorsión entre la realidad objetiva y la vivencia subjetiva es una señal de alerta. Y en esos casos, **el bisturí no soluciona el problema, porque el malestar está más en la mente que en la nariz.** Recuerda lo que comentábamos en el “**anillo de motivación**” cuando había una discrepancia entre el anillo dibujado por el **paciente** y el anillo dibujado por el **médico**. ¿Lo entiendes?

Por eso, identificar estos perfiles es esencial: **no para juzgar a nadie, sino para protegerlos.** Porque operar a alguien que no necesita cirugía puede tener consecuencias emocionales más graves que dejar las cosas como están.

#### **4. Cuidado con las decisiones impulsivas**

Una rinoplastia no debe ser una decisión impulsiva ni emocional. En situaciones de **inestabilidad psicológica o emocional –rupturas, divorcios, pérdidas, duelos, recaídas en enfermedades mentales–** es preferible **aplazar la cirugía.**

No porque la persona no lo merezca, sino porque no está en el mejor momento para tomar decisiones de largo plazo, ni para procesar el cambio físico de forma equilibrada.

En esta línea, la impulsividad asociada a la inmadurez mental hace que se recomiende que la edad a la que deberían realizarse las cirugías estéticas sea la mayoría de edad. Si solo atendemos al desarrollo del cráneo y sus estructuras, se podría operar la nariz desde los 16 años (algunos compañeros me dicen que incluso antes), por supuesto siempre con la autorización expresa y activa de los padres/tutores. Sin embargo, puede que muchos adolescentes y post-adolescentes decidan una someterse a una cirugía sin tener claro al 100% los riesgos y beneficios que conlleva. Es mi deseo que si tú estas en esa franja de edad, termines de leer este libro al completo y con toda la información, tomes la mejor decisión posible.

*“La edad mínima para operar de rinoplastia son 16 años, aunque la recomendable es mínimo 18 años y sólo si el paciente muestra signos de madurez y de que entiende a la perfección en qué se va a meter”*

## 5. ¿Eres perfeccionista o eres obsesivo? La clave está en la frustración

Muchos pacientes que acuden a una consulta de rinoplastia son perfeccionistas. **Quieren quedar lo mejor posible, buscan simetría, naturalidad, armonía.** Eso es totalmente válido.

Pero hay un matiz importante entre **ser perfeccionista** y **ser obsesivo**, y ese matiz se llama **frustración**.

- El **perfeccionista realista** entiende que en rinoplastia no existe la perfección absoluta, porque trabajamos con tejidos vivos, simetrías imperfectas y cicatrización variable. Si el resultado mejora la nariz que teníamos antes, se siente satisfecho.

- El **obsesivo frustrado**, en cambio, **nunca siente que sea suficiente**. Aunque el cambio sea evidente, encontrará un nuevo detalle que no le convence, y comenzará un ciclo de insatisfacción continua.

Detectar este patrón es clave para proteger al paciente... y para saber cuándo es mejor **no operar**.

# Capítulo 3: Tipos de Rinoplastia

---

**E**n cirugía, como en la vida, hay muchas formas de llegar al mismo sitio. O como decía el viejo refrán: *“todos los caminos llevan a Roma.”*

En rinoplastia, *Roma* sería una nariz armónica, funcional y natural. Pero el camino que cada cirujano elige para llegar hasta ahí depende de muchos factores: formación, experiencia, filosofía quirúrgica... y, seamos honestos, también de su ego.

Y es que **la historia de la rinoplastia está llena de rivalidades casi épicas**, enfrentamientos entre escuelas quirúrgicas, congresos con debates encendidos y artículos publicados como si fueran duelos dialécticos. A veces, el trasfondo no era tanto el bien del paciente como **la necesidad de ciertos cirujanos de demostrar que “su técnica” era la mejor.**

Lo curioso es que, en muchos casos, **ambas posturas buscaban el mismo resultado final**, solo que con caminos distintos: unos más conservadores, otros más agresivos; unos basados en resección, otros en preservación; unos más estructurados, otros más naturales. Pero la meta era (y sigue siendo) la misma: **una nariz funcional, estética, y en armonía con la cara.**

En este capítulo vamos a revisar las **principales “rivalidades” quirúrgicas** que han marcado el mundo de la rinoplastia moderna. No con el ánimo de tomar partido, sino de que entiendas **cómo se clasifican los distintos enfoques**, qué implican para el paciente, y por qué **es tan importante que el camino se adapte a la nariz... y no al revés.**

Porque no hay un “mejor método universal”. Lo que existe es **el mejor método para tu caso particular**, en manos de un cirujano que sepa usarlo con criterio.

# Rinoplastia Primaria vs. Rinoplastia Secundaria:

## Entendiendo las Diferencias

En el mundo de la cirugía estética nasal, es fundamental distinguir entre dos tipos principales de procedimientos: la **rinoplastia primaria** y la **rinoplastia secundaria** (también conocida como rinoplastia de revisión). Aunque ambas buscan mejorar la forma y función de la nariz, presentan diferencias significativas en cuanto a complejidad, técnicas empleadas y expectativas de resultados.

## Rinoplastia Primaria: El Primer Paso en la Transformación Nasal

La rinoplastia primaria se realiza en pacientes que no han sido sometidos a cirugías nasales previas. En este contexto, los tejidos nasales son vírgenes, sin cicatrices internas, y el tabique nasal suele estar intacto. Esta condición ofrece al cirujano una mayor flexibilidad para esculpir y modificar las estructuras nasales según las necesidades estéticas y funcionales del paciente.

## Características Clave de la Rinoplastia Primaria:

- **Tejidos Intactos:** La ausencia de cicatrices previas facilita la manipulación y remodelación de los tejidos.
- **Tabique Nasal Íntegro:** Proporciona una fuente adecuada de cartílago para realizar injertos si es necesario.
- **Menor Complejidad Quirúrgica:** Al no enfrentarse a alteraciones previas, la cirugía suele ser más sencilla.

## **Tasas de Éxito y Complicaciones:**

La rinoplastia primaria, cuando es realizada por cirujanos experimentados, presenta una baja incidencia de complicaciones. La **tasa de revisión global** (es decir, personas que se tienen que volver a operar de nuevo: aquí está desde el que ha tenido un problema grave hasta el que aun teniendo una nariz bonita quiere volvérsela a operar...) se sitúa aproximadamente entre el 8% y el 15%, lo que indica que la mayoría de los pacientes quedan satisfechos con los resultados obtenidos.

## **Rinoplastia Secundaria: Corrigiendo y Refinando Resultados Previos**

La rinoplastia secundaria se lleva a cabo en pacientes que han sido sometidos a una o más cirugías nasales previas y buscan corregir resultados insatisfactorios o complicaciones derivadas de esas intervenciones. Damos nombres específicos a las cirugías sobre narices que se han operado sólo una vez antes (a estas las llamamos “rinoplastias secundarias”), y de tal modo llamamos “rinoplastia terciaria” a la nariz que habiéndose operado dos veces anteriormente necesita una “tercera” cirugía. ¡No tenemos documentado cual es el récord del mundo de más operaciones realizadas en una misma nariz! Sin embargo como cirujano, mi opinión es que si una nariz se ha operado más de 3 veces (lo que constituiría una “rinoplastia cuaternaria”) conlleva un riesgo evidente que debe ser evaluado de manera concienzuda. Desarrollaremos en otro capítulo más adelante las características de las rinoplastias secundarias. Este tipo de cirugía es inherentemente más complejo debido a varios factores:

- **Presencia de Tejido Cicatricial:** Las intervenciones anteriores pueden haber dejado cicatrices internas que dificultan la manipulación de los tejidos y aumentan el riesgo de complicaciones.

- **Alteraciones Anatómicas:** Es posible que se hayan eliminado o dañado estructuras clave, como el cartílago septal, lo que complica la reconstrucción.
- **Necesidad de Injertos Adicionales:** Frecuentemente, se requiere obtener cartílago de otras áreas del cuerpo para reconstruir y reforzar la estructura nasal.

## **Fuentes Comunes de Injertos en Rinoplastia Secundaria:**

1. **Cartílago Costal (de las costillas):** Proporciona una cantidad significativa de material y es útil para reconstrucciones extensas, especialmente si la “pieza” de cartilago que queremos reparar es “recta”. Su obtención es relativamente sencilla y se realiza por una cicatriz de menos de 3cm en el surco por debajo del pecho para que la cicatriz sea imperceptible.
2. **Cartílago Auricular (de la oreja):** Se utiliza cuando se requieren cantidades de cartílago menores, cuando el tipo de cartilago necesitado es “curvo”. Es menos invasivo obtenerlo, pero ofrece menor soporte estructural en comparación con el cartílago costal.

## **Tasas de Éxito y Complicaciones:**

La rinoplastia secundaria presenta desafíos adicionales y, por ende, puede tener una mayor tasa de complicaciones en comparación con la primaria. Las tasas de revisión para rinoplastias secundarias pueden ser más elevadas, reflejando la complejidad y las limitaciones inherentes a estas intervenciones.

# Rinoplastia Abierta vs. Rinoplastia Cerrada

## Dos caminos hacia una nariz armoniosa 📌 ✨ ✨

En el mundo de la cirugía estética nasal, existen dos enfoques principales en cuanto al abordaje de la nariz: la **rinoplastia abierta** y la **rinoplastia cerrada**. Ambas técnicas, cuando son ejecutadas por cirujanos experimentados, pueden lograr **resultados estéticos y funcionales comparables a largo plazo**. La principal diferencia radica en la **ubicación de las incisiones** y, por ende, en el acceso que el cirujano tiene a las estructuras nasales.

### 🔒 Rinoplastia Cerrada: Discreción desde el interior

En la **rinoplastia cerrada**, todas las incisiones se realizan **dentro de las fosas nasales**, sin cortes externos visibles. Este enfoque fue popularizado por el cirujano alemán **Jacques Joseph** a finales del siglo XIX y principios del XX, considerado uno de los padres de la rinoplastia moderna.

### ✅ Ventajas:

- **Sin cicatrices visibles** 🧤: todo se hace desde dentro, sin marcas externas.
- **Menor inflamación postoperatoria** 🏠: al ser menos invasiva, la recuperación suele ser más rápida.
- **Menor duración quirúrgica** ⌚: habitualmente, la cirugía es más corta.

### ⚠️ Inconvenientes:

- **Acceso limitado** 🔍: puede dificultar el trabajo en estructuras más profundas o complejas.
- **Menos recomendable en casos complejos** 🧩: no es la técnica ideal cuando se requiere una reconstrucción extensa o remodelación precisa de la punta.

## 🔍 **Rinoplastia Abierta: Visión completa para ajustes milimétricos**

En la **rinoplastia abierta**, se realiza una pequeña incisión en la **columela** (el puente de piel que separa los orificios nasales), lo que permite **levantar la piel de la nariz** y exponer completamente las estructuras internas. Esta técnica fue defendida y popularizada por cirujanos como **Jack Anderson**, quien impulsó su uso en casos complejos a mediados del siglo XX.

### ✅ **Ventajas:**

- **Visión completa de la anatomía nasal** 👁️: ideal para planificaciones detalladas.
- **Excelente para rinoplastias secundarias o casos complejos** 🛠️.
- **Mayor precisión al trabajar la punta nasal** ✨: se pueden realizar modificaciones finas y estables.

### ⚠️ **Inconvenientes:**

- **Pequeña cicatriz externa** 🧐: aunque casi imperceptible, la incisión columelar deja una marca mínima.
- **Mayor inflamación y recuperación más lenta** 🩹.

- **Cirugías más largas** 🕒: debido al acceso abierto y la complejidad del abordaje.

## 🤔 ¿Y entonces... cuál es mejor?

En realidad, **no hay una técnica mejor que otra en términos absolutos**. Ambas son válidas y efectivas si se aplican con criterio y en manos expertas.

La elección depende de **la anatomía del paciente, el grado de complejidad del caso y la experiencia del cirujano con cada técnica**. Es como elegir la herramienta adecuada para cada tipo de reparación: **no es lo mismo ajustar un tornillo que reconstruir un edificio**.



## Conclusión

Tanto la rinoplastia abierta como la cerrada pueden llevarte al mismo destino: **una nariz funcional, estética y natural**.

Lo importante es que el cirujano **sepa elegir el camino más adecuado para ti**, y que tú entiendas qué implica cada opción. Porque en rinoplastia, **tan importante como el resultado, es la ruta que tomamos para llegar a él**.

*“Yo considero que el buen cirujano de rinoplastia debe dominar ambos abordajes, y me parece caer en el marketing mas bajo el intentar decir que una técnica de abordaje es superior a otra: si el motivo de elegir a un cirujano es por el abordaje (abierto o cerrado), el paciente comete un gran error”*

# Rinoplastia Clásica vs. Rinoplastia Ultrasónica

Cuando hablamos de **dar forma al hueso de la nariz**, hay dos enfoques quirúrgicos principales: la **rinoplastia clásica** y la **rinoplastia ultrasónica**. Ambas buscan un mismo objetivo –mejorar la forma y función de la nariz– pero utilizan herramientas muy diferentes para lograrlo.



## Rinoplastia Clásica: la fuerza bien dirigida

En la técnica clásica, el cirujano utiliza **martillo y escoplos** para realizar **fracturas controladas** en los huesos nasales. Para regularizar y suavizar la superficie del dorso, se emplea una **lima manual**, como quien pule cuidadosamente una escultura.

Esta técnica es **la más tradicional** y ha sido empleada durante décadas con buenos resultados, especialmente cuando está en manos experimentadas.

*“Todos mis maestros, a los que debo el haber llegado a donde lo he hecho, han usado con unos resultados excelentes la técnica clásica. No se puede menospreciar a un cirujano por no emplear ultrasonidos en su cirugía”*



*¿Quién la popularizó?*

El pionero de esta técnica fue **Jacques Joseph**, un cirujano alemán del siglo XIX, considerado uno de los padres fundadores de la rinoplastia moderna.

## ✓ Ventajas:

- Técnica ampliamente conocida y utilizada 🧠
- No requiere equipamiento tecnológico avanzado ⚙️
- Es más accesible en todo tipo de quirófanos 🏥

## ⚠️ Inconvenientes:

- Menor precisión en el corte óseo, especialmente en detalles finos 😞
- Mayor riesgo de dañar tejidos blandos, como mucosa o ligamentos 🩹
- Más inflamación postoperatoria, con posibles hematomas más marcados 😓

## 🔊 Rinoplastia Ultrasónica: precisión sin trauma (no, no va a velocidad del sonido 😊)

A pesar de lo que algunos pacientes puedan pensar, "**ultrasónica**" **no significa que la cirugía sea rapidísima ni que la nariz se modele como con un láser Jedi.**

El término viene de la tecnología que utiliza: **vibraciones ultrasónicas generadas por el efecto piezoeléctrico**, que permiten cortar el hueso con altísima precisión y **sin dañar los tejidos blandos que lo rodean.**

La punta del dispositivo vibra tan rápido que **desintegra progresivamente el hueso hasta que se produce la osteotomía...** pero sin martillo ni golpes. ¡Una verdadera cirugía de alta precisión!

🔍 ¿Quién la trajo al campo de la rinoplastia?

Fueron los **cirujanos maxilofaciales**, acostumbrados a trabajar con ultrasonidos en odontología y cirugía craneofacial, quienes empezaron a aplicar esta tecnología al campo nasal.

**La piezoelectricidad** ya se usaba en medicina desde los años 70. De hecho, si alguna vez has oído hablar de romper piedras en el riñón sin cirugía (la famosa **litotricia**), ¡ahí también se usan los ultrasonidos! ⚡  
Otros campos donde se utilizan son:

- **Cirugía dental y ortognática** 🦷
- **Microcirugía de columna** 🦴
- **Neurocirugía craneal** 🧠

### ✅ **Ventajas:**

- Corte óseo de altísima precisión 🪚
- Menos traumatismo: los tejidos blandos prácticamente no se tocan 🙌🙌
- Menor inflamación y recuperación más rápida ⌚
- Menor riesgo de irregularidades en el dorso 💧

### ⚠️ **Inconvenientes:**

- Mayor coste del equipamiento 💰
- No disponible en todos los quirófanos
- Requiere formación específica y curva de aprendizaje 🎓

## ¿Y entonces, con cuál me quedo?

Las dos técnicas son válidas, seguras y eficaces si se emplean bien.

**La clásica** es robusta, conocida y muy versátil.

**La ultrasónica**, más reciente, ofrece una precisión quirúrgica extraordinaria y una experiencia postoperatoria que muchos pacientes valoran por su **mayor confort**.

La elección no depende tanto del paciente, sino de la **valoración del cirujano y del tipo de corrección que necesite tu nariz**.

## **Conclusión**

Lo importante no es tanto con qué herramienta se trabaja, sino **cómo se usa y en qué manos está**.

La rinoplastia no es una carrera entre tecnologías, sino un arte quirúrgico que evoluciona constantemente.

Y si tu cirujano te habla de ultrasonidos, que no te preocupe: **no vas a despegar a la velocidad del sonido... pero sí podrías aterrizar en una nariz mucho más armónica y funcional.** 😊

## **Rinoplastia Estructural vs. Rinoplastia de Preservación**

**Derribar el techo  o hundir el suelo ... para llegar al mismo resultado**

En cirugía nasal, hay muchas formas de corregir una giba dorsal (la famosa “joroba” nasal). Pero en esencia, **existen dos grandes**

**enfoques** que se diferencian en cómo se interpreta el origen del problema... y por tanto, en cómo se soluciona.

Ambas técnicas pueden lograr **resultados estéticos muy similares**. La diferencia está en el **camino quirúrgico** que se elige para llegar a esa nariz armoniosa.

## **Rinoplastia estructural: tallar, reconstruir y reforzar**


La rinoplastia estructural es un enfoque **más intervencionista**, en el que se resecan (es decir, se eliminan) partes del dorso nasal para reducir la giba. Es como si **quisiéramos aplanar un tejado abombado y decidiéramos rebajar directamente las tejas de arriba**.

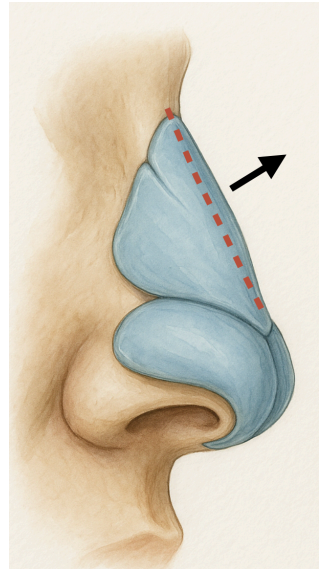
Una vez recortada la estructura, **se reconstruye con injertos y suturas milimétricas**, asegurando que la nariz quede estable, recta y con buena proyección.

 *Referente internacional:*

Uno de los máximos exponentes de esta filosofía es el Dr. **Dean Toriumi**, cirujano estadounidense conocido por su enfoque técnico, preciso y meticuloso.

### **Ventajas:**

- Excelente control sobre la forma final del dorso y la punta ✨
- Permite modificar estructuras complejas, incluidas desviaciones óseas o cartilagosas severas 



- Es muy útil en narices étnicas, postraumáticas o rinoplastias secundarias 🧠

## ⚠️ **Inconvenientes:**

- Es una técnica más invasiva, con mayor manipulación de tejidos 🩸
- Puede requerir injertos estructurales adicionales (septo, concha, costilla) 🦴
- Mayor tiempo quirúrgico y algo más de inflamación postoperatoria ⌚

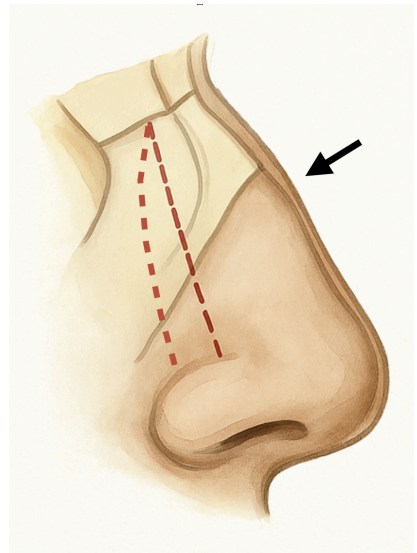
## 🧬 **Rinoplastia de preservación: respetar, conservar, desplazar**

La rinoplastia de preservación parte de una filosofía diferente: **la estructura nasal original ya es funcional y está bien diseñada... solo que en una posición incorrecta.**

En vez de recortar la giba desde arriba, se **“hunde” la base sobre la que descansa el dorso nasal**, como si bajáramos el suelo de una casa en vez de limar el tejado. Esto permite conservar la forma natural de la nariz, **evitando la pérdida de continuidad del dorso.**

🔍 *Referente internacional:*

Uno de los líderes mundiales en esta técnica es el Dr. **Baris Çakir**, cirujano turco que ha desarrollado



numerosas variantes y refinamientos dentro de la preservación.

### **Ventajas:**

- Mantiene la anatomía original del dorso, lo que da resultados muy naturales 🙌
- Menor agresión quirúrgica sobre los tejidos óseos y cartilagosos 🙌
- Puede generar menos inflamación y una recuperación más rápida 🙌

### **Inconvenientes:**

- No es adecuada para todas las narices: desviaciones severas, secuelas postraumáticas o dorsos ya intervenidos no siempre permiten preservar 🧩. Mas allá, si el tejido existente no es correcto, preservarlo nos conllevará a **no poder reparar los defectos existentes**.
- La técnica tiene una **curva de aprendizaje más compleja** y aún está en evolución 🧐 A diferencia de la rinoplastia estructural, la cirugía de preservación se ha desarrollado en los últimos 20 años, por lo que los resultados estandarizables a largo plazo son todavía una incógnita.
- En casos donde se necesita cambiar mucho la punta o el dorso, puede quedarse corta en capacidad de corrección ⚖️

### **Dos filosofías, un mismo objetivo**

Volvamos al ejemplo del tejado:

- En la rinoplastia estructural, **el tejado se desmonta, se corrige el defecto y se vuelve a montar con refuerzos.**
- En la rinoplastia de preservación, **se bajan los cimientos del edificio manteniendo la forma del tejado intacta.**



## **Rinoplastia Híbrida: fusión de ambos mundos**

Hay una técnica híbrida que fusiona elementos de ambos mundos, y por ello recibe el nombre de **Rinoplastia Híbrida**, en la que el dorso se trata de manera preservadora y la punta de manera estructural. Esta joven versión parece prometedora, y puede suponer una ventaja en términos de recuperación en determinados pacientes.

*“Como cirujano especialista en Rinoplastia, considero que no debemos “casarnos” de forma ciega con ninguna técnica. Dominar todas las variantes de la cirugía nos permite “customizar” cada cirugía de forma única para cada paciente”*

Ambas pueden ser eficaces y permitir obtener un resultado tanto estético como funcional excepcional. La clave está en elegir cuál es la mejor para **tu tipo de nariz, tu tipo de piel, tu historia quirúrgica y tus expectativas.**

Y para eso, como siempre, **la experiencia y honestidad del cirujano son fundamentales.** Porque no se trata solo de dominar una técnica, sino de saber cuándo usarla... y cuándo no.

# Rinoplastia Creativa vs. Rinoplastia de Precisión

## ¿Arte libre o ingeniería facial? 🎨🔪

La última gran disputa que divide a muchos cirujanos en congresos y pasillos de quirófano no tiene que ver con el abordaje, ni con los huesos, ni con la preservación del dorso. **Tiene que ver con el alma del procedimiento:** ¿es la rinoplastia un acto artístico... o una ciencia milimétrica?

En este escenario se enfrentan dos escuelas bien definidas: **la Rinoplastia Creativa y la Rinoplastia de Precisión.**

## 🎨 **Rinoplastia creativa: arte libre, estilo propio**

En esta corriente, el cirujano **trabaja como un escultor con manos entrenadas por la experiencia y guiado por su sentido estético personal.**

El diseño de la nariz se define mayoritariamente **durante la cirugía**, con decisiones tomadas “en directo”, según la intuición y la armonía del momento.

En general, no se establece un plan preoperatorio detallado, ni se realizan mediciones sistemáticas durante la cirugía. Se confía en el ojo clínico del cirujano, que suele reproducir **un mismo estilo de nariz**, esa que “le gusta hacer” y que define su sello profesional.

🧠 ¿Resultado? Si tienes un rostro que se adapta al estilo del cirujano, el resultado puede ser precioso. La predictibilidad es una ventaja a la hora de elegir a un cirujano y de haber evaluado su portafolio de casos (redes sociales, página web, foros, etc).

🔧 ¿Riesgo? Si no se adapta, puede que el resultado no encaje del todo


contigo. El exceso de predictibilidad hace que la nariz pueda parecer más operada. Por lo general, en las consultas médicas el cirujano no deja espacio al paciente para tomar decisiones o empoderarse en el proceso del diseño de la nariz.

## **Rinoplastia de precisión: cada milímetro cuenta**

Aquí, la cirugía se planifica con la misma meticulosidad que un ingeniero diseñaría un puente colgante.

Antes de operar, se toman registros cefalométricos detallados, se definen objetivos concretos, se hace simulación, y se mide todo: **antes, durante y después de la cirugía.**

Este enfoque busca garantizar que el resultado final **no solo sea bonito**, sino también **coherente con lo planificado**. Muchos cirujanos incluso utilizan auditorías internas o registros fotográficos estandarizados para evaluar si se ha conseguido lo previsto.

 ¿Resultado? Altísima reproducibilidad, rigor y capacidad de análisis. El paciente puede participar en la experiencia de diseño de su nariz y de esa manera “predecir” cuál puede ser el resultado. Mejora la comunicación con el equipo médico y además mejora la ansiedad por el resultado del paciente al conocer previamente el diseño. De parte del cirujano, al tener todas las mediciones y plan quirúrgico predeterminado, ayuda a ahorrar tiempo y esfuerzo en quirófano, evita aparición de “sustos” (porque todo está planificado previamente) y disminuye la fracción de posible error humano al no dejar nada a la improvisación. Por último, al tomar medidas precisas de todos los pasos de la cirugía, la curva de aprendizaje del cirujano experimenta una curva logarítmica porque permite entender donde están los posibles fallos a la hora de conseguir un resultado deseado.

 ¿Riesgo? A veces, en manos inexpertas, tanta medición puede hacer

que el resultado **sea preciso... pero no precioso**. Si el diseño previo ha sido mal calculado o insuficientemente decidido por el paciente, las consecuencias pueden

Porque sí: **una nariz puede ser matemáticamente perfecta... y estéticamente poco atractiva**.

Y al revés: **una nariz preciosa puede no haber sido precisa en su ejecución**.

(¡Ese juego de palabras me ha dado mucho de qué hablar en más de un congreso! 😊)



**¿Y entonces... qué camino es mejor?**

Al igual que con todos los enfoques anteriores, **no hay un vencedor absoluto**.

La **rinoplastia creativa** puede ser brillante en manos de un cirujano con gusto estético exquisito y gran experiencia.

La **rinoplastia de precisión** es poderosa en manos de alguien con mente analítica, formación técnica y obsesión por el detalle.

Lo ideal sería, probablemente, **una fusión inteligente de ambas: creatividad con método, inspiración con medición**.

Un resultado armónico, funcional y bonito... pero también **justificable, replicable y medible**.

*“Mi enfoque personal es una aleación perfecta de ambos mundos: en consulta, junto con el paciente y en la fase de diseño preoperatorio soy el “escultor”; en el quirófano, cuando el paciente depende de mis manos y ha depositado su confianza en mí, soy el “ingeniero” y para mejorar la seguridad de nuestra cirugía, no damos cabida a la improvisación”*

Porque al final, el objetivo es el mismo de siempre: que tu nariz encaje contigo: con tus particularidades y singularidades. No con el ego del cirujano, ni con una regla, ni con una tendencia. Contigo. 🤝

# Capítulo 4: Anestesia en Rinoplastia

---

**C**omo cirujano, hay algo que siempre me ha llamado la atención: el “miedo” que muchos pacientes tienen a la anestesia. No a la operación en sí, ni al postoperatorio, ni a los puntos... sino a quedarse dormidos. Es curioso: confiar en que alguien va a esculpirte la nariz con bisturí y pinzas no les asusta tanto como el hecho de cerrar los ojos en una camilla. 😓

Es completamente normal tener cierto respeto por lo desconocido, y la anestesia general (o incluso la sedación profunda) puede parecer algo intimidante para quien no está familiarizado con el entorno quirúrgico. Pero hay una cosa que conviene dejar clara desde el principio: **la anestesia moderna es extraordinariamente segura.**



## **Anestesiarse no es más peligroso que conducir**

Gracias a los avances en monitorización, medicamentos, protocolos y formación de los anestesistas, **el riesgo de una complicación grave relacionada con la anestesia es hoy menor que el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.**

Literalmente, **tienes más posibilidades de tener un susto yendo en coche a la clínica que durmiéndote en quirófano.**


Y eso no lo digo yo: lo dicen los datos y los estudios internacionales.

Además, en una cirugía de rinoplastia, **el paciente no está "desconectado del mundo" como algunos imaginan.** Está monitorizado segundo a segundo por un anestesista altamente capacitado que **no quita los ojos de encima a tu respiración, a tu ritmo cardíaco y a tu seguridad general.** Es un control absoluto, mucho más estricto del que tendría cualquier otro entorno médico o ambulatorio.

## **Lo que realmente importa no es la anestesia... sino las manos del cirujano**


En el imaginario colectivo, parece que lo más determinante de una cirugía es si “me dormirán del todo o no”, pero lo cierto es que **el tipo de anestesia no tiene ninguna relación directa con el resultado estético o funcional de una rinoplastia.**

Lo que realmente importa es **quién te opera, cómo lo hace, con qué criterio, qué plan tiene, y cómo cuida cada detalle quirúrgico.**

La anestesia es, por decirlo así, el **“modo avión” de tu cuerpo durante la cirugía**, para que puedas desconectar mientras el equipo se encarga de todo. Pero la calidad del vuelo... depende del piloto . Y en este caso, **el piloto es tu cirujano.**

## **Seguridad, ética y legalidad: no es solo una cuestión médica, es una responsabilidad**

Más allá del tipo de anestesia o del nombre del procedimiento, **toda cirugía debe cumplir unos requisitos mínimos que no son solo legales, sino también profundamente éticos.**

Porque cuando un paciente se pone en nuestras manos, lo hace desde la confianza. Y **nuestro deber es responderle con profesionalidad, seguridad y honestidad.** 

## **¿Quién puede operarte?**

Toda intervención quirúrgica –incluso la más “sencilla”– debe ser realizada por un **cirujano titulado, colegiado y con un seguro de responsabilidad profesional en vigor.**

Esto no es opcional. Es la base de la práctica médica legal y segura en cualquier país serio.

Decimos que según la legislación española, **no existe ningún procedimiento diagnóstico ó quirúrgico ó médico que sea “propiedad exclusiva” de una especialidad médica.** Vamos a poner un ejemplo para que todo el mundo pueda entenderlo:

**Ejemplo 1:** “La especialidad médica de **radiología** (mejor llamada Radiodiagnostico) es probablemente la que mejor formación tenga en el diagnostico a través de **ecografía**, ¿no es cierto? Pero sin embargo, cuando una mujer está **embarazada**, ¿quién le realiza el seguimiento ecográfico: el **radiólogo** o el **ginecólogo**? Un claro ejemplo de que diferentes especialidades comparten el uso de una tecnología para el diagnostico de un paciente”

**Ejemplo 2:** “La intervención denominada “**amputación**” consiste en literalmente cortarle la pierna a un paciente por el motivo que sea. ¿Quién está **entrenado y capacitado** en realizar esta cirugía? Diferentes especialidades tienen en su cartera de servicios la formación y el entrenamiento en la realización de esta trágica pero necesaria cirugía, como son las especialidades de **Traumatología, Cirugía General y del Aparato Digestivo** y también la de **Cirugía Cardiovascular** (de hecho, en el hospital donde yo me formé casi el 100% de las amputaciones las hacían los cirujanos que operaban el corazón...curioso, ¿no?) Otro ejemplo que una técnica quirúrgica es de hecho compartida por varias especialidades”

Podemos resumir que en **España**, con la ley en la mano, un **procedimiento quirúrgico** lo puede hacer aquel **médico** en cuyo **programa formativo** regulado por el **Ministerio de Sanidad** (el MIR, para que nos entendamos) esté reflejado que puede hacer dicho procedimiento.

En el caso de la Rinoplastia, entendida como hemos visto al principio, como la cirugía de la nariz, son escasas especialidades las que tienen la potestad de poder realizarlas. Entre ellas se encuentran:

- **Otorrinolaringología**
- **Cirugía Oral y Maxilofacial**
- **Cirugía Plástica, Reparadora y Estética**

Y aunque no del todo claro, parece que otras dos especialidades podrían tener un papel en la cirugía de la nariz como son la especialidad de **Cirugía Pediátrica** (en tanto a que en algunos hospitales, la cirugía de las malformaciones de la nariz está realizada por estos profesionales) y la **Dermatología** (en tanto a que en ciertos hospitales, la cirugía oncológica y la posterior cirugía reconstructiva nasal puede estar hecha por estos compañeros).





...Y no solo hablamos de títulos colgados en la pared: hablamos de **formación específica en cirugía estética y/o facial**, experiencia demostrable, y un respaldo institucional que garantice que ese profesional **responde ante cualquier complicación** o situación médica que pueda surgir.



## ¿Dónde debe hacerse?

Por muy “estética” que sea una cirugía, **el entorno donde se realiza debe estar preparado para responder como un centro sanitario de verdad.**

Esto implica:

- Instalaciones clínicas u hospitalarias autorizadas 
- Personal cualificado en quirófano 
- Instrumental y equipos de reanimación 
- Condiciones de esterilidad, trazabilidad y control de infecciones 

No todo lo que lleva bata blanca es un quirófano. Y **la rinoplastia no se puede (ni debe) hacer en lugares improvisados, salas de estética o clínicas sin quirófano acreditado.**



## **¿Y quién cuida de ti mientras duermes?**


En cualquier cirugía mayor –como una rinoplastia– **la presencia de un anestesista cualificado no es negociable.**

Este profesional no solo “pone la anestesia”, sino que **supervisa tu estado fisiológico minuto a minuto**, ajusta los niveles de sedación, controla la ventilación, la oxigenación, la presión arterial... y responde de inmediato ante cualquier imprevisto.

👉 No se trata solo de dormirte. Se trata de **hacerlo con seguridad, con seguimiento constante y con la capacidad de actuar si algo no va bien.**

En resumen: para que una cirugía sea realmente segura, no basta con que el resultado sea bonito.

**Debe estar bien indicada, bien ejecutada, bien vigilada y bien respaldada.**

Porque en medicina, como en aviación, **no se trata solo de despegar... sino de aterrizar con tranquilidad.** 



## **¿Una sola anestesia? ¡En realidad es un cóctel bien agitado!**

Una de las ideas más extendidas entre los pacientes es pensar que **“la anestesia general” es una única cosa**, una especie de botón mágico que se pulsa y... ¡zas! te duermes.

Pero lo cierto es que la anestesia moderna es **mucho más compleja,**

**personalizada y afinada.** De hecho, **no existe una única forma de anestesiarse a un paciente.**

Cada anestesista, en función del tipo de intervención, la duración prevista, la edad del paciente, su estado de salud y otros factores, **elige una fórmula “balanceada” de varios fármacos** que actúan en conjunto para lograr tres cosas fundamentales:

1. **Que el paciente esté dormido** 🚗
2. **Que no sienta dolor** 🚫
3. **Que no se mueva durante la cirugía** 🧘



## **Los tres pilares del proceso anestésico**



### **1. Hipnóticos (o inductores del sueño)**

Su función es clara: **hacer que el paciente pierda la consciencia** de forma controlada y reversible.

Actúan sobre el sistema nervioso central y son los responsables de que “te duermas” al inicio del procedimiento.

#### **Fármacos habituales:**

- **Propofol** (el más utilizado, de acción rápida y suave)
- **Midazolam** (también con efecto ansiolítico y amnésico)
- **Etomidato** (muy usado en pacientes con cardiopatías)



*Dato curioso:* muchos pacientes describen el efecto del propofol como “una siesta sin sueños y sin despertador”.

## 2. Relajantes musculares

Estos fármacos no duermen, pero **evitan que los músculos del cuerpo se contraigan** o reaccionen involuntariamente. Permiten que el cirujano trabaje en una zona delicada sin interferencias, y que el anestesista **pueda controlar la ventilación** del paciente con seguridad.

**Fármacos habituales:**

- **Rocuronio**
- **Cisatracurio**
- **Vecuronio**


Importante: estos fármacos solo se usan **en combinación con los hipnóticos**. Nadie los recibe estando despierto (¡sería una pesadilla!). Tranquilidad absoluta. 😊

## 3. Analgésicos (los que bloquean el dolor)

Son esenciales para que el paciente **no perciba ningún estímulo doloroso durante la cirugía**, incluso aunque esté inconsciente. Además, algunos de estos medicamentos **prolongan su efecto después de la operación**, ayudando a un postoperatorio más cómodo.

**Fármacos habituales:**

- **Fentanilo** (potente y de acción rápida)
- **Remifentanilo** (más controlable, ideal para cirugías cortas)
- **Dexmedetomidina** (con efecto sedante suave y analgésico)

 En muchos casos, también se refuerza el efecto con anestesia local directamente en la nariz, para mejorar el confort tras el despertar.

 **Cada anestesia es un cóctel... pero sin resaca** 😊

Así que no, **no hay “una única anestesia general”** como si fuera una receta estándar.

Lo que hay es un **cóctel anestésico personalizado**, diseñado por el anestesista para tu caso concreto:

una mezcla equilibrada de hipnótico, relajante muscular y analgésico, ajustada al milímetro para que **no te enteres de nada durante la cirugía, y despiertes como si hubieras dormido en nube viscoelástica.** ☁️

Y por cierto: si alguna vez pensaste que el anestesista “solo pone la anestesia”... ya ves que es **más bien un alquimista moderno con bata blanca** y un ojo clínico impresionante. 🧪👨🏻‍⚕️

## **Anestesia general vs. Sedación consciente** 😴

**¿Dormido como un tronco... o aturrido como si salieras de una boda?** 🍷😊

Una vez que tienes claro que la anestesia es segura y está en manos de un profesional, la siguiente pregunta suele ser:

**“¿Y cómo me van a dormir exactamente?”**

En rinoplastia, **las dos formas más habituales de anestesiarse a un paciente son la anestesia general y la sedación consciente.** Ambas son técnicas válidas, bien establecidas y muy seguras si se hacen con

rigor.

Pero son muy distintas en la experiencia que vive el paciente durante la cirugía.



## **Anestesia general: desconexión total**

En la anestesia general, el paciente está **profundamente dormido**, sin consciencia, sin sensaciones, y sin ningún tipo de respuesta a estímulos externos.

Es como si el cuerpo entrara en “modo avión avanzado” ✈️. Todo queda en manos del equipo médico.

- **No se oye, no se ve, no se siente nada.**
- Los **reflejos naturales**, como la tos o el parpadeo, **están completamente desactivados**. Por eso, se coloca un tubo (de forma suave y controlada) para proteger las vías respiratorias y asegurarse de que nada pase donde no debe.

Este tipo de anestesia es ideal para **procedimientos largos o técnicamente complejos**, ya que el paciente se mantiene inmóvil y completamente ajeno a lo que ocurre.



## **Sedación consciente: despierto... pero sin drama**

En la sedación consciente, el paciente está **adormecido, relajado y sin dolor**, pero **sigue consciente**.

Oye, ve, respira por sí mismo y puede hablar (si se le pregunta), moverse ligeramente y **tiene intactos todos sus reflejos protectores**, incluida la tos 🗣️.

Muchos pacientes lo describen como **estar “medio borracho” o “como en una nube”**. Están tranquilos, pero **se enteran de lo que ocurre**.




Este tipo de anestesia puede ser muy útil en:

- Procedimientos **más cortos** (menos de 30-60 minutos)
- Intervenciones **poco invasivas** o de retoque
- Pacientes muy relajados, acostumbrados a entornos quirúrgicos, o incluso que prefieren “tener el control”



## **Entonces, ¿cuál es mejor?**

La respuesta es: **depende**. Ambas técnicas son válidas si:

- Se realizan en un **quirófano autorizado** 
- Las aplica un **anestesta titulado y presente durante todo el procedimiento** 
- Se monitoriza al paciente continuamente 

**Si el procedimiento es largo, complejo o se prevé que el paciente pueda ponerse nervioso al estar consciente mientras lo operan (¡lo cual es muy frecuente!), la mejor opción es la anestesia general.**

No porque sea más segura –ambas lo son– sino porque **es más cómoda, más predecible y más estable para todos (incluido el cirujano).**

## ¿Y en cuanto a los riesgos?

Muchos pacientes creen que la anestesia general “da más miedo” o tiene más riesgo que la sedación... pero esto **no es cierto**.

**Ambas se hacen con los mismos fármacos, en el mismo quirófano, con el mismo anestesista y el mismo nivel de vigilancia.**

La diferencia **no está en la seguridad**, sino en el **grado de consciencia del paciente y la duración del procedimiento**.

### **En resumen...**

Si tu cirugía va a ser corta, sencilla y tú eres de los que podrían dormirse en una clase de yoga... la sedación puede irte bien. 🧘

Pero si la rinoplastia va a requerir tiempo, detalles finos o eres de los que “lo viven todo por dentro” 😬, probablemente **te sentirás más cómodo durmiendo profundamente y despertándote cuando ya esté todo hecho**.

Porque, como decimos en quirófano: **a veces, la mejor manera de pasar por una cirugía... es no enterarte de nada.** 😊

*“Un paciente no tiene poder de decisión en el tipo de anestesia que se le va a aplicar...de hecho, ni siquiera el propio cirujano debería tenerla: es una competencia exclusiva de los anestesistas, que son en última instancia los responsables de que se realice un procedimiento seguro”*



# La consulta preanestésica: cuando la seguridad empieza antes del quirófano

Antes de cualquier cirugía, por muy estética que sea, hay una cita que **ningún paciente debería saltarse**:

la consulta preanestésica. Es el momento en el que **el anestesista evalúa tu estado general de salud**, revisa tus pruebas, tu historial médico y valora si estás en condiciones óptimas para someterte a una intervención bajo anestesia.



**No se trata de un trámite administrativo.** Es un filtro de seguridad que **protege al paciente, al equipo quirúrgico y al procedimiento completo.**



## ¿Qué pruebas se hacen en la consulta preoperatoria?

### 1. Análisis de sangre completo

Incluye:

- **Hemograma:** para comprobar que tienes una cantidad normal de glóbulos rojos (transporte de oxígeno), blancos (defensas) y plaquetas (coagulación).
- **Bioquímica:** analiza el funcionamiento del hígado, los riñones, los niveles de glucosa, electrolitos, etc.
- **Estudio de coagulación:** muy importante para saber si tu sangre coagula de forma adecuada. Una alteración aquí puede aumentar el riesgo de sangrado durante o después de la cirugía.

### ! ¿Qué puede salir mal?

Alteraciones en la coagulación, anemia severa, infección activa, insuficiencia renal o hepática no controlada... son motivos para **retrasar o incluso suspender una cirugía**, al menos hasta que se corrijan o se estabilicen.

## 2. Electrocardiograma (ECG) ❤️

No se hace a todos los pacientes, pero sí es habitual en personas mayores de 40 años, con antecedentes cardíacos o cuando el anestesista lo considere prudente.

 El ECG permite detectar:

- Arritmias o alteraciones del ritmo cardíaco
- Signos de infartos previos o problemas de conducción eléctrica
- Hipertrofias o sobrecargas del corazón

### 👉 ¿Y si sale algo raro?

Se puede pedir una valoración cardiológica extra. Lo importante es **actuar con cautela**, no operar sin garantías.

## 3. Radiografía de tórax 🫁

Tampoco se solicita en todos los casos, pero puede ser útil en pacientes fumadores, con asma, bronquitis crónica, o con historial de enfermedades pulmonares.

 Permite ver:

- Estado general de los pulmones

- Signos de infección respiratoria activa
- Malformaciones o secuelas antiguas (como calcificaciones)
- Tamaño y silueta del corazón



Si se detecta una alteración pulmonar activa, como una infección respiratoria reciente o mal controlada, **la cirugía debe posponerse.**



## ¿Cuándo debe hacerse esta consulta?

La legislación y el sentido común indican que la consulta preanestésica debe realizarse:

- **Como mínimo, 24 horas antes de la cirugía** (para poder hacer ajustes si algo no está bien)
- **Y como máximo, entre 4 y 6 meses antes**, ya que los datos pierden validez si pasa demasiado tiempo

Por tanto, **no es una consulta “de última hora”**. Hay que planificarla con tiempo y seguir sus recomendaciones al pie de la letra.  



## **Conclusión: operar con información, no con suposiciones**

La consulta preanestésica no es una formalidad burocrática. Es, de hecho, **una de las claves silenciosas del éxito de cualquier cirugía.** Permite detectar a tiempo **problemas invisibles a simple vista**, asegurar que tu cuerpo está preparado para el procedimiento... y dar tranquilidad a todo el equipo.

Porque si hay algo que los cirujanos y anestesiistas sabemos muy bien es que **la mejor complicación es la que no llega a ocurrir.** 😊

## De la puerta del quirófano... al sueño controlado 🚪

Una vez que el paciente ha sido **admitido en el hospital o clínica**, y ha pasado por los trámites administrativos y prequirúrgicos, llega el momento clave:

**entrar al quirófano.** Y aquí es cuando comienza de forma activa **el trabajo del anestesiista.** 🧑🏻‍⚕️💉

Aunque para el paciente todo ocurre “en un suspiro”, hay una serie de pasos muy bien estructurados y controlados que aseguran que **todo se desarrolla con seguridad, eficacia y tranquilidad.**

### 💉 1. Colocación de la vía venosa

Lo primero que hace el anestesiista es **canalizar una vía venosa periférica**, normalmente en el antebrazo o en el dorso de la mano. Este pequeño catéter permite **administrar directamente los medicamentos necesarios** durante todo el procedimiento:





- 🟡💜 Hipnóticos (para dormirte)
- 🗝️ Relajantes musculares
- 🔥 Analgésicos
- 💧 Sueros intravenosos

Es tu "conexión" segura con el equipo durante la cirugía.



## 2. Monitorización de tus constantes

A continuación, se colocan **sensores y electrodos** en distintas partes del cuerpo para que el anestesista **pueda vigilar tu estado de forma continua:**


-  **Electrodos en el pecho:** miden la frecuencia y ritmo cardíaco
-  **Pulsioxímetro en el dedo:** calcula el nivel de oxígeno en sangre
-  **Tensiómetro automático:** controla la presión arterial durante la cirugía
-  (En algunos casos) se mide también la temperatura corporal

Todo esto se refleja en una pantalla junto al anestesista, que lo **monitorea en tiempo real de principio a fin.**



## 3. Inducción de la anestesia

Una vez estás canalizado y monitorizado, se procede a **la inducción anestésica**, es decir, **el proceso por el cual el anestesista te duerme.**

- Primero se administra por vía intravenosa un fármaco hipnótico, generalmente **propofol**, que produce un sueño rápido y suave .
- También se pueden administrar **analgésicos y relajantes musculares**, según el tipo de intervención.


- En paralelo, se comienza a administrar una mezcla de **gases anestésicos con oxígeno** a través de una mascarilla, lo que ayuda a mantener el estado de sueño profundo durante toda la operación.



#### **4. Intubación: cómo respiras durante la cirugía**

Cuando ya estás profundamente dormido, se realiza la **intubación endotraqueal**, un procedimiento totalmente indoloro en el que se introduce suavemente un tubo por la boca hasta la tráquea.


Este tubo se conecta a un **respirador artificial**, que se encargará de controlar tu respiración de forma automática y segura mientras tú duermes.

Este paso es fundamental porque, como vimos antes, **bajo anestesia general los reflejos defensivos (como la tos) están desactivados**, y es necesario asegurarse de que el aire entra y sale correctamente de tus pulmones .



#### **5. Infiltración con anestesia local y vasoconstrictor**

Una vez que el paciente está completamente dormido, **el cirujano infiltra la zona de la nariz** con una mezcla de:

- **Anestesia local** (normalmente lidocaína o ropivacaína) para reforzar la analgesia
- **Vasoconstrictor (adrenalina)**, que **reduce el sangrado** durante la cirugía al contraer los vasos sanguíneos pequeños 

Esto no solo mejora la visibilidad durante la intervención, sino que también **reduce la inflamación y acelera la recuperación** posterior.

## ✅ Y ahora sí... ¡empieza la cirugía!

Con el paciente dormido, monitorizado, intubado y con la zona anestesiada localmente, el quirófano está listo para comenzar el trabajo quirúrgico.

Todo el proceso anterior, aunque parece largo, suele tardar apenas unos minutos y **transcurre con la máxima coordinación entre anestesista, cirujano y personal de enfermería.**

Porque en un quirófano de verdad, **cada segundo cuenta...** y cada gesto está coreografiado. 🎯💡

## Recomendaciones preanestésicas: lo que debes (y no debes) hacer antes de operarte

La preparación de una cirugía empieza **mucho antes de entrar en quirófano.** Estas son las recomendaciones que **todo paciente debe seguir** antes de someterse a una anestesia, ya sea general o sedación:

### 🍴 1. Ayuno absoluto de al menos 8 horas

- **Ni comida, ni líquidos, ni chicles o caramelos.**
- El estómago debe estar completamente vacío para evitar el riesgo de **aspiración** (paso de contenido gástrico a los pulmones durante la anestesia).

👉 *Puedes cepillarte los dientes, pero sin tragar agua.*



## 2. No llevar objetos metálicos ni prótesis removibles

- Retira **pendientes, piercings, anillos, relojes, collares, horquillas...**
- También deben quitarse **lentillas, pestañas postizas, uñas acrílicas o de gel y prótesis dentales removibles** si las usas.



*El metal puede interferir con el equipamiento eléctrico del quirófano o representar un riesgo en caso de emergencia.*



## 3. No fumar ni beber alcohol en los días previos

- El tabaco **aumenta el riesgo de complicaciones pulmonares y retrasa la cicatrización**. Idealmente, se recomienda no fumar **al menos 48 horas antes**, aunque cuanto más tiempo dejes, mejor.
- El alcohol interfiere con el metabolismo de los medicamentos anestésicos y puede aumentar los sangrados.





*Evítalos completamente en la semana previa a tu cirugía.*



## 4. Informa sobre toda tu medicación habitual

- Lleva una lista de los medicamentos que tomas **de forma regular**, incluyendo:
  - Fármacos para la tensión o el colesterol
  - Anticonceptivos orales

- Antidepresivos o ansiolíticos
- Anticoagulantes o antiagregantes (como aspirina o Sintrom)
- Suplementos nutricionales, hierbas y vitaminas 

 *Algunos pueden tener que suspenderse o ajustarse días antes de la cirugía.*



## 5. Evita maquillajes, cremas y perfumes

- El día de la cirugía, la piel debe estar **completamente limpia y libre de productos cosméticos**, especialmente en cara y cuello.
- El uso de perfumes o desodorantes puede interferir con el monitoreo o provocar reacciones alérgicas.



## 6. Dúchate con jabón neutro la noche antes o el mismo día

- Es una medida básica de higiene que **reduce el riesgo de infecciones**.
- No apliques cremas, aceites ni lociones corporales después.



*Piel limpia = cirugía más segura.*



## 7. Lleva toda tu documentación y pruebas médicas

- DNI o documento de identificación

- Consentimiento informado firmado 🖋️
- Resultados de análisis, electrocardiograma, radiografía de tórax si te lo pidieron
- Informe médico en caso de padecer enfermedades crónicas



## 8. Y lo más importante... ven tranquilo/a

- No necesitas demostrar que eres valiente ni venir “preparado para lo peor”.
- Confía en el equipo médico, que ya ha hecho esto **cientos o miles de veces**.
- Si tienes dudas, **exprésalas sin miedo en la consulta preoperatoria**. La mejor anestesia comienza con la confianza




**Conclusión:** Cumplir con estas recomendaciones no solo mejora tu seguridad, sino que también **facilita el trabajo del equipo anestésico y quirúrgico**.


Y recuerda: en cirugía, **los mejores resultados nacen siempre de la mejor preparación**. 🧠🩺

# Capítulo 5: La cirugía paso a paso


---

Lo que realmente ocurre cuando te operas la nariz  

**C**omo dijo uno de los Hermanos Marx –y no precisamente Karl, sino Groucho–:  
“Hay muchas formas de hacer las cosas... ¡pero la única correcta es la mía!” 

En cirugía ocurre un poco lo mismo: **cada cirujano tiene su estilo, su técnica, su ritual quirúrgico**, y en rinoplastia eso se multiplica. Hay quienes comienzan por la punta, otros por el dorso; unos operan en silencio absoluto, otros con música de fondo (sí, yo también tengo mi playlist quirúrgica... .

En este capítulo te voy a contar **cómo es, paso a paso, una rinoplastia desde mi experiencia personal**, después de más de **15 años dedicados exclusivamente a esta cirugía** y con varios **miles de pacientes operados**.

 Pero ojo: esto **no significa que sea la única forma válida de hacerlo**.

Existen otras sistematizaciones, protocolos quirúrgicos y estilos personales que también pueden dar resultados excelentes, siempre que estén **bien indicados, bien ejecutados y adaptados a cada paciente**.

Así que si tu cirujano no hace *exactamente* lo que vas a leer aquí, no te preocupes: lo importante es que tenga **un criterio claro, una técnica sólida y una filosofía quirúrgica coherente**.

Dicho eso... ¡te invito a que pasemos al quirófano!  

 **Paso 1: Preparación del campo quirúrgico y reunión del equipo**

Aunque muchos piensan que la cirugía “empieza” cuando coges el bisturí, en realidad, **el primer paso importante ocurre justo después de que el paciente está completamente dormido y anestesiado**, cuando la enfermera quirúrgica **coloca los paños estériles** que cubren cuidadosamente **toda la cara y el cuerpo del paciente**, dejando únicamente al descubierto **la nariz y la boca**. Esto se conoce como **la preparación del campo estéril**, y marca oficialmente **el inicio de la fase quirúrgica**.

👩 En ese momento, el quirófano ya ha entrado en “modo quirúrgico total”: silencio, concentración y todos los movimientos medidos.

Pero **antes de hacer el primer gesto con el bisturí, ocurre algo fundamental para mí** como cirujano y director del procedimiento: una **reunión breve y estructurada con todo el equipo quirúrgico**.

## **Reunión de equipo: alineando objetivos**

Este momento puede parecer rutinario, pero para mí es **clave para que la cirugía se desarrolle con precisión y fluidez**.

Nos reunimos justo junto a la mesa quirúrgica, y participamos:

- 👩 Yo, como cirujano principal
- 👨 Mis ayudantes quirúrgicos (cirujanos de mi equipo de confianza)
- 👩 La enfermera instrumentista
- 👨 Los cirujanos que asisten como **observadores o en formación**, ya que nuestra técnica atrae a muchos colegas que desean especializarse en rinoplastia de precisión



## ¿Qué se repasa en ese briefing quirúrgico?

Con el paciente ya dormido y el entorno completamente preparado, repasamos juntos:

1. 📸 **Las fotos preoperatorias**, en vista frontal, perfil, basal y  $\frac{3}{4}$
2. 📝 **El plan quirúrgico predefinido**: qué técnicas se van a emplear, qué tipo de abordaje (abierto o cerrado), si se realizará preservación o estructura, y si se prevén injertos
3. 🎯 **Los objetivos estéticos y funcionales**, priorizando siempre lo que el paciente ha manifestado en consulta
4. 🧠 **Detalles técnicos clave**: posibles dificultades, desviaciones, asimetrías o particularidades anatómicas que exijan máxima atención

Este momento de coordinación es **lo más parecido a un "paso de baile sincronizado" entre profesionales**, donde todos **sabemos qué va a pasar, cómo, y cuándo**.

Porque en rinoplastia, como en una orquesta, **cada instrumento tiene que estar afinado**.

Este enfoque no solo mejora la eficiencia quirúrgica, sino que además **transmite seguridad y confianza a todo el equipo**. Y para mí, **una cirugía bien preparada es media cirugía hecha**. 🎯

# La cirugía paso a paso

Una vez que el paciente está dormido, intubado y con los paños estériles colocados, comienza la parte quirúrgica propiamente dicha. A continuación, se detalla paso a paso el procedimiento tal y como lo realizo habitualmente, siempre con pequeñas variaciones adaptadas a la anatomía de cada paciente.

## 1) Incisión abierta en "V" invertida

Se realiza una pequeña incisión transversal en la columela con forma de "V" invertida. Esta técnica permite un cierre más disimulado y favorece la cicatriz. Las incisiones marginales a cada lado conectan con la columela para levantar la piel de la nariz y exponer las estructuras internas.

## 2) Disección de cruras mediales y laterales


Se separan cuidadosamente las cruras mediales (parte interna de la punta) y las laterales (alas de la punta), preservando el tejido blando circundante para evitar fibrosis. Esto permite tener acceso completo y control tridimensional de la punta nasal.

## 3) Disección subpericóndrica del dorso

La piel del dorso nasal se separa en un plano profundo, justo por debajo del pericondrio (tejido que recubre el cartílago). Esta técnica reduce el trauma, disminuye la inflamación postoperatoria y preserva la irrigación.

## 4) Abordaje del septo por vía anterior

Una vez completada la disección inicial, se accede al **tabique nasal (o septo)** desde su parte más anterior, abriendo un espacio entre los **cartílagos laterales superiores**. Esta vía directa permite una excelente visualización del cartílago septal, que es el verdadero "pilar central" de toda la nariz.


 Este paso es clave tanto para **cirugías funcionales** como estéticas, ya que sobre esta estructura se apoya gran parte de la arquitectura nasal.

A través de esta entrada, podemos trabajar con precisión sobre desviaciones, irregularidades y obtener cartílago si es necesario para injertos posteriores.

## 5) Septoplastia y cirugía funcional

Con el tabique ya accesible, se procede a la **septoplastia**, que consiste en **corregir desviaciones u obstrucciones** del tabique nasal. Esto puede implicar:

- Resección de espolones óseos o cartílagos desviados
- Enderezamiento del eje central del tabique
- Preservación del soporte estructural para no debilitar la nariz
- En ocasiones, **resección de parte del septo posterior**, especialmente si está luxado o impactado

 Además, si el paciente tiene dificultades respiratorias, se pueden aprovechar este mismo momento para realizar otros gestos de cirugía funcional, como:

- **Reducción de los cornetes inferiores** (estructuras que regulan el paso de aire)
- **Reforzamiento de las válvulas nasales internas** en pacientes con colapso inspiratorio

Todo esto se hace sin afectar la estética y mejora significativamente la **calidad de vida respiratoria** del paciente.




## 6) Gibectomía

La famosa “giba” o “joroba” nasal es una de las principales razones por las que los pacientes consultan para una rinoplastia. Puede estar compuesta por:

- Solo cartílago (en la parte superior del septo)
- Solo hueso (en la unión de los huesos nasales)
- Una combinación de ambos (lo más común)

La **gibectomía** consiste en **eliminar cuidadosamente esa prominencia** para lograr un perfil más armónico.

Para ello se utilizan distintos instrumentos según el tipo de giba:

-  **Escoplos o limas manuales**, en técnicas clásicas
-  **Piezotomo ultrasónico**, si se quiere mayor precisión y menor traumatismo
-  **Bisturí y tijeras**, si la giba es puramente cartilaginosa

Es un paso técnico pero muy visual, y para muchos pacientes, uno de los más satisfactorios: **ver desaparecer el relieve que tanto les acomplejaba** marca el inicio simbólico de su nueva nariz.

## 7) Osteotomías

Tras eliminar la giba, los huesos nasales quedan abiertos en la parte superior, como si hubiéramos quitado una teja del tejado. Para cerrar ese espacio y remodelar el dorso, es necesario realizar **osteotomías**, que son **cortes controlados en el hueso nasal**.

Hay diferentes tipos de osteotomías:

- **Internas o endonasales**, si se hacen desde dentro de la nariz
- **Externas**, con microincisiones en la piel
- **Lineales, en bisagra, en curva u oblicuas**, dependiendo de la anatomía del paciente y del grado de desviación a corregir

El objetivo de las osteotomías es **estrechar la nariz, simetrizar los huesos y cerrar el techo óseo del dorso nasal**.

Se hacen con escoplos, martillo o con tecnología ultrasónica (piezotomo), según la técnica elegida. En mi caso, el 100% de las osteotomías están hechas con el bisturí piezoelectrico.

🔍 Este paso requiere mucha precisión: un milímetro de más o de menos puede marcar una asimetría visible en el resultado final.

Un detalle importante: imaginándonos un hueso nasal como si fueran las paredes de una habitación, con las osteotomías podemos “cortar” y “mover” el hueso en 3 dimensiones, para estrecharlo o ensancharlo, para subirlo o bajarlo y para adelantarlo o retrocederlo. ¿Se comprende bien? Ahora, si el hueso derecho y el izquierdo no son 100% simétricos (bien sea por genética, por traumatismos previos o por cualquier otra causa), podremos “estrecharlos, bajarlos y retrocederlos”, pero si el hueso derecho es más cóncavo inicialmente y el izquierdo es más convexo, ésta asimetría se mantendrá durante todo el postoperatorio. Esto en sí es una limitación a la “perfección” cuando abrimos narices cuyos huesos no son 100% simétricos.

## 8) **Reconstrucción del dorso** 🧱

Una vez remodelado el dorso óseo, hay que reconstruir y suavizar la **transición entre el hueso y el cartilago**, y entre el dorso y la punta. Aquí se emplean distintas técnicas, según la filosofía quirúrgica del cirujano:

- **Injertos estructurados:** láminas de cartílago tomadas del propio paciente (normalmente del septo)
- **Técnicas de preservación:** se conserva parte del dorso original y se recoloca mediante tallado interno
- **Cartílago moldeado o triturado:** se usa como “acolchado” para mejorar la superficie del dorso

🎯 El objetivo es que el perfil quede armónico, natural, suave... sin escalones ni hundimientos. No obstante, hablaremos más en detalle de las posibles irregularidades postoperatorias del dorso.

## 9) Estabilización del borde caudal

El **borde caudal del tabique** es la parte más baja y delantera del septo, y actúa como **base de soporte para toda la punta nasal**. Aquí se refuerza esta zona para asegurar que la punta no caiga con el tiempo y que la base nasal esté bien anclada.

Se puede fijar mediante:

- Suturas al cartílago remanente
- Anclajes a la espina nasal anterior
- Refuerzos con injertos septales


Este paso es fundamental para la **proyección y estabilidad a largo plazo** del resultado.

## 10) Creación de soporte en la punta

La punta nasal necesita una **estructura firme y bien diseñada** que la mantenga proyectada, definida y simétrica. Para ello, se colocan uno o varios **injertos estructurales**, según el tipo de nariz y el resultado deseado.

Los más frecuentes son:

- **Strut columelar:** un injerto vertical entre las cruras mediales que actúa como pilar central
- **Injertos de extensión de septo caudal:** para mejorar la proyección o corregir desviaciones
- **Tongue-in-groove:** técnica de fijación del tabique a las cruras mediales para más control

 Esta es la “arquitectura interna” de la punta, el esqueleto sobre el que se construye el resultado final.

## 11) Trabajo de domos y crura lateral


Con la base ya construida, llega uno de los pasos más delicados y artísticos: **modelar los domos y la crura lateral**, es decir, **dar forma a la punta de la nariz**.

- Los **domos** son el punto de mayor proyección de la punta nasal.
- Las **cruras laterales** forman los laterales de la punta y determinan la forma, simetría y anchura de la misma.

Se utilizan **suturas de definición y rotación** para conseguir:

- Mayor o menor proyección

- Más o menos definición (según si el paciente tiene piel fina o gruesa)
- Corrección de asimetrías
- Sutileza en la transición entre dorso y punta


 Aquí se decide, en buena parte, la “personalidad” de la nueva nariz: ¿más refinada?, ¿más juvenil?, ¿más natural?, ¿más elegante?

## 12) Anclaje de los cartílagos a la estructura creada

Una vez que hemos esculpido y posicionado la nueva estructura de la punta nasal, es fundamental **anclar los cartílagos remodelados al soporte central** (como el strut columelar o el septo reconstruido).

Esto se hace mediante suturas estratégicas que:

- Mantienen **la simetría** de ambos lados
- Evitan **el desplazamiento de la punta** en el postoperatorio
- Aseguran que la forma deseada **se mantenga estable con el tiempo**

 Esta fase es como “atar el último nudo” del andamio interno de la nariz. La arquitectura está lista; ahora hay que fijarla.

## 13) Refinamiento de las alas nasales

Con la punta ya definida, se revisa cuidadosamente la **posición y forma de las alas nasales** (las cruras laterales y la piel de los laterales de la nariz) para garantizar:

- Simetría entre ambos lados

- Curvaturas suaves y naturales
- Transiciones armoniosas entre punta y base

👁 Aquí se ajusta todo lo necesario para evitar que una crura lateral esté más alta, más ancha o más retraída que la otra. Son detalles pequeños, pero que marcan la diferencia entre una nariz “aceptable” y una nariz “elegante”.

## 14) Cobertura de irregularidades con injertos articulados 🧤

En algunos casos, puede haber **pequeñas irregularidades o zonas ligeramente deprimidas** que no conviene dejar tal cual. Para eso, se utiliza **cartílago triturado o articulado** –es decir, cartílago del propio paciente que se ha desmenuzado previamente– como material de relleno.

Este cartílago actúa como una especie de **acolchado biológico**, ideal para:

- Suavizar contornos del dorso
- Corregir pequeñas asimetrías
- Rellenar depresiones o transiciones bruscas

🎨 Es un recurso muy útil en rinoplastia de precisión, ya que permite “retocar” zonas milimétricas sin alterar la estructura global.


## 15) Cirugía de la base alar 🏛

En pacientes con **narices anchas o muy abiertas**, puede ser necesario realizar una reducción de la base alar, también llamada

## alarplastia.

Este procedimiento consiste en:

- Hacer **pequeñas incisiones en los pliegues naturales** de la base de las alas nasales
- Reseccionar una pequeña cuña de piel y mucosa
- Cerrar con sutura muy fina y precisa

 El objetivo es **acercar las alas nasales al centro** y armonizar la base con la nueva estructura de punta y dorso.

 Las cicatrices quedan ocultas en los surcos naturales y, bien hechas, son prácticamente invisibles a medio plazo.

## 16) Cierre

Con toda la remodelación nasal completada, llega el momento de **cerrar las incisiones y completar el procedimiento:**

- Se suturan la columela y los bordes marginales con puntos finos y reabsorbibles o no, según el caso
- Se realiza una **última comprobación de simetría, proyección, rotación y líneas de luz**
- Se colocan los **taponas nasales internos** (si se utilizan)
- Se moldea la nariz externamente con **vendaje y férula termoplástica**
- Se revisa la vía aérea antes de que el anestesista inicie el despertar del paciente

🎯 En este punto, el trabajo técnico ha terminado, pero el viaje del paciente no ha hecho más que comenzar: **empieza el postoperatorio y el camino hacia su nueva imagen.**

## 🧱 **¿Y si hace falta más material? Injertos extraídos de fuera de la nariz**

Los pasos quirúrgicos descritos anteriormente son **la base común de casi todas las rinoplastias**, especialmente cuando se trata de cirugías primarias (es decir, cuándo es la primera vez que se opera esa nariz). Pero hay situaciones –como en **rinoplastias secundarias**, narices muy debilitadas, cirugías reconstructivas o deformidades severas– en las que **la nariz no tiene suficiente “material autólogo” para trabajar.**

En esos casos, tenemos que salir “a buscar materiales” en otras partes del cuerpo. 🏗️

Y ahí es donde entra uno de nuestros mejores aliados: **la costilla.**

## 🦴 **Cartílago costal: el refuerzo estructural por excelencia**


El **cartílago costal** se obtiene mediante una **pequeña incisión de unos 2-3 cm** en un pliegue natural, justo debajo del pecho o la línea del sujetador.

Desde ese acceso, se extrae **una lámina del cartílago de la costilla 6ª, 7ª u 8ª**, sin comprometer la estructura torácica ni la función respiratoria.

### **¿Por qué usar cartílago costal?**

- Tiene **gran resistencia y volumen**, ideal para reconstrucciones mayores

- Permite **esculpir estructuras fuertes y duraderas**, como nuevos septos, dorso o puntas completas
- Es **biocompatible**, al ser del propio paciente
- Tiene **muy bajo riesgo de reabsorción** si se talla y manipula correctamente

 Este material es como “la madera noble” de la cirugía nasal: sirve para todo, y resiste el paso del tiempo.




## **Fascia de recto abdominal: el velo protector**

La **fascia del músculo recto abdominal** es una capa de tejido firme pero flexible, que se encuentra justo encima del músculo.

Se obtiene desde el mismo abordaje que el cartílago costal, por lo que **no requiere incisiones adicionales**.

### **¿Para qué se usa en rinoplastia?**

- Para **cubrir injertos de cartílago** y dar un acabado más suave
- Para **rellenar irregularidades** leves
- Para **disimular contornos marcados** en pieles finas
- Incluso puede actuar como una barrera entre un injerto y la piel, reduciendo el riesgo de visibilidad

 Es como la tela que cubre una escultura: no le da forma, pero **mejora mucho su aspecto final**.



## **Pericondrio costal: el envoltorio vivo**

El **pericondrio** es la capa que recubre naturalmente el cartílago. También se puede extraer durante la toma del cartílago costal.

### ¿Por qué puede ser útil?

- Tiene **excelente capacidad de integración**
- Es muy útil para **crear cubiertas biológicas finas sobre áreas delicadas**
- Aporta una textura suave y uniforme que puede ayudar en zonas como el dorso o la punta

Es un tejido discreto pero eficaz, ideal para **detalles finos de acabado**.



### **Grasa y nanofat: el relleno biológico**

Desde ese mismo acceso submamario, también se puede extraer **grasa abdominal**, que puede procesarse en quirófano para obtener lo que llamamos **nanofat**: una fracción más líquida, rica en factores regenerativos y con excelente capacidad de integración.

### ¿Para qué se usa en rinoplastia?

- Rellenar zonas hundidas o asimétricas
- Disimular irregularidades cutáneas
- Mejorar la calidad de la piel sobre zonas muy manipuladas



Es como aplicar una base ligera y natural que suaviza los relieves y embellece el conjunto.



### **Conclusión: más allá de la nariz**


Aunque idealmente trabajamos con estructuras propias de la nariz, **la cirugía moderna de rinoplastia permite apoyarse en otras partes del cuerpo para conseguir resultados más seguros, estables y estéticos.**

Y lo mejor es que, bien planificado, **todo esto se puede hacer desde un mismo acceso quirúrgico** y con una recuperación muy bien tolerada.

Porque a veces, para reconstruir una gran nariz... **necesitamos materiales de alta calidad. Y no hay nada más compatible que uno mismo.** 😊

# Capítulo 6: El Postoperatorio


---

**S**i hubiera que resumir en una sola palabra lo que define el postoperatorio de una rinoplastia, esa palabra sería: **inflamación** .

La inflamación es un fenómeno fisiológico natural, una reacción de nuestro cuerpo ante cualquier intervención quirúrgica, pero en el caso concreto de la nariz, **tiene un impacto especialmente importante tanto en lo funcional como en lo estético.**



## **La inflamación no es nuestra “aliada”**

A diferencia de otras cirugías estéticas donde la inflamación inicial puede incluso "favorecer" la percepción del resultado (como por ejemplo en un aumento de pecho, donde el volumen inflamatorio puede hacer que el resultado parezca más llamativo durante los primeros días ) , **en rinoplastia ocurre todo lo contrario.**

En la nariz, la inflamación **distorsiona el resultado real**: engrosa la piel, hace que la punta parezca más grande, borra los contornos definidos por el cirujano y, en general, genera una sensación de "hinchazón poco estética" que puede frustrar al paciente en los primeros días o semanas.








## **Un trabajo a medias: 50% el cirujano, 50% tu cuerpo**

Uno de los conceptos más importantes que siempre explico a mis pacientes es que **el resultado final de una rinoplastia no depende únicamente del cirujano.**

Por supuesto, el trabajo técnico realizado en quirófano es esencial: el diseño, la simetría, la proyección, el soporte estructural... Todo eso forma **el 50% del resultado** ✨.

Pero el otro 50% lo pone el propio paciente, o mejor dicho, **su cuerpo**:

-  Su **genética** y cómo reacciona ante la cirugía
-  La **calidad de su piel**, si es fina o gruesa, elástica o fibrosa
-  La **resistencia y memoria del cartílago**, que puede favorecer o dificultar la estabilidad del resultado
-  Y, por supuesto, la **calidad de los cuidados postoperatorios** que el paciente realice: reposo, compresión, curas diarias, toma de medicación, abstinencia de tabaco, control de inflamación, monitorización de infecciones y seguimiento estricto de las recomendaciones entre otros.

 Es por eso que, en rinoplastia, **el arte del cirujano se completa con la colaboración activa del paciente.**

El camino hacia el resultado final no termina cuando se da el último punto en quirófano: **continúa durante semanas y meses**, en un proceso donde el cuerpo decide cómo cicatriza, dónde se reabsorbe más o menos tejido, y cómo se acomoda la piel sobre la nueva estructura nasal.

## **La primera semana: paciencia, hielo... y cero selfies**

Una vez terminada la cirugía, comienza **la fase más delicada del postoperatorio inmediato**, y también la más cargada de expectativas. Muchos pacientes salen del quirófano preguntando:

“Doctor Candau, la nariz que veo en las fotos postoperatorias me encanta. ¿Va a ser esa nariz la que voy a tener para siempre?”

Y la respuesta, en la mayoría de los casos es, es:

“**Si tu piel, tu cartilago y tu cicatrización no nos lo impiden, habrá muy pocos cambios con respecto a la nariz que estas viendo en quirófano...pero eso ya no depende de mí**” 😊



## ¿Por qué respiro peor ahora que antes?

Durante las primeras horas tras la cirugía, es frecuente que **el paciente respire sorprendentemente bien**, lo cual suele generar entusiasmo. Sin embargo, al cabo de unas horas o días, aparece **una sensación de congestión nasal** que puede preocupar si no se comprende el motivo.

Esto ocurre por varios factores:

- **Inflamación de los cornetes** (estructuras que regulan el paso del aire)
- **Edema interno del tabique y la mucosa nasal**
- **Pequeños restos de sangre o costras** que ocupan temporalmente las fosas nasales



Esta congestión es **temporal y totalmente esperable**. No significa que algo haya ido mal ni que la cirugía haya afectado negativamente a la respiración.

Lo habitual es que la obstrucción **mejore progresivamente a lo largo de la segunda y tercera semana**.




## ¿Tendré hematomas o "cardenales"?

Una preocupación frecuente es la aparición de hematomas (o “moretones”) alrededor de los ojos.

La buena noticia es que en la actualidad, **gracias a técnicas menos traumáticas y al uso de tecnología ultrasónica**, la aparición de hematomas importantes es **muy poco frecuente**.

Sin embargo, hay pacientes con pieles más sensibles o propensas a la extravasación capilar, que pueden presentar:

- Un leve sombreado morado o amarillento en el párpado inferior
- Cierta inflamación bajo los ojos durante los primeros días


 En estos casos, el uso de compresas frías (¡no directamente sobre la piel!) y el reposo con la cabeza elevada ayudan a **reducir rápidamente** estos signos.



## ¿Duele mucho?

Esta es una de las grandes sorpresas para la mayoría de pacientes. Aunque se trata de una cirugía facial, **la rinoplastia es sorprendentemente poco dolorosa**.

No existe una “máquina para medir el dolor”, pero **sí tenemos un buen indicador objetivo**:

 la media de consumo de analgésicos en nuestros pacientes es de **solo 48 horas**, y se limita casi siempre a paracetamol o ibuprofeno.


◆ La mayoría de los pacientes no necesita medicación más allá del segundo o tercer día.

◆ Lo más frecuente es describir la sensación como **molestia, presión o congestión**, pero **no dolor punzante**.


## ¿Qué se ve... y qué no?

Durante esta primera semana, **la nariz permanece protegida por una férula externa**, normalmente de plástico o material termomoldeado, que:






- Ayuda a mantener la estructura en su sitio
- Protege ante golpes o roces accidentales
- Disminuye la inflamación mediante compresión controlada

 Esta férula cubre completamente el dorso nasal, por lo que **no se puede ver el resultado final aún**.

Además, la inflamación interna y externa hace que la nariz **no refleje su forma definitiva en esta fase**.

 Así que, aunque la tentación sea grande: **no es el momento para hacerse selfies ni para sacar conclusiones**.

## **Recomendaciones clave para la primera semana**

- Dormir con la cabeza elevada (2 almohadas o respaldo) 
- Evitar esfuerzos físicos, inclinarse hacia delante o levantar peso 
- No sonarse la nariz 
- No retirar la férula ni manipular los apósitos 
- Aplicar frío local las primeras 48 horas (sin contacto directo con la piel) 

- Seguir la pauta de medicación y lavado nasal indicada por el equipo médico 



## El primer mes: cuando empieza la verdadera paciencia

Después de la primera semana, y una vez retirada la férula, **comienza una nueva etapa del postoperatorio**, no menos importante que la anterior, pero con retos distintos.

Es el momento en el que muchos pacientes esperan verse “ya bien”... y, en cambio, se encuentran con algo que **no se parece en nada al resultado final**.



### Retirada de la férula: el efecto "muelle"

El día que se retira la férula –normalmente entre los 6 y 8 días después de la cirugía– puede ser muy emocionante... o muy frustrante, si no se sabe qué esperar.

Al quitar esa compresión constante, ocurre lo que llamamos **una “inflamación refleja”**:

exactamente igual que cuando quitamos un vendaje de un tobillo, **el tejido se expande un poco más, justo cuando dejamos de comprimirlo**.

 ¿El resultado?

La nariz se ve:

- **Gorda:** por el edema
- **Dura:** por la fibrosis temprana
- **Sin sensibilidad:** por la afectación temporal de los nervios cutáneos

🧠 Este mantra debe quedar bien grabado:

**“Gorda, dura y sin sensibilidad”**

Repite. Memoriza. Acepta. 🙏

## 💪 **Actividad física: vuelta progresiva al movimiento**

Durante el primer mes ya es posible retomar **cierta actividad física**, siempre de forma gradual:

✅ Permitido:

- Caminatas
- Yoga sin inversión
- Trabajo de tren inferior con bajo impacto
- Gimnasio moderado sin esfuerzos intensos

❌ Aún no permitido:

- **Correr o trotar** 🏃
- **Natación** 🏊
- Deportes de contacto
- Ejercicios que aumenten la presión arterial de forma brusca


🕒 Estas actividades se reintroducen **a partir del segundo mes**, siempre que no haya contraindicaciones específicas.



## **Vuelta al trabajo**

La reincorporación laboral es otro punto importante, y depende del tipo de cirugía y del entorno laboral:

- En **rinoplastias primarias**, la mayoría de pacientes puede volver al trabajo **a los 7-10 días**
- En **rinoplastias secundarias**, se recomienda al menos **14 días** para asegurar una recuperación inicial adecuada

 Si tu trabajo incluye exposición pública, atención al cliente o cámaras, es posible que prefieras esperar un poco más, especialmente si hay **algo de inflamación visible o discreta asimetría transitoria**.

## **Cuidados cutáneos y de la herida quirúrgica**

Durante este primer mes, **los cuidados externos de la nariz son clave**, especialmente para controlar la inflamación y favorecer una buena cicatrización.

Recomendamos:


◆ **Tiras de silicona o apósitos de compresión** (como *Trofolastin* o *Mepifoam*) para colocar sobre el dorso por las noches:

- Ayudan a mantener la compresión
- Reducen la inflamación
- Facilitan la adaptación de la piel a la nueva estructura

◆ En pacientes con **piel gruesa** o con tendencia grasa:

- Aplicar **exfoliantes específicos** o **toallitas con alfa-hidroxi-ácidos (AHA)**


- Esto ayuda a **reducir el exceso de sebo**, controlar la inflamación cutánea y evitar que la piel engorde o retenga líquido sobre la punta

 Cuidado: todo esto debe hacerse siempre bajo indicación médica. No uses productos nuevos sin aprobación del equipo quirúrgico.

## ¿Y el hueso? ¿Está ya soldado?


Al final del primer mes, **los huesos nasales ya han cicatrizado en aproximadamente un 60%**. Eso significa que:

- Puedes moverte con más libertad
- Un roce leve no compromete el resultado
- **Pero un golpe fuerte puede seguir causando desplazamientos**, así que la protección sigue siendo fundamental

 Por eso insistimos en algunas normas que **siguen vigentes hasta el segundo mes**:

 **Prohibido sonarse la nariz**

 **Prohibido apoyar gafas en el dorso nasal**

 **Evitar roces o golpes accidentales** (niños, mascotas, deportes, cascos, gafas de sol, etc.)

Precisamente es en esta fase cuándo sucede un cambio anatómico importante en la zona de hueso donde hemos manipulado: el llamado “**callo óseo**”.

Para explicar este fenómeno del **callo óseo** tenemos que explicar un poco más en detalle cómo se repara de manera normal un hueso que se rompe o se fractura. Al dejar de estar en contacto, los dos fragmentos

de hueso crean una especie de “masilla” o “plastilina” de consistencia blanda pero voluminosa que envuelve el foco de la fractura. Esto sucede en el 100% de los huesos del cuerpo, no solo en la nariz...pero la gran diferencia es que la piel y tejidos blandos que tenemos a nivel de la giba dorsal son los más finos del cuerpo. Por eso, cuando te rompes otro hueso, estos “callos” no se aprecian.

Retomamos lo de la “plastilina” a la que a partir de ahora la llamaremos “callo”...A través de esta cobertura blanda, las células que conforman el hueso van creciendo con la intención de abrazar por completo la estructura de hueso y así soldarla para que no se mueva. Este fenómeno tiene lugar entre la 1<sup>o</sup> y la 3<sup>o</sup> semana de la cicatrización, por lo que es muy precoz. A partir de la 3<sup>o</sup> semana, el callo blando va captando calcio y se va endureciendo, a expensas de reducir su tamaño final. Por eso, nunca damos importancia a los abultamientos en el dorso que simulan “gibas residuales” cuando éstos aparecen en las primeras semanas: tenemos una probabilidad muy alta de que se quiten con el tiempo. Sin embargo, pueden pasar dos situaciones:

- Hemos hecho una gran reducción de hueso (aquellas jorobas de por ejemplo más de 3-4mm, implican mucha resección de hueso) y como consecuencia de ello, se forma un callo blando de gran tamaño.
- El hueso sufre movilización o estrés durante el postoperatorio y el organismo necesita “apuntalarlo” con más fuerza para que no se nos deforme el hueso.

En ambas situaciones la magnitud del callo que se forma es mayor de lo esperable, y por tanto cabe la posibilidad de que aunque desinflame y se contraiga, siga percibiéndose en el postoperatorio un pequeño abultamiento residual. En ocasiones, la inflamación de las partes blandas durante los primeros 2-3 meses hace que a penas se noten estos “callos óseos” y solo al desinflamar se ponen de manifiesto: no hay absolutamente nada que se pueda hacer ni para prevenir que sucedan ni para tratarlos en el caso que ya se hayan manifestado.

¿Y que es lo normal? En realidad, la aparición de pequeñas irregularidades que no son visibles a simple vista pero que si se palpa con detenimiento o se hace una ecografía, se pueden ver con cierta frecuencia. Sin embargo, la aparición de callos de gran tamaño que impliquen una repercusión estética severa son muy poco frecuentes.

*“A pesar de que un paciente vea un abultamiento en el dorso al poco de operarse, no se puede hacer nada salvo esperar. En un porcentaje alto de casos se reducirá de forma espontánea. En los casos donde llegado al año no se haya resuelto, la única forma de quitarlo es volver a entrar en quirófano”*

Con independencia del cirujano que te opere, de la técnica que utilice y de los años de experiencia que tenga, la aparición de callos de fractura es un fenómeno inherente a la cicatrización del hueso, no a una mala cirugía. Por eso, un cirujano que actúe con empatía con su paciente debe explicarle los riesgos y beneficios de volver a reintervenir al paciente, porque...de la misma manera que su hueso cicatrizó de esa manera, puede volver a suceder en una segunda reintervención. En algunos casos, la opción más sabia y responsable puede ser no hacer nada aunque el resultado no sea perfecto, pese a que el paciente pueda no comprenderlo.



**Hasta el tercer mes: lo que ves, lo que sientes... y lo que aún no ha llegado**

La fase entre el **primer y tercer mes** tras una rinoplastia es una etapa de transición muy importante: la inflamación va bajando, la nariz empieza a perfilarse... pero **todavía no es el resultado final**. Es también una fase en la que **el cuerpo aún está trabajando intensamente por dentro**, aunque desde fuera parezca que “todo ya ha pasado”.

Vamos a desglosar lo que ocurre en este periodo:

## **La punta sigue gorda, dura y sin sensibilidad**

Sí, lo repetimos porque es verdad:

**“Gorda, dura y sin sensibilidad”** sigue siendo el mantra en esta etapa.

Aunque la férula se retiró hace semanas, **la punta nasal continúa hinchada**, algo fibrosa al tacto y, en muchos casos, aún adormecida.

 Esto se debe a:

- Acumulación de edema residual en la piel y tejidos blandos
- Contracción inadecuada de los tejidos blandos (piel)
- Debilidad en la resistencia innata del cartílago


No es una complicación: **es parte del proceso natural de curación**.

## **La desinflamación es asimétrica**

Uno de los aspectos más desconcertantes para muchos pacientes es la **desinflamación desigual**. Es normal notar que:

- Un lado de la nariz baja más rápido que el otro

- La punta se ve más ancha de un lado
- Aparece una sensación de **nariz torcida o desviada**


 Tranquilo: esto **no significa que el resultado esté mal hecho**. El drenaje linfático facial **no es simétrico**, y la inflamación interna **no desaparece de forma homogénea**.

Estas asimetrías suelen mejorar **progresivamente entre el 3.º y 6.º mes**.

## **El hueso está completamente consolidado desde la 8.ª semana**

Una excelente noticia en esta etapa es que **los huesos nasales ya han cicatrizado por completo**, lo que ocurre alrededor de la semana 8. Esto implica que:

- ✓ Puedes hacer **deporte sin restricciones**, incluyendo correr, saltar o levantar peso
- ✓ Puedes **usar gafas de nuevo** apoyadas sobre el dorso nasal
- ✓ Puedes retomar rutinas físicas y sociales sin necesidad de protección especial

 Siempre con sentido común, claro: un golpe fuerte sigue siendo un riesgo, como lo sería para cualquier nariz.

## **El riesgo de infección disminuye significativamente**

Pasadas las 6-8 primeras semanas, el riesgo de infección postoperatoria **se reduce drásticamente**.

La piel está completamente cicatrizada, las mucosas internas se han

regenerado y el sistema inmunológico ha estabilizado el entorno quirúrgico.

😞 Esto no significa que no pueda haber infecciones... pero sí que **ya no hay que vivir en modo paranoico con cada roce o estornudo.**

## **La caída de la punta: lo más esperado... y lo más temido**

Durante este primer trimestre postoperatorio, la punta nasal **sufre su mayor descenso natural.**

Esto ocurre por:

- Reabsorción de líquidos
- Relajación de los tejidos
- Adaptación de la piel al nuevo soporte


▼ Este “descenso” no es una complicación: es **parte del comportamiento mecánico natural** de los tejidos.

La mayoría de las narices **termina estabilizándose entre el mes 5 y 6**, conservando proyección y forma definidas si la cirugía fue bien planteada.

## **El resultado que ves... no es el definitivo**

Aunque la nariz **ya empieza a parecerse mucho más al resultado final**, lo que ves a los 2-3 meses **no es aún el resultado verdadero.**

La punta sigue inflamada, el dorso se sigue refinando, y la piel aún está en fase de adaptación.

 La maduración total de una rinoplastia **puede tardar entre 12 y 18 meses**, especialmente en pieles gruesas o cirugías secundarias.


 Lo que ves ahora **es solo una versión intermedia**. Prometedora, sí. Pero aún en evolución.


## **Apoyo psicológico: cuando la mente quiere correr más que la nariz**

Este periodo puede ser emocionalmente complejo para algunos pacientes:

- Ven avances... pero no el cambio completo que esperaban
- Sienten que el proceso es lento
- Comparan su evolución con fotos idealizadas o con otros pacientes en redes

Por eso, **una consulta de acompañamiento emocional puede ser muy valiosa**.

 Hablar con el cirujano, con otros pacientes o incluso con un profesional de la psicología estética **ayuda a regular las expectativas** y evitar estados de ansiedad o frustración innecesarios.

 No olvidemos: **la nariz cambia poco a poco, pero la mente quiere resultados inmediatos**. Hay que sincronizarlas.


## **Puedes empezar a sonarte la nariz con suavidad**

A partir del segundo mes, se puede **retomar el gesto de sonarse la nariz**, siempre:

- Con suavidad
- Sin cerrar completamente ambas fosas
- Usando pañuelos blandos o soluciones salinas para facilitar la limpieza

Es **totalmente normal** que salgan:

- **Costras grandes, oscuras, secas y muy duras**
- Restos de sangre antigua o moco seco
- Más cantidad de secreción si se ha hecho cirugía de cornetes


 Esto forma parte de la regeneración interna, y no indica infección ni complicación.

Eso sí: **no hay que arrancarlas ni frotar con fuerza**. Todo debe hacerse con delicadeza y constancia.



## **Del 3.º al 6.º mes: la nariz se empieza a revelar**

Entre el tercer y el sexto mes postoperatorio se produce un **punto de inflexión importante** en el proceso de recuperación: muchos de los cambios estructurales comienzan a **asentarse de forma estable**, la inflamación disminuye significativamente, y el paciente **recupera casi por completo su vida normal**.

Pero es también un periodo donde **los avances pueden pasar desapercibidos...** precisamente porque el ojo del paciente está cada día delante del espejo .

Vamos a ver qué ocurre en esta etapa:

## **La punta se estabiliza (¡ya no sigue cayendo!)**

Durante los tres primeros meses, una de las mayores inquietudes es la sensación de que **la punta nasal "va cayendo" poco a poco**. Esto, como ya explicamos, es parte del ajuste natural de los tejidos.

Pero a partir del **4.º al 5.º mes**, **ese descenso se detiene** y comienza la fase de **estabilización de la proyección**.

👉 Esto significa que la punta ya no debería cambiar de posición de forma evidente, aunque **aún se irá refinando en forma y textura**.

## **La mitad superior de la nariz está prácticamente desinflamada**

La parte que conecta la nariz con la frente –el entrecejo y el dorso alto – es una de las primeras zonas en **reducir la inflamación de forma definitiva**.

A partir del 4.º mes:


- El dorso alto se muestra **más nítido y refinado**
- Las líneas de luz comienzan a verse más suaves y definidas
- La **asimetría dorsal (si la hubo por inflamación) mejora notablemente**

Esto suele ser muy gratificante para el paciente porque, aunque la punta aún esté “reteniendo líquido”, **la parte superior ya muestra con claridad la armonía del perfil**.

## **La punta sigue “gorda, dura y sin sensibilidad”... pero mejora**

Sí, el mantra sigue vigente –**gorda, dura y sin sensibilidad**– pero con matices:

- La **hinchazón va cediendo lentamente**, especialmente si el paciente ha cuidado bien la piel
- Los tejidos se van **ablandando poco a poco**, aunque la punta **nunca volverá a tener la misma “movilidad” que antes de la cirugía** (algo completamente normal en una estructura que ha sido reforzada)
- La **sensibilidad comienza a regresar**, de forma desigual, con sensaciones curiosas como cosquilleo, pinchazos o entumecimiento parcial

 Esto no es un defecto: es simplemente la **neuroregeneración progresiva** del tejido.




## **No notas el cambio... pero el cambio está**

Es muy habitual que en este punto el paciente diga:

“Doctor, yo me veo igual que hace un mes...”

Y sin embargo, cuando comparamos las **fotografías del 1.º mes con las del 4.º o 5.º mes**, el cambio es evidente: menos hinchazón, mejor definición del dorso, más armonía de perfil.

 **La comparación objetiva es fundamental** para valorar avances reales.

Verse todos los días en el espejo hace que **el cambio pase**

desapercibido. Pero la nariz se ha desinflamado mucho más de lo que crees.



## Vida prácticamente normal

En esta fase ya se puede hacer **una vida completamente normal**:

- Practicar cualquier deporte
- Usar gafas sin restricciones
- Sonarse la nariz con suavidad
- Volar en avión ✈️
- Dormir de lado (¡con precaución si usas antifaz o presión en la nariz!)
- Socializar, maquillarse, volver a exponerse a eventos y cámara 📷

🚫 Lo único que sigue desaconsejado es cualquier procedimiento invasivo sobre la nariz sin consentimiento médico (como infiltraciones o retoques no indicados).



## Cuidado de la piel: limpieza profunda y control del sebo


Durante estos meses, cuidar la piel que cubre la nariz **sigue siendo parte fundamental del postoperatorio**, especialmente en:

◆ **Pieles normales o mixtas:**

- Se recomiendan **limpiezas faciales profundas por absorción**, como:
  - **Aquapure**
  - **HydraFacial**
- Estas técnicas ayudan a:
  - Eliminar residuos y grasa acumulada
  - Favorecer la microcirculación
  - Mejorar la oxigenación y textura cutánea

#### ◆ **Pieles gruesas o seborreicas:**

- Deben **continuar el uso de exfoliantes específicos** (prescritos tu cirujano responsable)
- Se recomienda el uso de **alfa-hidroxi-ácidos (AHA)** en toallitas o soluciones líquidas, para:
  - Controlar la inflamación cutánea
  - Reducir el espesor de la piel
  - Prevenir la fibrosis superficial

 Todo esto debe hacerse **bajo supervisión médica**, ya que el uso incorrecto de productos en esta fase puede alterar la evolución cicatricial.



## **Del 6.º mes al primer año: la nariz madura... y tú también**

Después de los primeros seis meses, en los que la nariz ha consolidado su estructura y ha reducido gran parte de la inflamación visible, **comienza la etapa final del postoperatorio:** una fase de **refinamiento progresivo, de ajuste sutil y de adaptación psicológica al nuevo rostro.**

Aunque a estas alturas ya te sientas cómodo con tu nariz, **el proceso aún no ha terminado.**



### **La forma final empieza a revelarse**

Entre el sexto y el duodécimo mes, la nariz continúa evolucionando. Los cambios ya no son tan evidentes semana a semana, pero ocurren:

- La **punta se va afinando lentamente**, mejorando en definición y textura
- La **transición entre dorso y punta** se suaviza
- La **simetría y armonía global** del conjunto facial se asienta



Muchos pacientes en esta fase, al revisar sus fotos del primer trimestre, **no pueden creer cuánto ha cambiado su nariz sin darse cuenta.**



**Brotos inflamatorios puntuales: normales, pero desconcertantes**

Aunque la inflamación general ha disminuido mucho, pueden aparecer “picos” **transitorios de hinchazón**, lo que a veces genera inquietud. Estos **brotos inflamatorios** suelen estar relacionados con:

- Cambios hormonales (por ejemplo, durante el ciclo menstrual)
- Retención de líquidos
- Exceso de sal, alcohol o comidas pesadas 🍷🍕
- Falta de sueño o descanso adecuado 😴
- Exposición prolongada al calor o al sol ☀️

🧠 Esto no significa que algo vaya mal. Es simplemente que, **aunque la nariz está estable, sigue siendo un tejido recién operado, y su sistema linfático aún no ha vuelto al 100% a la normalidad.** Estos brotes **suelen resolverse solos** en uno o dos días.

## 💬 **Segunda valoración psicoemocional: una etapa crucial**

El impacto de la rinoplastia **no es solo físico**. A los 6-12 meses, la mayoría de los pacientes ya ha integrado su nueva nariz en su imagen corporal...


pero no siempre sin conflicto.

🌀 Para algunos pacientes, mirar al espejo **sigue activando dudas o comparaciones**. En otros casos, **la nariz les gusta, pero no se reconocen del todo** con su nueva expresión.

📌 Por eso, en esta etapa recomendamos una **segunda valoración de apoyo psicoemocional**, especialmente si:

- Hay dudas persistentes sobre el resultado

- Cuesta adaptarse a la nueva imagen
- Ha habido cambios importantes en el entorno social o laboral

 Entender que **cambiar tu nariz es también cambiar tu identidad visual** puede ser clave para que **el cambio externo se acompañe de un equilibrio interno.**

## **Respiración: debería estar resuelta... pero no siempre es definitiva**

A estas alturas del postoperatorio, los problemas funcionales **deberían haber sido corregidos:**

- La desviación septal tratada
- Los cornetes reducidos
- Las válvulas nasales estabilizadas

Sin embargo, hay un fenómeno importante que debemos mencionar:

 **la hipertrofia de los cornetes puede recidivar.**

Aunque durante la cirugía los reducimos con técnicas mínimamente invasivas, **los cornetes tienen memoria biológica**, y en algunos pacientes pueden **volver a crecer con el tiempo.**

Esto puede manifestarse como:

- Congestión nasal ocasional
- Sensación de obstrucción en uno de los lados
- Mayor dificultad respiratoria con el ejercicio o al acostarse

 En estos casos, **puede ser necesario un pequeño retoque funcional** en el futuro, habitualmente ambulatorio y bien tolerado.


## **Nada de reintervenciones antes del año**

Es muy importante recordar que:

**No se plantea ningún escenario de reintervención quirúrgica antes de los 12 meses postoperatorios.**

¿Por qué?

- Porque la nariz aún está en evolución
- Porque hay inflamaciones que se resuelven solas
- Porque los tejidos aún están adaptándose
- Y porque operar sobre una nariz inmadura **solo genera más fibrosis, más cicatrices y peores resultados**

 La paciencia es parte del tratamiento. Y en rinoplastia, **a veces la mejor decisión es no tocar nada... y esperar.**

## **En resumen**

De los 6 a los 12 meses, la nariz:

- **Se afina, se suaviza y se asienta**
- Puede **inflamarse ocasionalmente**, sin que eso sea patológico
- **Se integra en tu rostro... y en tu identidad**

- Te permite respirar bien, aunque algunos ajustes funcionales puedan ser necesarios en el futuro

Y tú:

- Puedes vivir con normalidad
- Puedes entrenar, viajar, reír, posar y besar sin miedo
- Pero también puedes necesitar **acompañamiento para procesar lo que significa este cambio**

🎯 Porque una rinoplastia bien hecha no solo embellece la cara... **transforma la manera en que uno se ve, se siente y se relaciona con el mundo.**

## **Cuidados dermatológicos tras una rinoplastia:**

### **La piel también necesita su recuperación**

La piel de la nariz –y especialmente la de la punta– **no solo cubre la estructura intervenida: es el último filtro visual entre la cirugía y el resultado final.**

Por eso, cuidarla de forma específica en cada fase del postoperatorio **puede marcar la diferencia** entre un buen resultado y un resultado verdaderamente refinado.

A continuación, detallamos los principales tratamientos dermatológicos recomendados tras una rinoplastia, su mecanismo de acción, y cómo integrarlos según la fase de recuperación.

## 1. Crema de árnica

 **Indicación:** primeras 1-2 semanas postoperatorias

### ¿Qué es?


Un gel o crema tópica elaborada a partir del extracto de la planta *Arnica montana*, con propiedades antiinflamatorias y venotónicas.

### ¿Para qué sirve?

- Favorece la **reabsorción de hematomas (moretones)**
- Reduce la inflamación subcutánea
- Mejora la microcirculación local

### ¿Cómo actúa?

Inhibe mediadores inflamatorios como histamina y prostaglandinas, y mejora el drenaje linfático superficial.

 Aplicar suavemente en las zonas periorbitarias, evitando el contacto directo con mucosas o incisiones abiertas.

## 2. Tiras de silicona (Trofolastin, Mepiform, etc.)

 **Indicación:** semanas 2 a 24 (algunos casos, incluso más tiempo)

### ¿Qué son?

Apósitos adhesivos de silicona médica diseñados para cubrir cicatrices cutáneas y heridas en proceso de remodelación.


### ¿Para qué sirven?

- Reducen el **riesgo de cicatrices hipertróficas o queloides**
- Disminuyen la **hiperpigmentación postinflamatoria**

- Proporcionan **presión y oclusión uniforme**, ayudando al reacomodo de los tejidos blandos

### ¿Cómo actúan?

La silicona **modula la hidratación del estrato córneo**, regula la síntesis de colágeno desordenado y favorece un entorno fisiológico para la cicatrización.


 En rinoplastia, se aplican habitualmente en la columela o sobre el dorso, durante la noche o bajo supervisión médica.

## 3. Protector solar SPF 50+

 **Indicación:** desde el día 7 hasta mínimo 6-12 meses

### ¿Para qué sirve?

- Previene la **hiperpigmentación postinflamatoria**
- Protege la piel sensible del dorso y cicatrices recientes
- Evita el daño fotoinducido que **puede afectar el color, la textura y el tono de la piel nasal**

 **Reaplicar cada 2-3 horas si hay exposición solar directa.**  
Se recomienda **textura ligera o en gel**, no comedogénico.

## 4. Limpieza facial profunda (Aquapure, HydraFacial)

 **Indicación:** desde la 4.<sup>a</sup>-6.<sup>a</sup> semana en adelante


### ¿Qué es?

Tratamientos no invasivos que utilizan **tecnología de succión y**

**microdermoabrasión líquida** para limpiar, exfoliar e hidratar la piel en profundidad.

### ¿Para qué sirven?

- Eliminan **residuos, células muertas y sebo acumulado**
- Estimulan la microcirculación y regeneración celular
- Reducen la congestión de la piel sobre zonas aún inflamadas

 Especialmente útil en pieles mixtas o gruesas que tienden a **retener edema y mostrar aspecto opaco o congestionado**. La frecuencia ideal para hacer una limpieza en profundidad sería de al menos **una sesión cada 2 meses** durante el primer año postoperatorio, dejando como **mantenimiento** una sesión **cada 3-4 meses** en los sucesivos años.

## 5. Exfoliación química y alfa-hidroxi-ácidos (AHA)


 **Indicación:** desde el segundo mes en adelante, en pieles **grasas o engrosadas**

### ¿Qué son?


Ácidos orgánicos como el **ácido glicólico, láctico o mandélico**, aplicados en soluciones o toallitas.

### ¿Para qué sirven?

- Disuelven el “cemento” que une las células muertas
- Estimulan el recambio epidérmico
- Mejoran la **textura, tono y luminosidad** de la piel
- Controlan la **producción de sebo**

 Deben aplicarse bajo indicación médica y **no deben usarse durante las primeras 2 semanas postquirúrgicas**. A partir de la 3ª semana pueden empezar a usarse diariamente y se recomiendan como un tratamiento de mantenimiento diario durante todo el primer año. Si tienes dudas sobre qué productos pueden ser más beneficiosos para tu piel, consulta con nuestro equipo y valoraremos el tipo de piel y su reacción inflamatoria para ayudarte a escoger el mejor coctel para tu cuidado dermatológico.

## 6. Isotretinoína tópica (y en casos seleccionados, oral)


 **Indicación:** Para reducir grosor en pieles gruesas. Se puede iniciar el tratamiento varios meses antes de la cirugía, suspender la semana antes de operarse y volver a reintroducirse al cabo de 1-2 semanas de la cirugía. Su mantenimiento se realiza durante el primer año postoperatorio.

### ¿Qué es?

Derivado de la vitamina A que reduce la actividad de las glándulas sebáceas y **adelgaza el estrato córneo**.

### ¿Para qué sirve en rinoplastia?

- Mejora el aspecto de la piel gruesa de la punta nasal
- Reduce el brillo, el sebo y la inflamación crónica
- Puede ayudar a mejorar la **definición del resultado quirúrgico** en casos de piel densa

 **Su uso debe estar estrictamente controlado por un médico**. No se indica en todos los pacientes ni en todos los tipos de piel. Hay que tener en cuenta sus **posibles efectos secundarios**:

- 1) Es **teratógeno**, es decir, causa malformaciones graves en fetos si lo toma una mujer que está embarazada. Por eso, recomendamos tomar medicación anticonceptiva mientras se toma este fármaco
- 2) Eleva niveles de **transaminasas** hepáticas (ALT/AST) por lo que no se debe abusar del alcohol ni tomar medicación hepatotóxica (cuidado con el paracetamol)
- 3) Produce **sequedad** de mucosas, por lo que los pacientes deben tomar atención en las molestias asociadas a la sequedad especialmente de ojos, boca y genitales.

## 7. Masajes de drenaje linfático facial



**Indicación:** desde la 3.<sup>a</sup> semana hasta el 4.<sup>o</sup>- 6.<sup>o</sup> mes

### ¿Qué es?

Técnica manual o instrumental suave que estimula la circulación linfática superficial, facilitando la eliminación de líquidos y toxinas acumuladas.

### ¿Para qué sirve?

- Reduce la **retención de líquido en la punta nasal**
- Acelera la desaparición del edema persistente
- Mejora la **oxigenación y elasticidad cutánea**



Se puede realizar en consulta con una esteticista especializada o en casa bajo indicación médica.

Evitar cualquier presión excesiva. Lo importante es la **dirección y constancia**, no la fuerza.



### Conclusión

El cuidado de la piel tras una rinoplastia **no es un detalle cosmético, sino un componente esencial del postoperatorio.**

Adaptar cada tratamiento a la fase de recuperación, al tipo de piel y a la evolución individual de cada paciente **puede mejorar visiblemente la calidad, el acabado y la estabilidad del resultado final.**

 Porque una nariz bien operada... **merece una piel a la altura.**

## **Calendario de revisiones:**

**El seguimiento también forma parte de la cirugía.**

Dicen que “**cada maestrillo tiene su librillo**”, y eso también aplica a la forma en la que los cirujanos programamos el seguimiento de nuestros pacientes.

En nuestro caso, **el postoperatorio no es solo un control médico rutinario**: es una oportunidad para observar, acompañar, educar y, sobre todo, optimizar los resultados de la cirugía.


A continuación, te explico **cómo organizamos habitualmente el calendario de revisiones** en nuestra práctica, y qué objetivos tiene cada una de estas visitas:

### **1. Consulta preoperatoria**

 *Días o semanas antes de la cirugía*

Esta cita es **fundamental y siempre la realizo personalmente.**  
En ella:

- Repasamos juntos **los puntos clave que se valoraron en la primera consulta**
- Confirmamos que el paciente ha comprendido el proceso, sus expectativas y los cuidados necesarios
- Dejamos un espacio generoso para resolver dudas y repasar detalles
- Entregamos documentación adicional si es necesario (consentimientos, indicaciones preoperatorias, etc.)

 Es un encuentro de seguridad y confianza. El paciente debe entrar al quirófano sabiendo **qué se va a hacer, cómo y por qué.**


## 2. Primera cura

 *24 horas después de la cirugía*


La realiza **mi equipo de consultas**, especializado en cuidados postquirúrgicos.

Durante esta visita:

- Se revisa el estado general del paciente
- Se enseña al paciente **cómo debe lavarse la nariz y limpiar la herida**
- Se explican **las pautas de medicación y los signos de alarma a vigilar**
- Se resuelven dudas sobre higiene, sueño, alimentación y reposo


 Es una cita educativa, clave para que el paciente **tome el control de sus cuidados diarios con seguridad.**

### 3. Revisión de la 1.<sup>a</sup> semana

 *Entre los días 6 y 8 postoperatorios*

Esta cita también la realiza **mi equipo de consultas**, y es una de las más esperadas:

- Se retiran **los puntos de sutura de la columela y base alar**
- Se retira la **férula nasal externa**, lo que permite ver por primera vez la nariz
- Se examina el **estado de la piel, la inflamación y la simetría temprana**
- Se refuerzan instrucciones sobre protección solar, limpieza y actividad física

 Aunque es solo una “primera imagen”, marca el inicio simbólico de la nueva etapa.

### 4. Revisión del 1.<sup>o</sup> mes

 *Alrededor de la 4.<sup>a</sup> semana*

En esta fase la revisión la realiza **uno de los cirujanos de mi equipo**. El objetivo es **anticiparse a posibles complicaciones médicas**:

- Se evalúa la **cicatrización interna y externa**
- Se detectan signos precoces de **infección o mala evolución de tejidos**
- Se valora si es necesario ajustar la medicación

- En algunos casos, **se prescribe tratamiento adicional**, como sprays nasales de corticoides, si hay síntomas de obstrucción



Es una cita técnica, donde **el control médico sigue siendo prioritario**.



## 5. Revisión de los 3 meses



*Alrededor de la semana 12*

Esta revisión también la realiza **mi equipo quirúrgico**, y ya nos permite hacer una **valoración funcional y estética intermedia**:

- Se analiza el proceso de **caída de la punta nasal**
- Se mide la **contracción progresiva de la piel**
- Se valora la **permeabilidad respiratoria**
- Se observan patrones de cicatrización y posibles asimetrías



A partir de este punto se puede **ajustar el tratamiento dermatológico** y comenzar protocolos de limpieza o exfoliación si está indicado.



## 6. Revisión de los 6 meses



*Medio año tras la cirugía*

Esta cita la realizo **yo personalmente**, ya que para entonces **empiezan a verse los resultados preliminares** y conviene una valoración profunda:

- Revisamos juntos **las fotos comparativas** antes/después

- Evaluamos **la calidad de la desinflamación**
- Se analiza cómo ha evolucionado la punta, el dorso y las funciones nasales
- En esta fase también puede surgir la necesidad de apoyo emocional, si el paciente experimenta bloqueos en la aceptación de su imagen

🎯 Es una cita de análisis fino, donde **el resultado se empieza a consolidar... pero aún no es el final.**

## 📸 7. Revisión del año

🕒 *12 meses postoperatorios*

La revisión del año es la más esperada, y también la más significativa. Aquí es donde, finalmente, se puede decir que la nariz:

- Está **madura en estructura y forma**
- Tiene un comportamiento respiratorio estable
- Refleja el resultado estético final esperado

📷 Comparamos **las fotografías de antes, del primer mes y del año**, para que el paciente vea de forma objetiva cuánto ha cambiado. También es el momento de **valorar si es necesario realizar algún retoque o si el resultado es ya definitivo.**

🧠 Más allá de lo físico, **esta revisión permite cerrar el ciclo quirúrgico y emocional.**

✅ **Conclusión**

El seguimiento postoperatorio no es un simple calendario de citas, sino una parte **integral de la cirugía**.

Durante meses, caminamos juntos –paciente y equipo– para que el resultado **no solo sea estéticamente satisfactorio, sino médicamente sólido y emocionalmente bien integrado**.

*“Como decía uno de mis maestros, la rinoplastia comienza cuando el paciente sale del hospital: el paciente debe entender que la calidad final del resultado está directamente relacionada con cómo hace el postoperatorio ”*



## **El uso de corticoides en el postoperatorio de rinoplastia**

**Aliados potentes, pero que requieren precisión quirúrgica... incluso al prescribirlos**

Los **corticoides** son fármacos con un potente efecto antiinflamatorio e inmunomodulador.

En el contexto de una rinoplastia, **no tienen un uso universal**, pero bien indicados pueden ser una herramienta útil para:

- **Reducir el edema (inflamación)**
- **Mejorar la respiración nasal**
- **Afinar y adelgazar el tejido en pieles gruesas**

Eso sí: como toda herramienta potente, **requieren conocimiento, criterio y cautela**.

A continuación, explicamos su aplicación en tres formas distintas y en diferentes momentos del postoperatorio:

## 1 Corticoides orales

 Fase inmediata postoperatoria (primeros 6-9 días)

 Ejemplo: prednisona, deflazacort

 ¿Para qué se usan?

- **Reducen rápidamente la inflamación facial y nasal** en los primeros días tras la cirugía
- Ayudan a minimizar la **retención de líquidos**
- Disminuyen la **respuesta inmunológica local**, reduciendo la formación de fibrosis o edema excesivo

 **Mecanismo de acción:**

Inhiben la liberación de mediadores inflamatorios como prostaglandinas, histamina e interleucinas.


Actúan a nivel sistémico, es decir, en todo el organismo, por lo que sus efectos son amplios pero no específicos.


 **Precauciones:**

- Solo se utilizan **durante unos pocos días**, nunca como tratamiento prolongado
- En pacientes sensibles, pueden causar: insomnio, taquicardia, acidez gástrica, alteraciones del ánimo o retención de líquidos
- Contraindicados en diabéticos descompensados, hipertensos mal controlados o con antecedentes de úlceras gástricas

 En resumen: son **muy eficaces** para desinflamar de forma rápida, pero **su uso es puntual y controlado**.

## **2** Corticoides tópicos intranasales (en spray)

 *Fase intermedia (2.º a 6.º mes postoperatorio)*

 *Ejemplo: mometasona, budesonida, fluticasona*

 **¿Para qué se usan?**

- Reducen la **inflamación interna** de la mucosa nasal
- Mejoran la **obstrucción respiratoria** leve o moderada persistente
- Disminuyen la recurrencia de hipertrofia de cornetes
- Ayudan en el manejo de **rinoconjuntivitis o rinitis postquirúrgica leve**


 **Mecanismo de acción:**

Actúan de forma **local y selectiva** sobre la mucosa nasal, sin afectar al resto del cuerpo.

Reducen la respuesta inflamatoria, inhiben la producción de moco excesivo y **mejoran la ventilación nasal**.

 **Ventajas:**

- Pueden usarse durante varias semanas o meses, si están bien indicados
- Efectos secundarios mínimos si se usan correctamente (irritación local, leve sangrado nasal en algunos casos)

 Se recomienda su uso **tras limpieza nasal con suero**, y con el aplicador dirigido **hacia la oreja, no hacia el tabique**, para evitar daño mucoso.

### **3** Corticoides subcutáneos o intralesionales

 *Fase tardía (tras el 3.º mes, en casos seleccionados)*

 *Ejemplo: triamcinolona acetónida (Kenacort®, Trigon®)*

#### ¿Para qué se usan?

- En pacientes con **pieles gruesas** y punta nasal persistente, se utilizan para **adelgazar selectivamente los tejidos blandos**
- También en **áreas con fibrosis o induración focal** (zonas donde el tejido ha cicatrizado con exceso de grosor o dureza)
- En revisiones complejas, como tratamiento conservador antes de plantear reintervención

#### Mecanismo de acción:

- **Atrofian el tejido subcutáneo** donde se infiltran, reduciendo la proliferación de fibroblastos y la producción de colágeno
- Su efecto es **irreversible**, por lo que deben aplicarse con precisión milimétrica y en dosis bajas

#### Riesgos potenciales:

- **Atrofia excesiva del tejido**, que puede derivar en hundimientos o irregularidades visibles si se infiltra de forma incorrecta
- **Despigmentación cutánea local**

- Formación de telangiectasias o zonas de piel brillante

📌 Solo se aplican en centros médicos y por profesionales experimentados.

## 🧠 Conclusión

Los corticoides **no forman parte del tratamiento estándar para todos los pacientes**, pero son herramientas valiosas cuando se usan con conocimiento y criterio.

En las manos adecuadas, pueden:

- Acelerar la recuperación
- Mejorar la respiración
- Afinar resultados en pieles complejas

Pero en las manos equivocadas, también pueden comprometer el resultado.

🎯 Por eso, en nuestra práctica, **cada indicación se individualiza**, y siempre se administra **el tipo, la vía y la dosis más adecuada para cada caso**.

# Capítulo 7: Complicaciones y Riesgos

---

**H**ablar de complicaciones nunca es agradable... Pero hacerlo con claridad, sin alarmismo y desde la experiencia clínica, es **una parte esencial del proceso quirúrgico responsable.**

Porque si algo caracteriza a la rinoplastia frente a otras cirugías estéticas es que, incluso en ausencia de complicaciones médicas, **puede haber insatisfacción subjetiva con el resultado.**



## ¿Qué entendemos por “éxito” en rinoplastia?

Si definimos “éxito” como **no necesitar una reintervención quirúrgica**, entonces:

◆ **La rinoplastia primaria tiene una tasa de éxito del 92-95%.**

Esto significa que:

- Entre el **5% y el 8% de los pacientes** puede requerir una segunda cirugía (rinoplastia secundaria o de revisión)
- Pero **no todas las reintervenciones se deben a complicaciones**
- En muchos casos, el paciente simplemente **desea seguir mejorando** detalles estéticos menores o siente que el resultado no ha cumplido sus expectativas



En otras palabras: no toda rinoplastia secundaria responde a un “error” o a un “problema médico”.

## **¿Y cuántos casos realmente tienen complicaciones médicas?**

Si hablamos exclusivamente de reintervenciones por **causas clínicas objetivas** (como infecciones, traumatismos accidentales, reabsorciones de injertos o alteraciones respiratorias importantes), los datos son aún más tranquilizadores:

◆ **Menos del 1%** de los pacientes requiere una nueva cirugía por estos motivos.

En general, estos casos:

- Se detectan y **tratan precozmente en las revisiones postoperatorias**
- Suelen **resolverse de forma efectiva** con tratamientos médicos o quirúrgicos menores
- No impiden lograr un resultado final estético y funcional satisfactorio

## **Una cirugía con grandes beneficios... y expectativas altas**

La rinoplastia es, sin duda, una de las cirugías más transformadoras y agradecidas.

Pero también es una de las intervenciones **donde más influyen las expectativas del paciente**, su tipo de piel, su cicatrización y su percepción personal del cambio.

Por eso, en este capítulo vamos a repasar:

- Las **complicaciones reales** que pueden ocurrir

- Cómo se detectan, cómo se tratan y, sobre todo, **cómo se pueden prevenir**
- Y también, cómo **las percepciones erróneas** o el desconocimiento pueden generar “falsas alarmas” que no siempre tienen un origen médico

🎯 Porque la mejor forma de evitar el miedo... es entender qué es lo que realmente puede pasar.

## **Rinopsicología: cuando el problema no es la nariz... sino cómo la vemos**

Una de las realidades más complejas –y a menudo invisibles– en rinoplastia es que **el resultado puede ser quirúrgicamente correcto... pero emocionalmente insatisfactorio para el paciente.** Y esto no siempre tiene que ver con el trabajo del cirujano ni con la técnica empleada.

En muchos casos, tiene que ver con **cómo el paciente percibe su imagen** y con **las emociones que tiene asociadas a su nariz.**

A este fenómeno lo llamamos, en tono coloquial pero con fondo clínico, **rinopsicología:**

el estudio y abordaje de **los factores psicológicos que influyen en la relación del paciente con su nariz antes y después de operarse.**

😞 **“No me gusta mi nariz” ... ¿o no me gusto yo?**

No es raro encontrarnos con pacientes que, tras una rinoplastia técnicamente correcta y con buena evolución, **siguen insatisfechos.** Cuando exploramos más a fondo, descubrimos que su descontento no

es tanto con el resultado objetivo, sino con **la persistencia de un complejo** que no ha desaparecido pese al cambio físico.

Esto ocurre especialmente cuando el paciente:

- Tiene **una baja autoestima preexistente**
- Asocia su nariz a una etapa dolorosa de su vida (acoso, humillación, rechazo)
- Cree que operarse le traerá un “nuevo yo” más seguro, más atractivo o más exitoso
- Busca aprobación externa (de una pareja, familiares, redes sociales...)

En estos casos, **la cirugía actúa como un alivio temporal**, pero no resuelve el fondo del conflicto emocional.

Por eso, el acompañamiento psicológico en rinoplastia no es un lujo: **es una herramienta terapéutica fundamental.**

## **¿Qué es el trastorno dismórfico facial?**

Cuando esta percepción alterada de la imagen corporal es **persistente, intensa y desproporcionada respecto al defecto real**, podemos estar ante un cuadro clínico llamado **trastorno dismórfico corporal (TDC)**, también conocido en el contexto facial como **dismorfia facial**.

Este trastorno se caracteriza por:

- Una **preocupación excesiva por un defecto físico mínimo o inexistente**
- Comportamientos compulsivos: mirarse constantemente al espejo, compararse con otros, evitar fotografías

- Dificultad para aceptar que el defecto es leve o que ha mejorado tras la cirugía
- Insatisfacción crónica, incluso tras múltiples intervenciones

En rinoplastia, el paciente con dismorfia facial puede:


- Pedir múltiples cirugías sin motivo técnico claro
- Insistir en defectos que el cirujano (y el entorno) no pueden ver
- Sentirse deprimido o ansioso por mínimos detalles
- No tolerar la fase de inflamación, exigiendo resultados inmediatos e irreales



## ¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico lo realiza un psicólogo o psiquiatra especializado, pero en consulta quirúrgica hay **ciertos criterios de sospecha** que nos ayudan a identificar posibles casos:

1. **Focalización obsesiva** en un defecto menor
2. **Distorsión evidente** entre la percepción del paciente y la realidad objetiva
3. **Desproporción emocional** respecto al impacto real del defecto
4. **Historia de múltiples consultas o cirugías previas**, sin satisfacción
5. **Expectativas mágicas** o poco realistas respecto a los efectos de la cirugía
6. **Negación o irritación** si se plantea una valoración psicológica


 **Identificar estos signos a tiempo es clave** para evitar una cirugía mal indicada y proteger la salud emocional del paciente.

## **Conclusión: no todo se arregla con un bisturí**

La rinoplastia es una herramienta maravillosa para mejorar la estética, la función respiratoria y, en muchos casos, la autoestima.

Pero **no es una terapia psicológica**.

Y cuando el problema no está en la nariz, sino **en cómo el paciente se ve y se valora a sí mismo**, ningún resultado quirúrgico será suficiente.

 Por eso, en nuestra práctica, además de precisión quirúrgica, apostamos por una mirada humana, empática y global. Porque **el mejor resultado no es solo una nariz bonita... es un paciente que se siente bien consigo mismo**.

## **Consumo de cocaína y rinoplastia:**

**Una combinación peligrosa con secuelas impredecibles**

Una de las preguntas más importantes que hacemos durante la historia clínica de un paciente candidato a rinoplastia es:

**“¿Alguna vez ha consumido cocaína por vía nasal?”**

Y no es una simple curiosidad. Es una pregunta **médica, quirúrgica y funcionalmente crucial**.

Porque aunque muchas personas piensan que un consumo esporádico o pasado “no deja rastro”, lo cierto es que **la cocaína puede producir un daño severo, irreversible y silente** en la anatomía nasal.



## ¿Cómo actúa la cocaína en la nariz?

La cocaína, cuando se inhala por la nariz, **actúa como un potente vasoconstrictor**:

reduce el calibre de los vasos sanguíneos que irrigan la mucosa nasal y las estructuras internas del tabique.

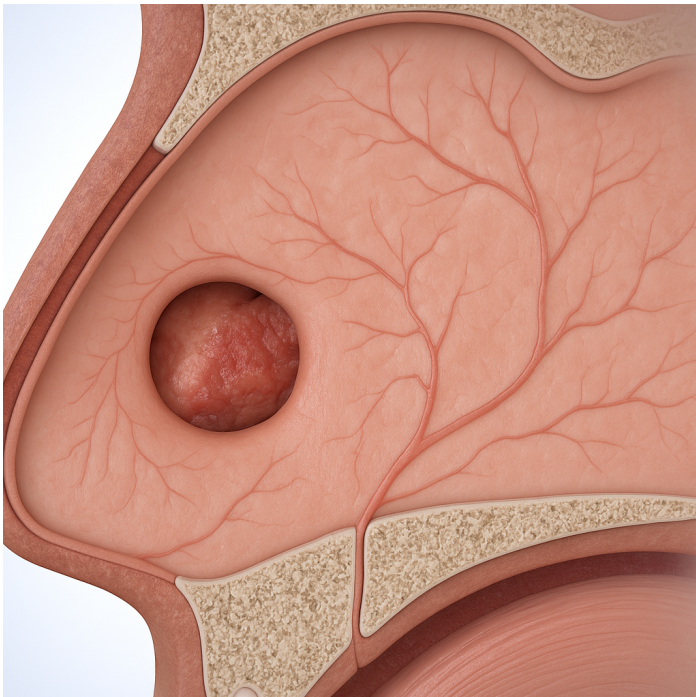
A corto plazo, esto produce:

- Euforia rápida (por su acción sobre el sistema nervioso)
- Congestión nasal disminuida
- Pérdida transitoria de sensibilidad local



Pero a largo plazo, esa **vasoconstricción repetida provoca una isquemia crónica**, es decir, **falta de oxígeno en los tejidos**.

Y cuando el tejido no recibe oxígeno... **muere y se perfora**.





## **Daño estructural: el enemigo invisible**

El uso repetido de cocaína puede generar:

- **Perforación del tabique nasal**
- **Necrosis del cartílago septal**
- **Pérdida del soporte estructural de la nariz**
- **Colapso de la válvula nasal interna**
- **Deformaciones externas visibles** (como la nariz en silla de montar)

Lo más peligroso es que **estos daños no siempre son evidentes en la exploración física inicial.**

Muchos pacientes **no presentan síntomas hasta que la zona se debilita con una intervención quirúrgica o un traumatismo leve.**

## **! Riesgos estéticos y funcionales en cirugía**


En un paciente con antecedentes de consumo de cocaína, los riesgos durante y después de la rinoplastia aumentan considerablemente:

### **1. Complicaciones intraoperatorias:**

- Sangrado impredecible
- Fragilidad de los cartílagos
- Dificultad para manipular el tabique como soporte estructural


### **2. Complicaciones postoperatorias:**

- **Retraso en la cicatrización o necrosis de tejidos**
- **Perforaciones septales secundarias**
- **Colapso progresivo de la nariz**, especialmente en su tercio medio
- Aparición de **deformidades postquirúrgicas** difíciles de corregir

 Además, muchas técnicas de rinoplastia de precisión **requieren un septo sano para crear injertos**. En pacientes con daño por cocaína, **el cartílago septal puede estar parcial o completamente inutilizable**.

## **¿Qué hacemos si hay antecedentes?**

En nuestra práctica, **nunca se juzga al paciente**. Pero es **fundamental que nos lo cuenten**.

 Si ha habido consumo de cocaína, aunque sea en el pasado, necesitamos:

- Valorar con más detenimiento el estado interno del tabique (rinoscopia, endoscopia o TAC)
- Tener expectativas quirúrgicas más conservadoras
- Plantear la posibilidad de utilizar injertos de otras zonas (costilla o concha auricular)
- Establecer **una honestidad absoluta en la comunicación** para evitar sorpresas quirúrgicas

## **Conclusión**

La cocaína **no solo deja huella en el sistema nervioso o cardiovascular.**

También puede comprometer la estructura más delicada de la cara: **la nariz.**

Por eso, si has consumido cocaína alguna vez, **no lo ocultes.**

No es un juicio moral. Es una precaución médica.

Y a más información tengamos los cirujanos, **más seguros serán los resultados que podemos ofrecerte.**

## **Complicaciones funcionales tras una rinoplastia**

**Porque una nariz bonita también debe funcionar bien**

Aunque la rinoplastia es conocida principalmente por su capacidad de mejorar la estética nasal, **no debemos olvidar que la nariz es un órgano funcional clave:**

controla la entrada de aire, lo humidifica, lo calienta, lo filtra y lo regula antes de que llegue a los pulmones.

Por eso, uno de los pilares fundamentales en toda cirugía nasal es **preservar o mejorar la función respiratoria.**

Y si esa función se ve alterada después de la cirugía, **hablamos de una complicación funcional.**

Veamos con detalle **cuáles son, por qué ocurren y cómo se abordan.**

## 1 Obstrucción nasal persistente

### ¿Qué es?


Dificultad para respirar por una o ambas fosas nasales tras la cirugía, que no mejora con el tiempo.

### ¿Por qué puede ocurrir?

- **Insuficiente reducción de los cornetes:** a veces, aunque se hayan tratado, vuelven a hipertrofiarse
- **Desviación septal residual o recidivante:** puede quedar o reaparecer una desviación tras la cirugía
- **Colapso valvular interno o externo:** si se debilitan los cartílagos alares o laterales superiores
- **Estrechamiento excesivo de las fosas nasales:** por un exceso de reducción estética

### ¿Cómo se trata?

- **Sprays nasales con corticoides** (en obstrucciones leves)
- **Técnicas de soporte valvular** (injertos tipo spreader grafts, alar batten, o suspensión alar)
- **Rinoplastia secundaria funcional**, si es necesario

 En estos casos, **un TAC o una endoscopia nasal ayudan a identificar la causa exacta del problema.**

## 2 Colapso de la válvula nasal interna

## ¿Qué es?


La válvula nasal interna es el **punto más estrecho de la vía aérea nasal**, situado entre el septo y los cartílagos laterales superiores. Si pierde soporte estructural, **se colapsa durante la inspiración**, dificultando la entrada de aire.

### Causas:

- Resección excesiva del dorso
- Ausencia de soporte con injertos spreader
- Cicatrización interna con retracción

### Tratamiento:

- **Colocación de injertos spreader** o flaring grafts en una rinoplastia secundaria
- En algunos casos leves, uso de **tiritas externas tipo Breathe Right®** como solución temporal

 Es una de las causas más comunes de obstrucción respiratoria **postquirúrgica**, y debe sospecharse ante dificultad respiratoria al inspirar profundamente.

## 3 Colapso de la válvula nasal externa

### ¿Qué es?

Afecta a la **entrada nasal visible** (alas nasales), y ocurre cuando **los cartílagos alares son debilitados o retraídos** tras una cirugía.

### Causas:

- Resección o debilitamiento excesivo de la crura lateral
- Tensión cicatricial que tira de las alas nasales hacia dentro
- Falta de soporte estructural en pieles pesadas

### Soluciones:

- **Injertos de soporte lateral (alar batten)**
- **Reforzamiento de la punta nasal y la base alar**
- **Cirugía reconstructiva** si la retracción es severa

## **4 Hipertrofia de cornetes (recidiva)**

### ¿Qué es?

Los cornetes son estructuras que regulan el flujo de aire y lo humidifican.

Durante la rinoplastia pueden reducirse, pero en algunos pacientes **vuelven a crecer espontáneamente** con el tiempo.

### Síntomas:

- Sensación de congestión
- Necesidad constante de respirar por la boca
- Ronquidos, cefaleas por hipoxia leve

### Diagnóstico:

- Exploración endoscópica

- TAC de senos paranasales

### **Tratamiento:**

- **Sprays de corticoides nasales**
- **Terapias antihistamínicas**, si hay componente alérgico
- **Nueva cirugía de reducción de cornetes**, con técnicas menos invasivas (radiofrecuencia, láser)

## **5 Rinitis atrófica o sequedad nasal excesiva**

### **¿Qué es?**

Tras resecar estructuras internas o tras una disminución importante de los cornetes, algunos pacientes refieren **sequedad intensa, costras, o sensación de “aire frío y directo” al respirar.**

### **Causas:**

- Exposición excesiva de mucosa interna
- Pérdida de función humidificadora natural
- Uso prolongado de descongestionantes o mal uso de sprays

### **Tratamiento:**

- Hidratación nasal con **suero fisiológico en lavados diarios**
- Aplicación de **aceites nasales o cremas con vitamina A**
- Evitar irritantes como humo, polvo o aire muy seco

## **Conclusión**

La rinoplastia, bien planteada y técnicamente precisa, **debe mejorar o al menos preservar la respiración nasal.**

Pero como en toda cirugía, **pueden surgir complicaciones funcionales**, muchas veces sutiles, pero incómodas para el paciente.

Lo importante es:

- Detectarlas precozmente
- Tratarlas con enfoque médico y/o quirúrgico
- Entender que en muchos casos **tienen solución si se actúa a tiempo**

 Porque una nariz estética... **también debe ser una nariz que respira bien.**

# Capítulo 8: Rinoplastia Secundaria

---

Cuando hablamos de rinoplastia, es fundamental diferenciar entre dos tipos de intervención: la **primaria**, realizada sobre una nariz que nunca ha sido operada, y la **secundaria**, que se lleva a cabo para corregir problemas derivados de una cirugía previa. A simple vista podrían parecer similares, pero **nada más lejos de la realidad**. De hecho, la rinoplastia secundaria se considera una de las intervenciones más complejas dentro de toda la cirugía estética facial.



## Rinoplastia Primaria vs. Rinoplastia Secundaria

### Dos caminos quirúrgicos con desafíos muy distintos



#### Tejidos vírgenes vs. tejidos cicatrizados

En la **rinoplastia primaria**, el cirujano trabaja sobre estructuras anatómicas **íntegras** y sin alteraciones quirúrgicas previas. Esto permite una disección más precisa, un modelado más predecible de los cartílagos y huesos nasales, y una cicatrización más uniforme. Los tejidos responden de forma natural y el plan quirúrgico se puede aplicar con mayor fidelidad.

En cambio, en una **rinoplastia secundaria**, nos encontramos con tejidos ya manipulados, fibrosados, con planos anatómicos alterados y a menudo con cartílagos dañados o ausentes. Esto no solo **reduce la precisión quirúrgica**, sino que **aumenta el grado de incertidumbre** sobre el comportamiento de los tejidos en el postoperatorio .

## Necesidad de injertos adicionales

Una de las diferencias más importantes es que la rinoplastia secundaria suele **requerir materiales adicionales para reconstruir la nariz**.

Esto se debe a:

- **Pérdida o reabsorción de cartílago septal**, lo que obliga a buscar injertos en otras zonas del cuerpo.
- **Distorsión o malposición de injertos previos**, especialmente cuando se han utilizado materiales aloplásticos (como Gore-Tex o Medpor), que pueden infectarse o extruirse .

Los injertos más empleados en rinoplastia secundaria son:

- **Cartílago costal** (de las costillas): muy resistente y abundante, aunque con riesgo de deformación si no se esculpe correctamente .
- **Cartílago auricular** (de la oreja): útil para injertos más pequeños y moldeables.
- **Fascia, grasa o pericondrio**: se usan para camuflar irregularidades o suavizar contornos.

## Mayor inflamación y recuperación más lenta

La respuesta inflamatoria tras una rinoplastia secundaria suele ser **más intensa y prolongada** que en la cirugía primaria. Esto se debe a la cicatrización previa y a la mayor cantidad de tejido manipulado. La consecuencia directa es un:

- **Postoperatorio más incómodo**
- **Desinflamación más lenta**

- **Percepción tardía de los resultados definitivos**, que pueden no apreciarse hasta pasados 18-24 meses en algunos casos .

## **Mayor riesgo de complicaciones**

La rinoplastia secundaria presenta **una tasa más alta de complicaciones** respecto a la cirugía primaria, entre las que se incluyen:

- **Infecciones** (especialmente si se han usado materiales sintéticos en cirugías previas)
- **Fibrosis cicatricial excesiva**
- **Deformidades estructurales complejas**
- **Colapso valvular y dificultad respiratoria**
- **Reabsorción o deformación de injertos**

En los estudios revisados, la tasa de complicaciones que requieren nueva cirugía tras rinoplastia primaria oscila entre el 5% y el 10%, mientras que en cirugía secundaria puede alcanzar el 15%-25% .

## **Expectativas quirúrgicas diferentes**

Los pacientes de rinoplastia secundaria llegan muchas veces con una carga emocional significativa, por experiencias negativas previas. Esto los convierte en pacientes más exigentes, que ya conocen el proceso quirúrgico pero tienen también más **ansiedad, frustración o miedo**. Por tanto, requieren:

- Un **diagnóstico más preciso**
- Una **planificación quirúrgica más detallada**

- **Una comunicación más empática y realista**

En estos casos, **la simulación digital 3D y la fotografía médica comparativa cobran un papel fundamental** para alinear expectativas y planificar la cirugía .

## **¿Por qué fracasa una rinoplastia?**

Aunque lo deseable es que toda rinoplastia sea un procedimiento definitivo, la realidad es que entre un **5% y un 8% de los pacientes** que se someten a esta cirugía pueden requerir una segunda intervención. Pero... ¿qué lleva a un paciente a no estar satisfecho con el resultado? ¿Es siempre culpa del cirujano? ¿Es inevitable? La respuesta, como casi todo en medicina, es compleja y multifactorial.

Existen **cuatro grandes motivos por los cuales una rinoplastia puede considerarse fallida**: errores técnicos, problemas funcionales no corregidos, falta de experiencia del primer cirujano, y finalmente, una **mala alineación de expectativas entre médico y paciente**.

### **1 Fallos técnicos**

Una de las causas más frecuentes de insatisfacción tras una rinoplastia primaria es que, durante la intervención, **se haya eliminado o modificado en exceso o por defecto alguna parte de la estructura nasal**. Esto puede traducirse en:

- **Resección insuficiente**: la giba no desaparece del todo, la punta sigue caída, el tabique continúa desviado.
- **Resección excesiva**: el dorso se colapsa, la punta queda demasiado alta o delgada, los cartílagos pierden soporte.

- **Asimetrías** no detectadas intraoperatoriamente.
- **Injertos mal colocados o mal fijados**, que se desplazan con el tiempo o generan irregularidades visibles.

A veces, estos errores se deben a una **evaluación preoperatoria incompleta**, y otras, simplemente a una ejecución incorrecta del plan quirúrgico.

## **2 Problemas funcionales no corregidos**

Una nariz bonita, pero que no respira, **no es una nariz funcionalmente correcta**.

Muchos pacientes consultan para mejorar su estética nasal, pero ya presentan obstrucción respiratoria de base. Cuando este problema no se identifica ni se corrige durante la cirugía (por ejemplo, mediante una septoplastia adecuada, reducción de cornetes o injertos estructurales), **la sensación de “fracaso” se multiplica**.

A veces, incluso se generan problemas nuevos: colapsos valvulares, estenosis internas o cicatrices que obstruyen el flujo aéreo.

## **3 Falta de experiencia o planificación por parte del primer cirujano**

La rinoplastia es una de las **cirugías más exigentes y complejas** dentro de toda la cirugía estética facial. No todos los cirujanos que la practican tienen la formación específica, el volumen de casos, o la experiencia necesaria para abordar con seguridad cada tipo de nariz.

En ocasiones, el fracaso quirúrgico se debe a:

- Técnicas desactualizadas o inadecuadas para el caso particular

- Falta de personalización en el abordaje quirúrgico
- Exceso de confianza sin un análisis estructurado
- No documentar bien el caso con fotografías, simulaciones o pruebas complementarias

🎯 La rinoplastia no es una cirugía que admita improvisación. Cada milímetro cuenta. Y si no se planifica con precisión, **el margen de error se amplía enormemente.**

#### **4 Expectativas poco realistas o comunicación deficiente**

Una parte importante de los fracasos quirúrgicos **no tiene origen en el bisturí, sino en el diálogo previo.** Cuando el paciente tiene una imagen mental de lo que quiere, pero el cirujano no la entiende, no la comparte o no la corrige, **se genera una desconexión.**

- A veces, el paciente idealiza el resultado (una “nariz perfecta” no existe).
- Otras, no logra explicar con claridad qué es lo que le molesta.
- En ocasiones, muestra fotos de famosos con rasgos faciales incompatibles con su estructura anatómica.
- Y en no pocos casos, hay un **componente emocional o psicológico** no abordado, como inseguridad, baja autoestima o dismorfia corporal.

💬 Cuando no se gestiona bien la comunicación, **ni siquiera una cirugía técnicamente correcta garantiza la satisfacción final.**

## ✓ Conclusión

El fracaso en una rinoplastia puede deberse a errores quirúrgicos, a una función nasal no recuperada, a una técnica poco precisa, o simplemente a que el paciente esperaba un cambio que **la cirugía no podía proporcionarle**.

Por eso, en toda consulta previa a una rinoplastia secundaria, el primer paso no es el análisis anatómico...

👉 **Es entender qué ocurrió la primera vez, y por qué no funcionó.**

## 🔄 Evaluación preoperatoria del paciente de rinoplastia secundaria

**Antes de tocar, hay que entender. Antes de operar, hay que escuchar.** 🦻👇

La valoración de un paciente que ya ha sido operado de la nariz requiere **una mirada diferente**. No basta con saber qué le pasa a la nariz actual; hay que entender **qué pasó con la anterior**, cómo ha evolucionado, y sobre todo, **cómo se siente el paciente al respecto**.

El objetivo de esta fase no es solo diagnóstico, sino también **emocional y estratégico**. Como cirujano, tengo que conocer los problemas que presenta la nariz... pero también el tipo de paciente que tengo delante. Aquí, más que nunca, se aplica la máxima de:

“Una buena indicación quirúrgica empieza por una buena escucha.”

## **Historia clínica detallada**

La consulta debe empezar con una recopilación exhaustiva de información:

- **¿Cuántas veces ha sido operado el paciente?**
- **¿Cuándo fue la última cirugía?**
- **¿Qué se hizo en cada intervención (si se conoce)?**
- **¿Cómo evolucionó el postoperatorio? ¿Hubo infecciones, sangrados, traumatismos?**
- **¿Ha recibido rellenos o tratamientos estéticos no quirúrgicos? (ácido hialurónico, hilos, etc.)**
- **¿Ha tenido algún problema funcional, como dificultad para respirar, sinusitis, o alergias nasales?**

 Cuanta más información podamos obtener, **más seguro será el planteamiento quirúrgico posterior.**


## **La relación con el primer cirujano**

Este punto puede parecer anecdótico, pero es **muy revelador**:

- **¿Hubo buena comunicación entre paciente y cirujano?**
- **¿El paciente se sintió escuchado y acompañado en su proceso?**
- **¿Volvería con ese cirujano si pudiera repetir la cirugía?**

A veces, un paciente llega con un resultado quirúrgico aceptable, pero con una **experiencia emocional negativa**, y busca una segunda cirugía como una forma de “corregir” también esa vivencia.


En otros casos, el paciente puede sentirse **abandonado**, sin respuestas tras una complicación, o incluso culpable de su resultado.

 Es esencial detectar si el paciente busca una reparación física... o también **una reparación emocional**.

## **Exploración física completa**

Una exploración meticulosa es la piedra angular del diagnóstico. No debe dejar ningún área sin evaluar:

- **Palpación del dorso y la punta nasal:** detectar irregularidades, injertos, retracciones, adherencias.
- **Valoración de las válvulas nasales:** observar si hay colapsos dinámicos o estáticos.
- **Rinoscopia anterior:** visualizar el tabique, los cornetes y la mucosa interna.
- **Fibroscopia o endoscopia nasal** (si es necesaria): para evaluar áreas no visibles directamente, como la región posterior del septo.
- **Exploración de la piel:** grosor, elasticidad, presencia de fibrosis o cicatrices adheridas.

 En casos complejos, la **imagenología complementaria**, como una tomografía (TAC o CBCT), puede revelar desviaciones óseas, perforaciones septales, o irregularidades del eje facial.


## **Fotografías médicas y simulación digital**

Las fotos clínicas estandarizadas permiten:

- Analizar objetivamente **asimetrías, desviaciones y zonas de debilidad estructural.**
- Comparar con fotos antiguas del paciente (si se conservan).
- Documentar el punto de partida antes de una nueva intervención.

Además, la **simulación digital 2D o 3D** puede ser una herramienta muy útil:

- No como promesa **✗**
- Sino como **herramienta de comunicación y planificación quirúrgica** **✓**

 Nos permite ver si el paciente entiende lo que se puede (y no se puede) hacer, y ajustar expectativas antes de entrar en quirófano.

## **Valoración psicoemocional**

El paciente de rinoplastia secundaria **viene herido**. A veces por una nariz que no le gusta, otras por una experiencia frustrante, y en algunos casos, por una combinación de ambas.

Es fundamental observar:

- **¿Tiene expectativas realistas esta vez?**
- **¿Acepta sus limitaciones anatómicas?**
- **¿Está emocionalmente estable para afrontar una nueva cirugía?**
- **¿Busca un resultado mejor... o una nariz “perfecta”? (alerta de dismorfia facial)**

💬 A menudo, una conversación honesta con el paciente sobre lo que puede esperarse **previene decepciones futuras**. Y si hay dudas sobre su estabilidad emocional, derivar a un psicólogo con experiencia en estética es un gesto de responsabilidad, no de desconfianza.

## ✅ Conclusión

La evaluación preoperatoria en rinoplastia secundaria **es mucho más que una exploración médica**.

Es una **reconstrucción del pasado quirúrgico, una comprensión del presente emocional y una planificación del futuro anatómico**.

Solo así, cuando llega el día de la cirugía, **sabemos no solo qué vamos a operar... sino por qué, cómo y para quién.** 🎯

## 📁 Clasificación de los problemas según el tercio nasal afectado

**Descomponer para entender: analizar la nariz en secciones**

Una nariz puede parecer un bloque compacto, pero a la hora de estudiarla –especialmente en una rinoplastia secundaria– es fundamental dividirla en **tres tercios anatómicos**: superior, medio e inferior. Cada uno tiene una arquitectura propia, funciones específicas y, por tanto, **problemas característicos**.

Esta división permite abordar los defectos de forma **ordenada, precisa y quirúrgicamente efectiva**. Vamos a verlos uno a uno:

## Tercio superior: hueso, estructura... e irregularidades visibles

Comprende la zona ósea de la nariz, desde el entrecejo (radix) hasta el punto de transición con el cartílago.

### Problemas frecuentes:

- **Open roof** 🏠: tras una resección excesiva de la giba, el hueso queda abierto como un tejado sin cumbrera, generando un hueco visible.
- **Irregularidades óseas** 🪨: causadas por osteotomías mal hechas o limado irregular del dorso, pueden verse y palparse como “bultitos” o escalones.
- **Hundimiento del dorso** ⬇️: también llamado “saddle nose” o nariz en silla de montar, da una apariencia colapsada que distorsiona el perfil.
- **Gibas residuales o recidivadas** 🐪: cuando la joroba dorsal no fue completamente eliminada o vuelve a proyectarse por fibrosis o memoria cartilaginosa.
- **Fracturas mal consolidadas** ❌: pueden generar asimetrías o desviaciones del eje nasal.

📷 Desde el punto de vista estético, este tercio determina gran parte del perfil nasal. Si el problema está aquí, **se ve a primera vista**.

## Tercio medio: la zona de equilibrio... y también la más inestable

Corresponde a los cartílagos laterales superiores, que se articulan con el septo y forman **la parte central del dorso**.

### Problemas frecuentes:

- **Polly beak** 🐦: deformidad en forma de pico de loro, causada por exceso de tejido o colapso del dorso, que crea una curvatura no deseada.
- **V invertida** ▼: una depresión visible en el punto de transición entre hueso y cartílago, por falta de soporte estructural (colapso del techo nasal).
- **Estrechamiento excesivo del dorso** 🖋️: da una nariz “pinzada” o “afilada” desde el frente, con sombra permanente a ambos lados del dorso.
- **Desviaciones del eje nasal** ⬅️➡️: el tercio medio puede empujar la punta hacia un lado, incluso cuando el tercio inferior es simétrico.
- **Colapso valvular interno** 🦷: por debilitamiento de los cartílagos laterales superiores, causa obstrucción respiratoria al inspirar profundamente.

🎯 Este tercio es el **más difícil de estabilizar** en rinoplastia secundaria, ya que combina **exigencia estética y funcional al mismo tiempo**.

## ■ **Tercio inferior: punta, base alar... y toda la personalidad de la nariz**

Este tercio incluye la punta nasal (cartílagos alares o cruras) y la base (columela, alas nasales y narinas).

## Problemas frecuentes:

- **Sobrepoyección de la punta ▲**: cuando la punta sobresale demasiado hacia delante, proyectándose más que el dorso.
- **Infrapoyección ▼**: una punta retraída que deja la nariz con aspecto “hundido” o “aplastado”.
- **Hiperrotación o infrarrotación 🕒**: cuando la punta se levanta en exceso (nariz respingona) o cae demasiado (nariz caída).
- **Punta bulbosa o asimétrica 🌀**: especialmente frecuente tras resecciones mal equilibradas o fibrosis postoperatoria.
- **Colapso alar 🧠**: pérdida de soporte lateral que genera un aplanamiento en la base nasal y dificultad para respirar.
- **Narinas visibles o deformadas 📌**: orificios nasales excesivamente abiertos, deformados o de forma irregular.
- **Base nasal ancha o demasiado estrecha 🧱**: alteración de la proporción entre alas nasales y labio superior, que puede dar una estética poco natural.

🔍 Aquí es donde reside buena parte de la expresión y “personalidad” de la nariz. **Pequeñas variaciones generan grandes diferencias visuales.**

## ✅ Conclusión

Analizar los problemas según el tercio nasal afectado no es solo una estrategia quirúrgica: **es una forma de entender la nariz como una arquitectura compleja, donde cada parte sostiene y afecta a las otras.**

📌 Una nariz armónica no es la que tiene una punta bonita o un dorso fino, sino la que mantiene un **equilibrio tridimensional entre sus tres tercios**, tanto en forma como en función.

Y cuando ese equilibrio se ha perdido tras una primera cirugía, **el primer paso para recuperarlo es saber dónde está la falla.**

## 🏴‍☠️ **Complicaciones funcionales frecuentes en rinoplastia secundaria**

Una nariz debe verse bien, pero también debe respirar bien. 🌬️



Uno de los mayores desafíos en rinoplastia secundaria no es solo lograr una forma nasal estéticamente agradable, sino **recuperar –o preservar– una función respiratoria adecuada.**

Y es que, en muchos casos, los pacientes que buscan una segunda cirugía **no solo quieren mejorar su aspecto... quieren volver a respirar con normalidad.**

En esta sección repasamos las **complicaciones funcionales más comunes** que pueden aparecer tras una primera rinoplastia fallida, y cómo se abordan.

### 🔴 **1. Obstrucción nasal persistente**

Es, sin duda, **la complicación funcional más frecuente** tras una rinoplastia.

**¿Por qué ocurre?**

- Falta de tratamiento de una **desviación septal previa**
- **Colapso de estructuras valvulares** internas o externas
- Exceso de reducción de los cornetes, que altera el flujo aéreo
- Resección excesiva de cartílago que compromete la estabilidad nasal
- Cicatrización interna con **sinequias** (adherencias entre mucosas)

### ¿Qué nota el paciente?

- Dificultad para respirar por uno o ambos lados
- Sensación de congestión permanente
- Respiración oral por la noche 🥱
- Fatiga al hacer ejercicio

📌 A veces, el problema no estaba antes de la cirugía... aparece **como consecuencia directa del procedimiento**.

## ▼ 2. Colapso valvular interno

La **válvula nasal interna** es la parte más estrecha de la vía aérea nasal. Se sitúa entre el septo y los cartílagos laterales superiores.


### ¿Qué lo causa?

- Resección excesiva del dorso
- Ausencia de injertos estabilizadores (spreader grafts)

- Cicatrización con fibrosis que tira hacia dentro

### ¿Qué siente el paciente?

- Dificultad respiratoria especialmente al **inspirar fuerte**
- Sensación de nariz que “se cierra” al correr o hablar mucho
- Mejora transitoria al **eleva lateralmente la mejilla con los dedos** (signo de Cottle positivo)

 El tratamiento suele requerir una cirugía correctiva con **injertos de expansión interna**.

## **3. Colapso valvular externo**

Afecta a la parte visible y móvil de la nariz: **las alas nasales**. Cuando pierden soporte, se colapsan hacia dentro al inspirar.

### ¿Por qué ocurre?

- Cartílagos alares debilitados por resección excesiva
- Pérdida de soporte en la base alar
- Falta de injertos de refuerzo lateral

### ¿Qué nota el paciente?

- Entrada nasal que “se chupa hacia dentro” al inspirar
- Obstrucción que mejora al **presionar suavemente las alas nasales hacia afuera**
- En casos severos, también impacto estético (nariz pinzada o colapsada)

💡 Se trata mediante injertos tipo **alar batten** o refuerzos estructurales en el borde alar.

## 4. Hipertrofia de cornetes (recidiva)


Aunque durante la rinoplastia se pueden reducir los cornetes inferiores, en algunos pacientes tienden a crecer de nuevo con el tiempo.

### ¿Por qué sucede?

- **Memoria biológica** del tejido (respuesta inflamatoria natural)
- Condiciones asociadas: rinitis alérgica, uso crónico de sprays, ambientes secos
- En pacientes jóvenes, es más frecuente

### ¿Cómo se manifiesta?

- Congestión nasal progresiva
- Necesidad de respirar por la boca
- Aumento de la secreción nasal

 Puede controlarse con sprays tópicos, pero en algunos casos requiere una **segunda reducción quirúrgica de cornetes**.

## 5. Perforación septal

Aunque rara, esta complicación puede aparecer cuando ha habido:

- Cirugías previas muy agresivas sobre el septo

- Infección postoperatoria mal resuelta
- Abuso de sustancias como la cocaína (que daña el cartílago nasal)

### Síntomas posibles:

- Silbidos al respirar 🌀
- Costras, sangrado nasal frecuente
- Dolor o sensación de sequedad extrema

🧠 En casos leves, se puede manejar con hidratación nasal. En otros, se requiere una **cirugía reconstructiva septal**.

## 🔗 6. Sinequias o adherencias internas

Son **puentes de tejido cicatricial** que se forman entre el tabique y la pared lateral de la fosa nasal, bloqueando el flujo de aire.

### ¿Qué lo favorece?

- Cirugías con exposición extensa de mucosa
- Postoperatorios mal controlados
- Pacientes con tendencia a cicatrización densa

👁️ Se detectan en exploraciones endoscópicas y pueden retirarse mediante una cirugía sencilla bajo anestesia local.


### ✅ Conclusión

Las complicaciones funcionales **no siempre se ven desde fuera**, pero pueden tener un impacto enorme en la calidad de vida del paciente.

Por eso, en toda rinoplastia secundaria, el objetivo no es solo que la nariz luzca bien en el espejo, sino que también **funcione bien en cada respiración**.

🎯 Una nariz bonita que no respira no está completa. Y una rinoplastia exitosa es la que consigue armonía estética... **sin olvidar la fisiología**.

## **Materiales para reconstrucción en rinoplastia secundaria**

**Cuando la nariz necesita ser reconstruida... hace falta traer refuerzos** 

En una rinoplastia primaria, el cirujano suele disponer de estructuras intactas: cartílago septal robusto, planos bien definidos, piel que no ha sido manipulada.

Pero en una rinoplastia secundaria, la historia cambia: el escenario es más complejo, el material nativo muchas veces está dañado o ausente, y es necesario **recurrir a fuentes adicionales para reconstruir la arquitectura nasal**.

Estos “materiales de reconstrucción” no son otra cosa que **tejidos propios del cuerpo (autólogos)** o, en casos muy seleccionados, **materiales sintéticos (aloplásticos)**.

Veamos los más utilizados:

### **1. Cartílago costal**

**El acero estructural de la rinoplastia secundaria**

Es el material de elección cuando **no queda cartílago septal suficiente** o cuando se requiere una estructura sólida y resistente.

### ¿De dónde se obtiene?

Desde una pequeña incisión de 2-3 cm, en un pliegue bajo el pecho (en mujeres suele quedar oculta bajo el sujetador).

### ¿Para qué se utiliza?


- Reconstruir completamente el dorso nasal
- Crear nuevos septos estructurales
- Elevar y proyectar la punta
- Soportar alas nasales colapsadas

### **Ventajas:**

- **Gran cantidad disponible**
- Muy **resistente**
- Permite diseñar estructuras a medida

### **Inconvenientes:**

- Requiere una segunda zona quirúrgica
- Puede deformarse si no se esculpe correctamente
- En casos excepcionales, se calcifica con el tiempo

 Es el material de referencia en casos complejos, deformidades graves o pacientes revisados múltiples veces.

## 👂 2. Cartílago auricular

### Pequeño, moldeable... y muy útil para camuflajes

Se obtiene desde una incisión oculta detrás de la oreja, sin deformarla ni afectar la audición.

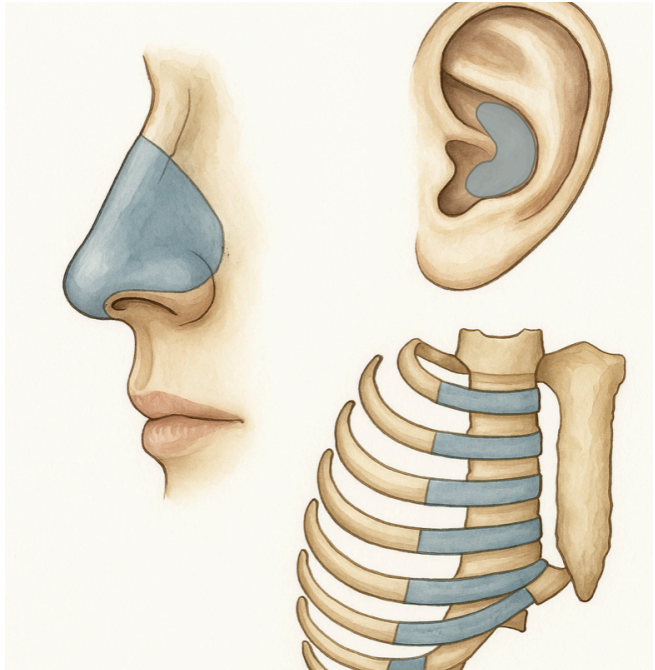
#### ¿Para qué se usa?

- Corregir pequeños colapsos laterales
- Refuerzo de válvulas
- Injertos de camuflaje en punta o dorso

🧠 No es ideal para grandes estructuras de soporte, pero **sí para refinar y complementar.**

🎨 Su forma curva natural es útil para ciertas zonas del contorno nasal.

Estas son las fuentes principales de cartílago para una rinoplastia (tanto primaria como secundaria)



### 3. Fascia de recto abdominal

#### El velo de seda que suaviza las transiciones

La fascia es una lámina fina pero resistente de tejido conectivo, que se encuentra sobre el músculo abdominal. Se extrae desde la misma incisión del cartílago costal, cuando se requiere.

#### ¿Para qué se utiliza?

- **Cubrir injertos de cartílago** y evitar que se noten desde fuera
- Camuflar irregularidades del dorso
- Suavizar transiciones entre estructuras

 Piensa en ella como una envoltura: no da soporte, pero **mejora el acabado final**.

### 4. PRF y nanofat

#### Regeneración y calidad tisular desde el interior

El PRF (plasma rico en factores) y la nanofat (grasa procesada con propiedades regenerativas) se utilizan para **mejorar la piel y los tejidos blandos**.

#### ¿Cómo actúan?

- Estimulan la regeneración tisular
- Reducen fibrosis
- Aportan elasticidad y luminosidad a la piel

💡 Especialmente útiles en pacientes con **piel gruesa**, retracciones o múltiples cirugías previas.

## 🔪 5. Materiales aloplásticos (sintéticos)

**La opción de último recurso... y con muchas precauciones**

Existen materiales como el Gore-Tex®, Medpor® o silicona, que han sido utilizados en rinoplastias reconstructivas. Sin embargo, **su uso es muy limitado** por el riesgo de:

- Infecciones
- Rechazo
- Extrusión (salida del material a través de la piel)

📌 En nuestra práctica, **solo se consideran en casos extremos** donde no se pueden obtener tejidos autólogos, y con indicación muy precisa.

## 🪵 6. Injertos compuestos y técnicas de camuflaje

En rinoplastia secundaria, muchas veces usamos combinaciones de materiales:

- **Cartilago + fascia:** para aportar estructura y disimulo
- **Cartilago + grasa:** para regularizar el contorno
- **Fascia + PRF:** para mejorar zonas fibrosadas

Estos injertos no solo reconstruyen... también permiten **dar naturalidad al resultado final**, especialmente en pieles delgadas o deformidades muy marcadas.

## ✅ Conclusión

En rinoplastia secundaria, reconstruir no es solo cuestión de técnica... es cuestión de materiales.

Y contar con los adecuados –en cantidad, calidad y localización– es tan importante como saber utilizarlos bien.

🧱 Porque no se puede levantar una buena casa sin buenos cimientos. Y no se puede restaurar una nariz dañada... sin los materiales adecuados.

## 🌐🌐🌐 Técnica quirúrgica general en rinoplastia secundaria

Reconstruir una nariz ya operada es como restaurar una catedral antigua: cada detalle importa 🏛️🔍

Una rinoplastia secundaria no es una “cirugía más”... es una **intervención de precisión, paciencia y planificación quirúrgica avanzada.**


Los tejidos ya han sido manipulados, las estructuras internas pueden estar alteradas, y muchas veces, no sabemos con certeza qué vamos a encontrar hasta que entramos en el quirófano.

🎯 Por eso, más que una técnica estándar, la rinoplastia secundaria se basa en **principios adaptables**, y en una serie de pasos que deben ejecutarse con rigor y flexibilidad.


Vamos a explicarte, sin tecnicismos excesivos, en qué consiste esta cirugía desde dentro.

## 1. Acceso abierto y liberación de tejidos

Se realiza una incisión en forma de “V” invertida en la columela, como en la mayoría de las rinoplastias abiertas. A partir de ahí, **se despegan cuidadosamente las estructuras** para poder acceder a las zonas profundas.

 En la rinoplastia secundaria, esta fase es crítica, ya que muchas veces hay:


- Cicatrices adheridas
- Tejido fibroso desorganizado
- Planos anatómicos borrados

 El objetivo es **liberar las tensiones** sin dañar los vasos ni las zonas que aún conservan buena irrigación.

## 2. Evaluación de la estructura existente

Una vez expuesta la nariz por dentro, el cirujano evalúa:

- ¿Qué cartílago queda?
- ¿Está recto el septo?
- ¿Hay injertos previos? ¿Están mal colocados?
- ¿Hay alguna perforación, fibrosis o debilidad estructural?

 Esta fase se parece mucho a una auditoría arquitectónica: **vemos qué sirve, qué hay que reforzar y qué hay que eliminar.**



### 3. Reconstrucción del soporte interno

Aquí empieza la parte “ingenieril” de la cirugía. Dependiendo del daño, se reconstruye el tabique (como columna central) y se colocan injertos para restaurar la arquitectura:

- **Spreader grafts:** para abrir la válvula nasal interna
- **Strut columelar:** para dar soporte a la punta
- **Grafts alares:** para evitar el colapso de las alas nasales
- **Grafts en dorso:** si hay hundimiento o irregularidades



En esta etapa se utilizan los materiales explicados en el punto anterior, como cartilago costal o auricular.



### 4. Reposicionamiento estético

Una vez reconstruida la base, se trabaja la forma:

- Se ajusta el **ángulo de rotación de la punta**
- Se equilibra la **proyección** (ni muy saliente ni retraída)
- Se suaviza el dorso y se mejora la simetría
- Se corrigen desviaciones del eje nasal
- Se eliminan irregularidades visibles desde el perfil o el frente



Aquí es donde se une **la técnica con el criterio estético**. No se trata solo de “arreglar”, sino de **embellecer con naturalidad**.

## 5. Cierre y cobertura

Tras colocar los injertos y moldear la forma deseada:

- Se vuelve a posicionar la piel y tejidos blandos
- Se coloca una férula externa para proteger la nariz
- Se sutura con puntos muy finos, buscando una cicatriz casi imperceptible

En algunos casos se aplican **injertos finos de fascia o grasa** para camuflar pequeños desniveles o para suavizar zonas críticas.

## 6. Valoración intraoperatoria

Durante toda la cirugía se realizan constantes:

- **Fotografías comparativas**
- **Mediciones estructurales**
- **Pruebas de permeabilidad nasal** (respiración)

Esta autoevaluación continua permite al cirujano ajustar el procedimiento hasta conseguir un resultado **funcional, estable y estético**.

## Conclusión

La rinoplastia secundaria no es solo “volver a operar una nariz”.

Es **restaurar, reordenar y reconstruir** una anatomía dañada.

Es combinar técnica quirúrgica con sentido artístico.

Es dar al paciente una segunda oportunidad... para **respirar y mirarse con tranquilidad.** ✨

 Porque cada milímetro cuenta.

 Porque cada cartílago suma.

 Porque cada paciente merece un plan a medida.

## El postoperatorio en rinoplastia secundaria

Mismo camino, más curvas... y más paciencia  

Si ya leíste el **Capítulo 6 de este libro**, sabes que la recuperación tras una rinoplastia no es cuestión de días, sino de **semanas, meses e incluso más de un año**.

En el caso de una rinoplastia secundaria, ese camino no solo es más largo... también es **más impredecible, más delicado y más exigente**.

¿Por qué? Porque los tejidos ya han sido manipulados antes. Porque hay fibrosis previa. Porque los vasos sanguíneos están alterados. Y porque muchas veces se han colocado injertos o se han reestructurado zonas que ya tenían una “cicatriz invisible”.

A continuación, repasamos los puntos clave del postoperatorio... señalando **qué se mantiene igual que en una rinoplastia primaria y qué cambia**.



**Primera semana: todo muy parecido... pero más hinchado**

✓ *Igual que en la primaria:*

- El paciente lleva una férula externa protectora 

- Puede haber congestión nasal por inflamación interna
- El dolor es mínimo, generalmente controlado con paracetamol e ibuprofeno
- La nariz aún no se ve: la férula cubre por completo la forma

⚠ *Diferente en la secundaria:*

- La inflamación suele ser **más intensa y asimétrica**
- Puede aparecer **hematoma subcutáneo** con más frecuencia
- Es normal que se formen **más costras internas** por las cicatrices previas
- Se necesita **más tiempo para estabilizar la presión interna y respirar con normalidad**

📌 La regla de oro aquí es: **más edema ≠ peor resultado. Solo significa que el cuerpo está trabajando más.**




**Primer mes: el mantra sigue igual, pero se alarga**

“Gorda, dura y sin sensibilidad” sigue siendo la norma... pero más tiempo.


✓ *Igual que en la primaria:*

- Se retira la férula y la nariz reacciona con un “efecto rebote”: se hincha
- El hueso consolida progresivamente (aunque más lento)
- Se permite ejercicio físico progresivo, evitando correr o nadar

- Se aplican apósitos tipo Trofolastin o Mepifoam para controlar la inflamación
- En pieles gruesas se recomiendan exfoliantes y alfa-hidroxiácidos 

 *Diferente en la secundaria:*

- La inflamación puede **descompensarse entre ambos lados de la nariz**
- Las zonas donde se han colocado injertos pueden sentirse más duras o prominentes
- Puede aparecer **molestia o hipersensibilidad** en la zona donante (costilla o oreja)
- Se recomienda **extremar la limpieza nasal interna**, ya que las secreciones y costras son más abundantes

 Aquí empieza el reto mental: el paciente **debe confiar en la evolución**, aunque a veces parezca que no mejora. La comparación con el mes 1 de una rinoplastia primaria puede ser frustrante, pero el ritmo **es distinto, no peor.**

 **Primeros 3 a 6 meses: la inflamación cede, pero no como antes**

✓ *Igual que en la primaria:*

- Se consolida la estructura ósea y cartilaginosa
- El uso de gafas puede reintroducirse gradualmente (si no hay injertos dorsales grandes)

- Se inician limpiezas faciales profundas (ej. Aquapure, Hydrafacial)
- Sigue la recomendación de **no sonarse fuerte la nariz**
- La caída de la punta se produce de forma progresiva

⚠ *Diferente en la secundaria:*

- Las zonas injertadas pueden **inflamarse por “brotes”** (con menstruación, estrés, calor, etc.)
- Se perciben **zonas de mayor dureza o fibrosis**, que pueden tardar en suavizarse
- Hay mayor riesgo de **inflamación asimétrica o retracciones cicatriciales localizadas**
- En algunos casos, se indica el uso de **infiltraciones subcutáneas de corticoides** para controlar el edema localizado

📌 Muchos pacientes comentan: “me veo como antes de la operación”... pero **solo porque se ven cada día**. Comparar fotos del primer mes con las del tercer mes ayuda a valorar el avance real 📷.

🕒 **Del sexto mes al año (o más): el resultado se acerca... pero aún no llega**

✓ *Igual que en la primaria:*

- Se alcanza un alto grado de definición
- La punta sigue desinflamándose y gana sensibilidad
- La función respiratoria debería estar ya estabilizada

- La piel se va adaptando al nuevo armazón

⚠ *Diferente en la secundaria:*

- El resultado final puede tardar **entre 14 y 24 meses** en estabilizarse completamente
- Hay más posibilidad de **cambios sutiles tardíos** por reabsorción parcial de injertos o por memoria cicatricial
- Es muy útil realizar una **valoración psicoemocional** si el paciente sigue teniendo dudas o inquietudes
- No se recomienda hablar de “retoques” hasta pasado mínimo un año (idealmente 18 meses)

🎯 La frase clave aquí es:

**“La rinoplastia secundaria se mide en paciencia, no en semanas.”**


## ✅ **Conclusión**

El postoperatorio de una rinoplastia secundaria **comparte muchas fases con una primaria**, pero:

- Es más lento
- Tiene más altibajos
- Y requiere **más acompañamiento médico y emocional**

Por eso, durante esta etapa:

- Se hacen más revisiones 🩺 y se vigila especialmente el riesgo de **infección**, de **necrosis** y de alteraciones en la **retracción** de la piel
- Se toman más fotografías comparativas 📷

- Se aplican tratamientos individualizados según el tipo de piel, injerto y evolución 
- Y sobre todo, **se acompaña al paciente paso a paso** con honestidad, realismo y empatía


Porque si bien es cierto que esta recuperación es más exigente...

✨ También es cierto que **los resultados bien planificados y ejecutados pueden cambiar por completo la forma de respirar, de mirarse y de sentirse.**

# Capítulo 9: Preguntas frecuentes


---

**D**espués de más de 15 años dedicándome exclusivamente a la cirugía plástica facial –y en particular a la rinoplastia– he respondido **cientos, quizá miles de preguntas** de pacientes que han pasado por mi consulta.

 *Lo que todo el mundo quiere saber... y algunos no se atreven a preguntar*

Algunas de esas preguntas se repiten una y otra vez. Otras aparecen solo en determinados momentos del proceso. Y unas pocas... bueno, digamos que no se pueden escribir en un libro serio como este 😊.

En este capítulo he seleccionado aquellas **preguntas que considero más relevantes, útiles y representativas** de las dudas reales que tienen los pacientes que se enfrentan a una rinoplastia. No están organizadas por complejidad ni por frecuencia, sino por **valor práctico**: lo que realmente necesitas saber si estás pensando en operarte la nariz.

 Porque una buena decisión quirúrgica no se basa solo en ver “narices bonitas” en redes sociales...

Se basa en **entender lo que estás a punto de hacerte, y sentirte tranquilo con cada paso.**

¡Vamos a ello!

# Preguntas frecuentes en rinoplastia

Respuestas honestas para decisiones informadas  

La rinoplastia es una de las cirugías estéticas más solicitadas, pero también una de las que más dudas genera. A continuación, abordamos las preguntas más comunes que los pacientes suelen plantear:

## ? ¿Es dolorosa la cirugía?

No, la rinoplastia no suele ser dolorosa. Gracias a las técnicas modernas y al uso de anestesia general, la mayoría de los pacientes experimentan molestias leves que se controlan fácilmente con analgésicos comunes. Muchos pacientes se sorprenden al descubrir que el postoperatorio es más llevadero de lo que imaginaban.

## ? ¿A qué edad puedo someterme a una rinoplastia?

Se recomienda esperar hasta que el crecimiento facial haya finalizado. Esto suele ocurrir alrededor de los 15-16 años en mujeres y 17-18 años en hombres. Sin embargo, cada caso debe evaluarse individualmente.

## ? ¿Cuánto tiempo se necesita para recuperarse de la operación?

La mayoría de los pacientes pueden retomar sus actividades laborales o escolares entre 7 y 15 días después de la cirugía. Sin embargo, la inflamación y los cambios sutiles en la forma de la nariz pueden continuar durante varios meses. Los resultados definitivos suelen apreciarse entre 12 y 18 meses después de la intervención.

## **? ¿Cómo se asegura el cirujano de que los resultados serán adecuados para mí?**

Durante la consulta preoperatoria, se realiza un análisis detallado de las características faciales y se discuten las expectativas del paciente. El cirujano puede utilizar simulaciones digitales para mostrar posibles resultados y asegurarse de que las expectativas sean realistas y alcanzables.

## **? ¿Qué tipo de anestesia se utiliza?**

La rinoplastia se realiza generalmente bajo anestesia general, lo que garantiza que el paciente esté completamente dormido y no sienta dolor durante la intervención. En casos específicos y procedimientos menores, se puede considerar la anestesia local con sedación.

## **? ¿Qué cuidados especiales debo seguir antes y después de la cirugía?**

### **Antes de la cirugía:**

- Evitar medicamentos que puedan aumentar el riesgo de sangrado, como aspirina o antiinflamatorios, durante al menos dos semanas antes de la operación.
- No fumar, ya que el tabaco puede afectar la cicatrización.
- Seguir las indicaciones específicas del cirujano respecto a la alimentación y el ayuno preoperatorio.

### **Después de la cirugía:**

- Mantener la cabeza elevada para reducir la inflamación.
- Evitar actividades físicas intensas durante al menos dos semanas.

- No sonarse la nariz y seguir las instrucciones del cirujano sobre la limpieza nasal.
- Asistir a todas las consultas de seguimiento programadas.

## **? ¿Cuándo podré reincorporarme al trabajo y a mis actividades diarias?**

La mayoría de los pacientes pueden volver al trabajo o a sus actividades habituales entre 7 y 15 días después de la cirugía, dependiendo de la naturaleza de su trabajo y de cómo se sientan. Es importante evitar actividades que puedan implicar riesgo de traumatismo nasal durante al menos un mes.

## **? ¿Qué riesgos y complicaciones pueden surgir?**

Como con cualquier cirugía, existen riesgos, aunque son poco frecuentes. Estos pueden incluir:

- Sangrado.
- Infección.
- Reacciones adversas a la anestesia.
- Asimetrías o irregularidades en la forma de la nariz.
- Dificultades respiratorias si la estructura nasal se ve afectada.

Es fundamental elegir un cirujano experimentado y seguir todas las indicaciones pre y postoperatorias para minimizar estos riesgos.

## **? ¿Cuándo se verán los resultados definitivos?**

Aunque los cambios en la forma de la nariz son evidentes poco después de retirar la férula (generalmente a la semana), la inflamación puede

persistir durante varios meses. Los resultados definitivos suelen apreciarse entre 12 y 18 meses después de la cirugía.

## **? ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con el resultado?**

Es importante tener expectativas realistas y comprender que la rinoplastia busca mejorar la armonía facial, no alcanzar la perfección. Si después de un año del procedimiento el paciente no está satisfecho, se puede considerar una rinoplastia secundaria. Sin embargo, esta decisión debe tomarse con cautela y tras una evaluación detallada por parte del cirujano.



## **¿Cuándo puedo retomar el ejercicio después de una rinoplastia?**

Es recomendable esperar al menos **4 semanas** antes de reanudar actividades físicas intensas. Durante las primeras dos semanas, se sugiere evitar cualquier ejercicio que aumente significativamente la frecuencia cardíaca o la presión arterial, ya que esto podría afectar la cicatrización y aumentar el riesgo de sangrado. Actividades ligeras, como caminar, pueden retomarse gradualmente después de la segunda semana, siempre bajo la supervisión y aprobación de tu cirujano.



## **¿Cuándo es seguro tener relaciones sexuales después de la cirugía?**

La actividad sexual puede incrementar la presión arterial y el ritmo cardíaco, lo que podría afectar la zona operada. Por ello, se recomienda esperar al menos **2 semanas** antes de reanudar la actividad sexual, y siempre siguiendo las indicaciones específicas de tu cirujano.



## **¿Puedo viajar en avión poco después de la operación?**

Generalmente, se aconseja esperar al menos **2 semanas** antes de volar, ya que los cambios de presión en la cabina pueden afectar la zona operada y aumentar la incomodidad. Sin embargo, cada caso es único, por lo que es fundamental consultar con tu cirujano antes de planificar cualquier viaje aéreo.



## **¿Es normal sentir la punta de la nariz entumecida después de la cirugía?**

Sí, es completamente normal experimentar entumecimiento o una sensación de "acorchamiento" en la punta de la nariz después de una rinoplastia. Esta sensación suele deberse a la inflamación y al proceso de cicatrización de los nervios en la zona operada. Con el tiempo, generalmente en unos meses, la sensibilidad debería regresar gradualmente.



## **¿Qué tipo de alimentación se recomienda durante el postoperatorio?**

Una dieta equilibrada y rica en nutrientes es esencial para una recuperación óptima. Se recomienda consumir alimentos ricos en proteínas, vitaminas (especialmente vitamina C y A) y minerales para apoyar la cicatrización. Evita alimentos muy salados, ya que pueden aumentar la retención de líquidos y la inflamación. Además, es aconsejable mantenerse bien hidratado y evitar el alcohol y el tabaco durante el período de recuperación.

## ¿Cuánto tiempo debo esperar antes de volver al trabajo?


La mayoría de los pacientes pueden regresar a trabajos de oficina o actividades ligeras entre **7 y 10 días** después de la cirugía. Sin embargo, si tu trabajo implica esfuerzo físico o exposición a ambientes que podrían afectar la zona operada, es posible que necesites un período de recuperación más prolongado. Es importante discutir tu situación laboral específica con tu cirujano para recibir recomendaciones personalizadas.

## ¿Cómo se detecta precozmente una infección nasal?

Las infecciones nasales tras una rinoplastia **no son frecuentes**, pero pueden ocurrir, especialmente en las primeras semanas.




### Signos de alerta precoz:

- Aumento de dolor localizado en un punto concreto de la nariz (no generalizado)
- Enrojecimiento progresivo de la piel (especialmente si antes no estaba así)
- Hinchazón asimétrica o que empeora en lugar de mejorar
- Secreción nasal amarilla/verdosa con mal olor
- Fiebre o malestar general

 En caso de duda, es **imprescindible contactar de inmediato con el cirujano**, ya que una infección no detectada puede comprometer el resultado estético y funcional.

## ¿Cómo se trata empíricamente una infección nasal?

Si se sospecha una infección leve, el tratamiento empírico suele comenzar con:

-  **Antibióticos orales de amplio espectro** (habitualmente amoxicilina-clavulánico o clindamicina, si hay alergia). En casos de sospecha de infección severa puede realizarse una combinación de una cefalosporina de 4<sup>o</sup> generación (como el Cefditoren 400mg cada 12 horas) con una quinolona (como el Ciprofloxacino 500mg cada 12 horas). Estos antibióticos pueden mantenerse en el tiempo incluso hasta 6 semanas para eliminar todos los microorganismos patógenos.
-  Lavados nasales con suero fisiológico
-  Revisión clínica frecuente para ver evolución


 En casos más severos, puede ser necesario:

- Drenar un absceso o zona de pus
- Retirar injertos contaminados si los hubiera (raro, pero posible)
- Cambiar el tratamiento antibiótico por uno dirigido según cultivo

 La detección precoz y el abordaje rápido son clave para evitar complicaciones mayores.

## ¿Cómo debo dormir por la noche después de operarme?

Durante las primeras 2 a 3 semanas:

-  **Cabeza elevada** (con 2-3 almohadas o una cuña inclinada)

- ❌ Evitar dormir boca abajo o de lado (para no apoyar la nariz ni deformar el injerto)
- ✅ Lo ideal es dormir **boca arriba** para facilitar el drenaje venoso y reducir la inflamación

💡 Si te mueves mucho por la noche, puedes rodearte con cojines laterales para evitar girarte inconscientemente.

## ❄️ ¿El frío postoperatorio es bueno o malo?

¡Buena pregunta! El **frío es un gran aliado**, especialmente en los primeros días postoperatorios. Aplicado correctamente, tiene varios beneficios:

- ❄️ Disminuye la inflamación
- ❄️ Reduce el riesgo de sangrado
- ❄️ Alivia la sensación de presión nasal

💡 Recomendaciones:

- Aplicar compresas frías en la frente o en las mejillas (nunca directamente sobre la nariz)
- Usar frío durante las primeras 48-72 h, en intervalos de 15-20 minutos
- No aplicar hielo sin protección (podría dañar la piel)

🧠 Pasados los primeros días, el frío ya no tiene tanto efecto, pero no es perjudicial si sigue resultando cómodo.


😡 **Durante los primeros días tuve un humor de perros... ¿es normal?**


¡Sí, es más común de lo que parece! 🤔


Una parte importante del mal humor, irritabilidad, insomnio o sensación de “estar muy raro emocionalmente” puede deberse a la **cortisona** (corticoides orales), que suele administrarse durante los primeros días postoperatorios para reducir la inflamación.

 **Los corticoides pueden provocar:**

- Cambios bruscos de ánimo
- Irritabilidad o ansiedad
- Sensación de hiperactividad o insomnio
- En casos muy raros, incluso **psicosis inducida por corticoides** (más frecuente en personas con predisposición)

 Además, hay que sumar el contexto: cansancio, incomodidad, congestión nasal, preocupación por el resultado... todo influye en el estado de ánimo.


 Lo más importante es saber que **estas sensaciones suelen ser transitorias** y ceden al reducir o eliminar los corticoides. Si persisten o se intensifican, conviene consultar con el equipo médico o, en algunos casos, con un profesional de salud mental.


 **Después de la cirugía, noto que el labio superior no sonrío exactamente igual que antes de operarme... ¿es normal?**

Sí, es completamente normal que, durante las primeras semanas o incluso meses, notes que **el labio superior está más rígido** o que **la sonrisa ha perdido algo de naturalidad**.

 ¿Por qué ocurre?


Durante la rinoplastia, sobre todo si se ha colocado un **injerto de extensión septal** en la columela (la parte que separa los dos orificios nasales), **se limita ligeramente el movimiento del labio superior**. Esto se debe a que el injerto aporta soporte y estructura a la punta nasal, pero al hacerlo, **puede tensar un poco la zona del labio**.

 No es una complicación, ni un fallo quirúrgico. Es **una consecuencia mecánica esperada** que suele mejorar con el paso del tiempo.

 En la mayoría de los casos, esta sensación disminuye progresivamente a partir del segundo mes postoperatorio, a medida que los tejidos recuperan elasticidad y el cuerpo se adapta a la nueva estructura nasal.


## **Cuando respiro fuerte, noto que la nariz se sigue colapsando... ¿es normal?**

¡Sí! Y de hecho, es **una señal de que tu nariz está funcionando como debe**.


 La nariz **no es un tubo rígido**, es una estructura semirrígida diseñada para **filtrar, humidificar y calentar el aire** antes de que llegue a los pulmones.

Cuando haces una inspiración muy forzada (como al correr, bostezar o inhalar rápidamente por la nariz), puedes notar que **las alas nasales se estrechan o “se chupan” hacia dentro**.

Esto ocurre porque la nariz funciona como una **válvula dinámica**: si el flujo de aire es mayor del que la nariz puede procesar en ese momento, **el tejido blando tiende a colapsarse ligeramente por presión negativa**.

 Esto no implica que tengas un problema estructural. Solo si el colapso es **muy evidente y se produce incluso al respirar**

de forma tranquila, puede haber una disfunción en la válvula nasal interna o externa, que sí requiere revisión.

 **A pesar de haberme operado, sigo viendo mi nariz torcida... aunque en la foto que me hace el doctor parece que está bien. ¿Me estoy volviendo loco?**

¡No! Y es una sensación **más frecuente de lo que imaginas.**

 Existen dos motivos principales por los que esto puede ocurrir:

**1. Asimetría facial de base**


Todos –sí, todos– tenemos el rostro asimétrico. La mayoría de las personas tiene **una ceja más alta que la otra, una mejilla más prominente, o una mandíbula ligeramente desplazada.**

Cuando se opera la nariz, si esta se alinea correctamente con el eje anatómico (el “centro real” del rostro), puede **parecer torcida en selfies o en reflejos**, sobre todo si la asimetría facial persiste.

**2. Discrepancia entre el eje nasal y el eje facial**

A veces, la nariz nace inclinada respecto al centro del rostro. Aunque se corrija quirúrgicamente, la base ósea (frontal, maxilar) puede mantener ese desequilibrio.

Esto genera una especie de “ilusión óptica” que hace que en ciertas posiciones, especialmente **en autofotos con el móvil (selfies)**, la nariz **parezca desviada**, aunque esté perfectamente recta al ser evaluada de frente por el cirujano.

 Las fotos clínicas están tomadas con cámara profesional, a distancia controlada y en ejes estables. Las selfies, en cambio, **distorsionan la imagen por el efecto de la lente gran angular** (efecto “ojo de pez”), lo cual **acentúa cualquier mínima desviación o sombra.**

🔍 ¿La solución?

Comparar siempre con fotografías clínicas estándar, y si tienes dudas, pídele a tu cirujano que te lo demuestre con referencias cefalométricas.

## 👶 ¿Cuál es la edad mínima para operarse la nariz?

La rinoplastia estética debe realizarse **una vez finalizado el desarrollo facial**, que suele ocurrir alrededor de:

- **15-16 años en mujeres**
- **16-18 años en varones**

Sin embargo, no solo importa la madurez ósea... también la **madurez emocional**. Es fundamental que el paciente entienda el proceso, tenga expectativas realistas y esté convencido de su decisión.

👂 En rinoplastias funcionales (por ejemplo, por traumatismos graves o malformaciones), puede plantearse antes, pero siempre bajo valoración individual y justificación médica.

## 👩 ¿Puede operarse una persona embarazada?

No. En absoluto. 🚫

La cirugía estética está **contraindicada durante el embarazo**, incluso si es con anestesia local o procedimientos mínimamente invasivos.

❌ ¿Por qué?

- La anestesia general supone un riesgo para el feto
- El estrés quirúrgico y el uso de medicamentos postoperatorios (analgésicos, antibióticos, corticoides) pueden afectar el desarrollo fetal

- El cuerpo en embarazo tiene **una respuesta inflamatoria e inmunológica distinta**, lo que puede alterar la cicatrización

💡 La cirugía electiva debe posponerse hasta después del parto y de que el cuerpo esté completamente recuperado.

## 🍼 ¿Qué pasa si me quedo embarazada durante el postoperatorio?

Si te has operado recientemente y descubres que estás embarazada, **tranquilidad ante todo**.

📅 Si el embarazo ocurre en los primeros días tras la cirugía, cuando aún estás tomando medicación, **informa a tu cirujano y a tu ginecólogo inmediatamente**. Ellos valorarán si ha habido exposición significativa a fármacos potencialmente dañinos.

💡 En general, si el embarazo aparece pasadas las 2-3 semanas de la cirugía, **no suele haber ningún problema ni para el resultado de la rinoplastia ni para el feto**. Lo importante es mantener un buen control médico.


Eso sí: el embarazo **va a aumentar la inflamación y retención de líquidos**, por lo que podrías notar tu nariz más hinchada durante todo el tiempo que dure el embarazo y el postparto.

## ❌ ¿Qué pasa si consumo cocaína después de operarme la nariz?


La cocaína es **uno de los peores enemigos posibles** después de una rinoplastia. Y no estamos exagerando.

🇨🇵 ¿Por qué?

- Provoca una **vasoconstricción severa**, lo que reduce drásticamente el flujo sanguíneo en la nariz
- Puede producir **necrosis (muerte) del tabique nasal**, perforaciones e infecciones graves
- Retrae y destruye el cartílago, colapsando la estructura nasal
- En el contexto postquirúrgico, **puede arruinar por completo una rinoplastia**, incluso si estaba bien hecha

 Consumir cocaína después de una cirugía nasal **es como plantar flores en un jardín... y prenderle fuego el día siguiente.**

Si has consumido en el pasado o tienes riesgo de recaída, **habla con tu cirujano con honestidad.** Es mejor posponer la cirugía hasta tener estabilidad.

 **¿Puedo operarme si tengo un trastorno del estado de ánimo como depresión o ansiedad?**

Sí... pero con matices. 

Muchos pacientes con síntomas leves de **ansiedad, inseguridad o baja autoestima** pueden beneficiarse de una rinoplastia, si su malestar está **claramente relacionado con su imagen nasal** y no hay trastornos psiquiátricos graves.

 Sin embargo, si existe:

- Depresión clínica activa
- Ansiedad generalizada sin control
- Trastorno obsesivo-compulsivo

- Trastorno dismórfico corporal (preocupación extrema e irracional por defectos mínimos o inexistentes)

... entonces **la cirugía debe plantearse con mucha precaución.**

En estos casos, se recomienda:

- Valoración psicológica o psiquiátrica previa
- Estabilización emocional antes de intervenir
- Acompañamiento terapéutico durante el postoperatorio


 Recuerda: **la cirugía puede mejorar la nariz, pero no cura un conflicto interno.**

La combinación más saludable es:  rinoplastia +  psicoterapia, si es necesaria.

## **¿En qué afecta que me haya puesto ácido hialurónico en la nariz antes de operarme?**

Buena pregunta, y además **muy habitual** en los últimos años con la popularización de la rinomodelación.

Primero, entendamos **qué es el ácido hialurónico** desde el punto de vista médico. Se trata de un **relleno dérmico reabsorbible** con un perfil de seguridad extraordinariamente alto. Está compuesto por una molécula que **ya existe de forma natural en casi todas las células del cuerpo humano**, especialmente en piel, cartílagos y articulaciones. Precisamente por eso, es muy raro que cause una reacción alérgica o de rechazo.

 El ácido hialurónico actúa **captando agua** y generando volumen donde se infiltra, con el objetivo de dar soporte, rellenar pliegues o,

como ocurre en la nariz, **modificar la forma sin necesidad de cirugía.**

Clásicamente, se ha dicho que este gel **se reabsorbe en 6 a 18 meses...** pero esto **no siempre es del todo cierto.**

👉 Para que el ácido hialurónico se "hidrolize" (es decir, se degrade y disuelva de manera natural), necesita estar infiltrado en un tejido con **buena vascularización**, porque son los capilares los que liberan las enzimas que ayudan a descomponerlo.

El problema es que, en la rinodelación, el producto suele colocarse en una capa profunda, entre la piel y la estructura cartilaginosa, conocida como el **sistema SMAS-Pitangui**. Y este plano **tiene una vascularización bastante pobre**. Cuando se infiltra en los labios, al tener éstos muchos vasos sanguíneos, el hialurónico desaparece en muy poco tiempo (4-5 meses). ¿Entiendes la diferencia? No es por el producto, sino por donde se infiltra.

📌 ¿Qué hemos visto en la práctica?

Casos de pacientes que se infiltraron hialurónico **hace más de 5, 6 o incluso 8 años**, y que cuando los hemos operado de rinoplastia, **seguía allí**: un gel transparente, viscoso, intacto, como si el tiempo no hubiera pasado. Esto no es necesariamente peligroso, pero **sí tiene implicaciones importantes para la cirugía**. En ocasiones nuestros pacientes nos aseguraban "yo ya me veo la nariz igual que antes de pincharme el relleno", pero lo que ocurría es que al estar puesto en ese plano sin vascularización, el gel de hialurónico se desplaza hacia zonas vecinas, haciendo que desaparezca el efecto de relleno.

**¿Como podemos los médicos saber que el paciente tiene restos de Hialuronico en la nariz a pesar de haber pasado años?**

Yo resumo este apartado con 3 técnicas, de más simples a más complejas:

- 1) La primera de todas es a través de la **palpación**. Cualquier cirujano como es mi caso que llevamos media vida operando narices podemos palpar que el tejido donde estuvo puesto el Hialuronico es más “carnoso” y más gordito, por eso podemos ver que ahí hubo relleno inyectado.
- 2) A través del fenómeno de la trasiluminiscencia....tambien llamado el efecto “**Gusiluz**” por el que con la luz del endoscopio apreciamos una refringencia completa de la piel en donde estuvo puesto el hialurónico.
- 3) La mejor forma de todas es sin duda a través de la **ecografía**, ya que no solo nos permite ver y medir con claridad el volumen de relleno existente, sino ademas nos permite orientar el **diagnostico diferencial con otros materiales de relleno** tipo siliconas, metacrilatos, hidroxiapatitas, etc.




Aqui podemos ver una nariz en la que “supuestamente” infiltraron hialurónico 3 años atrás. Sobra decir que el aspecto globuloso y amarillento de “eso” que nos encontramos no es ni de lejos parecido a como se ve el relleno de hialurónico. Cuando enseñamos esto a nuestra paciente, no podía creerse que tuviera eso ahí dentro

## ¿Significa eso que está mal hacer una rinomodelación?

**En absoluto.** Nosotros la realizamos en consulta con bastante frecuencia, pero **solo cuando está bien indicada:**

- En narices **pequeñas** donde se puede permitir cierto aumento de volumen
- En casos de **irregularidades mínimas**
- En pacientes que no desean (o no pueden) operarse aún

 Pero es muy importante que sepas que **la rinomodelación y la rinoplastia no son comparables.** Son herramientas diferentes, para situaciones distintas. Y si te has infiltrado hialurónico anteriormente, debes comentárselo a tu cirujano **incluso si han pasado varios años.**

En algunos casos, será necesario **esperar más tiempo**, o incluso plantear la **disolución del producto con hialuronidasa** antes de operar.

**Entonces... ¿afecta a la rinoplastia haber tenido hialurónico antes?**

**Sí. Y mucho.**

Primero, porque **puede alterar la anatomía natural** de la nariz. El cirujano puede encontrarse con un tejido engrosado, desplazado o incluso encapsulado por el gel residual, lo que hace más difícil identificar estructuras clave durante la cirugía.

Segundo, porque el ácido hialurónico, por definición, **rellena.** Eso implica que **la nariz siempre parecerá más grande** que la nariz natural que hay debajo. Esto puede generar expectativas poco realistas en el paciente: si estás acostumbrado a verte con hialurónico, cuando

se retire ese volumen al operarte, la percepción estética puede cambiar.


## ¿Por qué influye el haber llevado ácido hialurónico en la nariz a la hora de operarse?

Aunque el ácido hialurónico es un producto seguro y útil en rinomodelación, su presencia **sí tiene impacto en la planificación, ejecución y resultado final** de una rinoplastia quirúrgica. Vamos a explicarlo con tres ideas clave:

### **1** Afecta a la fase de diseño y simulación

Cuando hacemos una rinoplastia de precisión, como la que realizamos en nuestra práctica, nos apoyamos en **fotografías clínicas, escáneres en 3D y simulaciones digitales** para planificar la cirugía con la mayor exactitud posible.


El problema aparece cuando **la nariz que estamos viendo no es “la verdadera”**, sino una versión alterada por un relleno anterior. El ácido hialurónico modifica los volúmenes reales, altera los ángulos y puede incluso disimular asimetrías o defectos que no están resueltos estructuralmente.


 Esto tiene una consecuencia directa: **la precisión se reduce**. Si en una nariz nunca tratada podemos conseguir que el resultado final se parezca a la simulación en un **92-95% de los casos**, en narices que han recibido hialurónico esa fiabilidad **baja al 80-85%**.

**!! Importante:** Esto **no significa que el resultado vaya a ser malo**, sino que hay más margen de variación con respecto a lo planificado. La nariz puede quedar estupenda... pero **no tan idéntica a la imagen simulada** como nos gustaría.

## 2 La piel que ha tenido hialurónico contrae peor


La piel tiene memoria mecánica. Cuando ha estado sometida durante mucho tiempo a una distensión, le cuesta más recuperar su forma original. Para entenderlo, piensa en una paciente con **prótesis mamarias grandes** durante años. Si un día se retiran, la piel que estuvo estirada **no vuelve a su forma anterior**: queda más laxa, más flácida.

 Con la nariz ocurre algo parecido. Cuando el hialurónico ha distendido el dorso nasal durante meses o años, esa piel se vuelve **menos elástica, menos colaboradora** a la hora de contraerse tras una rinoplastia para hacer la nariz mas pequeña.

 ¿Qué implica esto? Que aunque el resultado quirúrgico haya sido muy bueno en quirófano, con bordes nítidos, dorso afilado y punta bien definida... esa definición **no va a mantenerse igual con el paso del tiempo**. Al año, esa piel “acomodada al volumen” no va a retraerse bien, y el resultado puede parecer más redondeado, más grueso... menos esculpido.

## 3 Siempre queda algo de hialurónico adherido a la piel

Aunque durante la cirugía hacemos todo lo posible por **limpiar y extraer cualquier resto visible de hialurónico**, hay que ser realistas: **siempre quedan pequeñas cantidades** adheridas a las capas profundas de la piel.

En quirófano, cuando terminamos la cirugía y colocamos la férula, podemos ver una piel lisa, homogénea, con un dorso precioso. Incluso hacemos fotos y vídeos que lo documentan. Pero...  con el paso del tiempo, ese hialurónico residual puede terminar reabsorbiéndose y **hacer que aparezcan pequeñas irregularidades** en la superficie.

⚠️ Esto **no es un fallo de la cirugía**. No es que se haya movido un injerto o que el cartílago haya colapsado. Es simplemente que **el relleno que había camuflado la zona ha desaparecido** y ha dejado al descubierto pequeñas imperfecciones de la piel que antes estaban ocultas.

🩸 ¿La solución? No es volver a operar. En la mayoría de los casos, **un pequeño retoque con hialurónico** vuelve a suavizar la zona. Es como rehacer un poco del camuflaje... pero ahora sobre una nariz estructuralmente corregida.

👉 En resumen, haber recibido hialurónico en la nariz no impide hacer una buena rinoplastia, pero sí **modifica las expectativas y la técnica**. Por eso, es fundamental que **le comuniques a tu cirujano todo lo que te has hecho antes**, incluso si crees que “ya se ha ido”. En este tipo de cirugía, cada detalle cuenta.

🤔 **¿Por qué no se puede reducir el tamaño de la nariz tanto como yo quisiera?**

¡Esta es una de las preguntas que más veces he escuchado en consulta! Y tiene toda la lógica: si llevas años mirándote al espejo y viendo una nariz que percibes grande, es normal que quieras **la máxima reducción posible**.

Pero, como en casi todo en cirugía estética, **hay límites anatómicos y estéticos** que debemos respetar para conseguir un buen resultado, y no solo a corto plazo, sino **también a lo largo de toda tu vida**.

Vamos a explicarlo punto por punto:

## ◆ 1. Las proporciones faciales importan... mucho

A veces, la sensación de que la nariz es demasiado grande **no proviene solo de la nariz**, sino de las **proporciones de la cara**.

👉 Ejemplo clásico:

Pacientes con **mentón retraído (retrognatia)** o una **frente muy plana**. En esos casos, la cara está “metida hacia dentro”, y la nariz, aunque no sea objetivamente grande, **sobresale más en el perfil** porque se convierte en el punto más prominente de la cara.

🔪 La solución no siempre pasa por reducir la nariz de forma agresiva. Muchas veces, lo más armonioso es **equilibrar el resto de la cara**, por ejemplo, con una **genioplastia de avance** (cirugía para proyectar el mentón hacia adelante). Esto puede implicar un aumento horizontal, vertical o combinado, según las necesidades anatómicas.

🔍 Resultado: la nariz **deja de parecer tan grande**, aunque no se haya reducido tanto, porque está **en proporción correcta** con el resto de las estructuras faciales.



Esta paciente pensaba que tenía una nariz “**muy para afuera**” cuando su problema era un perfil insuficientemente armónico. Una rinoplastia combinada con un avance de mentón fue la clave para mejorar su **perfil**. Por cierto, ¡su nariz ahora es **1mm más proyectada** que antes!

## ◆ 2. La piel tiene límites para retraerse

Reducir el tamaño de la nariz implica **quitar hueso y cartílago**, es decir, reducir su esqueleto interno. Pero la piel que recubre ese esqueleto no es como una tela elástica infinita.

💡 Imagina que quitas el relleno de un cojín: la funda se queda suelta, arrugada y deformada. Con la nariz, pasa algo parecido si reducimos demasiado el esqueleto:

- En narices de **piel gruesa**, la piel no puede adaptarse bien a una estructura demasiado pequeña. Queda más hinchada, menos definida y puede incluso crear zonas de fibrosis (cicatrices internas) que empeoren el aspecto.
- En narices de **piel muy fina**, el riesgo es el contrario: si reducimos en exceso, la piel se pega demasiado a las estructuras subyacentes, y cualquier mínima irregularidad se nota como si fuera una montaña y un valle.

🎯 Por eso, **hay un equilibrio delicado**: podemos reducir, sí, pero **hasta donde la piel pueda adaptarse sin generar deformidades**.

## ◆ 3. Riesgo de colapso funcional

La nariz no es solo estética: es **una estructura funcional** por donde pasa el aire que respiramos.

Si reducimos demasiado:

- Podemos crear **colapso valvular interno o externo**, generando dificultad respiratoria.
- La estructura nasal pierde estabilidad y puede deformarse con el tiempo.



Una paciente que nos solicitó reducir la nariz porque se la veía muy grande (A). Se planificó una desproyección muy severa para satisfacer su deseo (B). Incluso aunque el resultado intraoperatorio fuera bonito (C), el resultado al año muestra un exceso de piel que no ha podido contraerse lo suficiente (D). Ahora tiene una nariz más pequeña, a expensas de una punta más gruesa

- Aumenta el riesgo de que la nariz se vea torcida, hundida o asimétrica en el futuro.

🔧 Por eso, incluso en rinoplastias estéticas, siempre buscamos mantener **una base estructural sólida** para evitar problemas funcionales.

#### ◆ 4. Memoria cicatricial

Otro motivo para no reducir en exceso es que la nariz tiene algo que llamamos “**memoria cicatricial**”.

Si reducimos muchísimo la proyección, el cuerpo puede intentar **volver a su forma original**, generando retracciones, fibrosis o incluso deformidades. Esto es especialmente cierto en narices que han sido

operadas previamente (rinoplastia secundaria) o en casos donde hay **piel gruesa o traumatismos previos**.

### ✔ En resumen...

Claro que se puede reducir el tamaño de la nariz, pero siempre:

- Dentro de los límites de **tu anatomía**.
- Respetando la **calidad y el grosor de la piel**.
- Manteniendo la **funcionalidad respiratoria**.
- Buscando la **armonía facial global**.

**La rinoplastia no es solo “hacer la nariz más pequeña”**. Es conseguir que la nariz sea **proporcionada, funcional y natural**, para que encaje perfectamente en el conjunto de tu rostro.

A veces, la mejor cirugía no es la que más reduce, sino la que **mejor equilibra**. 😊

### ✔ Conclusión

La rinoplastia es una intervención compleja que requiere una planificación cuidadosa y una comunicación abierta entre el paciente y el cirujano. Resolver todas las dudas antes de la cirugía es esencial para garantizar una experiencia satisfactoria y resultados óptimos. Recuerda que cada paciente es único, y lo que funciona para uno puede no ser adecuado para otro. Confía en la experiencia de tu cirujano y sigue sus recomendaciones para lograr el mejor resultado posible.

