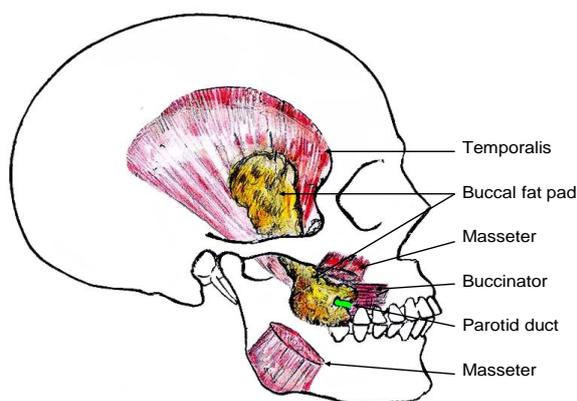


La bolsa de grasa bucal es un colgajo axial que puede ser utilizado para rellenar los pequeños a medianos defectos de tejidos blandos u óseos en el paladar, alveolos superior e inferior y mucosa oral. A menudo se encuentra protruyendo en el campo quirúrgico durante la cirugía de la región pterigomandibular.

Anatomía relevante

Bolsa de grasa bucal

La bolsa de grasa bucal (*Figura 1*) es una masa de grasa encapsulada, cuyo volumen varía a lo largo de la vida. Es diferente de la grasa subcutánea (*Figura 2*). Rellena los espacios de los tejidos profundos y actúa facilitando el deslizamiento cuando los músculos masticadores y miméticos se contraen, y amortigua estructuras importantes de las fuerzas generadas por la contracción muscular.



Adapted from http://en.wikipedia.org/wiki/Buccal_fat_pad

Figura 1: Bolsa de grasa bucal

El ducto parotídeo pasa a lo largo de la superficie lateral de la bolsa de grasa y penetra en su espesor antes de cruzar el músculo buccinador y entrar en la cavidad oral. Se une por 6 ligamentos al maxilar, a la parte posterior del malar, a los bordes interior y exterior de la fisura infraorbitaria,

al tendón del músculo temporal y a la membrana del buccinador.

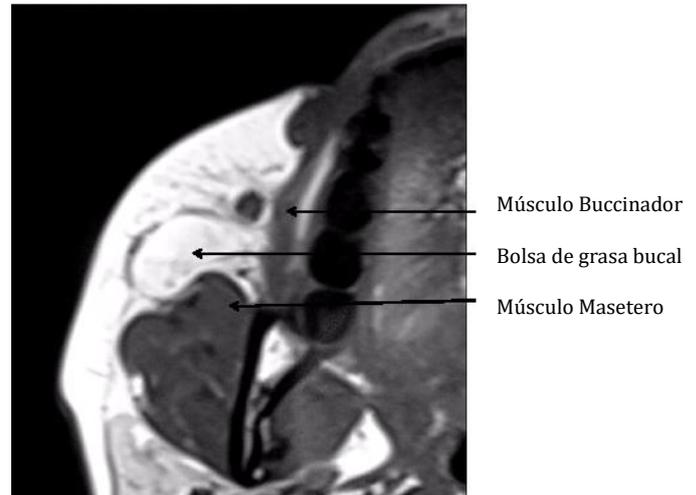


Figura 2: RMN (corte axial) mostrando la relación anatómica de la bolsa de grasa bucal con los músculos masetero y buccinador

La bolsa de grasa bucal tiene un **cuerpo** y **cuatro porciones**. El cuerpo está localizado detrás del arco cigomático. El **cuerpo** se divide en **3 lóbulos: anterior, intermedio y posterior**, que presenta una estructura lobular y engloba ligamentos y los vasos nutrientes. **El lóbulo anterior** está situado debajo del malar y se extiende sobre el buccinador, el maxilar y el espacio profundo del músculo cuadrado del labio superior y músculo cigomático mayor. El músculo canino se origina delante del foramen infraorbitario y pasa a través de la parte medial del lóbulo anterior. El ducto parotídeo pasa a través de la parte posterior y la vena facial anterior pasa a través del margen anteroinferior. El lóbulo anterior también envuelve los vasos y nervio infraorbitarios y juntos penetran en el canal infraorbitario. Las ramas del nervio facial discurren por la superficie externa de la cápsula. **El lóbulo intermedio** está situado dentro y alrededor del lóbulo posterior, lateral al maxilar y lóbulo anterior. Es una

estructura similar a una membrana con tejido graso en adultos, en niños aparece como una masa prominente. **El lóbulo posterior** está situado en el espacio masticador y en los espacios vecinos. Se extiende superiormente a la fisura infra-orbitaria y rodea el músculo temporal, se extiende hacia abajo del borde superior del cuerpo de la mandíbula y por detrás del borde anterior del tendón del músculo temporal y su rama. Así, forma los procesos bucales, pterigopalatino y temporal.

Cuatro procesos (Bucal, pterigoideo, temporal superficial y temporal profundo) se extienden desde el cuerpo a los espacios adyacentes tales como la fosa pterigomandibular e infratemporal.

Riego sanguíneo

La bolsa de grasa bucal es un colgajo axial. La arteria facial, facial transversa y la arteria maxilar interna y sus ramas anastomóticas entran en la grasa y forman un plexo vascular subcapsular (*Figura 3, 4*).

Indicaciones

- Reconstrucción de defectos de tejidos blandos y óseos congénitos o adquiridos de tamaño pequeño y mediano (<5cm) en la cavidad oral. Esto incluye las comunicaciones oro-nasales y oro-antrales después de la extracción dental; defectos quirúrgicos después de la extirpación del tumor, extirpación de una leucoplasia y fibrosis submucosa; y las fisuras palatinas primarias y secundarias (*Figura 5*)
- Cobertura de los huesos maxilares y mandibulares expuestos y de los injertos y colgajos óseos
- Alternativa o respaldo para los colgajos de avance bucal fallidos, la rotación palatina y los colgajos de transposición, los colgajos de lengua y naso-labiales y los colgajos radiales libres

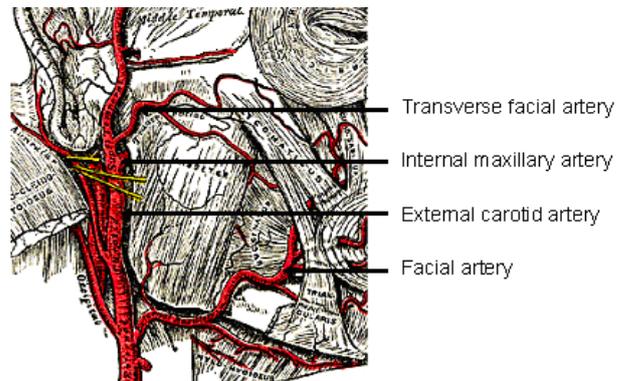


Figura 3: Riego sanguíneo a la bolsa de grasa bucal

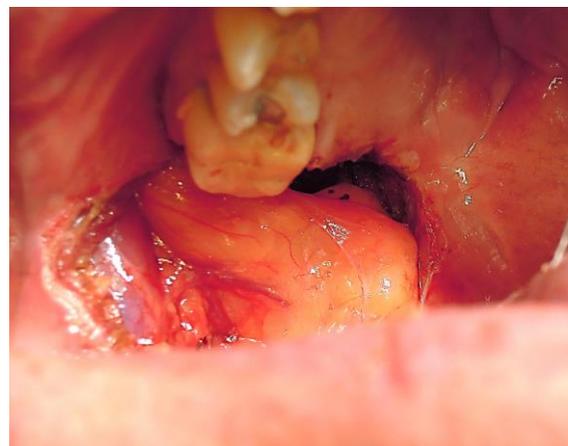


Figura 4: Nota claramente la visible vascularización del colgajo

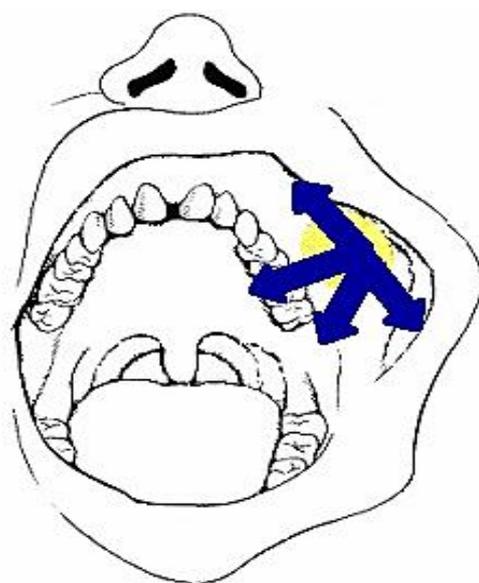


Figura 5: La bolsa de grasa bucal se puede girar para cubrir una variedad de defectos

Pasos quirúrgicos

- La cirugía puede realizarse bajo anestesia local o general.
- Tres enfoques (*Figura 6*)
 - Incisión de la membrana mucosa bucal 1 cm por debajo de la apertura del conducto parotídeo (método de Matarasso)
 - Incisión detrás de la apertura del conducto parotídeo (método de Stuzin)
 - Incisión superior en el sulco gingivobucal

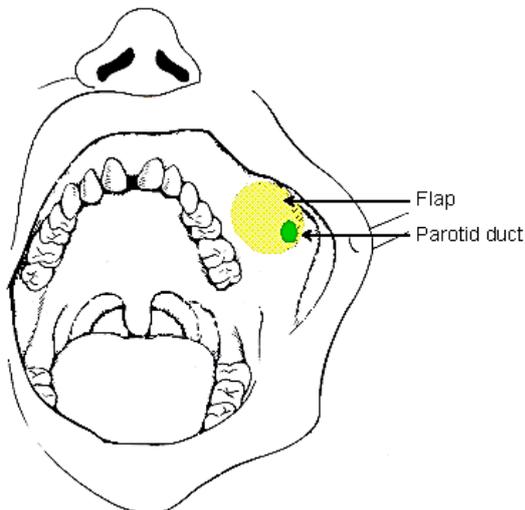


Figura 6: Posición de la bolsa de grasa con respecto al ducto parotídeo

- Se corta a través del músculo buccinador con diatermia (Bisturí eléctrico) y se disecciona hasta encontrar la bolsa de grasa bucal
- Se corta la fina cápsula de la bolsa de grasa bucal
- Con delicadeza, se traslada el volumen de grasa necesario a la cavidad oral con tracción suave para no alterar el riego sanguíneo y por lo tanto desvascularizar el colgajo (*Figura 7*)
- Cuidado con no dañar las arterias buccinadoras inferiores, ramas de la arteria facial para evitar causar un hematoma
- Reavivar los bordes del sitio receptor

- Se coloca la bolsa de grasa bucal en el defecto y asegura su posición con sutura reabsorbible (*Figura 8, 9*)
- Se cubre el colgajo con mucosa si es posible (*Figura 9*)

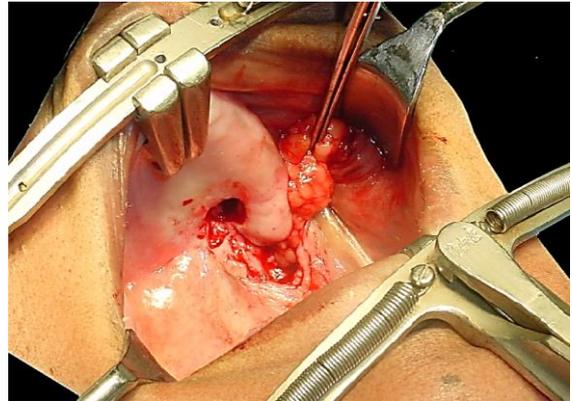


Figura 7: Desplazar cuidadosamente la bolsa de grasa después de cortar la cápsula

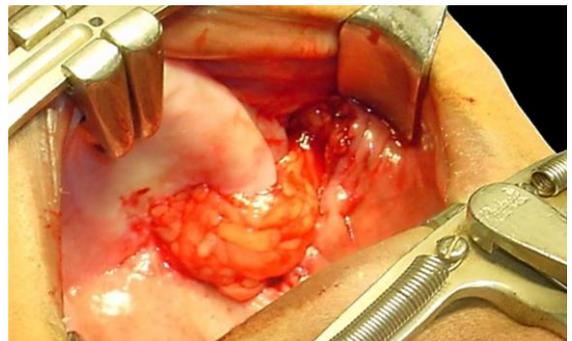


Figura 8: Coloca el colgajo sobre el defecto oronasal

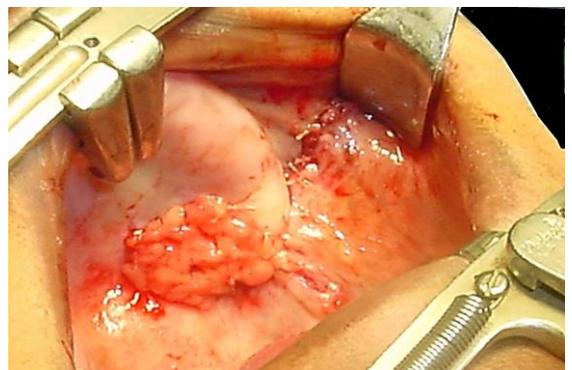


Figura 9: Colgajo suturado al defecto y pedículo cubierto con mucosa

- Esperar a la epitelización del colgajo, que suele ocurrir al mes (*Figura 10*)



Figura 10: Colgajo con cicatrización mucosa aproximadamente 1 mes de la cirugía

Complicaciones

Las complicaciones rara vez ocurren y pueden incluir necrosis parcial y excesiva cicatrización. Con grandes colgajos usados para defectos bucales hay riesgo de fibrosis y trismus.

Caso clínico

Caso 1: Carcinoma interalveolar resecado con rama vertical expuesta o mandíbula

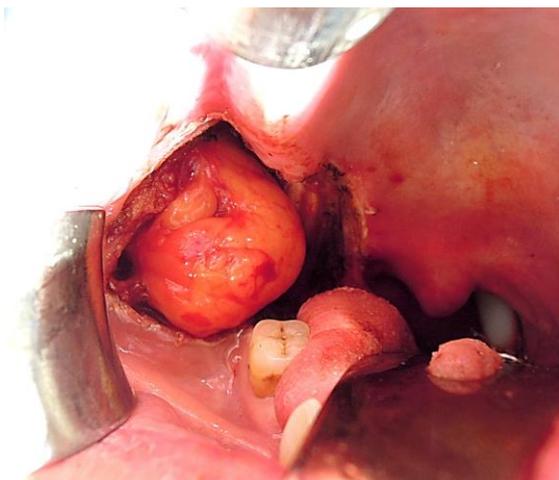


Figura 11a: Bolsa de grasa adyacente al defecto interalveolar

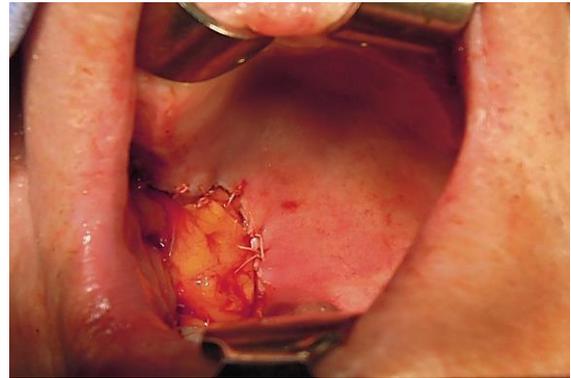


Figura 11b: Defecto relleno con bolsa de grasa buccal

Caso 2: Carcinoma mucoepidermoide resecado en la unión del paladar duro y blando

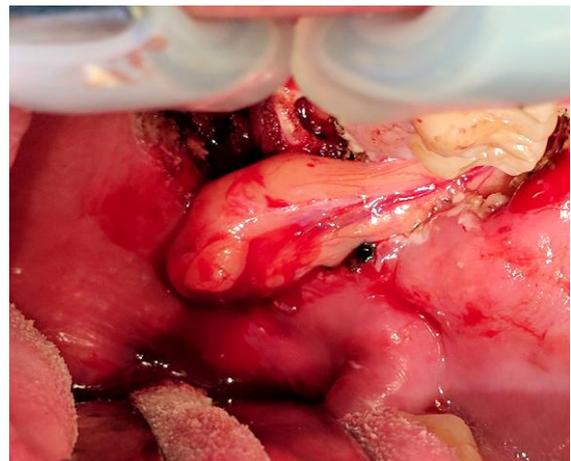


Figura 12a: Almohadilla de grasa buccal adyacente al defecto palatino, que ilustra el pedículo vascular



Figura 12b: Defecto lleno de almohadilla de grasa buccal; nota pedículo vascular

En resumen

La bolsa de grasa bucal es un colgajo simple y seguro que se usa para reparar defectos orales de pequeño a mediano tamaño. Tiene un excelente aporte sanguíneo y causa mínima morbilidad en el sitio del donante.

Traducción

Maria Soledad Cabrera Ramirez
Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrin
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr.
Negrín, Las Palmas, España
mscabrera@telefonica.net

Coordinador de las traducciones al castellano

Dr J. Alexander Sistiaga Suárez MD
FEBEORL-HNS, GOLF IFHNOS Unidad
de Oncología de Cabeza y Cuello –
Servicio de Otorrinolaringología Hospital
Universitario Donostia
San Sebastian, España
jasistiaga@osakidetza.eus

Autor y Editor

Johan Fagan MBChB, FCORL, MMed
Professor and Chairman
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

THE OPEN ACCESS ATLAS OF OTOLARYNGOLOGY, HEAD & NECK OPERATIVE SURGERY

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\) johannes.fagan@uct.ac.za](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

