

2. Tosti A, Misciali C, Cameli N, Vincenzi C. Guess what! Psoriasis of the lips. *Eur J Dermatol*. 2001;11:589-90.
 3. Rahman MA, Fikree M. Perioral psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14:521-2.
 4. Sehgal VN, Sehgal S, Verma P, Singh N, Rasool F. Exclusive plaque psoriasis of the lips: efficacy of combination therapy of topical tacrolimus, calcipotriol, and betamethasone dipropionate. *J Skin Med*. 2012;10:183.
 5. Ersoy-Evans S, Nuralina L, Erkin G, Ozkaya O. Psoriasis of the lips: a rare entity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:142-3.
 6. Baz K, Yazici AC, Usta A, Ikizoglu G, Apa DD. Isolated lip involvement in psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32:578-9.
 7. Brenner S, Lipitz R, Llie B, Krakowski A. Psoriasis of the lips: the unusual Köbner phenomenon caused by protruding upper teeth. *Dermatologica*. 1982;164:413-6.
 8. Martí N, Pinazo I, Revert A, Jordá E. Psoriasis of the lips. *J Dermatol Case Rep*. 2009;3:50-2.
 9. Yamamoto T, Nishioka K. Successful treatment with topical tacrolimus for oral psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:1137-8.
 10. Freeman AK, Linowski GJ, Brady C, Lind L, Vanveldhuisen P, Singer G, et al. Tacrolimus ointment for the treatment of psoriasis on the face and intertriginous areas. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:564-8.
- Z. Apalla^b, E. Sotiriou^{b,*}, A. Trigoni^a, D. Ioannides^b
^a *State Clinic, Hospital of Skin and Venereal Diseases, Thessaloniki, Greece*
^b *First Dermatology Department, Aristotle University of Thessaloniki, Greece*
- * Corresponding author.
 E-mail address: elenasotiriou@yahoo.gr (E. Sotiriou).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.01.016>

Uso del triángulo de Burow o escisión en «V» para la reparación de defectos infraorbitarios



Use of the Burow Triangle or Wedge-shaped Resection During the Repair of Infraorbital Defects

La cirugía reconstructiva del rostro requiere el conocimiento de estructuras anatómicas y funcionales como la nariz, los párpados y los labios, por la importancia de preservar su función, forma y estética.

La reparación de defectos se puede llevar a cabo mediante diferentes técnicas quirúrgicas; la reconstrucción más sencilla y rápida la provee el cierre directo mediante un huso que conlleva un alargamiento de la incisión quirúrgica, con el fin de eliminar el excedente de piel en los extremos. Una técnica para retirar dicho excedente de piel es el triángulo de Burow o escisión en «V»¹.

El párpado inferior está formado por el músculo periorbicular y revestido por piel delgada y laxa. Inmediatamente por debajo y medial se denomina área infraorbitaria, y por debajo y exterior zona malar; estas 2 por debajo dan lugar a la mejilla. Estas áreas cosméticas faciales tienen diferentes texturas, colores y densidades, desde una piel fina y con mínimo tejido celular subcutáneo (TCS) del párpado hasta la mejilla, donde la piel se engrosa y está fuertemente adherida al TCS².

En la reparación de aquellos defectos que involucren el área infraorbitaria o malar se une piel de la mejilla al párpado con estas marcadas diferencias, y se acompañan del riesgo de provocar que el borde palpebral se evierta, alejándose de la superficie ocular y produciendo un ectropión³.

Presentamos una opción de cierre sencillo que minimiza esta posibilidad.

Técnica quirúrgica

Primer paso: diseño

La escisión en forma de huso debe ser marcada antes de anestesiar por la distorsión anatómica que esto provoca, luego se diseña el triángulo de Burow en el extremo interno (fig. 1 A).

Segundo paso: incisión y divulsión de la piel

Es importante la divulsión de los tejidos hacia la mejilla para lograr un mejor deslizamiento. No realizar la divulsión hacia el párpado dada la fragilidad de la piel de la zona.

Tercer paso: anclaje

El primer punto debe ser fijado en la punta de mayor tensión, es entre el punto a y a' que se observan en las figuras 1 B, C y D. Se realiza con sutura intradérmica no reabsorbible.

Cuarto paso: suturas externas

Preferimos puntos en «U» horizontal sepultado en el párpado inferior.

En las figuras 2 y 3 se muestran pacientes que fueron intervenidos para la extirpación de un tumor maligno, y el cierre del defecto se efectuó con la técnica descrita.

Puntos importantes

1. El primer punto a y a' es clave orientarlo en forma diagonal (fig. 1 B) y prevenir la tensión perpendicular al borde libre del párpado, lo que provocaría el ectropión.

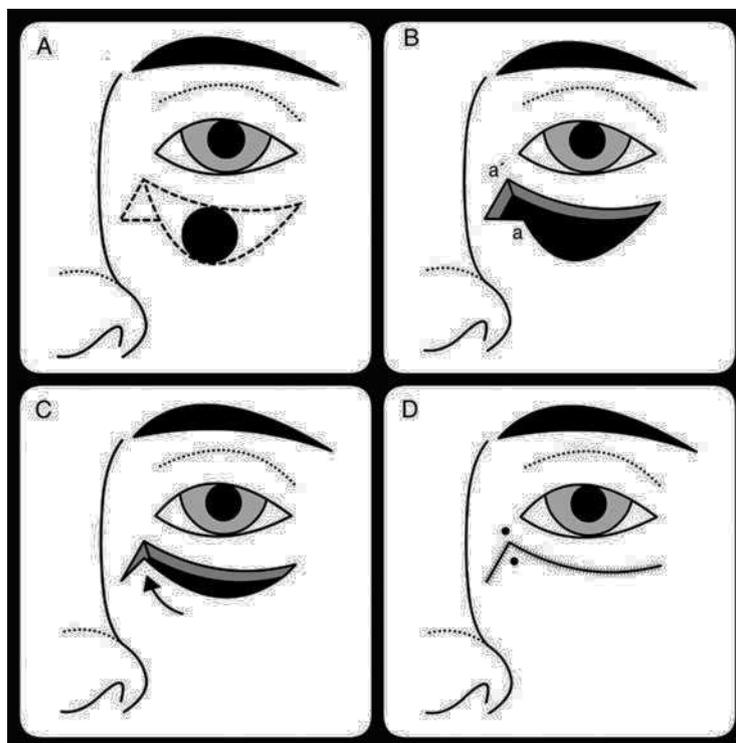


Figura 1 A. Diseño del cierre; se dibuja el triángulo de Burow sobre el ángulo interno. B. Anclaje del huso; a y a' orientación del primer punto. C. Movimiento diagonal de la piel. D. Cierre final. Al unirlos se marca el área de mayor tensión.



Figura 2 Caso clínico 1. Resección quirúrgica de tumor maligno con defecto en área infraorbitaria y cierre mediante el uso de triángulo de Burow o incisión en «V».



Figura 3 Caso clínico 2. Resección quirúrgica de tumor maligno con defecto en área infraorbitaria y cierre mediante el uso de triángulo de Burow o incisión en «V».

2. Proteger la piel del párpado inferior, dado que se trata de piel fina y delicada.
3. La realización de puntos intradérmicos pueden llevar al ectropión si se suturan fibras del periorbicular³.

Conclusión

Proponemos esta técnica para defectos infraorbitarios de hasta 1 cm de diámetro. En defectos de mayor tamaño hemos descrito previamente el colgajo de avance y rotación⁴.

La realización del triángulo de Burow en el huso no solo tiene como fin retirar piel excedente, sino también modificar el punto de mayor tensión, trasladándolo al sector medial interno del párpado, lo que minimizaría el riesgo de ectropión (figs. 1 C y D).

Bibliografía

1. Pérez Santos S, Marengo Otero R, González-Beato Merino MJ, García Morrás P, Bueno Marco C, Lázaro Ochaita P. Colgajos de

- avance con triángulo de Burow en la cara. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:602-6.
2. Samaniego E, Prada C, Rodríguez-Prieto MA. Planos quirúrgicos en cabeza y cuello. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:167-74.
3. Robinson JK. The eye and eyelid. En: Roenigk RK, Ratz JL, Roenigk HH, editores. *Roenigk's dermatologic surgery.* 3rd ed New York: Informa Healthcare; 2007. p. 210-5.
4. Galimberti G, Ferrario D, Riveiro Casabona G, Molinari LM. Utilidade do retalho de avanço e rotação para fechamento de defeitos cutâneos na região malar. *Surg Cosmet Dermatol.* 2013;5: 76-9.

L.M. Molinari*, D. Ferrario
y G.N. Galimberti

Centro de Cáncer de piel y Cirugía Micrográfica de Mohs, Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: leisa.molinari@hospitalitaliano.org.ar (L.M. Molinari).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.12.026>