

M. Argüero González¹
C. Gay Escoda²

Reconstrucción de un defecto palatino con la bola adiposa de Bichat

- 1 Cirujano Maxilofacial,
Clínica Perpetuo Socorro de Lleida,
Profesor del Máster de Cirugía Bucal
2 Profesor Titular de Patología Quirúrgica
Oral y Maxilofacial,
Director del Máster de Cirugía Bucal,
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona.

Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda,
Ganduxer 140,
08022 Barcelona.

RESUMEN

Se describe la utilización de un injerto pediculado no cubierto de la bola adiposa de Bichat para el cierre de un defecto palatino en una paciente afecta de carcinoma epidermoide maxilar superior derecho. Se comentan las ventajas de esta técnica para el cierre de defectos intraorales.

PALABRAS CLAVE

Bola adiposa de Bichat; Injerto pediculado no cubierto; Defectos palatinos; Defectos intraorales.

ABSTRACT

We report the use on an unlined pedicled buccal fat pad graft to close a palatal defect in a patient with right upper maxillary epidermoid carcinoma. We discuss the advantages of such technique for the closure of intraoral defects.

KEY WORDS

Buccal fat pad; Unlined pedicled graft; Palatal defects; Intraoral defects.

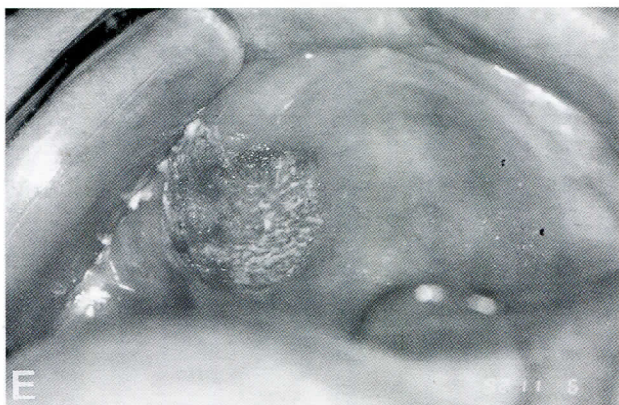


Figura 1. Carcinoma epidermoide maxilar superior derecho.



Figura 2. Después de la maxilectomía marginal, puede observarse el defecto resultante, la fosa nasal y el seno maxilar.

INTRODUCCIÓN

La extirpación de los tumores del paladar duro puede provocar defectos oroantrales u oroantror nasales que dificultan la deglución y el habla. Los defectos palatinos pueden reconstruirse con prótesis o colgajos. Raras veces se ha utilizado la grasa para cerrar defectos orales.

La bola adiposa de Bichat⁽¹⁾ es una masa de tejido graso que rellena el espacio delimitado por el masetero, el tendón del temporal y el pterigoideo interno por la parte posterior; el buccinador y su aponeurosis por la parte interna; el primer plano de los músculos cutáneos por la parte externa y finalmente, por la parte anterior, por el conducto de Stenon y una delgada hoja aponeurótica que rodea a este conducto y se extiende desde la aponeurosis maseterina a la aponeurosis buccinatriz.

Bichat⁽²⁾ fue el primero en reconocer la naturaleza grasa de este tejido en el libro de anatomía general que publicó en 1802.

En 1977, Egyedi⁽³⁾ publicó por primera vez la utilización de la bola adiposa de Bichat como injerto pediculado para el cierre de comunicaciones oroantrales u orosinusales; utilizó un injerto de piel de grosor parcial para cubrir el lado oral de la grasa. Desde entonces, ha habido dos avances significativos. El primero, publicado en 1983, consistió en la aplicación de la bola adiposa de Bichat como injerto libre en defectos intraorales. En 1986, Tideman demostró que el injerto graso pediculado no necesitaba ser cubierto por

un injerto cutáneo porque se epitelizaba en 1-4 semanas.

En este artículo, se describe la utilización de la bola adiposa de Bichat como injerto pediculado no cubierto para el cierre de un defecto del maxilar superior.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una mujer de 78 años había sido remitida a nuestro servicio por su odontólogo con el diagnóstico de neoformación maxilar superior.

A la exploración, presentaba una tumoración intraoral en el maxilar superior derecho, en el reborde alveolar y paladar duro adyacente, de 2,5 cm de diámetro, sobreelevada y verrugosa, de crecimiento lento, indolora, no hemorrágica, de 6 meses de evolución (Fig. 1).

La paciente era edéntula y entre sus antecedentes patológicos, destacaba una cardiopatía tratada con digoxina.

Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron normales.

El examen anatomopatológico de la biopsia incisional confirmó que la tumoración era un carcinoma epidermoide bien diferenciado, de tipo verrugoso.

La paciente fue intervenida bajo anestesia general y se practicó maxilectomía marginal (resección que incluía el hueso subyacente y los tejidos blandos adyacentes) (Figs. 2 y 3). No se utilizó férula acrílica de soporte.

Una semana después de la intervención se observó



Figura 3. Especimen quirúrgico.

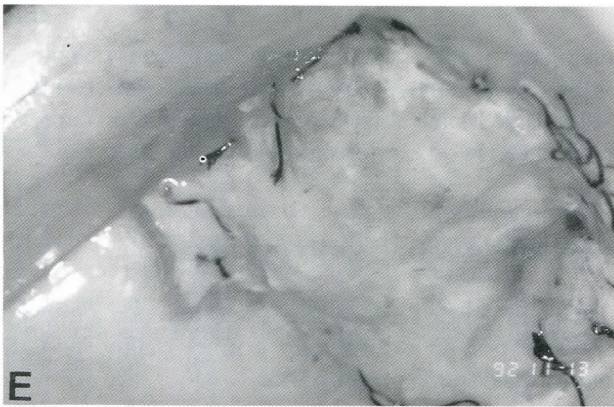


Figura 5. Una semana después de la intervención, puede observarse la avanzada epitelización del injerto.

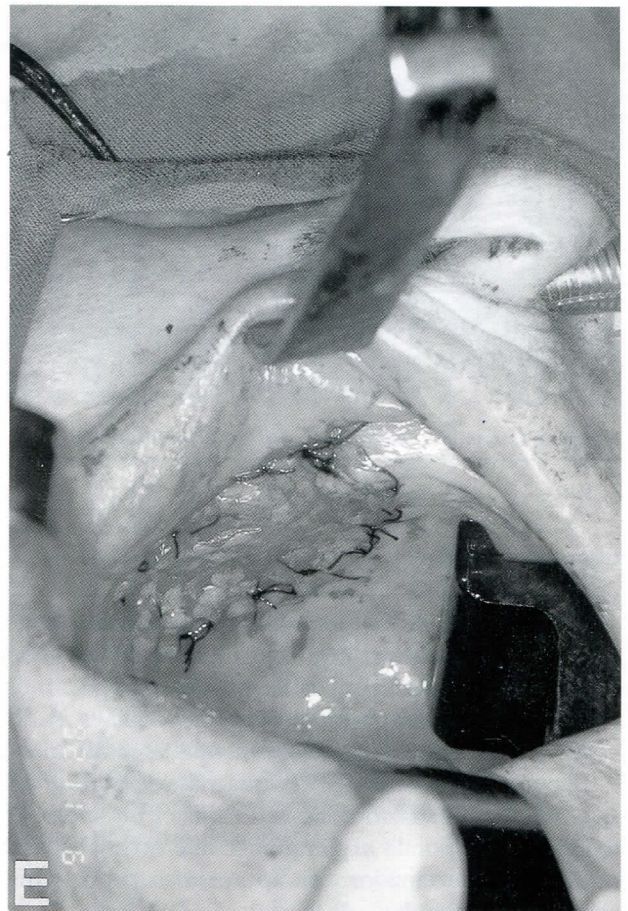


Figura 4. La bola de Bichat ha sido movilizada y suturada a los bordes del defecto palatino.

una buena epitelización (Fig. 5). El resultado final fue un cierre completo del defecto (Figs. 6 y 7).

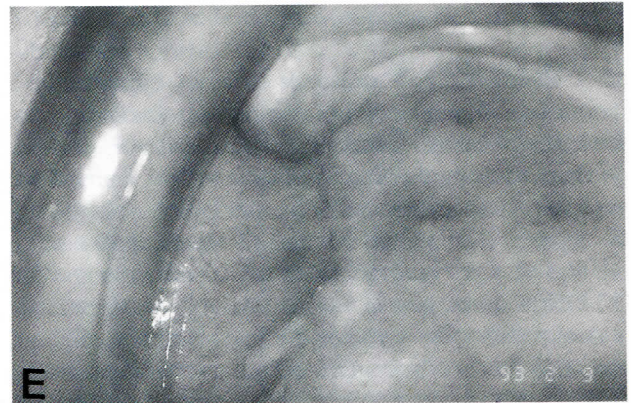
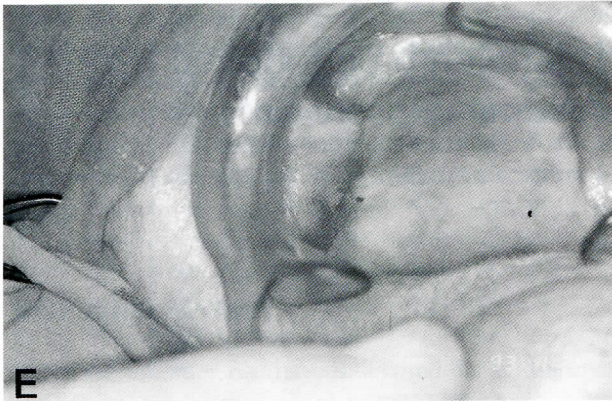
DISCUSIÓN

La bola adiposa de Bichat es una masa de tejido adiposo fácilmente accesible situada en la región oral y maxilofacial. Sin embargo, hay pocas referencias bibliográficas sobre su utilización para la reconstrucción de defectos orales.

Egyedi⁽³⁾ fue el primero en publicar la utilización de la bola adiposa de Bichat como injerto pediculado. Describió

cuatro casos en los que había utilizado la bola de Bichat para reconstruir defectos de un diámetro comprendido entre 1 y 4 cm; después cubrió la grasa con un injerto cutáneo libre de espesor parcial y utilizó una prótesis para mantener la piel adaptada a la grasa subyacente.

Tideman⁽⁵⁾ utilizó en 12 casos la bola adiposa de Bichat sin el recubrimiento con un injerto cutáneo para la reconstrucción de defectos y describió que podían reconstruirse defectos de un tamaño máximo de 3 x 5 cm, sin comprometer la irrigación sanguínea. Sin embargo, observó que el volumen de grasa movilizable variaba considerablemente de un paciente a otro y que no parecía directamente proporcional a la cantidad de



Figuras 6 y 7. Resultado final con cierre completo del defecto.

grasa en cualquier otra localización corporal del paciente; incluso podía haber diferencias importantes entre el lado derecho y el izquierdo en un mismo individuo.

En el caso presentado, la extensión del defecto palatino era de 4 x 3 cm y se movilizó la grasa a través de la misma herida quirúrgica. Cuando esto no es posible, se practica una incisión horizontal en la región del tercer molar superior. La grasa puede ser cuidadosamente movilizada de su lecho y llevada a su nueva posición, mediante rotación directa o tunelización por debajo de la mucosa. Se sutura y se deja sin cubrir porque es un injerto pediculado en el que la grasa proporciona un lecho de tejido sobre el que tendrá lugar la epitelización en 2-3 semanas. Como ha sido rotada o tunelizada directamente dentro del defecto, no es necesario seccionar el pedículo del injerto. Esta técnica no origina ningún defecto apreciable en la mejilla o en la boca.

Los estudios anatómicos⁽⁶⁾ demuestran que se utiliza las porciones bucal e inferior y que el pedículo probablemente obtiene su irrigación sanguínea de las

arterias temporal superficial, maxilar interna y facial. En la mayoría de casos, la bola adiposa de Bichat persiste en la vida adulta y la edad no parece ser un factor en la selección de los pacientes. La radioterapia postoperatoria no afectó la supervivencia del injerto⁽⁵⁾.

Esta técnica también puede utilizarse en la reparación de defectos mandibulares, habitualmente, en combinación con colgajos locales^(5,6). Podría ser interesante la utilización simultánea de las dos bolas adiposas de Bichat para cubrir grandes defectos.

Como todos los injertos, las complicaciones postoperatorias están relacionadas con el fallo del injerto debido a necrosis o infección. Para minimizar la incidencia de complicaciones, el injerto graso debe cubrir adecuadamente el defecto quirúrgico y no ser suturado bajo tensión. Es aconsejable la dieta líquida o blanda y que el paciente no mastique hasta que se haya completado la curación de los tejidos blandos. Si el injerto falla, las consecuencias no son graves porque pueden utilizarse otros colgajos locales o regionales^(6,7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rouvière H. *Anatomía humana descriptiva y topográfica*. 8ª ed. Madrid: Bailly-Bailliere, 1974: 491.
2. Bichat M. *Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine*. Paris: Brosson, 1802.
3. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oroantral and/or oronasal communications. *J Maxillofac Surg* 1977; **5**: 341.
4. Neder A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral Surg* 1983; **44**: 435.
5. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; **49**: 413.
6. Fun-Chee L, Hong-Sai L. Use of the buccal fat pad for correction of intraoral defects. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; **49**: 413.
7. Ho Kee H. Repair of palatal defects with unlined buccal fat pad grafts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; **65**: 523.