



Bichectomía: técnica del tridente, presentación de una nueva técnica quirúrgica

Bichectomy: trident technique, new surgical technique presentation.

Juan Pablo Brito-Vera,¹ Leslie Daniela Gómez-Barajas,¹ Diego Rafael Santana-Montes,¹ Fernando Ramírez-Oropeza²

Resumen

La bichectomía es un procedimiento quirúrgico frecuentemente realizado. Tiene por objetivo mejorar el contorno de las mejillas al reducir su volumen, resaltando, por consiguiente, las eminencias malaras. Consiste en la resección o reducción de la bolsa adiposa de Bichat, que es la acumulación de tejido adiposo situado entre el músculo masetero y el buccinador; para la resección de dichas bolsas existen diferentes técnicas externas e intraorales. En este artículo se comunica la técnica del tridente, llevada a cabo mediante abordaje intraoral, donde se utilizan como marcadores estructuras anatómicas fácilmente visibles, como la carúncula del conducto de Stenon y la línea alba de la mordida, una vez localizadas y marcadas se traza una línea de unión entre ambas y en el punto medio de ésta, se realiza una incisión posterior de 1 cm, lo que permite encontrar fácilmente la bolsa de Bichat y disminuir el riesgo de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Tejido adiposo; músculo masetero.

Abstract

Bichectomy is a surgical procedure frequently performed at the present, which aims to improve the contour of the cheeks by reducing its prominence, and indirectly increases the luminosity of the malar eminences. It consists of the resection or reduction of the adipose bag of Bichat, which is an accumulation of adipose tissue located between the masseter muscle and the buccinator muscle; for this there are different surgical techniques both external and intraoral. This article presents the intraoral technique of the trident which seeks to recognize easily visible structures, such as the caruncle of the Stenon canal, the bite's line, once they are located and marked, a line of connection between them is drawn and at the midpoint of the latter, a posterior incision of 1 cm is made, which makes it possible to easily find the Bichat bag and reduce the risk of complications.

KEYWORDS: Adipose tissue; Masseter muscle.

¹ Otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, residente de alta especialidad en Rinología y Cirugía Facial, práctica privada.

² Otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello. Profesor titular del curso de Alta Especialidad en Rinología y Cirugía Facial, práctica privada.

Recibido: 7 de octubre 2019

Aceptado: 18 de enero 2020

Correspondencia

Fernando Juan Ramírez Oropeza
orlcirugiafacial@gmail.com;
fro@doctor.com

Este artículo debe citarse como

Brito-Vera JP, Gómez-Barajas LD, Santana-Montes DR, Ramírez-Oropeza F. Bichectomía: técnica del tridente, presentación de una nueva técnica quirúrgica. An Orl Mex. 2020 enero-marzo;65(1):37-42.

ANTECEDENTES

La bichectomía tiene por objeto la resección o reducción de la bolsa adiposa de Bichat, también conocida como bolsa de grasa bucal,¹ que es la acumulación de tejido adiposo situado entre el músculo masetero y el músculo buccinador, que actúa como una almohadilla de lubricación para los músculos adyacentes durante los movimientos de la masticación; su función es más importante en los lactantes donde actúa facilitando los movimientos de succión;² esta bolsa adiposa está presente en todas las personas y su tamaño varía por su exagerado o deficiente desarrollo, produciendo rostros con un aspecto redondeado o deprimido según la cantidad de tejido adiposo presente.

La bolsa de grasa bucal la describió Heister en 1732, quien la denominó glándula malar porque imaginó que era una estructura similar a una glándula,³ posteriormente, en 1802, Bichat, luego de estudiar varios cadáveres, demostró que el componente principal de esta estructura es grasa, desde entonces se le denomina bolsa adiposa de Bichat.⁴

Se encuentra asociada con los músculos masticatorios, entre el músculo masetero y el buccinador, que proporcionan un medio de fricción llamado sisarcosis, fisiológicamente necesario en la edad de la lactancia.⁵ Se relaciona con las ramas bucal y cigomática del nervio facial, razón por la que debe tenerse cuidado en la manipulación quirúrgica para evitar paresias o, de forma más grave, una parálisis. Se relaciona también con el ducto parotídeo o conducto de Stenon, que cruza la superficie lateral de la bolsa de Bichat cuando éste penetra la mejilla. La arteria y la vena facial ascienden en el mismo plano que la bolsa de Bichat y delimitan la extensión del paquete graso en la mejilla, que recibe aporte sanguíneo de la arteria temporal media y ramas de la arteria temporal superficial.⁶

La bolsa de Bichat pesa en promedio 9.3 g y tiene volumen promedio de 9.6 cc (Figura 1), tiene un cuerpo principal y cuatro extensiones: bucal, pterigoidea, temporal superficial y temporal profunda.⁷ La medida de los componentes separados que forman la bolsa de Bichat es variable. Suele ser la extensión bucal el segmento más grande (30 a 40 % del peso total) y el cuerpo es más pequeño (25% del peso total). La dimensión de la extensión pterigoidea es de aproximadamente 20% y la extremidad temporal superficial y temporal profunda son inconstantes, pero usualmente más pequeñas que el cuerpo y la extensión bucal.⁸

El tamaño de la bolsa de Bichat no se correlaciona con el grado de adiposidad corporal del



Figura 1. Bolsa adiposa de Bichat.



paciente, de tal manera que personas con gran cantidad de adiposidad corporal pueden tener poco contenido graso en la bolsa de Bichat o a la inversa; por lo que la mayor existencia de ésta puede dar la apariencia de un rostro redondeado o, por el contrario, su carencia puede dar la apariencia de un rostro deprimido con ángulos prominentes.⁹

La bolsa grasa de Bichat es la subunidad más amplia del rostro que, al ser bilateral, exige buscar simetría en ellas.¹⁰ Está limitada arriba por el surco infraorbitario y el arco cigomático, en la parte inferior por el borde inferior de la mandíbula, medialmente está limitada por el surco nasogeniano, mientras que lateral lo representa la región preauricular.¹¹

La bichectomía es un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es mejorar el contorno de las mejillas al reducir su prominencia y, por consiguiente, resalta las eminencias malares.¹² Es un procedimiento muy utilizado en cirugía estética facial y puede generar serias complicaciones, entre ellas: hematoma posoperatorio inmediato, absceso, paresia o parálisis facial, estenosis del conducto de Stenon, asimetría facial,¹³ por lo que es de primordial importancia que sea realizada por un profesional con experticia y destrezas.

La bichectomía puede realizarse mediante abordaje externo o intraoral, el primero de ellos se utiliza en conjunto con procedimientos de estiramiento facial (*facelift*), como ritidectomía, donde se realiza una incisión horizontal en el borde anterior del masetero a 1 cm por debajo de la comisura bucal; se divulsionan las fibras del músculo y la grasa aparece con una tracción muy suave. Asimismo, el abordaje intraoral tiene algunas variantes porque puede abordarse a través de una incisión a 0.5 cm del surco gingivo-labial superior, a la altura del segundo premolar, extendiéndose 2 cm posterior paralelo

al sulcus. Otro abordaje puede ser en la vecindad del trígono retromolar, que diseca con una tijera romana dirigiendo la punta hacia el ángulo temporo-mandibular; separando las fibras del músculo buccinador y con una ligera presión en las mejillas se logra exponer la bolsa de Bichat apreciando su delgada cápsula.¹³

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Se presenta la técnica quirúrgica personal de abordaje intraoral para bichectomía, creada por el Dr. Fernando Juan Ramírez Oropeza desde hace aproximadamente 15 años, con una casuística aproximada de 2000 pacientes, con escasas complicaciones. Se describe paso a paso la técnica e instrumentos.

Instrumentos: dos separadores tipo Farabeuf, un gancho doble, radiofrecuencia Ellman (**Figura 2**) punta colorada, tijera Metzenbaum curva, dos pinzas Allis, Adson Brown y catgut crómico 4/0 (**Figura 3**).

Técnica quirúrgica

Puede realizarse con anestesia local o general; se colocan separadores tipo Farabeuf en la mejilla y se expone el área del carrillo a proceder para lograr la adecuada exposición del sitio quirúrgico; se infiltra en el área de incisión con lidocaína con epinefrina a 2%, se identifican los límites anatómicos, que son: la carúncula de apertura del conducto de Stenon y la línea alba de la mordida en el carrillo (**Figura 4**). Se realiza un marcaje con marcador, violeta de genciana o azul de metileno, desde la carúncula hasta la región posterior por dos centímetros en un plano horizontal, de manera paralela en la línea alba se realiza el mismo marcaje, de las mismas dimensiones. Se procede a unir ambas líneas en su porción más externa con una línea vertical, luego se dibuja una tercera línea justo al centro de la línea vertical, de manera paralela a las otras



Figura 2. Radiofrecuencia Ellman.



Figura 4. Marcaje del conducto parotídeo y la línea blanca de la mordida.



Figura 3. Instrumental utilizado para bichectomía.

dos marcas, pero de 1 cm de longitud, dicha marca será el sitio de nuestra incisión, de forma

que se dibuja un tridente (lo que da nombre a esta técnica; **Figura 5**). La incisión se hace con la punta colorada de la radiofrecuencia (Ellman), profundizando solo el espesor de esa punta, a continuación se introduce en la incisión un gancho doble para separar las estructuras y con la tijera de Metzenbaum curva se incide el músculo buccinador con dirección a la articulación temporo-mandibular y mediante digitopresión en la mejilla desde el exterior se logra protruir la bolsa grasa a través de la incisión (**Figura 6**), que puede extraerse fácilmente con pinzas tipo Allis. Posteriormente, al localizar el pedículo, éste se pinza, se corta y cauteriza para evitar que los vasos presentes en el tejido graso puedan sangrar y producir un hematoma; a continuación



Figura 5. Formación del tridente: la incisión se realizará en la línea intermedia.



Figura 6. Extracción de la bolsa adiposa de Bichat.

se introduce el pedículo y se cierra con un solo punto de catgut simple 4/0, que estará localizado en el punto intermedio de la herida.

Esta nueva técnica quirúrgica con experiencia de 15 años en manos de los autores y una casuística de 2000 bichectomías con mínimas complicaciones, no pretende remplazar al resto, que también resultan exitosas, sino que busca mostrarse como una técnica fácilmente reproducible, en particular para los cirujanos faciales que recientemente iniciaron en la práctica quirúrgica, ya que ofrece la fácil identificación de zonas anatómicas específicas, así como una zona a incidir segura y bien delimitada, lo que ofrece el éxito en la extracción de la bolsa de

Bichat, con mínima manipulación de los tejidos, menor edema y, por tanto, bajo riesgo de complicaciones, como hematomas, lesiones del nervio facial o del conducto de Stenon.

En un mundo donde los pacientes tienen menos tiempo para recuperarse de una cirugía, ya sea estética o funcional, por las exigencias de su trabajo o su día a día, es indispensable para el cirujano facial ofrecer técnicas que garanticen un periodo posoperatorio corto, con bajo índice de complicaciones, esto es lo que ofrece la técnica del tridente, la posibilidad de realizar una cirugía rápida, limpia y con bajo índice de complicaciones que le permita al paciente reincorporarse de manera inmediata a sus actividades diarias.

CONCLUSIONES

La bichectomía es un procedimiento quirúrgico muy frecuente, la técnica quirúrgica del tridente es fácil, reproducible y ayuda a los cirujanos a trabajar en una zona segura, reconociendo las principales estructuras y así evitar lesiones, dirigiéndonos directamente a la bolsa grasa sin riesgos, reduciendo al mínimo las complicaciones.

REFERENCIAS

1. Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, Baker TJ, Wolfe SA. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. *Plast Reconstr Surg* 1990 Jan;85(1):29-37. DOI: 10.1097/00006534-199001000-00006.
2. Neder A. Use of buccal fat pad for grafts. *Oral Surg* 1983;55:349-50. DOI: 10.1016/0030-4220(83)90187-1.
3. Newman J. Removal of buccal fat pad by liposuction. *Plast Reconstr Surg* 1990 Aug;86(2):385-6. DOI: 10.1097/00006534-199008000-00054.
4. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J Maxillofac Surg* 1977 Nov;5(4):241-4. DOI: 10.1016/s0301-0503(77)80117-3.
5. Anónimo. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Sociedad española de cirugía plástica reparadora y estética. España, 2011;37(1):1-99.
6. Nicolich F, Montenegro C. Extracción de la bola de bichat. *Cirugía Dermatológica. Folia Dermatologica Peruana*. 1997 Mar; 8 (1). URL disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/brevistas/folia/vol8_n1/extracci%C3%B3n.htm. Accedido en fecha 21 de julio de 2014.
7. Anónimo. Bichatoplastia: Adelgazamiento de las mejillas. Clínica de Medicina Estética. Chile. 2013. URL disponible en: http://www.vitaclinic.cl/wp-content/uploads/2013/04/txt_bichatoplastia.pdf Accedido en fecha 10 agosto 2017.
8. Monreal J. Lipoimplante: remodelación y regeneración tisular. Lipoimplante. España, 2011;1-14. URL disponible en: <http://www.drmonreal.info/Procedimientos PDF/Lipoimplante.pdf>.
9. Pérez PMG, Gonzales B, Otero RMM, Rodríguez PMA. Cirugía reconstructiva de la región cigomática-medial de la mejilla: Presentación de 5 casos. *Actas Dermosifiliográficas* 2014;105(4):e27-e31. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.021>.
10. Anónimo. Reducción de mejillas-bichectomía. Cirujanos Plásticos. España. 2014. URL disponible en: <http://guiacirugia.com/procedimiento/reducción-de-mejillas-bichectomía#sthash.5b8ffsr6.dpuf>.
11. Jacobovsky DE. Rejuvenecimiento Facial. *Rev Med Clín Condes* 2010 Ene;21(1):99-106.
12. Del Vecchyo-Calcáneo C, Espinosa-Maceda S. Injertos gramos en cirugía estética. *Cir Plást Iberoamericana* 2013;39 Suppl(1):S26-S28. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922013000500008>.
13. Méndez-Baca SI, Enríquez-Merino JE, Alcalá-Perez D. Esclerodermia localizada: corrección mediante trasplante autólogo de grasa. *Comunicación de seis casos. Dermatol Rev Méx* 2013;57:60-63.