

Colgajos de avance con triángulo de Burow en la cara

Susana Pérez Santos, Roberto Marengo Otero, María José González-Beato Merino, Patricia García Morrás, Celso Bueno Marco y Pablo Lázaro Ochaíta

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen.—La cirugía oncológica dermatológica en la cara requiere unos conocimientos anatómicos y funcionales amplios y precisos. En la cara se encuentran estructuras con una función perfectamente delimitada, además de un componente estético muy importante.

El colgajo de avance con triángulo de descarga o de Burow soluciona defectos de tamaños variables mediante una técnica sencilla con la que se obtienen resultados muy buenos. Las localizaciones ideales para el uso de este colgajo son el labio superior, la región preauricular y la región ciliar lateral. El uso del triángulo de descarga permite cerrar el defecto fácilmente sin tensión y evita la formación de orejas de perro.

Palabras clave: colgajo de avance, triángulo de Burow, labio superior, región preauricular.

Pérez Santos S, Marengo Otero R, González-Beato Merino MJ, García Morrás P, Bueno Marco C, Lázaro Ochaíta P. Colgajos de avance con triángulo de Burow en la cara. Actas Dermosifiliogr 2002;93(10): 602-6.

BUROW'S WEDGE FLAP ON THE FACE

Abstract.—Dermatologic surgery of the face demands for an ample precise knowledge of superficial anatomy. Numerous anatomic structures, very important from a cosmetic point of view, need to be preserved.

The Burow's triangle advancement flap provides an excellent method for repair of wound defects of variable sizes with good cosmetic results. The main indications of this flap are wounds located on the upper lip, the lateral eyebrow and the preauricular area. The Burow's triangle allows the surgeon to advance the flap with minimal tension, avoiding dog-ears formation.

Key words: advancement flap, Burow's triangle, upper lip, preauricular region.

INTRODUCCIÓN

La cirugía oncológica de la cara requiere conocimientos anatómicos y técnicos especiales, pues existen importantes estructuras anatómicas y funcionales que deben salvaguardarse ante todo. Además es preciso conocer la existencia de unidades y subunidades estéticas, áreas entre uniones anatómicas que comparten características comunes en cuanto a color, textura y presencia de pelo¹.

La reparación de lesiones faciales se puede llevar a cabo mediante técnicas quirúrgicas diversas: cierre directo, colgajos, injertos o curación por segunda intención. La reconstrucción más sencilla y rápida la provee el cierre directo mediante un huso. Esta técnica conlleva un alargamiento de la incisión quirúrgica con el fin de evitar las orejas de perro en los extremos, que puede afectar a estructuras importantes². Las ventajas que proporcionan los colgajos locales son un aporte sanguíneo adecuado y la reconstrucción de un defecto con piel adyacente de características similares a la zona a tratar. Entre las diferentes clases de

colgajos, el de avance resulta simple de realizar y muy versátil. Los colgajos de avance se caracterizan porque su pedículo se despegar del lecho y se desliza sobre la hipodermis sin girar o rotar sobre ningún punto, aunque en algunos casos es inevitable un ligero movimiento de rotación a la hora de realizar el colgajo. Existen varios tipos de colgajo de avance. En este artículo vamos a mostrar el colgajo de avance con triángulo de Burow en dos localizaciones típicas donde su uso es frecuente.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Los defectos que debemos reconstruir son, en ocasiones, de un tamaño grande, y se encuentran en una localización con importantes estructuras anatómicas y funcionales que no deben ser distorsionadas por el efecto de la tensión. El colgajo de avance con triángulo de Burow dibuja un triángulo que cubre el defecto que queremos extirpar. Se incide la piel, se despegar en el plano dermohipodérmico y se tracciona, intentando cerrar el defecto sin tensión³. Añadiendo un triángulo de descarga a este colgajo disminuimos la tensión al facilitar el avance y el cierre de la herida quirúrgica. Este triángulo, también llamado de Burow, nos permite situar el alargamiento de la incisión nece-

Correspondencia:
Susana Pérez Santos. Pabellón Oncológico, 2.ª planta. Secretaría de Dermatología. Máiquez, 7. 20889 Madrid.

Aceptado el 6 de agosto de 2002.

sario para obviar las orejas de perro en una posición mucho más ventajosa. Se puede usar con buenos resultados cuando la lesión a extirpar se encuentra con su base situada sobre una línea que no queremos traspasar, bien por ser una estructura anatómica o funcional o bien por ser el límite de una unidad estética. El triángulo se localiza con su base a continuación de la del primero o bien a cierta distancia, mientras que la altura se dibuja hacia el lado contralateral. Las dimensiones varían según la distancia al defecto primario: si es muy próxima deberá ser igual al defecto; si nos separamos este triángulo puede ser menor, también dependiendo de la elasticidad y la movilidad de los tejidos. El defecto primario no tiene por qué ser triangular, ya que este colgajo se adapta perfectamente a defectos circulares o irregulares (fig. 1).

Se describen principalmente dos métodos para realizar esta técnica³. Se puede incidir la línea que continúa la base del defecto primario, desbridar según las necesidades y traccionar el tejido comprobando la existencia o no de orejas de perro. Si es preciso se extirpan, creando así un triángulo de Burow. Otro modo de realizarlo consiste en cortar uno de los lados del triángulo de descarga, desbridar y ver la piel sobrante que deberá ser eliminada en el defecto secundario.

DISCUSIÓN

El colgajo de Burowes de fácil realización, en el que el movimiento cierra a la vez los defectos primario y secundario. Sólo es necesario desbridar generosamente el tejido del colgajo y el que rodea al defecto secundario. Es muy útil en ciertas áreas faciales, especialmente el labio superior, la región ciliar lateral y la zona preauricular, todos ellos lugares donde hay tejido redundante en un lado para cubrir el defecto y, sin embargo, no se puede mover piel del otro lado.



Fig. 1.—La lesión afecta también al vestíbulo nasal y no es un triángulo perfecto. El triángulo de Burow se dibuja en un pliegue nasolabial.

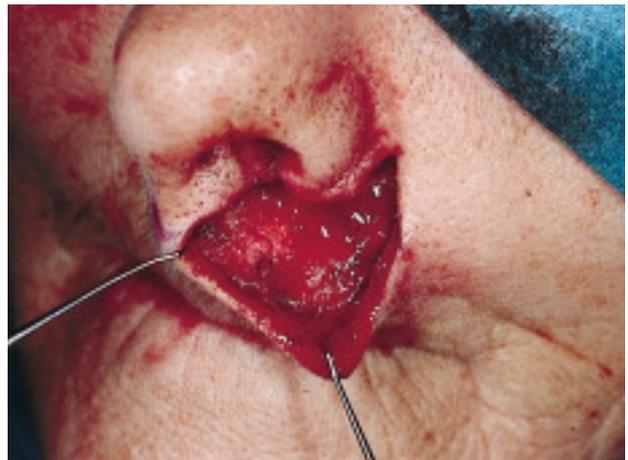


Fig. 2.—Se desbrida ampliamente la parte del colgajo que se avanza, mientras que el tejido alrededor del triángulo de descarga apenas se mueve para evitar distorsionar el surco.

A la hora de diseñar un colgajo de avance con triángulo de descarga es importante tener en cuenta las características de la piel disponible en los márgenes de la herida, y el lugar en el que vamos a colocar el triángulo de Burow. En el labio superior el colgajo de avance con triángulo de Burow nos da la posibilidad de mover la piel sobrante del área sin modificar la estética ni la función del labio (figs. 1, 2, 3 y 4). Además permite diseñar el triángulo de descarga en el surco nasogeniano, ocultando así la cicatriz. Dang y Greenbaum⁴ han descrito una variación para evitar que la localización del triángulo en el surco nasogeniano produzca un aplastamiento o distorsión del mismo, dibujando el triángulo de descarga en la semimucosa del labio, siendo de un tamaño muy inferior al defecto primario.

La zona preauricular es también idónea para este tipo de colgajo. Aquí la piel que se desplaza es con frecuencia redundante y presenta unas características uniformes. El cierre del defecto secundario queda oculto bajo el lóbulo de la oreja, con lo que se consigue minimizar las cicatrices (fig. 5). Hill⁵ describe muy



Fig. 3.—Las cicatrices se ocultan en pliegues naturales.

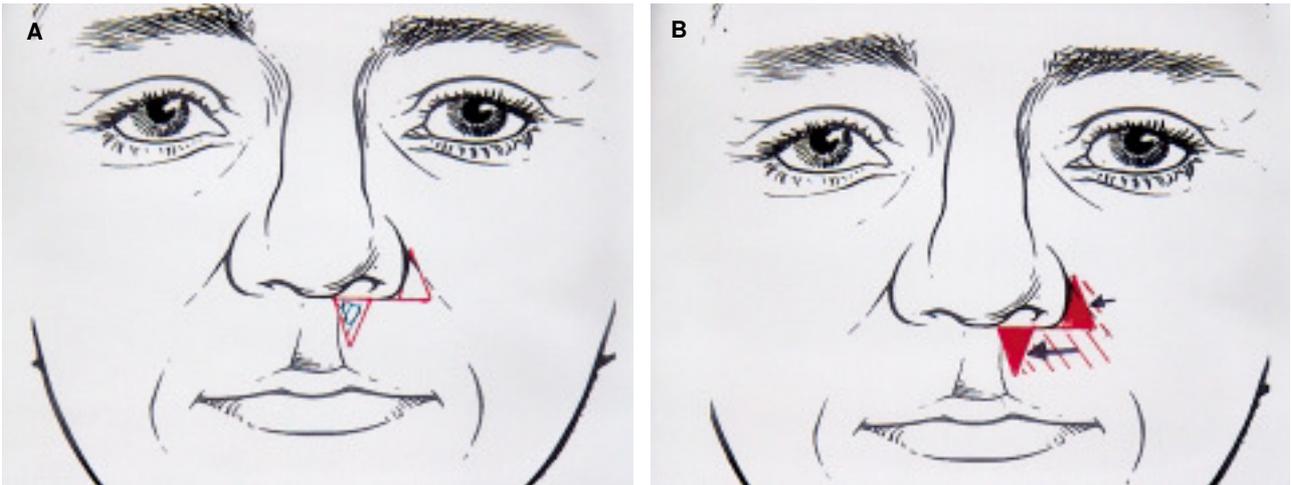


Fig. 4.—A: la lesión se sitúa en el labio superior junto al vestíbulo nasal; aprovechamos tejido redundante junto al pliegue nasolabial para cerrar nuestro defecto. B: la piel del labio superior se avanza cerrando en un solo movimiento tanto el defecto primario como el secundario.

buenos resultados usando este colgajo en la frente. La estética es inmejorable cuando la base del triángulo del defecto primario se encuentra en un surco natural o inmediatamente superior a la ceja, sobre todo cuando se localiza en la zona medial, donde las cicatrices tienen una resolución muy buena. El triángulo de descarga puede hacerse inmediato o llevarse hasta la zona periocular externa, donde las numerosas arrugas formadas por el movimiento del orbicular ayudan a esconder la cicatriz y proporcionan suficiente piel redundante. El uso de este colgajo en la zona medial de la mejilla y zona lateral de la pared nasal también

ofrece muy buenos resultados. En esta zona el movimiento de avance se acompaña en parte de una pequeña rotación y se realiza a lo largo del surco nasolabial. A pesar de la cercanía al párpado inferior y de que la tensión es perpendicular a éste no se produce ectropion con este colgajo (figs. 6 y 7).

Existen variaciones de este colgajo que aportan ventajas en casos determinados. Hay autores que utilizan al triángulo de Bürow invertido, así resulta una línea de sutura en zig-zag⁶. Esta línea es más larga, pero menos apreciable, y la contractura que produce es menor. El triángulo de Burow inverso se usa no sólo

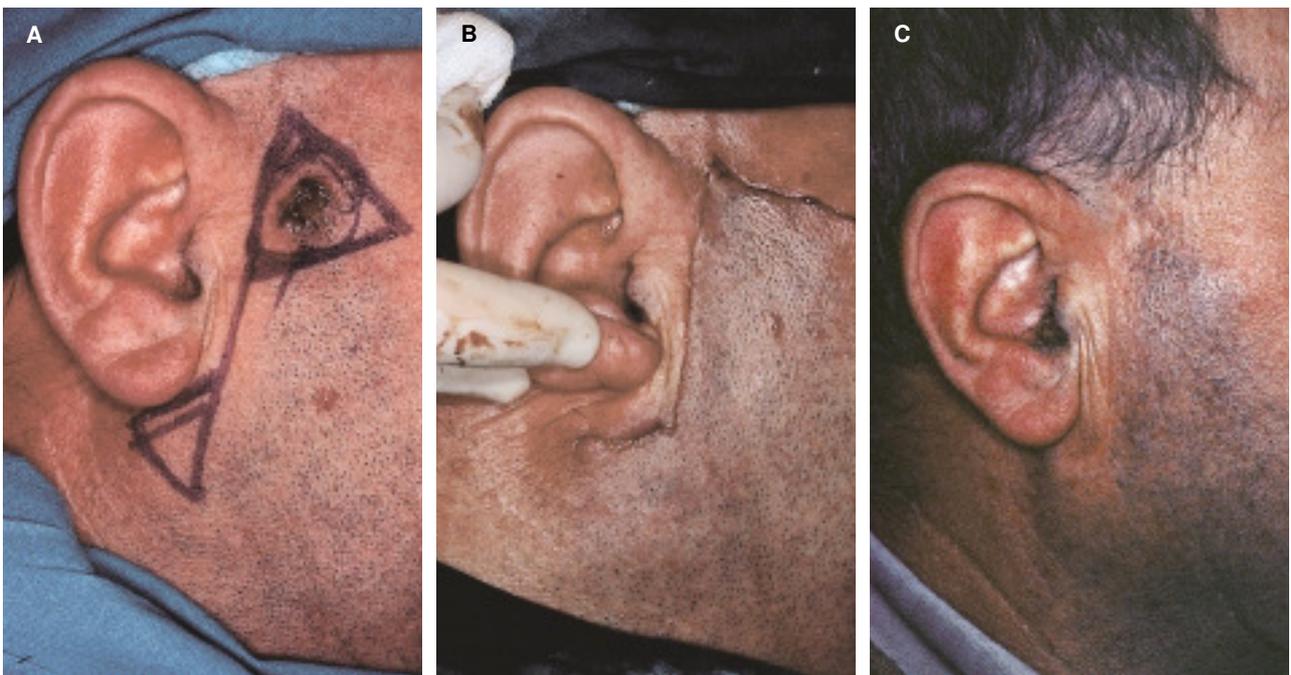


Fig. 5.—A: disponemos de piel redundante en región mandibular y cervical para avanzar y cubrir el defecto. B: el lóbulo de la oreja cubre la cicatriz creada por el defecto del triángulo de descarga. C: un año después de la cirugía apenas se observan cicatrices.



Fig. 6.—A: pilomatricoma situado entre mejilla y pared lateral nasal, sin afectar al párpado inferior. B: defectos primario y secundario y tejido desbridado que permite efectuar el movimiento de avance en dirección cefálica. C: una vez suturado no se observa ectropion.

para facilitar el movimiento del colgajo, sino para quitar parte de una cicatriz, considerándose equivalente a una Z-plastia.

La existencia de un segundo defecto (creado al extirpar el triángulo de Burow) se puede aprovechar para la extirpación de dos lesiones próximas⁷. Sin embargo, para que esta técnica se pueda llevar a cabo es necesario que la distancia entre las lesiones no exceda el doble del diámetro de la lesión mayor, pues

de lo contrario habría que desbridar una gran cantidad de tejido y la longitud de la herida quirúrgica sería muy grande. Con esta técnica se reduce la tensión a la mitad de la producida por dos cierres directos mediante una elipse.

En resumen, el colgajo de avance con triángulo de Burow es seguro y muy eficaz en labio superior, área preauricular y frente, que además preserva la estructura y función de la piel.

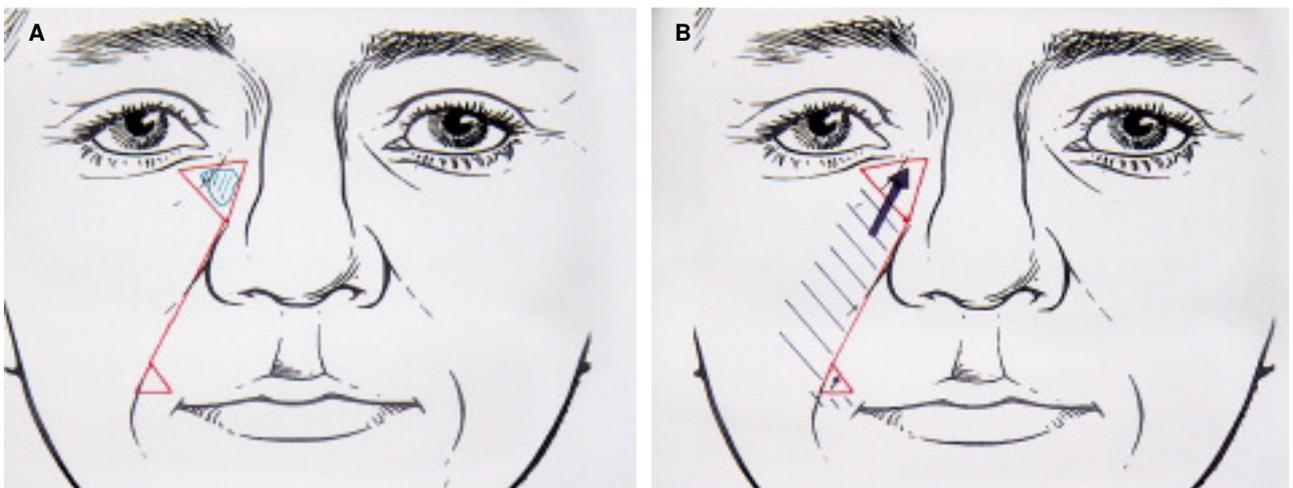


Fig. 7.—A: esquema en el que se aprecia la línea de incisión sobre el pliegue nasolabial y el defecto secundario sobre tejido perioral, una zona habitualmente redundante a partir de la quinta década. B: este colgajo no suele ser un colgajo de avance puro, sino que se acompaña de una ligera rotación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenway. Lips and oral cavity. En: Dermatologic surgery. principles and practice. Roenigk RK, Roenigk HH Jr, editores. New York: Marcel Dekker Inc; 1989. p. 409-23.
2. Gormley DE. A brief analysis of the Burow's wedge/ triangle principle. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:121-3.
3. Tromovitch TA, Stegman SJ, Glogau RG. Advancements flaps. En: Tromovitch TA, Stegman SJ, Glogau RG, editores. Flaps and grafts in dermatologic surgery. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc; 1989. p. 7-17.
4. Dang M, Greenbaum SS. Modified Burow's wedge flap for upper lateral lip defects. Dermatol Surg 2000;26:497-8.
5. Hill D. A quiet revolution: a surgical approach to skin cancers of the forehead. Australas J Dermatol 1996;37:S30-3.
6. Suzuki S, Matsuda K, Nishimura Y. Proposal for a new comprehensive classification of V-Y plasty and its analogues: the pros and cons of inverted versus ordinary Burow's triangle excision. Plast Reconstr Surg 1996;98:1016-22.
7. Boggio P, Gattoni M, Zanetta R, Leigheb G. Burow's triangle advancement flaps for excision of two closely approximated skin lesions. Dermatol Surg 1999;25:622-5.