

EXERESIS DE LA BOLA ADIPOSA DE BICHAT

LUCAS AGUSTÍN AMADO*, FELICITAS BLANCO FERNÁNDEZ**, JUANA BIANCHI***,
ELENA MARINA MAIDOL****, ELBA DE LAS BARRERAS*****, ROMÁN LELL*****
Y ALEJANDRO OSTROSKY*****

*Residente de primer año del servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

**Residente de segundo año del servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

***Residente de tercer año del servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

****Jefa de residentes del servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

*****Planta del servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

*****Planta e instructor del servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

*****Jefe de servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Hospital Mariano y Luciano de La Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La bichectomía es un procedimiento quirúrgico realizado frecuentemente. Su objetivo es mejorar el contorno de las mejillas al reducir su volumen, resaltando las eminencias malares. Consiste en la resección de la bola adiposa de Bichat, que es la acumulación de tejido adiposo situado entre el músculo masetero y el buccinador (1). Para ello existen diferentes técnicas extraorales e intraorales. En este artículo, se presenta un caso clínico de un paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, que consultó para realizar una bichectomía por razones estéticas. La paciente no tenía antecedentes patológicos de importancia. Se programó la cirugía, donde se realizó la bichectomía. Los resultados fueron satisfactorios.

Palabras clave: bola adiposa de Bichat, bichectomía, técnica quirúrgica, relación anatómica, caso clínico.

ABSTRACT

Bichectomy is a frequently performed surgical procedure. Its objective is to improve the contour of the cheeks by reducing their volume, highlighting the malar eminences. It consists of the resection of the Bichat adipose ball, which is the accumulation of adipose tissue located between the masseter and buccinator muscles. For this there are different extraoral and intraoral techniques. In this article, a case of a 25-year-old female patient is presented, who consults to perform a bichectomy for aesthetic reasons. The patient had no significant medical history. Surgery was scheduled, where the actual bichectomy was performed. The results were satisfactory.

Keywords: Buccalfat pad, bichectomy, surgical technique, related anatomy, clinical case.

INTRODUCCIÓN

La bola adiposa de Bichat fue descrita por primera vez en 1732 por Heister, quien imaginó que esta estructura era de naturaleza glandular, la denominó justamente «glándula malar». En 1802, Bichat descubre la verdadera configuración de esta masa y la calificó como una bolsa de carácter graso, y desde entonces lleva este nombre (2).

La bola o cuerpo adiposo de Bichat se encuentra bien delimitada, es redondeada, frágil y está cubierta por una delgada envoltura facial a modo de pseudomembrana, ocupando zonas laterales y posteriores de la cara. Esta estructura anatómica está relacionada con el espacio masticatorio virtual, fascia muscular del masetero y buccinador, con las ramas bucal del nervio facial, y con el conducto de Stenon. Se encuentra separada de la grasa facial por el sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) (fig. 1).

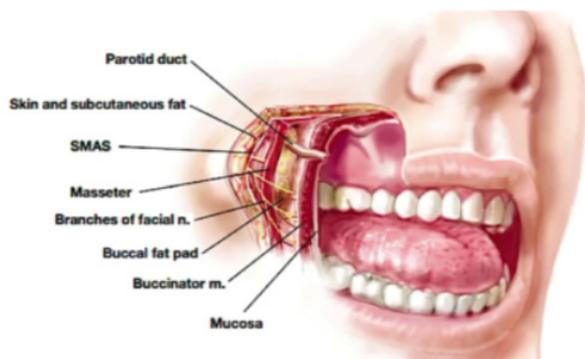


FIGURA 1: GOLA ADIPOSITA Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS. ESTA CÁPSULA CONSISTE EN UN CUERPO Y CUATRO PROLONGACIONES: BUCAL, PTERIGOIDEA, RAMA SUPERFICIAL Y RAMA PROFUNDA DE LA REGIÓN TEMPORAL (FIG. 2).

El cuerpo de esta estructura está situado profundamente a nivel de la tuberosidad maxilar, superior al conducto parotídeo y a la inserción del músculo buccinador.

La prolongación bucal es el segmento más superficial y termina debajo del conducto de Stenon. La prolongación pterigoidea se sitúa medialmente con respecto a la rama mandibular, ocupando el espacio entre esta y los músculos pterigoideos (fig. 3). El aporte vascular proviene de la rama bucal y temporal profunda de la arteria maxilar interna, de la transversa de la cara, y de la arteria facial. (3) En el adulto actúa a manera de relleno y colchón amortiguador y reduce gradualmente su tamaño con la edad.

En lactantes y niñas y niños pequeños está relacionada con los movimientos de succión y masticación,

previniendo que las mejillas colapsen. Esta grasa es totalmente diferente de la subcutánea, al no ser metabólica, no interviene en el metabolismo graso ni está sujeta a variaciones en su volumen, ya sea que la persona aumente o baje de peso (4).

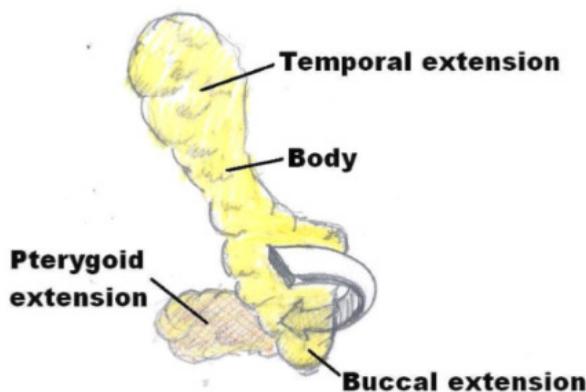


FIGURA 2: DIAGRAMA DEL CUERPO ADIPOSITO DE LA MEJILLA EN EL QUE SE REPRESENTA SU CUERPO Y LAS EXTENSIONES TEMPORAL, BUCAL Y PTERIGOIDEA.

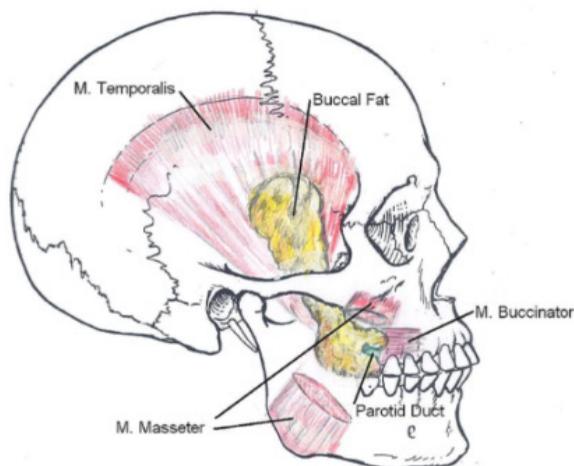


FIGURA 3: CUERPO ADIPOSITO DE LA MEJILLA CON SUS EXTENSIONES. SE SITUÁ DETRÁS DEL MÚSCULO MASETERO, POR LO QUE ESTE SE HA SECCIONADO PARA MEJORAR LA VISIÓN.

Básicamente, la extracción de la bola de Bichat es una intervención quirúrgica que se aplica a la estética facial, consiguiendo mejorar el contorno de las mejillas al reducir su prominencia. De esta manera, aumenta indirectamente la luminosidad de las eminencias malares.

También puede usarse en la corrección de diversos defectos bucales, tales como cierre de fístulas y comunicaciones bucosinusales, reconstrucciones postresección de tumores, rehabilitación de pacientes

desfigurados, correcciones estéticas faciales, y recubrimiento de injertos para implantes (5).

OBJETIVO

El propósito de este artículo fue mostrar un caso clínico de bichectomía donde se pudo evaluar y se hicieron evidentes los cambios estéticos faciales a corto y mediano plazo.

CASO CLÍNICO

Se presentó un paciente del sexo femenino, de 25 años de edad, al servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial manifestando la necesidad de afinar su rostro.

A la anamnesis no refirió ningún antecedente patológico familiar o personal. Al examen clínico, se constató asimetría facial del lado derecho. La paciente presentaba un biotipo facial que cumplía con el perfil ideal para realizar la bichectomía. Se tomaron fotografías diagnósticas de frente.

De acuerdo con los requerimientos estéticos de la paciente, se programó la cirugía bilateral. En el consultorio, bajo anestesia local del nervio infraorbitario y alveolar superior posterior, se realizó una incisión de 1 centímetro de largo, a una distancia de 1 centímetro por debajo y por detrás de la emergencia del conducto de Stenon.

Se procedió a la disección roma de las fibras del músculo buccinador y, al realizar una ligera presión en las mejillas, se expuso la bola adiposa (fig. 4). Con maniobras de tracción y divulsión simultáneas, se logró su evisceración (fig. 5). Se continuó con la maniobra, hasta la aparición de sus tabiques, punto límite para realizar la ligadura y posterior exeresis (fig. 6).

Se realizaron puntos simples de la mucosa con sutura reabsorbible 3.0 y se le dieron las indicaciones postoperatorias:

- Crioterapia las primeras 24 horas postquirúrgicas.
- Reposo moderado.
- Dieta blanda.
- Administración de medicamentos indicados:
 - Amoxicilina con ácido clavulánico 1g -1 comprimido cada 12 horas durante 7 días.
 - Dexametasona 8g EV (única dosis).
 - Diclofenac 75 mg -1 comprimido cada 12 horas durante 3 días.

Se retiraron los puntos a los 7 días, seguido de un control postoperatorio a los 2, 3, y 6 meses, donde se evidenció una óptima evolución (fig. 7).

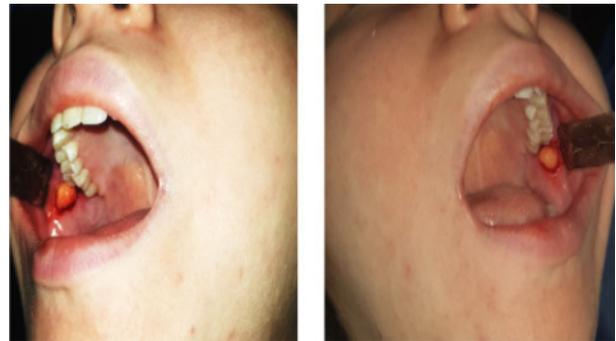


FIGURA 4: EXPOSICIÓN DE LA BOLA ADIPOSITA DE DERECHA E IZQUIERDA.

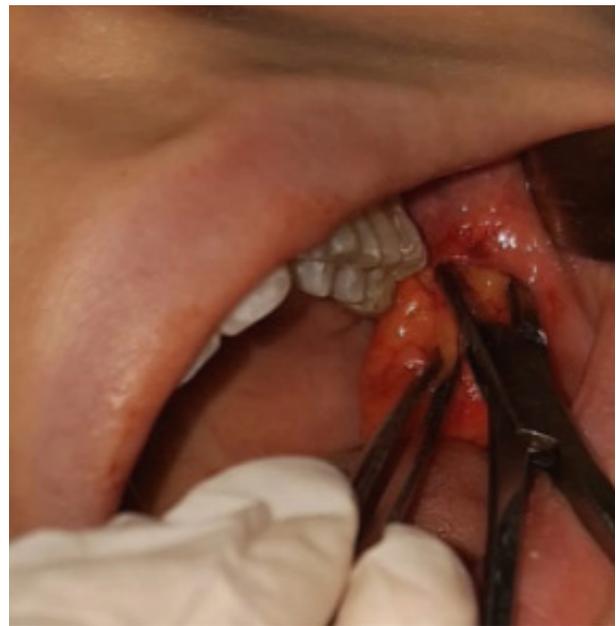


FIGURA 5: EVISCERACIÓN DE LA BOLA ADIPOSITA MEDIANTE MOVIMIENTOS DE TRACCIÓN Y DIVULSIÓN.

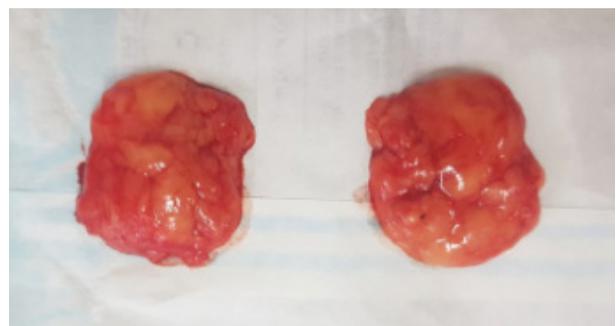


FIGURA 6: EXÉRESIS DE LAS BOLSAS ADIPOSITAS DE BICHAT.



FIGURA 7. PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.

DISCUSIÓN

En la bichectomía los reparos anatómicos son varios, pero principalmente se debe considerar al nervio facial con sus ramos bucal y cigomático, a los nervios y vasos infraorbitarios y bucales, al conducto de Stenon, vena y arteria facial. Estos elementos pueden distribuirse superficial o por el espesor del cuerpo adiposo de la mejilla (6).

Los reportes indican que el conducto de Stenon puede tener tres diferentes formas de relacionarse con la bola adiposa, esto es de vital importancia al momento de realizar el tratamiento para no dañarlo.

El nervio facial tiene una estrecha relación con la prolongación bucal. Específicamente su ramo bucal, que es inferior al conducto en su trayecto a través de la región maseterina y geniana.

El cirujano, al retirar partes de la bola adiposa, también se lleva las terminales nerviosas adyacentes, el daño puede ser mayor o menor según la cantidad y ramos que se lesione, pero esta pérdida de inervación no se consigna a menudo por los especialistas, ya que los nervios que quedan en la zona suplen esta pérdida. Sí se establece que, al dañar el ramo bucal o cigomático del nervio facial, las secuelas generadas son mayores, comprometiendo la función de la mímica. En resumen, las complicaciones más frecuentes son:

- Edema.
- Trismus.
- Asimetría facial.
- Parálisis de las ramas del nervio facial (7).
- Estenosis del conducto de Stenon. En los estudios se aprecia que el conducto puede estar superficial

(tipo A: 42%), superior (tipo B: 36%); o inmerso (tipo C: 26%) (8).

- Resultados no deseados. En este factor, influye la edad del paciente y biotipo facial, siendo el más estético el dolicocefálico.

En la actualidad, no solo se retira la bola adiposa de Bichat con fines estéticos, o como complemento, sino que se ha demostrado su utilidad como colgajo para el cierre de fistulas nasoalveolopalatinas o como rellenos de algunos defectos, sin llegar a utilizarse lipotransferencia por infiltración o por las características fibrosas de dicha grasa y su posible contaminación al pasar por microorganismos propios de la cavidad oral (9).

Los autores coinciden en que el uso de colgajos regularmente utilizados para el tratamiento de las CBS son el colgajo vestibular, el colgajo palatino y el colgajo de bola adiposa de Bichat. Para la elección de cualquiera de estas técnicas hay que tener en cuenta las características de la complicación, tamaño, posición, ventajas y desventajas de la técnica (10).

Se ha demostrado que el colgajo de bola adiposa de Bichat presenta la menor tasa de complicaciones y es efectiva frente a comunicaciones mayores a 5mm (11).

Los colgajos vestibular y palatino ofrecen desventajas cuando la comunicación ocurre en el tercer molar, el primero porque con él se pierde la anatomía normal de la zona y el segundo porque a la hora de rotar el pedículo se ve afectado el aporte sanguíneo al colgajo necesario para su éxito (12).

CONCLUSIÓN

La técnica de extracción de la bola adiposa se puede describir como un procedimiento atraumático y ambulatorio, siempre y cuando se tenga el conocimiento y la habilidad quirúrgica que amerita.

En este caso, la bichectomía se realizó sin ninguna complicación intra o postoperatoria. Para ver los resultados finales postquirúrgicos, se esperó a los 7 días, 2, 3 y 6 meses.

Es importante hacer un diagnóstico correcto del caso clínico y evaluar las expectativas reales del paciente, conocer con exactitud la anatomía relacionada y tener conocimiento de las posibles complicaciones y el manejo de cada una de ellas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bichectomy: trident technique, new surgical technique presentation. *An Orl Mex* 2020 enero-marzo;65(1):37-42.
2. "Handling of the adipose ball of Bichat. Contribution to the conventional bichectomy technique." Vol. 15, Núm. 3 septiembre-diciembre 2019 pp. 80-85.
3. KHAN Et Col. (1990) La vascularisation du corps adipeux de la joue, *Arch AnatHistEmbr Norm Exp*; 73:3-20.
4. TOSTEVIN, P. M. & Ellis, H. "The buccal pad of fat: a review. *Clin. Anat.*" 8(6):403-6, 1995.
5. BAUMANN, EWERS. (2000) "Aplication of the buccal fat pad in oral reconstruction", *J Oral MaxilofacSurg*;58,4: 389- 92.
6. STUZIN, JAMES M.D. et. al. (1990) "The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plast. Reconst. Surg.*"85:29.
7. KLUPPEL, L.; Marcos, R. B.; Shimizu, I. A.; da Silva, M. A. D. & da Silva, R. D. "Complications associated with the bichectomy surgery." *RGO Rev. Gaúch. Odontol.*, 66(3):278-84, 2018.
8. HASSANI, A.; Shahmirzadi, S. & Saadat, S. "Applications of the Buccal Fat Pad in Oral and Maxillofacial Surgery." *Textb. Adv. Oral Maxillofac. Surg.*, 3, 2016.
9. RIU GD, Meloni SM, Bozzo C, Meloni F, Tullio A. "A double buccal fat pad flap for middle palate defect closure-a new technique for palate closure." *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35: 1057-1059.
10. BRAVO G. Minzer S. Fernández L. "Sinusitis odontogénica, fistula oroantral y su reparación quirúrgica mediante colgajo de bolsa de Bichat: revisión de la literatura." *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015.
11. PAVINI P. Obreja K. Begic A. Schwarz F. Becker J. Salti L. "Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *International Journal of Implant Dentistry*" (2019) 5:13
12. MARTINS J C, Santos F, Schmidt Mariana. "Closure oroantral communication using buccal fat pad graft – case report." *Archives International otorrinlaringol.* 2008; 12(3): 87-91.

Contacto

Correo electrónico: amadoagustin@hotmail.com