



Abordaje integral de Fausto López Infante* para cirugía endonasal

López-Ulloa F¹, Plowes-Hernández O², Ortiz-Moreno CD³, Montes-Bracchini JJ¹

Resumen

ANTECEDENTES: con el paso de los años se ha descrito infinidad de técnicas y abordajes para rinoplastia, algunos basados en la mínima invasión, que pudiesen complicar la labor del cirujano, reducir su campo de visión y de acción; al contrario, la rinoplastia externa es una cirugía agresiva que deja una cicatriz externa en la piel de la columela.

OBJETIVO: evaluar los resultados a largo plazo del abordaje Fausto López Infante para rinoseptoplastia como técnica completa, integral y funcional.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo y descriptivo, en el que se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a rinoplastia mediante el abordaje de Fausto López Infante, atendidos de 1989 a 2012. Se describe con detalle la técnica quirúrgica.

RESULTADOS: se analizaron los expedientes de 4,302 pacientes y se incluyeron 972 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión de cirugía mediante el abordaje descrito de Fausto López Infante, en el se abordó el tabique, dorso, válvula y punta nasal.

CONCLUSIONES: el abordaje Fausto López Infante para rinoplastia integral reúne una serie de conceptos específicos fundamentados en las técnicas quirúrgicas básicas, en el conocimiento anatómico y en la experiencia del cirujano; esta técnica de abordaje de la cirugía intranasal es una buena opción, con adecuados resultados estéticos y funcionales a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: rinoseptoplastia, cirugía nasal, abordaje intranasal.

* El Dr. Fausto López Infante (1935-2013) recibió su diploma de Otorrinolaringología en noviembre de 1962, en México. Fue alumno de distinguidos rinólogos mexicanos. Profesor de múltiples cursos, logró obtener reconocimiento internacional (Estados Unidos y Latinoamérica) en varias instituciones, donde fungían como profesores los doctores Mauricio Cottle, Kenneth Hinderer, Vernon Grey, George Drumheller y Eugene B Kern, de quienes fue alumno, colega y amigo. Lo consideraron *Esteemed Visiting Guest Professor* en la Clínica Mayo Rochester, Minnesota. En 1997 le otorgaron el *Golden Head Mirror Honor Award*, de la American Rhinologic Society. En 2000 recibió uno de los más preciados reconocimientos mundiales: *The Life Achievement Award in Rhinology*. Dedicó 50 años a la Rinología, siempre con mente abierta, con ganas de aprender y transmitir sus conocimientos, convirtiéndose en uno de los maestros de Rinología más importantes en el mundo. Su experiencia profesional lo llevó a desarrollar el abordaje endonasal.

¹ Profesor adjunto del Diplomado de Rinología, Cirugía Plástica Facial, Hospital Ángeles Lomas.

² Otorrinolaringología, Rinología y Cirugía Plástica Facial.

³ Médico asociado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México.

An Orl Mex 2016 September;61(4):271-279.

Integral approach of Fausto López Infante for endonasal surgery.

López-Ulloa F¹, Plowes-Hernández O², Ortiz-Moreno CD³, Montes-Bracchini JJ¹

Abstract

BACKGROUND: Over the years many techniques and approaches have been described in order to perform a rhinoplasty, some based on minimally invasive techniques which complicate the work of the surgeon, reducing his field of vision and action, and in the other hand the external rhinoplasty, aggressive surgery, which leaves a scar on the outer skin of the columela.

Recibido: 18 de octubre 2016

Aceptado: 20 de octubre 2016

Correspondencia

Dra. Olga Plowes Hernández
draplowes@gmail.com

Este artículo debe citarse como

López-Ulloa F, Plowes-Hernández O, Ortiz-Moreno CD, Montes-Bracchini JJ. Abordaje integral de Fausto López Infante para cirugía endonasal. An Orl Mex. 2016 sep;61(4):271-279.

OBJECTIVE: To present and evaluate the results of the Fausto López Infante approach to rhinoseptoplasty as a complete, comprehensive and functional technique with favorable long-term results.

MATERIAL AND METHOD: A retrospective and descriptive study was conducted in which patient records that underwent to rhinoseptoplasty with the Fausto López Infante approach from 1989 to 2012 were reviewed.

RESULTS: The records of 4,302 patients were analyzed, and 972 patients were included by fulfilling the inclusion criteria. Using the approach described by the author it was possible to work the septum, dorsum, valves and the nasal tip.

CONCLUSIONS: Fausto López Infante approach for integrated rhinoplasty has a number of specific concepts based on basic surgical techniques, anatomical knowledge and experience of the surgeon; so we find this technique for addressing intranasal surgery as a good option with good aesthetic and functional long term results.

KEYWORDS: rhinoplasty; intranasal approach; nasal surgery

¹ Profesor adjunto del Diplomado de Rinología, Cirugía Plástica Facial, Hospital Ángeles Lomas.

² Otorrinolaringología, Rinología y Cirugía Plástica Facial.

³ Médico asociado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Español de México.

Correspondence

Dra. Olga Plowes Hernández

draplowes@gmail.com

ANTECEDENTES

En todo el mundo, la cirugía de nariz es un procedimiento de la cara que se aborda con gran cuidado y representa dificultad. La rinoplastia incluye un conjunto de técnicas quirúrgicas que significan ser un arte fino; sus planteamientos quirúrgicos a menudo hacen preguntarnos: ¿por qué un paciente con el tiempo deterioró su función nasal?, ¿por qué las técnicas muy publicitadas por sus autores en ocasiones crean deformidades difíciles de resolver?

Además de tener los conceptos anatómico-funcionales debe visualizarse a la nariz como una estructura integral, tanto en lo funcional como lo estético. Un arte fino es crear una armonía entre ambos aspectos, basándonos tanto en la teoría, ya descrita, como en el diagnóstico individualizado de cada paciente.¹ Debe tomarse en cuenta que los conceptos de forma y función no pueden separarse. Una nariz estéticamente

agradable es muy probable que su función se encuentre en estado adecuado.²

Con el paso de los años se ha descrito infinidad de técnicas y abordajes para realizar rinoseptoplastia, algunos basados en la mínima invasión, que pudiesen complicar la labor del cirujano, su campo de visión y de acción.³ Éstos argumentan que hay menor agresión a las estructuras intranasales y a los mecanismos de soporte y, por ende, menor número de complicaciones.⁴ En los libros de texto se describe cada paso de la cirugía nasal de manera individual, mediante incisiones localizadas y mínima disección; por ejemplo, la septoplastia a través de una incisión de hemitransficción, el dorso nasal por medio de una inter o transcartilaginosa, el lóbulo nasal con la incisión marginal mediante distribución, argumentando menor traumatismo quirúrgico,⁵ pero no se ha descrito un abordaje intranasal que combine las incisiones para mejorar la exposición de las estructuras anatómicas y permita la



adecuada visualización de la arquitectura nasal en conjunto (lámina cuadrangular, borde antero caudal desde la espina nasal anterior hasta el ángulo anterior del tabique, la íntima relación entre cartílagos laterales y el dorso cartilaginoso).⁶

Asimismo, se describió la rinoplastia externa, cirugía agresiva que deja cicatriz externa en la columela, permite adecuada visualización anatómica y su modificación bajo visión directa de manera sencilla, pero que daña los mecanismos de soporte de la punta, mismos que hay que reconstruir al culminar el procedimiento.^{7,8}

Las principales causas de alteraciones estructurales del esqueleto valvular son secundarias a un traumatismo o cirugía, principalmente septal, por falta de corrección de la afección septal o resección cartilaginosa excesiva, que lleva al colapso valvular flácido. El principal reto en la cirugía valvular es identificar las estructuras al diferenciar lo normal de lo anormal y realizar un abordaje sistemático que permita reconstruir la anatomía normal y mejorar el flujo aéreo, sin afectar la rigidez y funcionalidad de la válvula nasal.⁹

El abordaje, que en lo sucesivo denominaremos Fausto López Infante, reúne la cirugía endonasal y una serie de conceptos específicos fundamentados en las técnicas quirúrgicas básicas, en el conocimiento anatómico y en la experiencia del cirujano. La evaluación, a través del tiempo, de los resultados clínicos y sus complicaciones, considera a esta técnica del abordaje de la cirugía intranasal la ideal en un gran número de casos.

El abordaje que se describe se sustenta en 50 años de práctica y experiencia del maestro Fausto López Infante; técnica que conjuga diversas incisiones endonasales que dieron como resultado una técnica completa, integral, funcional y con resultados que perduran. El objetivo de este

trabajo es evaluar los resultados del abordaje Fausto López Infante en rinoseptoplastia como técnica integral y funcional a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo de expedientes de pacientes de la consulta privada del Dr. Fausto López Infante, de 1989 a 2012, sometidos a rinoseptoplastia mediante abordaje endonasal Fausto López Infante.

Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de 16 años, sin importar el género, operados de rinoseptoplastia que tuvieran descripción detallada de la técnica en la hoja quirúrgica, fotografías pre y posquirúrgicas y seguimiento mínimo de un año. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los resultados.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general balanceada y previa administración a la inducción anestésica de midazolam 3 mg IV y propranolol 1 mg/kg. Inducción con propofol 2 mg/kg, fentanil 5 µg/kg y cisatracurio 100 µg/kg. Mantenimiento con oxígeno y sevoflurano dosis/requerimiento, infusión continua de nitroprusiato de sodio para mantener tensión arterial sistólica entre 50-60.

Se infiltra con lidocaína 2%+epinefrina (1:100,000) en áreas convencionales (nervios: nasal externo, infraorbitario, supratroclear, supraorbitario y nasopalatino) así como el área intercartilaginosa, fondo del saco y la transición de la piel columelar a mucosa nasal. Se identifica el borde caudal del cartílago lateral superior y su retorno, con la ayuda de un retractor de 4 garras y al ejercer presión digital sobre la crura lateral del cartílago lateral inferior para identificar el borde cefálico. Se coloca un gancho sencillo de piel en el fondo del saco, se ejerce tracción medial para dar la adecuada tensión

a los tejidos y realizar su disección. Se realiza la incisión intercartilaginosa izquierda, seguida de una incisión hemitransfictiva, se replican las incisiones del lado derecho. Se sitúa en un plano horizontal la incisión intercartilaginosa, ubicando previamente el sitio donde se unen el borde caudal del cartílago lateral superior y el borde cefálico del cartílago lateral inferior (Figura 1). Se realiza la incisión mucosa intercartilaginosa de lateral a medial, se inicia en el borde externo del cartílago lateral superior y al llegar al fondo del saco se introduce el bisturí y se ejerce presión hacia la línea media nasal, con dos objetivos: profundizar la incisión hasta el plano del dorso cartilaginoso y evitar el riesgo de cortar y lesionar la piel de la columela, con un control absoluto de la longitud de la incisión intercartilaginosa.

Al mantener el retractor de cuatro garras en el fondo del saco se cambia la posición del gancho sencillo hacia la base de la columela, por debajo de la crura media, exponiendo la transición de piel a mucosa nasal. Se realiza la incisión de hemitransficción, desde el punto de unión del tercio medio con el inferior de la crura media, hacia el fondo de saco, de abajo hacia arriba, se coloca la hoja del bisturí de forma perpendicu-

lar al plano de corte, se unen ambas incisiones (hemitransfictiva e intercartilaginosa) en forma de T (Figura 2).

Se realiza el mismo procedimiento del lado derecho, que inicia en la zona de la espina nasal anterior y se extiende hasta unirse con la incisión intercartilaginosa en forma de T.

Sin mover de lugar el retractor de cuatro garras se coloca el gancho sencillo, se tracciona el colgajo mucoso por debajo del borde caudal del cartílago lateral superior derecho, con una tijera de iris curva se introduce la punta en el plano

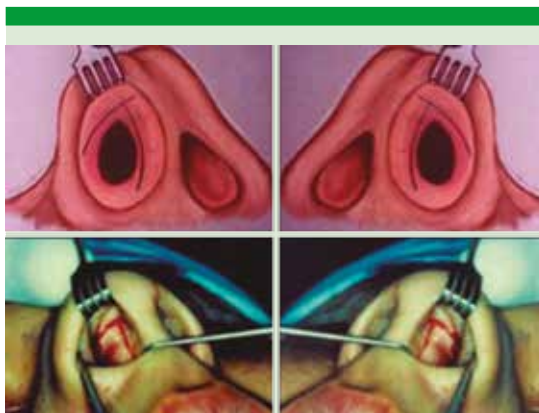


Figura 1. Incisión intercartilaginosa y hemitransfictiva bilateral (la derecha debe ser un poco más larga), unidas en T.

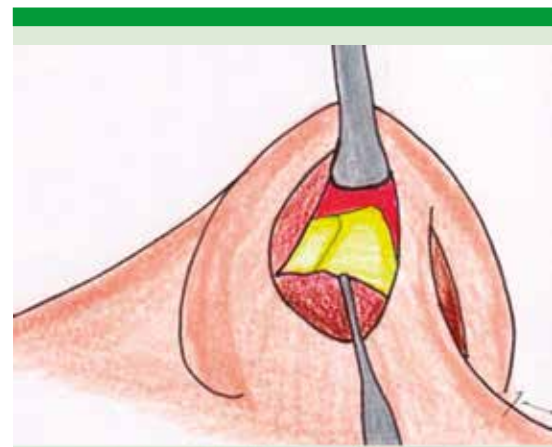


Figura 2. Exposición del dorso cartilaginoso, se observa el cartílago lateral superior, retorno y colgajo mucocutáneo.



subpericóndrico, se expone el dorso cartilaginoso (sentido lateral a medial), mediante disección roma y sin cerrar la tijera de iris, se retira el retractor y se coloca un retractor medio Aufricht hasta visualizar todo el dorso cartilaginoso. Se identifica el borde caudal, retorno y relación con el cartílago septal de este último. Se realiza la misma maniobra del lado contralateral y se visualiza así todo el dorso cartilaginoso.

Al regresar al lado derecho, se colocan dos ganchos dobles de Joseph de 10 mm en el borde anterior de la incisión hemitransfictiva y otro de 7 mm en el borde posterior de dicha incisión, se ponen los tejidos en tensión y se identifica el borde caudal del tabique; a continuación se retiran las fibras pericóndricas que envuelven al tabique, se fija el cartílago septal con la pinza de Addson-Brown y con el bisturí se realiza un raspado del borde caudal del tabique hasta identificar de frente tres tejidos: a) mucosa y pericondrio derechos, b) cartílago septal y c) mucosa y pericondrio izquierdos.

Con un gancho recto de Goldman y de forma perpendicular al cartílago septal se entra al plano subpericóndrico, 5 mm por arriba del ángulo caudo-ventral (espinas nasal anterior), se desliza el gancho hacia el ángulo antero-inferior sin dificultad, y de ser necesario, el plano se corrobora; se realiza así la porción anterior de los túneles 1 y 4 de Cottle (Figura 3).

Se toma la columela con la pinza de Fox y se unen ambas incisiones de la incisión hemitransfictiva para completar la transficción, con lo que se libera el complejo punta-nasal.

Con la ayuda del gancho curvo sencillo, en el borde anterior medio de la hemitransficción derecha y con el retractor medio Aufricht en la posición ya mencionada, se identifica la relación del cartílago lateral superior con la lámina cuadrangular y se disea el área valvular; con



Figura 3. Con gancho recto y perpendicular al cartílago cuadrangular se entra al plano subpericóndrico.

la tijera de Fomon se libera la mucosa en los mismos planos subpericóndrico y mucocutáneo y se amplía el túnel superior de Cottle; se sigue hacia el ángulo de la válvula y la cara nasal del cartílago lateral superior, con lo que se libera el retorno, de manera bilateral, a través de la fosa nasal derecha.

Una vez terminados los procedimientos valvulares, septales, dorsales y del lóbulo, se procede a realizar M-plastia, consistente en un colgajo mucocutáneo, y el cierre de las incisiones.

Se realiza un corte mucocutáneo de aproximadamente 3 mm, se introduce la tijera de Fomon de manera perpendicular al tabique, justo en el vértice de la unión de las incisiones intercartilaginosa y hemitransfictiva (colgajo en T), se divide el ángulo de 90° en dos esquinas de 45° para formar así el colgajo en M (Figura 4). Al seguir los preceptos de la Z-plastia para la rotación de colgajos de piel pueden hacerse variaciones en la forma y la posición del lóbulo, modificaciones a la columela, reconstrucción del fondo del saco y prevención de la retracción cicatricial, resultado de una incisión redonda o de Joseph (Figura 5).⁸

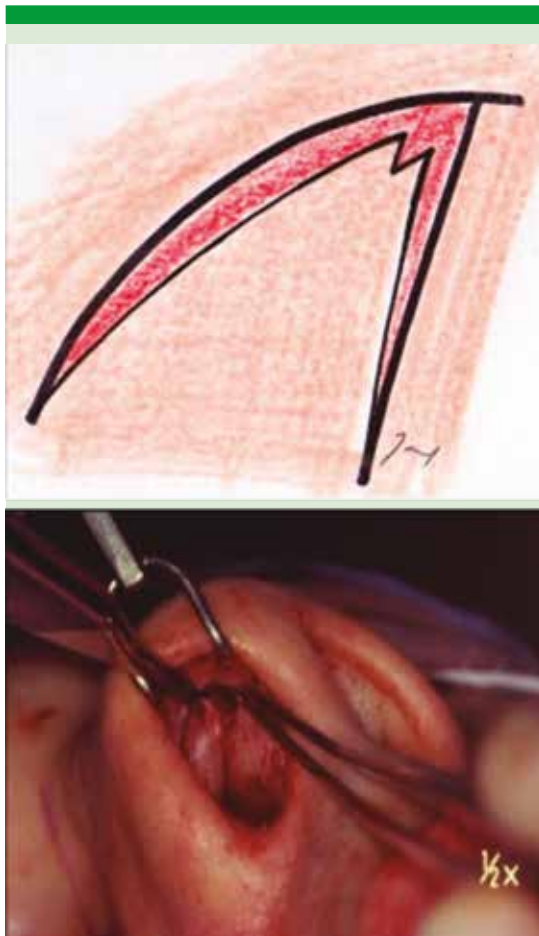


Figura 4. M-plastia mucocutánea, en el vértice de la unión de las incisiones intercartilaginosa y hemitransflectiva (colgajo en T) se divide el ángulo de 90° en dos esquinas de 45° para formar el colgajo en M.

La sutura de la M-plastia se realiza con catgut crómico 4-0, doble armada, con aguja cortante de 12 mm, con uno o dos puntos de sutura en la incisión intercartilaginosa y tres o cuatro en la hemitransflectiva. A efecto de conservar el fundamento del colgajo en M, es muy importante no llevar las esquinas de la plastia hacia el ángulo cutáneo formado por las incisiones, sino aproximarlos sin tensión, dejando un rombo que cicatrizará por segunda intención (Figura 6).

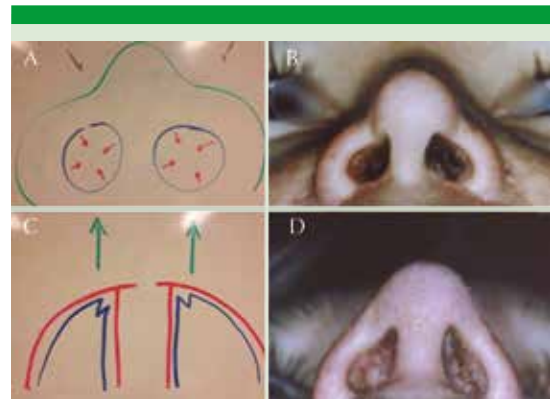


Figura 5. A. Incisión de Joseph con debilitamiento del cartílago lateral inferior y cicatrización retráctil. B. Pinchamiento del lóbulo nasal como complicación de incisión de Joseph. C. M-plastia. D. Seguimiento a un año.

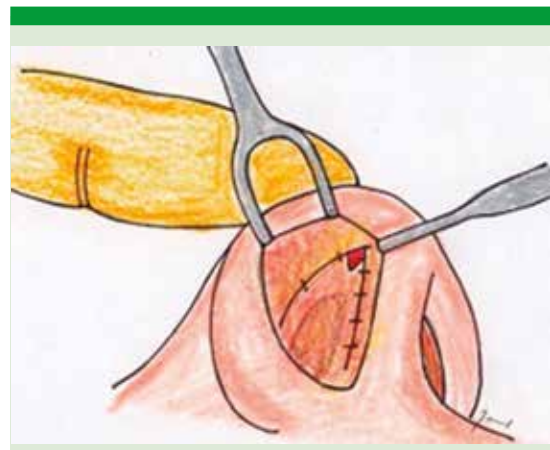


Figura 6. Sutura de la M-plastia. Puntos en las incisiones intercartilaginosa y hemitransflectiva, el ángulo cutáneo se debe aproximar sin tensión dejando un rombo que cicatrizará por segunda intención.

RESULTADOS

De 4,302 expedientes de pacientes posoperados de rinoseptoplastia mediante el abordaje descrito del Dr. Fausto López Infante, de 1989 a 2012, se incluyeron 972 expedientes que cumplieron



con los criterios de inclusión. La edad mínima fue de 16 y la máxima de 72 años, con media de 28.8 ± 11.19 años; 70% de los pacientes eran del sexo masculino, con relación hombre a mujer de 2.3:1.

Mediante el abordaje descrito se realizó tratamiento del dorso, septoplastia, valvuloplastia y rotación de la punta nasal (Figura 7).

De los 972 pacientes, a 836 (86%) se les realizó tratamiento en el dorso nasal, gibeomía en 395 pacientes (41%), descenso del dorso nasal (técnica *let-down*) en 417 (43%) y colocación de injertos para aumentar el dorso nasal en 372 pacientes (38%); de los injertos colocados, 82% fue para aumento de la raíz nasal y el resto como injerto en alas de mariposa.

El tratamiento de la punta nasal se realizó en 59% de los pacientes, en los que 380 (39%) fue por el mismo abordaje con técnica retrógrada y 20% por medio de distribución en combinación con incisión marginal. A 937 pacientes (96.5%) se les realizó septoplastia por deformidad septal y en 165 pacientes (17%) se abordó la válvula nasal. El seguimiento fue de 1 a 17 años, con media de 3 ± 2.1 años.

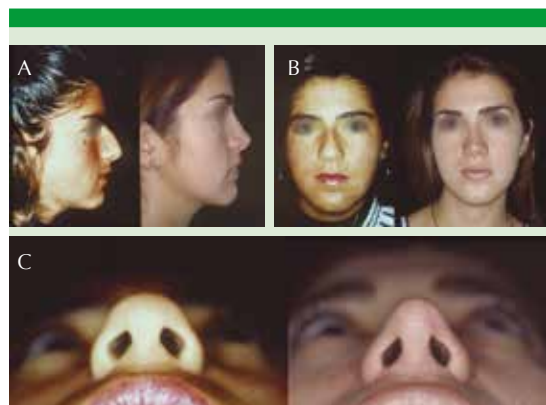


Figura 7. Fotografías pre y posquirúrgicas a 11 años de perfil (A), frente (B) y de la base nasal (C).

De acuerdo con los expedientes revisados, la incidencia de rinoseptoplastia de revisión (retoques) fue menor a 5% (45 pacientes) por obstrucción nasal secundaria, inconformidad estética o ambas. La tasa de complicaciones fue de 7%: dehiscencia de la herida quirúrgica, infección, reacción al material de sutura, si-nequias valvulares, asimetría de las fosas nasales y retracción de la cicatriz.

DISCUSIÓN

El abordaje Fausto López Infante, creado en 1964 y utilizado por su creador en los últimos 52 años y por los autores por más de 15 años, es una técnica que proporciona amplia exposición de las estructuras de la nariz para realizar una reconstrucción anatómica y fisiológica adecuada. El estudio de la anatomía y de los principios estéticos resulta determinante en el diseño y elección del tipo de abordaje en rinoplastia.¹⁰

Existen argumentos favorables para el abordaje endonasal, como la disminución de la disección quirúrgica, que conlleva a menor edema, y cicatriz con resultados predecibles;⁴ en pacientes con piel delgada permite mantener un aspecto natural y poco operado; en caso de requerir rinoplastia de aumento se sugiere que la poca disección crea una envoltura ideal para los injertos colocados y disminuye el riesgo de alterar la anatomía nasal y el movimiento de los injertos.¹¹

De acuerdo con Cook y colaboradores, la principal desventaja del abordaje endonasal es la visualización limitada con un acceso quirúrgico menor.¹²

La principal diferencia entre un abordaje externo del endonasal es la exposición, la visualización directa de la anatomía nasal que conlleva a un análisis, diagnóstico y tratamiento del esqueleto osteocartilaginoso nasal preciso. La desventaja es la cicatriz columelar.

A pesar de que continúa siendo un tema controversial, en la bibliografía no existen estudios con resultados objetivos que demuestren cuál técnica de abordaje es mejor y con menos complicaciones; tampoco existe un consenso acerca del soporte estructural, la "estética" nasal ideal, la mejor manera de estabilizar la válvula nasal interna o externa; sin embargo, tenemos la certeza de que todas las técnicas conllevan consecuencias y mientras más complicada sea la técnica, habrá consecuencias mayores.¹³

Con el abordaje Fausto López Infante es posible tener una visualización óptima, elimina la cicatriz columelar, es ideal en rinoseptoplastia integral y hace de la cicatrización un aliado. Es posible trabajar el dorso, tabique, área valvular, modificar la vía retrógrada de los cartílagos laterales inferiores, así como liberar el complejo punta nasal para rotarlo o proyectarlo y dejarlo en la posición adecuada con ayuda de algún otro procedimiento. En caso de requerir mayor trabajo en la punta sería necesario complementar el abordaje con una incisión marginal para realizar la exposición o distribución y manejar de manera adecuada los cartílagos laterales inferiores.

Palma y colaboradores describen un abordaje gradual, que con esta técnica puede integrarse de manera perfecta, realizando los procedimientos que requiere la nariz como se haría con un traje a la medida.¹⁴

Con todas las técnicas de rinoseptoplastia es de suma importancia tener en cuenta el delicado equilibrio entre los resultados buenos y los excelentes, así como ponderar el riesgo-beneficio que permitan lograr resultados predecibles y confiables, tanto funcionales como cosméticos a largo plazo.¹³

Esta técnica rompe la línea de cicatriz retráctil y evita las complicaciones de la incisión de Joseph,

debido a que esta última tiene un vector cicatricial con una fuerza de tensión circular, lo que provoca la cicatrización en nariz de escopeta y demás complicaciones que ocasionan pérdida de la dinámica valvular y alteran la forma a largo plazo.

CONCLUSIONES

El abordaje Fausto López Infante permite realizar una segunda evaluación diagnóstica transquirúrgica al visualizar directamente la bóveda cartilaginosa, los huesos nasales, el retorno de los cartílagos laterales superiores, el tabique nasal completo y las relaciones entre éstos.

Al combinar el control anestésico, el bloqueo locorregional y la disección minuciosa con una adecuada visualización permite el control específico de los tejidos, con resultados predecibles y mínima morbilidad, donde hay que resaltar: *a)* es un abordaje bilateral que permite una cicatrización simétrica; *b)* por ser secuencial evita errores por omisión; *c)* la exposición y la preservación de las estructuras permite la reconstrucción anatómica, reestablece o mejora el soporte mediante la colocación de suturas específicas e injertos y también se aprovecha para fines estéticos; *d)* la técnica evita la cicatrización circunferencial del área valvular.

REFERENCIAS

1. Ricketts RM. Divine proportion in facial esthetics. *Clin Plast Surg* 1982;9:401-422.
2. Cottle MH. John Orlando Roe, pioneer in modern rhinoplasty. *Arch Otolaryngol* 1964;80:22-27.
3. Angelos PC, Been MJ, Toriumi DM. Contemporary review of rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg* 2012;14:238-247.
4. Toriumi DM, Mueller RA, et al. Vascular anatomy of the nose and the external rhinoplasty approach. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:24-34.
5. Anderson JR, Johnson CM, Adamson P. Open rhinoplasty, an assessment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982;90:272-274.
6. Constantian MB, Clardy RB. The relative importance of septal and nasal vascular surgery in correcting airway



- obstruction in primary and secondary rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996;98:38-54.
7. Stucker FJ, Burningham AR. Rhinoplasty techniques: a historical perspective and survey of 8155 single surgeon cases. *Arch Facial Plast Surg* 2006;8:341-345.
 8. Becker D, Ransom E, et al. Surgical treatment of nasal obstruction in rhinoplasty. *Aesthet Surg J* 2010;30:347-378.
 9. Kasperbauer JL, Kern EB. Nasal valve physiology. Implications in nasal surgery. *Otolaryngologic Clinic North Am* 1987;20:699-719.
 10. Sheen JH. Closed *versus* open rhinoplasty—and the debate goes on. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:859-862.
 11. Daniel RK. Secondary rhinoplasty following open rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:1539-1546.
 12. Burke AJ, Cook TA. Open versus closed rhinoplasty: what have we learned? *Current Opinion in Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;8:332-336.
 13. Constantian MB, Martin JP. Why can't more good surgeons learn rhinoplasty? *Aesthet Surg J* 2015;35:486-489.
 14. Palma P, Khodaei I, et al. Hybrid rhinoplasty: beyond the dichotomy of rhinoplasty techniques. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2013;33:154-162.