

PRESENTACIÓN DE CASO

Reconstrucción de defecto palatino por carcinoma epidermoide con bola adiposa de Bichat

Use of the Bichats fat ball for to reconstruct palat defect by squamous cell carcinoma

Juan Guillermo Sánchez Acuña^I, Orlando Hernández Feria^{II}.

I Cirujano de cabeza y cuello. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.

II Residente de II año de Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La bola adiposa de *Bichat* se ubica dentro del espacio bucal, entre el músculo masetero y buccinador. Dentro de la disciplina quirúrgica se describe su utilización en diferentes procedimientos de la cirugía maxilofacial. Se trata de describir un caso de reconstrucción de defecto palatino por carcinoma epidermoide con bola adiposa de *Bichat* en paciente femenina de 85 años que acude por presentar molestia con el uso de la prótesis superior por "una bola" en el paladar desde hace cinco meses. Al examen físico bucal se detecta lesión nodular e infiltrante centralmente con telangiectasia, de forma ovoide, de aproximadamente 2,5 cm de diámetro, localizada en el fondo del surco vestibular a nivel de 16, que se extiende hasta reborde alveolar residual adyacente, de consistencia duroelástica. Se indica Tomografía Axial Computadorizada que informó imagen hiperdensa muy próxima al seno maxilar. Se realizó biopsia que confirmó el diagnóstico de carcinoma pobremente diferenciado, con patrón sarcomatoide e infiltrante. El tratamiento quirúrgico consistió en maxilarectomía parcial de infraestructura con resección de

la lesión, margen oncológico y reconstrucción del defecto con bola adiposa de Bichat.

La cirugía es el tratamiento de elección en los carcinomas epidermoides bucales. Al realizar este proceder se provoca un defecto que deja una zona cruenta, por lo que la calidad de la reconstrucción en caso de resección extensa es fundamental. El uso de la bola de *Bichat* ha demostrado una tasa de éxito de alto porcentaje para lograr este fin.

Palabras clave: bola adiposa de *Bichat*, carcinoma epidermoide, reconstrucción, defecto palatino.

ABSTRACT

The Bichat fat ball is located inside the buccal space, between the masseter and buccinator muscle. Within the surgical discipline, its use in different procedures of maxillofacial surgery is described. It tries to describe a case of palatal defect reconstruction due to Bichat epidermoid squamous cell carcinoma. A 85-year-old female patient who presents with discomfort with the use of the upper prosthesis due to "a ball" on her palate for 5 months. Oral physical examination revealed a nodular and infiltrating lesion centrally with telangiectasia, ovoid in shape, approximately 2.5 cm in diameter, located at the bottom of the vestibular groove at level 16, extending to the adjacent residual alveolar ridge, with a hard elastic consistency. CT is indicated that reported hyperdense image very close to the maxillary sinus. A biopsy was performed that confirmed the diagnosis of poorly differentiated carcinoma with sarcomatoid and infiltrating pattern. Surgical treatment consisted in partial maxillary of the infrastructure with resection of the lesion, oncological margin and reconstruction of the Bichat adipose tissue defect. Surgery is the treatment of choice in oral squamous cell carcinomas. By performing this procedure a defect is created that leaves a bloody area, so the quality of the reconstruction in case of extensive resection is fundamental. The use of the Bichat ball has shown a high percentage success rate to achieve this goal.

Keywords: *Bichat* fatty tissue, epidermoid cancer, reconstruction, palatal defect.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, conduciendo al desarrollo de una clonación capacidad de invadir y destruir tejidos adyacentes y diseminarse a sitios distantes en forma de metástasis. Es una enfermedad multifactorial, causada tanto por factores intrínsecos como extrínsecos¹. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud reportó más de ocho millones de personas fallecidas por cáncer, de estos, 39 0000 casos localizados en cabeza y cuello para un 4,8 %².

En Cuba, el cáncer de cabeza y cuello representa poco más del 10 % del total de las neoplasias malignas de los hombres, con un estimado de 2,9 % entre las mujeres³. En la mucosa de las vías aerodigestivas superiores (VADS) se origina el 85 % de los cánceres de la región, 90 % de los cuales son carcinomas epidermoides⁴. Respecto a la localización del cáncer bucal en las diversas estructuras y los órganos que forman este complejo, las zonas más afectadas son la lengua y el paladar⁵.

El tratamiento de los carcinomas epidermoides se basa esencialmente en la asociación de radioterapia y cirugía. El aspecto funcional del velo del paladar (fonación, deglución) debe tenerse en cuenta, por lo que la calidad de la reconstrucción en caso de resección quirúrgica extensa es fundamental⁶.

La bolsa adiposa de Bichat se localiza dentro del espacio bucal y se extiende siguiendo el borde anterosuperior del músculo masetero. En la actualidad su uso como colgajo pediculado, ha demostrado excelentes resultados en el tratamiento de reconstrucción de defectos postumorales de tejido blando en el paladar⁷.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DELCASO

Se valora en la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario "General Calixto García" una paciente de 85 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, que refiere molestia con el uso de la prótesis superior por "una bola" en el paladar desde hace cinco meses, que le ha ido en aumento y sin otra sintomatología asociada.

Al examen físico bucal encontramos que se trataba de una paciente desdentada parcialmente, con la presencia de una lesión exofítica, con nódulo infiltrante con úlcera central con telangiectasia perilesional, de forma ovoide, de aproximadamente 2,5 cm de diámetro, localizada en el fondo del surco vestibular a nivel de 16, que se extendía hasta el reborde alveolar residual adyacente, de consistencia duroelástica, fija a planos profundos y no dolorosa a la palpación. (Figura 1).



Figura 1. Lesión inicial

Se indicaron medios auxiliares de diagnóstico de química sanguínea, los que se encontraban entre valores normales e imagenológicos (rayos X Panorámica y TAC Maxilofacial), que permitieron detectar imagen hiperdensa, heterogénea, de 32 X 29 mm, que provocaba destrucción ósea a nivel de la arcada superior derecha, que impresionaba infiltrar partes blandas a ese nivel, llegando muy próximo al seno maxilar ipsilateral. (Figura 2)

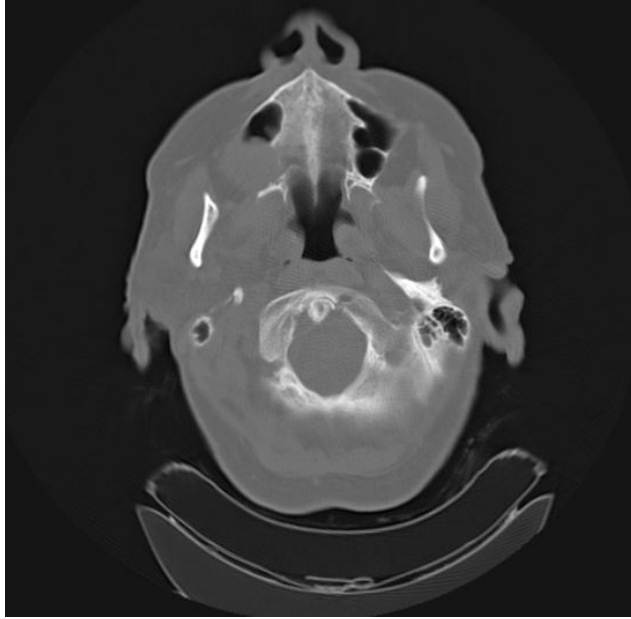


Figura 2. Tomografía axial computarizada de región maxilofacial.

Se tomó muestra para biopsia que informó carcinoma pobremente diferenciado con patrón sarcomatoide e infiltrante. Las pruebas de inmunohistoquímica concluyeron la presencia de 40 % en varios marcadores tumorales.

MÉTODOS

Se decidió realizar tratamiento quirúrgico, realizándose abordaje de *Ferguson-Weber* modificada, maxilarectomía parcial de infraestructura con resección de la lesión y margen oncológico de seguridad (Figura 3). Reconstrucción del defecto con bola adiposa de *Bichat* y cierre por planos anatómicos (Figura 4). Al finalizar la cirugía se indicó alimentación enteral por sonda nasogástrica durante un mínimo de 7 días. Se realizó reconsulta a los 7, 14, 21 y 30 días (Figuras 5-7).



Figura 3. Transoperatorio que muestra maxillectomía con defecto palatino.



Figura 4. Reconstrucción de defecto palatino con bola adiposa de Bichat.



Figura 5. Evolución a los 7 días de la cirugía.



Figura 6. Evolución a los 14 días de la cirugía.



Figura 7. Evolución a las 4 semanas de la cirugía.

DISCUSIÓN

El carcinoma escamoso, epidermoide o espinocelular es la forma hística más frecuente de cáncer bucal, pues este suele originarse en un epitelio escamoso. En este caso se presentó de esa misma forma, lo cual concordó, además, con lo obtenido por varios investigadores^{8,9}. Respecto a la localización del cáncer bucal en las diversas estructuras y los órganos que forman este complejo, las zonas más afectadas son la lengua y el paladar, siendo ésta la ubicación que se presenta en este caso. Lo que concuerda con investigaciones realizadas por Rodríguez Rodríguez y colaboradores y Escalona Veloz.^{5,10}, sin embargo, también difirió de lo obtenido por algunos especialistas, como Miranda Tarragó y colaboradores⁹ y Ordoñez Dora y colaboradores¹¹.

La edad como factor pronóstico es discutible, anteriormente se había considerado que los pacientes menores de 40 años tenían pronóstico desfavorable; sin embargo, recientemente, y con base en un análisis de 19 681 pacientes, *Goldenberg* y colaboradores han informado que la supervivencia es mejor en menores de 45 años de edad en forma estadísticamente significativa. La asociación de diversos factores clínicos, incluida la edad de más de 70 años, ha mostrado ser de mal pronóstico en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello¹². En el caso presentado, la paciente se encuentra en la novena década

de la vida, lo que hace que el pronóstico de su evolución sea reservado, sin embargo los autores consideran que la cirugía sigue siendo el pilar fundamental del tratamiento en casos como el que se presenta.

Entre los factores a considerar en la cirugía está la necesidad o no de incluir hueso en la extirpación¹³ y en el grado de distorsión o pérdida del paladar blando esperado tras la extirpación del tumor. La reconstrucción de grandes defectos en el territorio orofacial y cervical es motivo de discusión en la literatura debido a su complejidad, a la existencia de múltiples técnicas descritas y a las condiciones personales del paciente. La reconstrucción con colgajos microquirúrgicos es la mejor elección en dicha reconstrucción, ya sea este de origen oncológico, postraumático o de cualquier otro tipo de etiología. Dentro de los criterios que se utilizan para la elección de la técnica están: extensión y volumen del defecto, la localización del mismo, la necesidad de los distintos tipos tisulares: piel, tejido muscular, tejido óseo, etc.; disponibilidad de vasos receptores, morbilidad de la zona donante. Características del paciente: situación basal, enfermedad aterosclerótica, cirugías previas, entre otras muchas. El desarrollo de nuevas técnicas reconstructivas es actualmente uno de los objetivos en la reconstrucción de defectos en cabeza y cuello. Estas técnicas deben presentar una mejor adaptabilidad y seguridad junto con una menor morbilidad de las zonas donantes^{14,15}.

La rica vascularización de la cavidad oral, permite el diseño de diversos tipos de colgajos locales. En función de la localización del defecto, se disponen diferentes posibilidades para intentar restaurar la integridad anatómico-funcional del defecto. El inconveniente que presentan es el escaso volumen de tejido que aportan y la poca adaptabilidad, lo que limita su utilización a regiones contiguas y de tamaño pequeño. En los defectos de gran tamaño, se precisa la utilización de un colgajo pediculado regional. Los más utilizados son el de fascia témporo-parietal y el de músculo temporal¹⁶. Estos colgajos son de fácil adaptabilidad y aportan volumen suficiente para cubrir defectos de moderado y de gran tamaño. Tienen el inconveniente de estar limitados por un pedículo, lo que reduce sus posibilidades reales. Asimismo, crean un defecto estético importante en la región donante que requiere la implantación de un material aloplástico para su corrección,

umentando la morbilidad. Otros colgajos regionales que se han utilizado son: el nasogeniano, el de músculo platisma, y el de músculo esternocleidomastoideo¹⁷. El desarrollo de las técnicas microquirúrgicas ha permitido realizar reconstrucciones post-oncológicas de mayor tamaño y solventar los defectos de forma muy anatómica con unos resultados estéticos y funcionales muy aceptables. El elevado tiempo quirúrgico y la morbilidad en la zona donante que ocasionan los colgajos a distancia con microcirugía, lo excluyen en casos de pacientes con elevada patología de base, pacientes de edad avanzada y con alto riesgo anestésico¹⁸.

RESULTADOS

En el presente caso, fue preciso extirpar una porción importante de hueso con margen oncológico suficiente, por lo que la reconstrucción con bola de *Bichat* se consideró como una alternativa terapéutica. La bola adiposa fue mencionada por primera vez como un elemento anatómico por *Heister* (1732), y descrita por *Bichat* en 1802. Su formación empieza aproximadamente a los tres meses y termina a los cinco meses de vida intrauterina. Y continúa su crecimiento en la vida adulta. Su descripción anatómica distingue un cuerpo que está situado sobre el periostio. Limitado por la fosa pterigopalatina y los masetero y buccinador. La bola adiposa de *Bichat* se epiteliza en un periodo de aproximadamente tres a cuatro semanas. *Egyedi*, en 1977 fue el primero en utilizarla¹⁹.

El injerto de bola adiposa de *Bichat* es útil por su fácil acceso, amplia elasticidad, rico suministro sanguíneo, ocasiona poca deformidad en el sitio donante, no hay peligro de dañar estructuras vasculares o nerviosas durante su manipulación y epiteliza en unas pocas semanas sin que quede una cicatriz fibrosa.

Puede ser utilizada en la corrección de diversos efectos bucales tales como cierre de fístulas y comunicaciones oroantrales, reconstrucciones por resección de tumores, rehabilitación de pacientes desfigurados, correcciones estéticas de la cara, y recubrimiento de injertos paraimplantes²⁰⁻²².

La bola adiposa de *Bichat* es de gran utilidad como colgajo de relleno. Gracias a su riqueza vascular, volumen y versatilidad, este colgajo es muy confiable, presentando altas tasas de éxito. La utilización de la técnica descrita ha demostrado ser sencilla, bien tolerada y con menor tasa de complicaciones, que

con otras técnicas descritas anteriormente. Es utilizada para otras rehabilitaciones tras secuelas quirúrgicas por tumor benigno, maligno, defectos congénitos de fisuras maxilares, y para tratamientos quirúrgicos de las disfunciones de la ATM.

CONCLUSIONES

La cirugía es el tratamiento de elección en los carcinomas epidermoides bucales. La mayoría de las técnicas quirúrgicas utilizadas dejan expuesta una zona cruenta en la zona intervenida que requiere su reconstrucción. La bola adiposa de *Bichat* constituye un elemento anatómico a utilizar que ha demostrado su efectividad como alternativa de tratamiento al momento de cerrar un defecto palatino luego de una resección quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Gómez A, Granados García M. Principios generales y epidemiología. En: Manual de Oncología, procedimientos médico quirúrgicos. 5ta ed. México: Mc Graw Hill; 2013. p.1-14.
2. Moctezuma-Bravo SG, Díaz de León Medina R, Rodríguez Quilantán FJ, Moctezuma Dávila M. Cáncer Oral en un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social en México, (1988-2005). Gaceta Mexicana de Oncología. 2015; 14(6):323-328.
3. Cuba, Ministerio de Salud Pública, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2013. La Habana: MINSAP; 2014. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
4. Valencia Díaz E. Carcinoma epidermoide de cavidad bucal. Serie de casos. INOR 2005-2009. Trabajo para optar por el Título de Diplomado en Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello. La Habana, Cuba, 2015.
5. Escalona Veloz R. Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”. MEDISAN 2015; 19(2):223

6. Rey E, Righini C, Bettega G, Beneyton V. Tumores malignos del velo del paladar. 2013. EMC – Otorrinolaringología: 42(1): 1-17.
7. Palencia Garza A, Porte Camelo JP, Martínez Treviño JA, Guerra Leal DA. Efectividad del uso de la bolsa adiposa de Bichat para la reconstrucción de defectos en el paladar. Reporte de un caso. Revista ADM 2017; 74 (3): 159-162
8. Álvarez Martínez E, Preciado Uribe A, Montoya Fernández S, Jiménez Gómez R, Posada López A. Características clínicas e histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal en el periodo 1990-2004 en Medellín, Colombia. Rev.Cubana.Estomatol. 2011 [citado 13 Ene 2014]; 48(4).
9. Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev.Cubana.Estomatol. 2010 [citado 13 Ene 2014]; 47(4).
10. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y, Cárdenas Pérez E, Cruz Betancourt MC, Morales Pardo MI, Cepero Franco F. Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. MEDICIEGO. 2012 [citado 16 Ene 2014]; 18(Supl.1).
11. Ordóñez Dora, Aragón Natalia, García Luz Stella, Collazos Paola, Bravo Luis Eduardo. Oral cancer in Cali, Colombia: a population-based analysis of incidence and mortality trends. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Ene 17] ; 56(5): 465-472. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500014&lng=es
12. Jiménez Rodríguez Y, Coca Granado RM. Factores pronósticos en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Acta Médica del Centro / Vol. 7 No. 4 2013.
13. Garcia-Molina Daniel, Castillo José Luis del, Navarro Ignacio, Sánchez, Burgueño RM. Carcinoma mucoepidermoide de bajo grado: diagnóstico diferencial de masas palatinas. RevEspCirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2014 Sep [citado 2018 Ene 17] ; 36(3): 136-137. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582014000300011&lng=es.

14. Arribas García I, Gómez Oliveira G, Álvarez Florez M, GregoireFerriol J, Serrano Álvarez A, Martínez Pérez F. Colgajo sural medial: un nuevo colgajo de perforantes para la reconstrucción del territorio maxilofacial. *Rev.Esp.Cir.Oral.Maxilofac*. 2012; 34(4):151–155
15. Jégoux F, Le Breton A, Henry JS. Cirugía de los cánceres de la cavidad oral: resección y reparación. EMC - Cirugía General, Volume 16, Issue 1, April 2016, p. 1-25.
16. Tung-Yiu Wong, DDS, Ching-Hung Chung, DDS, Jehn-Shyun Huang, DDS, MS, PhD and Hung-An Chen, DDS. The inverted Temporalis Muscle Flap for Intraoral Reconstruction: Its Rationale and the Results of Its Application. *J.Oral.Maxillofac.Surg*.2004;62:667-75
17. Yi-Fang Zhao, Wen-Fen Zhang, Ji-Hong Zhao. Reconstruction of intraoral defects after cancer surgery using cervical pedicle flaps. *J.Oral.maxillofac.Surg*.2001;59:1142-6.
18. Nehrer-Tairysh GV, Millesi W, Schuhfried O, Rath. A comparison of the donor site morbidity after using the prelaminated fasciomucosal flap and the fasciocutaneous radial forearm flap for intraoral reconstruction. *Br.J.Plast.Surg*. 2002;55:198- 202.
19. Huapaya Paricoto de Murillo O, Castelo Obregón, R, Huanca Sánchez J, Llaureano Luna N, Zúñiga Human A, Sialer Álvarez H, Arellano Torrejón E, Cárdenas C. Cierre de comunicación bucosinusal, con injerto pediculado de bola adiposa de Bichat. *Odontología Sanmarquina*, 15(1), 35-38. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/os.v15i1.2858>
20. Pereira FI, Farah GJ, Passeri LG, Pavan AJ. Aplicação do corpo adiposo bucal para encerramento de fistula bucosinusal. Relato de caso. *Rev.Port.Estomatol.Cir.Maxillofac*. 2005; 45: 221-6.
21. Baumann A, Ewers R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *J.Oral.Maxillofac.Surg*. 2007; 58: 389-92.
22. Colella G, Tartaro G, Giudice A. The buccal fat pad in oral reconstruction. *Br J.Plast.Surg*. 2005; 57(4): 326-9.

Orlando Hernández Fera. Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”.
La Habana, Cuba.

Teléfono: 7 864 5905

Correo electrónico: orlandoferia@infomed.sld.cu