

CASO CLINICO / CASE REPORT

**Obtención de fístula bucosinual adiposa de la cara (de Bichat)
Obtention of oroantral fistula with buccal fat of the face (Bichat)**Federico Bareiro¹**RESUMEN**

La bola adiposa de la cara (Bichat) es una muy buena alternativa de relleno para la obtención de fístulas bucosinusales de gran tamaño y aquellas recidivantes a otros tratamientos. Tanto el volumen como la riqueza vascular que presenta y la versatilidad que se obtiene con el colgajo, hace que sea bien tolerada y presente menor tasa de complicaciones. Este trabajo hace la descripción de un caso y una revisión de la literatura.

Palabras claves: Bola adiposa de la cara (Bichat), fístulas bucosinusales.

ABSTRACT

The buccal fat of the face (Bichat) is a very good alternative filler for sealing large bucosinusales fistulas and those relapsing to other treatments. Both the volume and vascular richness and versatility features you get with the flap, makes it well tolerated and with lower rate of complications. This paper makes a case description and an explicit review of the literature.

Keywords: Buccal fat of the face (Bichat), bucosinusales fistulas.

INTRODUCCION

Una comunicación bucosinual es una condición patológica que se caracteriza por la existencia de una solución de continuidad entre la cavidad bucal y el seno maxilar como consecuencia de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y sinusal) y de tejidos duros (dientes y hueso maxilar). Cuando la comunicación persiste por más de 48 horas se denomina fístula oroantral¹.

Las fístulas bucosinusales tienen una etiología bien variada, pudiendo ser resultado de patologías, traumas o cirugías menores² a pesar de esto la causa más común es la extracción de los molares superiores debido a la proximidad anatómica que existe entre las raíces de los premolares y molares con el seno maxilar³.

Según Khan⁴, la bola adiposa de la cara (de Bichat) es una masa de tejido adiposo situada en la zona yugal. En su anatomía se distingue un cuerpo con cinco prolongaciones: bucal, pterigoidea, maseterina, temporal superficial, temporal profunda.

La prolongación bucal descansa superficialmente en la mejilla y es responsable del volumen y relleno. La prolongación pterigoidea se sitúa medialmente con respecto a la rama mandibular, ocupando el espacio entre la rama y los músculos pterigoideos. El cuerpo y prolongación bucal son las más utilizadas para rellenar defectos bucales. Esta estructura está recubierta por una delgada cápsula, la cual es primordial mantener intacta, ya que en ella se alojan las arterias y venas responsables de su irrigación sanguínea.

El aporte vascular de la bola de Bichat proviene de tres arterias: la maxilar interna (rama bucal y temporal profunda), la arteria temporal superficial (rama facial transversa) y la arteria facial (pequeñas ramas). Esta riqueza vascular explica las altas tasas de éxito logradas con este colgajo, como también su rápida epitelización y cicatrización (2-3 semanas)^{5,6}.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino 53 años de edad, fumador crónico, bebedor social sin patologías sistémicas de base conocidas al interrogatorio.

El motivo de consulta del paciente es la intención de exodoncia del 26 (primer molar superior izquierdo), con diagnóstico de gangrena pulpar, la cual se realiza bajo todas las normas quirúrgicas convenientes, sin contar con radiografía pre operatoria.

Una vez concluida la exodoncia se realiza el curetaje de la cavidad alveolar y se constata una comunicación bucosinual. Se realiza inmediatamente el cierre de la comunicación a través de una plástia alveolar con un colgajo obtenido de la mucosa yugal.

¹ Especialista en Cirugía Oral y Traumatología Maxilofacial, Departamento de Odontología. Servicio de Cirugía Bucal Maxilofacial, Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Itauguá, Paraguay.
Correo electrónico: federicobareiro@gmail.com
Artículo recibido: 06 de Junio de 2012. Aprobado: 12 de Noviembre de 2012.

A los 15 días el paciente reingresa al Servicio, manifestando salida de líquidos por vía nasal después de la ingesta y halitosis. A través de la maniobra de Valsalva, con resultado positivo (Fig. 1), se constata una fistula bucosinusal, en la zona del 26 (primer molar superior izquierdo). Se prescribe al paciente con antibióticos (amoxicilina 875 + sulbactam 125) por un periodo de 15 días y se busca concienciar al paciente de los efectos nocivos del tabaco en el post operatorio inmediato; se programa la cirugía de obturación de fistula.

Se realiza la cirugía a través de una anestesia local con bloqueo de campo, eliminando los márgenes de la fistula bucosinusal (Fig. 2) y trazando un colgajo trapezoidal vestibular a lo largo de los márgenes de la comunicación (Fig. 3), luego se procede a la exposición del espacio donde se encuentra contenida la bola adiposa de la cara (de Bichat), a través de la incisión del periostio y posterior disección con tijera roma. La bola adiposa es liberada (Fig. 4) dejándola pediculada en su parte profunda, y es extraída al medio bucal (extensión bucal). Una vez realizada la prueba de tensión es fijada y suturada con hilos reabsorbibles (poliglactina) sobre los márgenes de la comunicación bucosinusal (Fig. 5). El colgajo vestibular es utilizado como de avance recto y suturado a los márgenes de la comunicación para aumentar la cantidad de tejido obturador (Fig. 6). Se medica con antibióticos y antiinflamatorios y se le coloca al paciente una placa acrílica (Fig. 7) que utilizará como medio de protección y aislamiento dentro de la cavidad bucal evitando así mismo presiones positivas y negativas. Al tercer día se inicia enjuagues con clorhexidina al 0,12%. Se realiza el primer control a los 7 días y luego a los 15 días para el retiro final de los puntos de sutura. Control final a los 30 días con buena cicatrización. (Fig.8)

Caso clínico



Fig. 1 Maniobra de Valsalva positiva



Fig. 2 Eliminación del margen del trayecto fistuloso



Fig. 3 Colgajo trapezoidal vestibular de tensión



Fig. 4 Bola adiposa de la cara (de Bichat) liberada y ubicada, realizando prueba de tensión

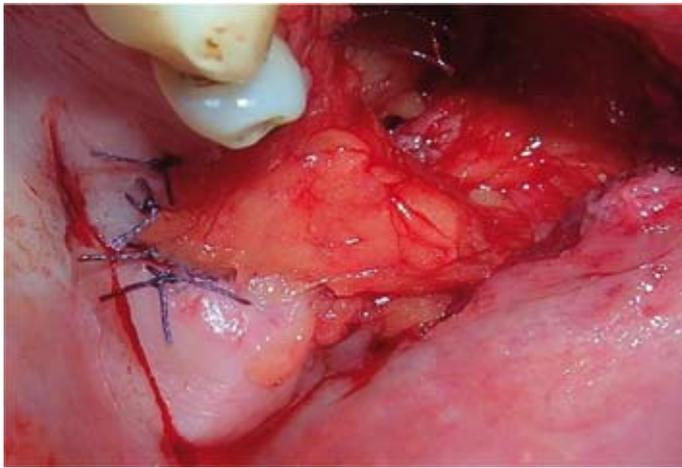


Fig. 5 Bola adiposa de la cara (de Bichat) suturada obturando el defecto

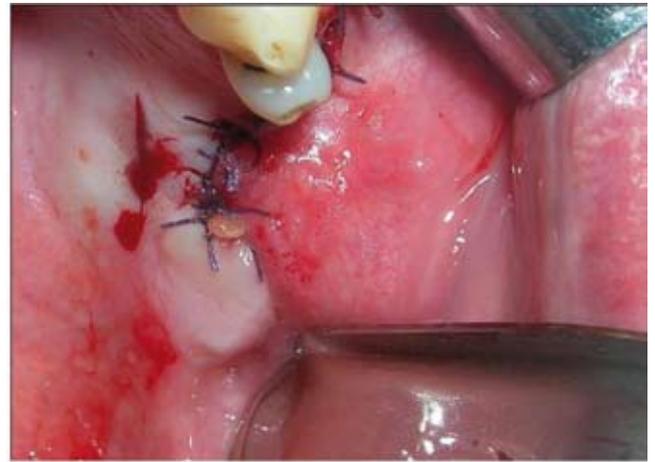


Fig. 6 Colgajo vestibular suturado aumentando cantidad de tejido

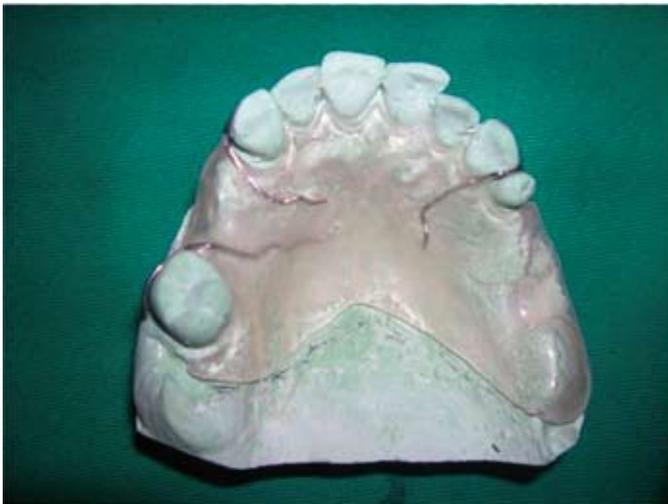


Fig. 7 Placa protectora



Fig. 8 Control final a los 30 días

DISCUSION

Existen varias técnicas descritas en la literatura para cerrar comunicaciones bucosinusales⁷. Es importante que el cirujano determine el tamaño de la lesión, la presencia o no de infección y el tiempo de la comunicación para determinar cuál es el tratamiento que debe ser utilizado.

En 1994 Punwutikorn et al.⁸ indicaron en un trabajo realizado, que los pacientes más afectados son los mayores a 60 años. Al igual que ésta, otras publicaciones, encontraron que el diente que se encuentra mayormente envuelto en este tipo de complicaciones, posterior a una extracción, es el primer molar superior, seguido por el tercer molar^{9,10,11}.

La bola adiposa de la cara (Bichat) representa un tipo de tejido especializado distinto de la grasa subcutánea. En el adulto la bola adiposa contribuye a la movilidad muscular, mediante el alineamiento muscular, la separación de los músculos entre sí, y entre estos y el arco cigomático y la rama mandibular, durante la masticación¹².

Egydi¹³, en el año 1977, fue el primero en presentar la aplicación de la bola adiposa de la cara (de Bichat) como método para el cierre de las comunicaciones bucosinusales. Para él, la ventaja principal de la técnica residía en que en caso de fracaso no se había perdido nada ya que siempre se podía utilizar otro método; el problema de la técnica residía en el bajo conocimiento que se tenía de las dimensiones de esta masa adiposa y de ahí que indicase su uso solo para aquellos defectos que tuvieran como máximo cuatro milímetros. Xavier Bichat¹⁴ en 1801 hizo la primera descripción del órgano que lleva su nombre, insistiendo en su carácter adiposo y no glandular. En 1992, Zoran Stajcic¹⁵ publicó un artículo describiendo la técnica quirúrgica, las indicaciones y contraindicaciones del uso de la bola adiposa de la cara (de Bichat) en el cierre de las comunicaciones bucosinusales después de una exodoncia. Para Stajcic la técnica de primera elección ante una comunicación bucosinusal después de una exodoncia es el colgajo vestibular de avance recto; sin embargo señala que el uso de la bola adiposa de la cara (de Bichat) para aquellos casos en los que el periostio alveolar bucal o palatal está dañado, representa una solución válida ya que tiene un alto porcentaje de éxito.

El colgajo de bola adiposa de la cara (Bichat) puede ser utilizado en la corrección de diversos defectos bucales, no solo cierre de fistulas y comunicaciones bucosinusales, sino también para reconstrucciones pos resección de tumores, rehabilitación de pacientes

desfigurados, correcciones estéticas de la cara y recubrimiento de injertos para implantes¹⁶.

En la actualidad el colgajo de la bola adiposa de la cara (de Bichat) es utilizado sobre todo para el tratamiento de comunicaciones bucosinusales en terceros y segundos molares y dada la gran cantidad de tejido disponible incluso pueden cerrarse comunicaciones muy extensas de hasta 4 cm. Además el colgajo puede utilizarse en asociación con el colgajo vestibular¹¹.

Nuestra experiencia en el caso concuerda con la de Rapidis et al.⁹ en cuanto al uso del colgajo de la bola adiposa de la cara (Bichat) para cierre de comunicaciones bucosinusales, describiéndola como una técnica relativamente fácil, bien tolerada y con pocas complicaciones.

La baja tasa de complicaciones de esta técnica puede deberse a la rica vascularización que tiene este tejido adiposo. Para obtener excelentes resultados algunas consideraciones deben ser tomadas en cuenta, siendo la principal suturar el tejido adiposo correctamente y sin tensiones, además de una dieta blanda y uso de enjuagues bucales hasta que el tejido se encuentre completamente sano^{5,6,9}.

REFERENCIAS

1. Chiapasco, M. Tácticas y técnicas en Cirugía Oral 2da ed. AMOLCA Caracas – Venezuela 2010 p.399-408
2. Eppley B, Scaroff A. Oro-nasal fistula secondary to maxillary augmentation. *Int J Oral Surg* 1984; 13: 535-8.
3. Shafer WG, Levy BM. Tratado de patología bucal. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.p.533.
4. Khan JL, Sick H, Laude M, Koritke J. La vascularisation du corps adipeux de la joue, *Arch Anat Hist Embr Norm Exp* 1990; 73: 3-20.
5. Tideman H, Samman N. Discussion. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 775.
6. Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44: 435.
7. Awang MN. Closure of oroantral fistula. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17:110-15.
8. Punwutikorn J, Wailakul A, Pairuchvej V. Clinically significant oroantral communication - a study of incidence and site. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 19-21.
9. Rapidis AD, Alexandridis CA, Eleftheriadis E, Angelopoulos AP. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:158-63.
10. Abuabara A, Cortez ALV, Paseri LA, Moraes M, Moreira RWF. Evaluation of different treatments for oroantral/oronasal communications: experience of 112 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35: 155-8
11. Martin-Granizo R, Naval L, Costas A, Goizueta C, Rodriguez F, Monje F et al. Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 81-4.
12. Baumann, Ewers. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction, *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58,4: 389-92.
13. Egyedi P. Utilisation of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J craniomaxillofac Surg* 1977; 5:241
14. Bichat F. Anatomie générale, appliquée à la médecine. Paris, France: Brosson, Gabon, et Cie, 1802.
15. Stajcic, Z The buccal fat pad in the closure of oro-antral communications: a study of 56 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 1992; 20 (5): 193-197
16. Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, Baker TJ, Wolfe SA. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 29-37.