

Presentado en la Sesión del 18 de Junio de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

Hernia traumática intrabucal de la bola adiposa de Bichat

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

Historia Clínica.—R. S. P., de 26 meses de edad. Es traído al Servicio de Entrada del Hospital Pasteur el día 4 de Junio del corriente, porque sufrió una caída golpeando el mentón contra el suelo. La madre que lo trae, dice, que se mordió la mejilla y que al observarlo por qué sangraba un poco, notó que una "carnosidad" de color amarillo hacía saliente entre los dientes.

Al examen notamos que el niño no aprieta los maxilares apesar de que llora y se resiste. La mejilla izquierda está un poco tumefacta. Sobre su cara interna hace saliente completa una masa del tamaño de una aveliana chica, perfectamente esférica, de color amarillo con estrías rojas, superficie lisa y brillante, no sangrante. Se encuentra situada entre las dos arcadas dentarias del lado izquierdo, apoyando sobre el segundo premolar. Por su cara externa ella cubre la herida de la mucosa que le dió paso y está en relación con ella por un pedículo cilíndrico, más delgado que la masa interdientaria. Presenta el aspecto típico de la bola adiposa de Bichat. En el momento del examen la herida no sangraba (el traumatismo databa de 20 minutos).

La palpación por un dedo intrabucal y otro externo, de la mejilla revela una tumefacción uniforme, poco marcada.

Bajo anestesia general al bromuro de etilo (hecha por el interno Sr. Suárez), colocamos un separador entre las arcadas y examinamos mejor. Traccionando ligeramente de la masa nuevas porciones con igual carácter vienen fácilmente.

Examinamos bien la porción que hace de pedículo que tiene una dirección oblicua de arriba a abajo y un poco de atrás adelante, en vista de la posibilidad de la presencia del canal de Stenon que no aparece.

Pinzamiento y ligadura del pedículo al ras de la mucosa. Resección del paquete herniado. Desinfección y reducción del muñón del pedículo.

En este momento es posible observar bien la herida que tiene unos 8 a 10 mm. de longitud y está situada a 3 mm. por debajo del borde libre del 2.º premolar superior, algo por debajo y hacia atrás de la papila de desembocadura del canal de Stenon. Toque con yodo. No se sutura la brecha mucosa.

Evolución.—Vimos al niño 5 días después; la madre nos dice que el niño tiene mucha salivación. La cicatriz retraída ha ido a colocarse

al nivel de la parte posterior de la corona del 2.º premolar y hacia atrás de ella. A unos 3 mm. por delante de ella, frente a la parte anterior del 2.º premolar, se observa la desembocadura del canal de Stenon, de la cual sale saliva bastante abundante. Hemos vuelto a ver al niño ayer. La sialorrea ha cesado. La cicatriz se ha retraído. El orificio del canal de Stenon, enrojecido por el catarro característico del sarampión, que actualmente afecta al niño, se ve bien por delante de la cicatriz.

CONSIDERACIONES:

En el caso que presentamos tiene un pequeño interés y es el de la dilucidación de causa y del mecanismo de esta complicación muy rara de las muy frecuentes heridas por mordedura de la mucosa jugal.

Como testimonio de rareza, citamos la observación de L. H. Rocher y R. Guerin, aparecida en el "Journal de Medicine de Bordeaux", N.º 7, Marzo 10 de 1930, pág. 205, de un caso de hernia intrabucal de la bola adiposa de Bichat, secundaria a una perforación de la mucosa jugal y del buccinador por una astilla de madera; los autores creen que su caso es el primero en la literatura.

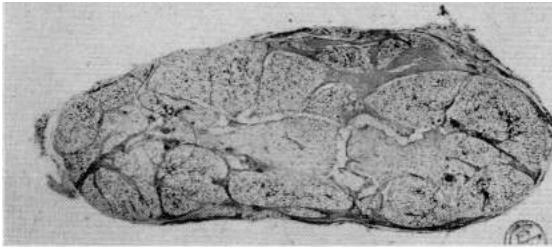
El tejido célula grasoso que constituye la bola adiposa de Bichat, tiene una doble función de relleno y de deslizamiento, y su estructura anatómica se adapta perfectamente a ella. De consistencia uniformemente blanduzca, fácilmente depresible en todo sentido, caracteres que le permiten adaptarse a las modificaciones de la logia que la contiene, es además libre de ella, con la cual está solamente en relación por un espacio celuloso de laxitud especial.

Su superficie es lisa y brillante, comparable a la del epiplón.

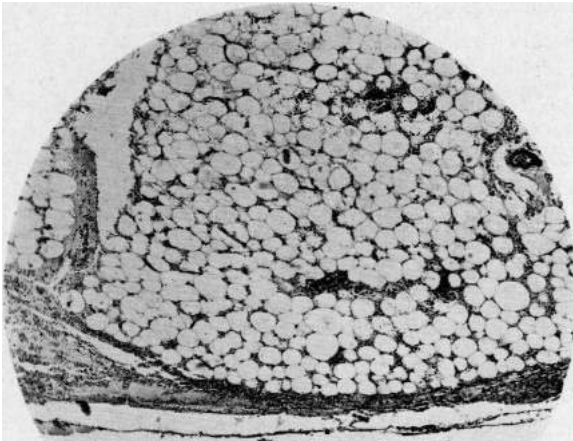
Contenida con su prolongamiento temporal en una logia ósteo-músculo-aponeurótica, con paredes en parte rígidas (zigoma, cara posterior del malar, apófisis coronoides del maxilar inferior) en parte contráctiles (músculo temporal, masetero, pterigoideos y buccinador), verdadera encrucijada muscular cuyas contracciones ligadas a los movimientos de masticación y de la mímica bucal modifican constantemente la conformación de logia, la bola adiposa de Bichat hace saliente en la cara en el ángulo abierto adelante que forman el buccinador y el masetero. En esta parte está aún contenida por una delicada aponeurosis y por el canal de Stenon que desprendido de la cara externa del masetero la contornea por fuera y por delante, aborda el buccinador y abriéndose paso entre sus haces desemboca en la cara interna de la mejilla. Su orificio se ve un poco por encima del borde libre de los molares superiores, al nivel del 2.º en el adulto; en el niño es algo más anterior y en este caso el orificio se encontraba situado entre el 1.º y 2.º premolar.

Existe en la mejilla otro tejido adiposo, particularmente abundante en el niño de corta edad, pero él adhiere íntimamente a la cara profunda de la piel y por su aspecto no podía constituir de ninguna manera el elemento herniado en nuestro enfermo.

Para afirmar el diagnóstico hemos hecho cortes macroscópicos se-



Fot. 1. - Corte de sección completo de la bola adiposa.

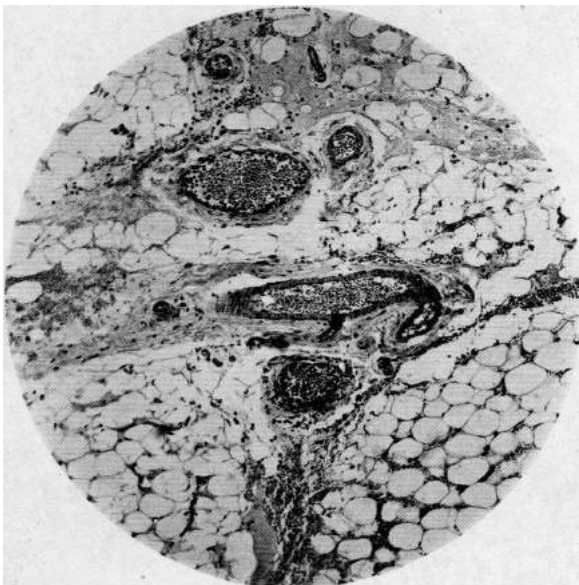


Fot. 2. - Se ve bien la cápsula celulosa con hemorragia subcapsular e intervesicular.

riados de 2 en 2 mm. de la pieza extraída y cortes microscópicos. El examen microscópico nos da la prueba de que se trata realmente de la bola adiposa. Un tejido célula adiposo a vesículas pequeñas dividido en lobulillos por una serie de tabiques conjuntivos con arteriolas y pequeñas venas, se encuentra completamente encapsulado por una delicadísima membrana celulosa con escasos elementos aplanados.

Se observa en el espesor de los tabiques, alrededor de los vasos, entre las vesículas, y sobre todo por debajo de la cápsula, un proceso de

edema y hemorragia reciente, bastante importante. En los vasos se puede observar las etapas de marginación de los leucocitos y diapedesis, características de las primeras fases de la inflamación, determinada en este caso por la salida del tejido adiposo de su lecho y su traumatismo por los dientes. Estos fenómenos son idénticos a los que pueden obser-



Fot. 3. - Arteriolas con marginación leucocitaria - diapedesis. Edema intervesicular.

varse en el mesenterio de la rana, en la experiencia capital de Conheim.

En la seguridad de que es la bola de Bichat el elemento herniado y encontrándose la herida de la mucosa un poco por detrás y debajo de desembocadura del Stenon, nos preguntamos cuál ha sido el mecanismo determinante del fenómeno.

Debemos descomponer el proceso en dos partes:

Primero: Origen de la vía de comunicación.

Segundo: Causa de la propulsión del tejido adiposo.

En lo que respecta al primer punto, podría haberse producido en el momento de la caída, al mismo tiempo que una herida de la mucosa, herida del buccinador.

No creemos que haya sido así en este caso, porque el modo de producción de la herida por choque de las arcadas dentarias, exige para que el buccinador esté tomado, un movimiento de succión de la mejilla, difícil de comprender en una caída. Además, la hemorragia habría sido más importante. Por otra parte, la mucosa geniana desliza bien sobre el músculo, al cual no adhiere tan íntimamente como se describe, y es fácil y comúnmente pellizcada entre los molares sin que se produzca la hernia grasosa. Creemos más bien que abierta la brecha de la mucosa,

la presencia de un hiatus congénito entre los haces musculares del buccinador o una amplitud marcada del hiatus que da pasaje al canal de Stenon facilitaron la hernia.

En cuanto al segundo punto (Mecanismo de propulsión) es fácil explicarlo. El dolor intenso de la mordedura provocó en el niño un movimiento de separación de los maxilares. El maxilar inferior abierto al máximum, puso en tensión los músculos masticadores y la bola grasosa bridada por todos lados, ha escapado de su logia por el punto más débil, es decir, hacia abajo, acompañando al canal de Stenon. Quizá la contracción del buccinador en el movimiento de apertura de la boca, hizo más viable el hiatus preexistente.
