

Extracción de la bola adiposa de Bichat: Reporte de un caso clínico

Buccalfat pad removal: a clinical case report

*Marcia Camacho Salmón, Especialista en Cirugía Oral. Centro Mexicano en Estomatología. Puebla, México.
marcysalmon@gmail.com*

RESUMEN

La bola adiposa de Bichat es una estructura anatómica muy definida, que se encuentra en la región orofacial y está relacionada con los músculos masticatorios. Bichectomía o extracción de la bola adiposa de Bichat es una intervención muy sencilla, mínimamente invasiva y completamente ambulatoria. Con ella se consigue afinar los rasgos faciales, al acentuar más los pómulos y definir el óvalo facial.

PALABRAS CLAVE

Bola adiposa de Bichat, bichectomía, técnica quirúrgica, relación anatómica, caso clínico.

ABSTRACT

The buccal fat pad is an anatomical structure that is well defined in the orofacial region and is associated with the masticatory muscles. Bichectomy or removing the buccal fat pad (BFP) is a very simple intervention, minimally invasive and fully ambulatory. This operation refines facial features and accentuates cheekbones achieving more defined facial contours.

KEYWORDS

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

Recibido: 21 noviembre, 2013.

Aceptado para publicar: 19 diciembre, 2013.

INTRODUCCIÓN

La bola o cuerpo adiposo de Bichat, debido a su posición en la región más profunda de la cara, cumple funciones de unir diferentes estructuras musculares.

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 a manera de relleno y colchón amortiguador.

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 se baje o suba de peso.

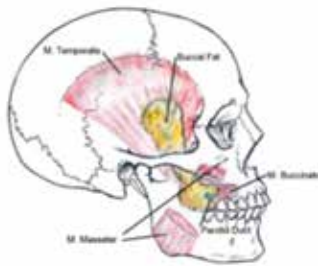
Básicamente, la extracción de la bola de Bichat es una intervención quirúrgica que se aplica a la estética facial, consiguiendo mejorar el contorno de las mejillas al reducir su prominencia y, de esta manera, aumenta indirectamente la luminosidad de las eminencias malares.

En bebés y niños pequeños esta bola de grasa está relacionada con los movimientos de succión y masticación, previniendo que las mejillas colapsen. En la edad adulta reduce gradualmente su tamaño.

RELACIONES ANATÓMICAS

Se relaciona básicamente con el espacio masticatorio virtual (aponeurosis del músculo masetero y buccinador) con las ramas bucal y pterigoidea del nervio facial, con el conducto de Stenon parotídeo.

El aporte vascular de la bola de Bichat proviene de la arteria maxilar interna (rama bucal y temporal profunda, arteria temporal superficial (rama transversa de la cara) y la arteria facial.



La bola de Bichat se encuentra separada de la grasa facial por el sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS).



Esta cápsula consiste en un cuerpo y 4 prolongaciones: bucal, pterigoidea, rama superficial y rama profunda de la región temporal.

El cuerpo de esta estructura está situado profundamente a nivel de la tuberosidad maxilar; superior al ducto parotídeo y a fibras superiores del buccinador.

La prolongación bucal es el segmento más superficial, y termina debajo del ducto parotídeo.

La prolongación pterigoidea se sitúa medialmente con respecto a la rama mandibular, ocupando el espacio entre la rama y los músculos pterigoideos.

Fibras de la rama bucal del nervio facial transcurren lateralmente a lo largo de la capsula adiposa, y estas fibras deben ser conservadas.

En promedio presenta un volumen de 9,6 ml y un peso de 9,3 gr

ANTECEDENTES

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 el nombre de "bola de Bichat". Ranke, en 1884, es quien confirma que la BGB persiste invariable en los casos de emaciación.

La BGB puede ser utilizada 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 de la cara, y recubrimiento de injertos para implantes.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 19 años de edad, se presenta a la clínica de posgrado de Cirugía Bucal del CME, Centro Mexicano de Estomatología en Puebla, México solicitando la bichectomía. La joven expresa su deseo de realizarse la cirugía por motivos meramente estéticos.

Se tomaron fotografías diagnósticas de frente y perfil. Se le hace una historia clínica detallada, donde no se refiere ningún antecedente patológico familiar o personal. Las pruebas de coagulación TTP y TP salieron dentro del rango normal (Tiempo protrombina: 13 - 14 segTiempo tromboplastina: 35 - 45 seg)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se anestesia con Lidocaína al 2% con epinefrina y aguja de 21 mm el nervio infraorbitario, alveolar superior posterior y región pterigoidea.



Se le receta al paciente terapia farmacológica: Amoxicilina + Ac. Clavulánico 875/125 mg, 1 c/8h por 7 días. Dexametasona IM8mg, Dosis única, Ibuprofeno 400 mg, 1 c/8 h por 3 días.

Indicaciones postoperatorias

- Crioterapia las primeras 24 horas postquirúrgicas.
- Reposo moderado
- Evitar exposición al Sol
- Dieta blanda una semana
- Administración de medicamentos indicados

En este caso se recomendó usar una venda elástica alrededor de la cara para presionar la zona de las mejillas y así evitar una inflamación mayor; además de presionar los tejidos circundantes a la bola de Bichat para lograr un mejor resultado estético.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Edema
- Hematoma
- Trismus
- Parestesia transitoria

Se realizó una incisión de 1cm de largo en el fondo del vestíbulo superior a 1 cm de la mucosa alveolar; a la altura del segundo molar.

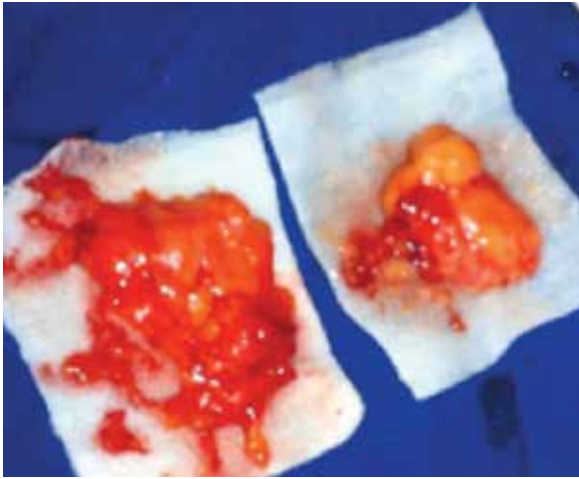
Luego, se incursiona con una tijera roma de Metzembbaum, dirigiendo la punta con dirección de la articulación témporo-mandibular con tracción suave.

Realizamos disección roma de las fibras del músculo buccinador y con una ligera presión en las mejillas aparece la bola de Bichat.

Traccionamos la bola hacia afuera al mismo tiempo que hacemos disección alrededor de ella para que se libere por completo.

Cortamos el pedículo de la bola de Bichat y realizamos sutura de la mucosa con puntos simples de sutura reabsorbible (vycril 000).





- Asimetría facial
- Parálisis de las ramas del nervio facial
- Estenosis del ducto parotídeo

CONCLUSIONES

La técnica de extracción de la bola de Bichat se puede describir como una técnica atraumática y ambulatoria siempre y cuando se tenga el conocimiento y la habilidad quirúrgica que amerita. En este caso la bichectomía se

realizó sin ninguna complicación trans o postoperatoria.

Se esperó para ver los resultados finales postquirúrgicos, a los 2 meses de realizada la cirugía.

RECOMENDACIONES

Es importante hacer un diagnóstico correcto del caso clínico, y evaluar las expectativas reales del paciente, realizar una historia clínica completa y detallada, conocer con

exactitud la anatomía relacionada y tener conocimiento de las posibles complicaciones y el manejo de cada una de ellas.

Como parte del diagnóstico es importante saber que se logran resultados más visibles en pacientes con una estructura facial tipo dolicocefálico y que, según el caso, se recomienda hacer esta cirugía junto con otras intervenciones estéticas realizadas por un cirujano plástico. ■■■

BIBLIOGRAFÍA

Baumann, Ewers. (2000) *Aplicación de la grasa bucal en la reconstrucción oral*, *J Oral Maxillofac Surg*; 58,4: 389-92. [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(00\)90919-4](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(00)90919-4)

F. M. Hasse, G. Lemperle. (1994) *Resección y aumento de la grasa de Bichat en el contorno facial*. *European Journal of Plastic Surgery*. Sept, volume 17, Issue 5, pp 239-242. <https://doi.org/10.1007/BF00208838>

H. Xiao, M. Bayramicli, I. T. Jackson. (1998) *Análisis volumétrico de la grasa bucal*. *Institute for Craniofacial and Reconstructive Surgery*. MI, USA.

Khan et col. (1990) *La vascularización del cuerpo adiposo de la mejilla*, *Arch AnatHistEmbr Norm Exp*; 73:3-20.

L. Stassen, AD Khosa, M Israr. (2008) *El valor de la grasa bucal en la reconstrucción de defectos orales tras la extirpación de tumores intraorales - Una evaluación clínica*. *Department of Oral & Maxillofacial Surgery, National Maxillofacial Unit, St James's Hospital, St. James, Dublin*.

Matteo Chiapasco. (2004) *Cirugía oral: Texto y atlas en color*. España; 30.

Neil S. Norton. (2012) *Netter Anatomía de cabeza y cuello para Odontólogos*. España; 164-178.

Oscar M. Ramirez, MD, FACS. *El papel de la grasa de Bichat en la creación de la línea ogee del tercio medio facial*. *Private Practice, Sanctuary Plastic Surgery, Boca Raton, Florida*: http://www.plasticsurgerypulsenews.com/4/article_dtl.php?QnCategoryID=44&QnArticleID=104&QnCurPage=5

Rapidis, Alexandridis, Eleftheriadis, Angelopoulos. (2000) *El uso de la grasa bucal para la reconstrucción de defectos orales: Revisión de la literatura y reporte de 15 casos*, *J Oral Maxillofac Surg*; 58,2. [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(00\)90330-6](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(00)90330-6)

Stuzin, James M.D. et. al. (1990) *La anatomía y aplicaciones clínicas de la grasa bucal*. *Plast.Reconst. Surg*. 85:29. <https://doi.org/10.1097/00006534-199001000-00006>



Derechos de Autor © 2014 Marcia Camacho Salmón. Esta obra se encuentra protegida por una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)