



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

### Reconstrucción palpebral inferior mediante «colgajo triangular de Mutaf»



### Using a “Mutaf Triangular Flap” for Lower Eyelid Reconstruction

P. Fernández Canga\*, E. Varas Meis, J. Castiñeiras González, M. Espasandín Arias y M.Á. Rodríguez Prieto

Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

#### Introducción

La región infraorbitaria es una subunidad única, próxima a estructuras de importancia funcional y estética como el párpado inferior, el ala nasal y la comisura oral, algo a tener en cuenta a la hora de la reconstrucción quirúrgica. La principal causa de distorsión es la tracción, secundaria a cierres con excesiva tensión o a la formación de cicatrices retráctiles. Además, la ausencia de pliegues en los que camuflar las cicatrices supone una dificultad sobreañadida<sup>1</sup>.

Una de las principales complicaciones en la reconstrucción de defectos infraorbitarios es el ectropión posquirúrgico. Por ello se ha de realizar una correcta exploración palpebral prequirúrgica, para identificar signos de hiperlaxitud (fig. 1). En caso de que exista un componente involutivo que pudiera favorecer la formación de ectropión, se debe valorar la necesidad de asociar una técnica de sujeción palpebral (por ejemplo, cantopexia asociada al colgajo seleccionado para el cierre del defecto).

El «colgajo triangular de Mutaf» fue descrito en 2011 por Mutaf et al.<sup>2</sup> para la reconstrucción de defectos

infraorbitarios. Se basa en 2 colgajos triangulares de transposición planteados como una Z-plastia desiguala.

#### Descripción de la técnica

Para su diseño, el defecto quirúrgico debe convertirse en un triángulo isósceles de base superior (fig. 2A). A partir de este, y teniendo en cuenta sus medidas, se deben dibujar 2 triángulos opuestos (fig. 2D-F). Uno será traspuesto para cubrir el defecto original y el segundo servirá para cubrir el defecto de la zona dadora (fig. 2B y c). La sutura y, por tanto, la cicatriz resultante seguirán las líneas de tensión de la mejilla<sup>2,3</sup>.

Presentamos nuestra experiencia en la realización del colgajo de Mutaf en un paciente con un defecto de gran tamaño en la región palpebromalar tras cirugía de Mohs de un carcinoma basocelular (ver vídeo).

Bajo anestesia general, comenzamos con la incisión y la disección del tejido para triangular el defecto primario. Una vez triangulado, se procede a la incisión de la primera parte del colgajo y su disección en el plano subcutáneo más superficial. A continuación, se incide y disecciona la segunda parte del colgajo y se comprueba el posicionamiento final de ambos (fig. 3A-C).

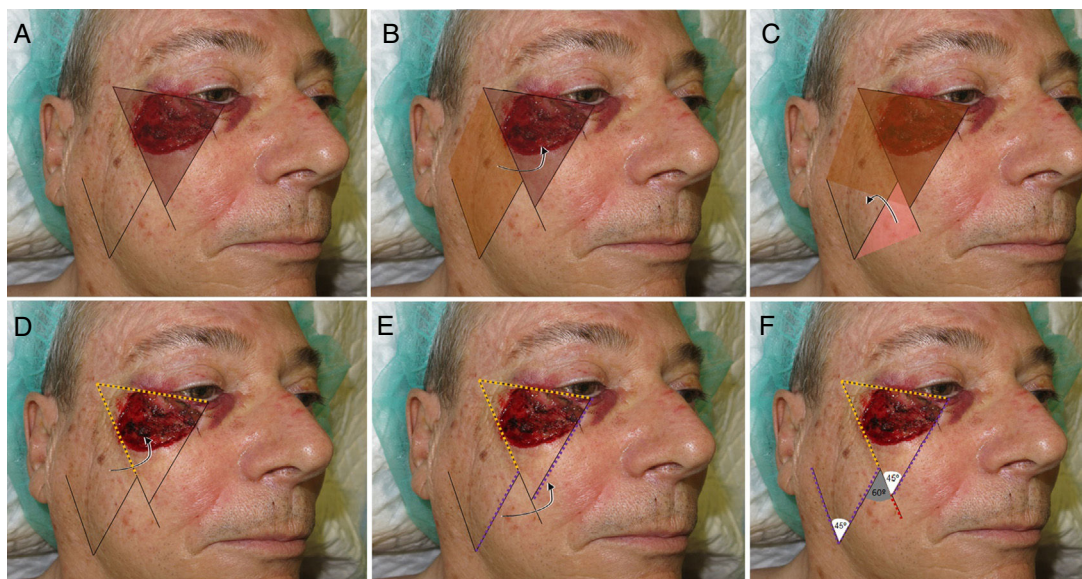
Antes de iniciar la sutura, se realiza una hemostasia cuidadosa, se adelgaza la parte más superior del colgajo para

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulafcanga@gmail.com  
(P. Fernández Canga).



**Figura 1** Exploración de la laxitud palpebral. A. Test de snap back: reposicionamiento palpebral lento. B. Tracción medial: exploración de la laxitud cantal lateral según la ampliación del ángulo externo. C. Tracción lateral: valoración de la laxitud cantal medial en función del grado de desplazamiento del punto lagrimal.



**Figura 2** Diseño del colgajo triangular de Mutaf. A. Triangulación del defecto primario. B. Movimiento de rotación que ha de realizar el segundo triángulo para cubrir el defecto primario (flecha). C. Movimiento rotatorio que deberá hacer el tercer triángulo superior para cubrir el defecto secundario (flecha). D. La primera parte del colgajo comienza a dibujarse a una distancia igual a la línea superior del defecto triangulado (línea discontinua amarilla). E. La longitud del colgajo ha de ser de la misma medida que la cara interna del defecto (línea discontinua morada), al que se aproximará (flecha). F. Prolongación del vértice del defecto para la realización del tercer triángulo (línea discontinua roja). Ángulos de los vértices de los 3 triángulos.

que se asemeje en lo posible a la piel palpebral y se fija al reborde orbitario lateral mediante un punto de anclaje con sutura trenzada absorbible de 3/0 (Vicryl®), a fin de evitar retracciones. Finalmente, se procede a la sutura continua del colgajo mediante seda de 4/0, corrigiendo las orejas de perro del extremo distal (fig. 3D y E).

## Indicaciones

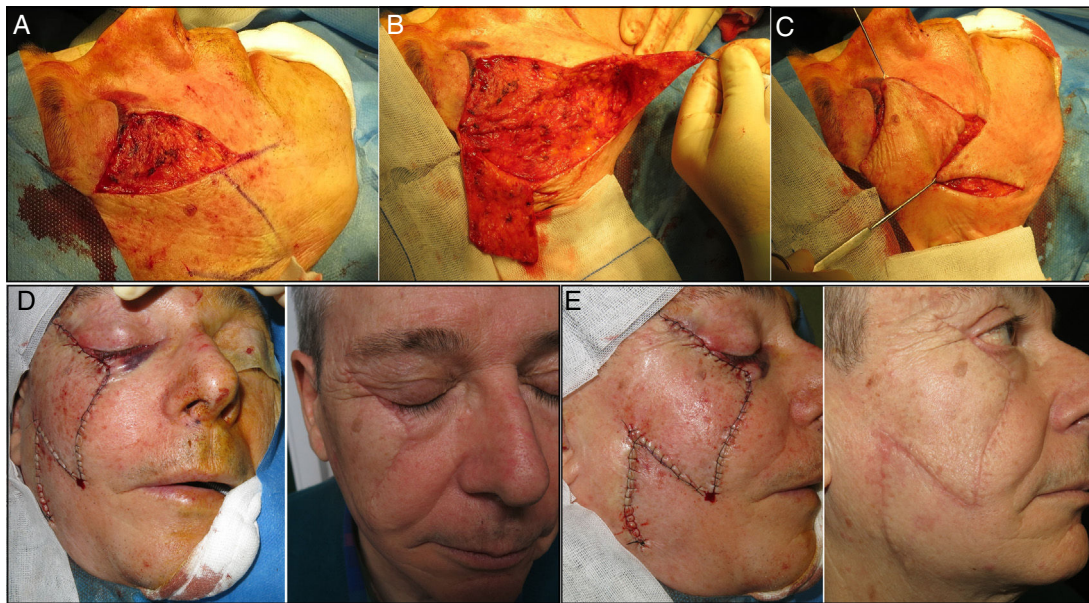
Defectos cutáneos de localización infraorbitaria, de mediano o gran tamaño, en los que se prevea que la realización de otras técnicas reconstructivas, más sencillas, pueda dar lugar a un ectropión posquirúrgico o a un mal resultado estético.

## Contraindicaciones

No existe ninguna contraindicación absoluta. Pueden considerarse contraindicaciones relativas las alteraciones en la coagulación y los factores que predispongan a la isquemia cutánea (tabaquismo, radioterapia previa, pie diabético, etc.), que comprometerán la viabilidad del colgajo.

## Complicaciones

- Infección de la herida quirúrgica.
- Hemorragia, hematoma y necrosis cutánea.
- Ectropión cicatricial.
- Alteraciones, temporales o permanentes, de la sensibilidad por lesiones de estructuras nerviosas.



**Figura 3** Colgajo triangular de Mutaf. A. Defecto primario triangulado. B. Colgajo diseccionado compuesto por 2 triángulos opuestos. C. Posicionamiento final del colgajo. D y E. Posoperatorio inmediato y tardío (8 semanas). Visión frontal y lateral.

## Conclusión

El colgajo triangular de Mutaf representa una buena opción reconstructiva, además de original, en defectos infraorbitarios de medio o gran tamaño, en los que, por el riesgo de tracción palpebral, la realización de otros colgajos no suponga una alternativa adecuada y el empleo de injertos comprometa el resultado estético. La intervención, aunque laboriosa, no es técnicamente compleja, y como se puede ver, ofrece buenos resultados funcionales y estéticos (fig. 3D y E). Es necesario realizar una correcta exploración de la laxitud palpebral antes del diseño de la cirugía de la región infraorbitaria.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2018.01.011](https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.01.011).

## Bibliografía

1. Pérez-Paredes MG, González-Sixto B, Otero-Rivas MM, Rodríguez-Prieto M. Cirugía reconstructiva de la región cigomática-medial de la mejilla: presentación de 5 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:e27-31.
2. Mutaf M, Günal E, Temel M. A new technique for closure of infra-orbital defects. *Ann Plast Surg.* 2011;67:600-5.
3. Cecchi R, Bartoli L, Brunetti L, Troiano G. Mutaf triangular flap technique in the repair of infraorbital skin losses: Report of 5 cases. *J Cutan Aesthet Surg.* 2014;7:176-7.