

Cuerpo adiposo bucal, su utilización en cirugía oral.

Buccal fat body, its use in oral surgery

Autor

Dra. Marisa Raffo Lirios

Asistente de Cirugía BMF, Facultad de Odontología, Universidad Católica del Uruguay

Asistente de Cirugía BMF II, Facultad de Odontología, Universidad de la República

Especialista en Cirugía y Traumatología BMF, Facultad de Odontología, Universidad de la República

Ex Jefa del Servicio de Cirugía BMF del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Dra. Verónica Oggiani Rodriguez

Asistente de Cirugía BMF II, Facultad de Odontología, Universidad de la República

Integrante del Servicio de Cirugía BMF del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Entregado para revisión: 13 de setiembre de 2012
Aceptado para publicación: 26 de noviembre de 2012

Resumen

El cuerpo adiposo bucal es de gran utilidad en el tratamiento de defectos intraorales. La técnica descrita ha demostrado ser más sencilla, mejor tolerada y con menor tasa de complicaciones, que otras técnicas descriptas anteriormente. Por estos motivos es importante considerar a este elemento anatómico al momento de cerrar comunicaciones bucosinusales. El presente trabajo presenta la utilización del mismo en tres casos de comunicación buco sinusal, todas de etiología odontógena.

Palabras clave: cuerpo adiposo bucal, comunicación buco sinusal

Abstract

Fat body bucal is very useful when treating intraoral defects. The technique has proven to be simpler, more tolerable and shows a lower complication rate than the utilization of other techniques previously described. This is why it's important to consider this anatomic element when closing communication between oral and nasal cavities. We present the utilization of said element in three cases of communication between cavities, all of them of odontogenic etiology.

Key words: body fast oral, sinus oral communication

INTRODUCCIÓN

El cuerpo adiposo bucal fue reportado por primera vez en 1732 por Heister. En el año 1802 fue detallada por Bichat, quien le dio el nombre de Bola adiposa de Bichat, nombre por el cual fue conocida hasta hace unos años. Scammon, en el año 1919 realizó una minuciosa descripción anatómica del mismo. (Hai – Ming, 2002; Jackson, 1999)

Egyedi en 1975 fue quien primero reportó el uso del cuerpo adiposo bucal para reconstrucción y cierre de defectos oroantrales y oronasales, realizando la cobertura del mismo con piel. (Egyedi; 1997)

Tydemann reporta en 1983 la utilización del cuerpo adiposo para reconstrucción de defectos por resección de tumores, postulando que no es necesario la cobertura del mismo con piel y/o mucosa (Tiderman, 1986; Bosanquet, 1986)

En el año 2000 Rapidis y col lo utilizaron para la reconstrucción de defectos medianos post resección tumoral (Rapidis et al, 2000)

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS

El cuerpo adiposo bucal se diferencia entre el tercer y quinto mes de vida intrauterina.

Es una estructura biconvexa y redondeada que es de importancia en la conformación del contorno facial. Básicamente es tejido adiposo contenido en una delgada cápsula.

Su volumen en el hombre es de aproximadamente 10 ml, con un peso de 9,3 mg pudiendo variar de acuerdo a la cantidad de tejido graso subcutáneo.

Varía también en un mismo individuo a derecha e izquierda. (Herring, 1992)

Consiste en un cuerpo central con prolongamientos: maseterino, pterigomandibular, temporal superficial y profundo, esfenopalatino y orbitario inferior como se representa en la figura 1 (Khan et al, 1987).

El cuerpo y la prolongación maseterina conforman aproximadamente el 50% del volumen total y son las regiones con más significancia clínica. La vascularización está asegurada por las arterias maxilar interna, temporal superficial y facial.

Desde el punto de vista de su función actúa como lubricante permitiendo el deslizamiento muscular, actúa contrarrestando la presión negativa que se da durante la succión en el amamantamiento y protege a los ramos neurovasculares así como interviene en la conformación del contorno facial.

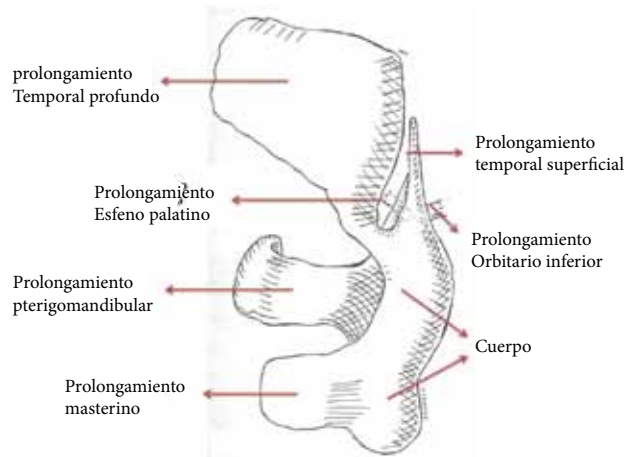


Fig. 1

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo femenino, raza blanca, de 32 años, con buen estado nutricional, edad psicológica acorde con edad biológica, la cual niega al interrogatorio padecer alteraciones desde el punto de vista general.

Derivada por secreción purulenta a nivel del fondo de surco en zona hemimaxilar superior izquierda. Relató antecedente de tumefacción en zona geniana alta de 15 días de anterioridad, la cual remite luego de tratamiento medicamentoso (ATB). Al examen regional no se detectaron alteraciones. Al examen local se constató que la paciente es desdentada completa superior y dentada parcial inferior. A la inspección de la zona motivo de consulta se observó presencia de un agrandamiento en fondo de surco por debajo del cual discurría exudado purulento en forma discreta. A la palpación se encontró una zona fluctuante y con cierta renitencia en tabla vestibular de zona correspondiente a piezas 27 y 28. Fig 2.



Fig. 2



Fig. 3

Diagnóstico clínico presuntivo: Quiste Residual Infectado. Se solicitan estudios imagenológicos para confirmar extensión de la lesión, así como relación con estructuras vecinas. Fig 3,4,5

Se confirmó la presencia de zona de osteólisis compatible con lesión de tipo quística, lo cual fue corro-



Fig. 4

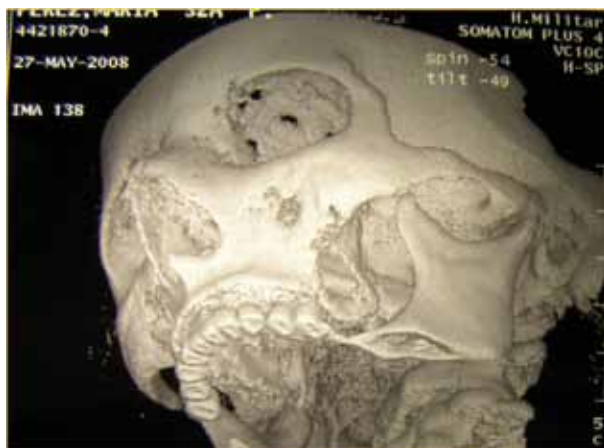


Fig. 5

borado con el estudio anatomopatológico. Durante la excéresis quirúrgica del mismo se constató reabsorción de pared anterior del seno maxilar de unos 2 cm. Se decidió ir en busca del cuerpo adiposo con la finalidad de efectuar el cierre de la comunicación buco sinusal y proporcionar también un plano de apoyo al colgajo mucoperióstico. Figuras 6,7,8



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino de 39 años de edad que es derivado en forma inmediata por comprobarse comunicación buco sinusal durante extracción muy laboriosa de pieza 28. Paciente sin antecedentes generales a resaltar. A la inspección bucal se constata alvéolo de 28 con pérdida de tabla vestibular así como de la mucosa correspondiente. Se confirmó comunicación bucosinusal mediante maniobra de Valsalva, como se aprecia en fig 9.



Fig. 9

Se realizó colgajo mucoperióstico en la zona, inci-diéndose el periostio se va en busca del prolongamiento maseterino del cuerpo adiposo. Se decoló lográndose la herniación del cuerpo adiposo como se observa en la figura 10. Se fijó el colgajo de cuerpo adiposo a los márgenes óseos previa perforación de los mismos mediante sutura reabsorbible, se reposicionó el colgajo mucoperióstico, permaneciendo expuesto el tejido adiposo al medio bucal. Fig. 11. A los 10 días se retira la sutura Fig. 12



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

CASO CLINICO 3

Paciente de sexo masculino, de 22 años de edad que es derivado por impulsión de raíz al seno maxilar durante extracción de la pieza 26. A la inspección visual se observa alvéolo del 26 en vías de cicatrización y caries profunda en piezas 25 y 27. Fig. 13. Se corrobora la existencia de comunicación buco sinusal. Ausencia de sintomatología sinusal. Se solicita ortopantomografía. Fig. 14



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 17

Se realizó rescate de la raíz mediante abordaje al seno por la técnica de Cadwell, extracción de piezas 25 y 27 y se procedió a efectuar el cierre de la comunicación buco sinusal con colgajo de cuerpo adiposo bucal, el cual queda parcialmente expuesto. Figuras 15,16,17. En la figura 18 se observa la zona al mes de evolución .



Fig. 18



Fig. 15

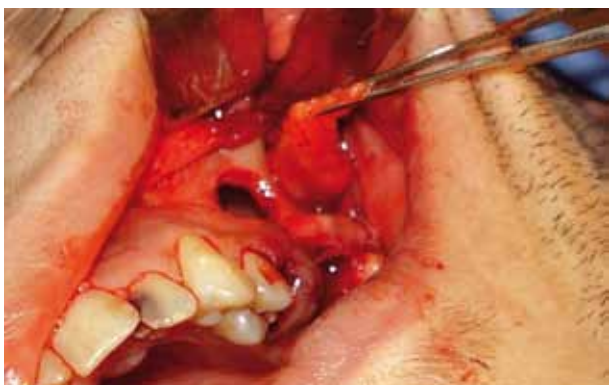


Fig. 16

Su uso también está indicado en aquellos pacientes tanto irradiados como que hayan recibido quimioterapia.

DISCUSIÓN

Para la corrección de defectos intraorales se han utilizado diversas técnicas quirúrgicas las cuales emplean colgajos de proximidad inmediata como son los colgajos vestibulares, palatinos o combinados. Cualquiera de ellos, cuando son correctamente seleccionados y utilizados ofrecen buenos resultados; pero tienen el inconveniente de que resulta una zona cruenta importante en el caso de los palatinos y una considerable disminución del fondo de surco vestibular en el caso de los de avance vestibular. Además se debe recordar que no están indicados en defectos

de tamaño importante (Güven, 1998). En caso de grandes defectos se puede recurrir a colgajos de vecindad mediata como son los colgajos de lengua, de músculo buccinador o de músculo temporal, pero no se utilizan con frecuencia por ser demasiado invasivos (Ostrosky et al, 2006). En cuanto el tamaño de los defectos, Rapidis y col establecen que una dimensión de 4x4x3 cm no debe ser excedida si se quiere tener éxito en el cierre. Egyedi y Tideman repararon defectos de hasta 5 cm. (Egyedi, 1997; Tideman, 1986).

La obtención del cuerpo adiposo en los casos presentados se realizó siguiendo la técnica propuesta por Adam y col la cual se diferencia de la técnica original propuesta por Bouche y Freche en algunos aspectos, como son el tallado de un colgajo mucoperiostico vestibular a diferencia de la técnica original que realiza una incisión lineal en el fondo del vestíbulo. También se realizaron perforaciones en los márgenes óseos con la finalidad de suturar en ellas el cuerpo adiposo, evitando así tener que realizar la reconstrucción del plano correspondiente a la mucosa sinusal. Como se aprecia en uno de los casos se realizó la cobertura del prolongamiento con el colgajo mucoperiostico mientras que en los otros dos se dejó expuesto al medio bucal tal cual lo propugna Bouche. Esta situación no pareció alterar la evolución del colgajo. La epitelización del colgajo adiposo comenzó a la semana, tal como reporta la bibliografía, culminando a las seis semanas. (Miranda, 2008) La superficie del tejido adiposo es

La técnica se realiza como cirugía ambulatoria y cuenta con las ventajas de ser de sencilla realización y bajo grado de complicaciones, a la vez de no generar áreas cruentas ni alteraciones de la morfología facial ni de la fisiología bucal.

sustituida por tejido de granulación y finalmente tapizada por epitelio de la mucosa bucal la cual migra desde los bordes que limitan el injerto. En muestras examinadas histológicamente se comprobó que la superficie del colgajo estaba totalmente revestida por epitelio poliestratificado plano queratinizado. Por debajo del epitelio había un tejido conjuntivo denso y ausencia de células adiposas hasta una profundidad de 8 mm, lo que confirma la transformación del colgajo adiposo. (Saman et al, 1993). Esta rápida transformación estaría favorecida por la riqueza de irrigación que presenta el cuerpo adiposo (Ostrosky et al, 2006)

En los tres casos presentados se obtuvo un excelente resultado, tanto desde el punto de vista funcional como en la conservación de la anatomía de la región.

El uso del cuerpo adiposo bucal también está indicado en pacientes tanto irradiados como que hayan recibido quimioterapia. (Adam et al, 1995)

CONCLUSIONES

El uso del cuerpo adiposo bucal parece ser un método reconstructivo muy bueno para el tratamiento de defectos intraorales pequeños y medianos. Es una técnica que se realiza como cirugía ambulatoria, que cuenta además con las ventajas de ser de sencilla realización, con un bajo grado de complicaciones y que no genera ni áreas cruentas ni alteración de la morfología facial ni de la fisiología bucal.

REFERENCIAS

- Adam P, Mercier J, Billet J, Huet P** (1995) La boule de Bichat Intéret chirurgical dans les communications bucco-sinusiennes. Rev Stomatol Chir Maxillofacial; 96(6) :379-384
- Dubin B, Jackson IT, Halim A, Triplett WW, Ferreira M, Plast Reconstr Surg.** (1989) Feb;83(2):257-64. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance.
- Egyedi P.** (1977) Utilization of de buccal fat pad for closure of oro-antral and oro-nasal communications J Maxillofac Surg;5(4):241-244
- Güven O** (1998) A clinical study on oronantral fistulae. J Craniomaxillofac Surg; 26(4):267-71
- Hai – Ming A, Yi – Pingyan, Ke – Mingqi** (2006) Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. Plast Reconstr Surg 2002.6
- Herring SM.** (1992) Reconstruction of facial countour deformity with de buccal fat pad flap. Ann Plast Surg; 29(5): 450-453
- Khan JL, Sick H, Laude M, Koritke JG** (1987) La Boule de Bichat: anatomie et imagerie. Arch Anat Hist Emb Norm Exp;71:57-83 33-71
- Jackson IT** (1999) Anatomy of the buccal Fat Pad and its Clinical Significance Plast Reconstr Surg 1999; 6

- Miranda Villasana J., Villalba Leyton M.** (2008) Corrección de comunicaciones oroantrales con colgajo de bola adiposa. Rev. Mex Cir Buc Maxilofacial; 4-10 74-77
- Ostrosky A, Klurfan F, González J, Villa D, Cortínez V, Otero M** (2006) Reconstrucción de defectos intraorales con la bola adiposa de Bichat. RAOA; 94(1):39-42
- Rapidis A, Alexandridis CA, Eleftheriadis E, Angelopoulos AP** (2000) The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. J. Oral Maxillof Surg; 58(2):158-63
- Saman N, Cheung L, Tideman H.** (1993) The buccal fat pad in oral reconstruction. Journal Oral Maxillofacial Surgery 22: 2-6
- Tideman H, Bosanquet A, Scott J** (1986) Use of the buccal fat pad as pedicle graft. J Oral Maxillofac Surg; 44(6): 435-440
- Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF.** (2002) Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. Plast Reconstr Surg;109(7):2509-18; discussion 2519-20.

Marisa Raffo

Avenida Italia 3190 ap. 405 CP 11600

Montevideo, Uruguay

mar.ffa@hotmail.com