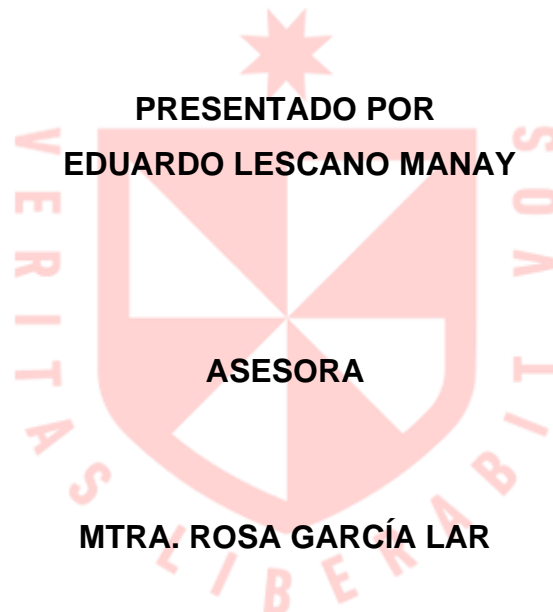


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**TÉCNICA QUIRÚRGICA DE BICHAT ALTERNATIVA
VERSUS LA TRADICIONAL CLÍNICA SAN MARTÍN
PLÁSTICA & ESTÉTICA 2016-201**



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

LIMA, PERÚ
2018



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**TÉCNICA QUIRÚRGICA DE BICHAT ALTERNATIVA
VERSUS LA TRADICIONAL CLÍNICA SAN MARTÍN
PLÁSTICA & ESTÉTICA 2016-2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**PRESENTADO POR
EDUARDO LESCOANO MANAY**

**ASESOR
MTRA. ROSA GARCÍA LARA**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4. Justificación	4
1.4.1 Importancia	4
1.4.2 Viabilidad	6
1.5. Limitaciones	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
3.1. Formulación de la hipótesis	18
3.2. Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	19
4.1. Tipos y diseño	19
4.2. Diseño muestran	19
4.3. Procedimiento de recolección de datos	19
4.4. Procesamiento y análisis de datos	20
4.5. Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
ANEXOS	23
1. Matriz de consistencia	24
2. Ficha de recolección de datos	25

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. 1. Descripción de la situación problemática

La belleza y la juventud en la apariencia facial, desde la antigüedad, es lo que se busca perpetuar por el mayor tiempo posible. Son los procedimientos invasivos y no invasivos los que han mejorado los signos de envejecimiento.

Actualmente, la cirugía de las bolsas adiposas de Bichat, o comúnmente llamada Bichectomía, ha retomado su importancia en el ámbito de la cirugía estética, debido a la preocupación de las personas por mejorar ciertos rasgos faciales que les ayude a sentirse y verse bien, como ya se señaló.

Las personas que buscan este tipo de cirugía notan en su rostro un aspecto de sobrepeso a pesar de estar dentro de los límites normales. Es muy común que las pacientes manifiesten su pesar cuando se ven cachetonas en las fotos, con un rostro redondo. Así mismo, la falta de definición en las estructuras de la cara genera una apariencia de mayor edad. Conforme uno va envejeciendo, los volúmenes en el rostro van cambiando, se pierden en determinadas zonas y se ganan en otras.

La anatomía y la técnica quirúrgica fue descrita por primera vez en 1990 por Stuzin y Matarasso.^{1,3} Ellos tuvieron como finalidad resaltar tres rasgos inherentes de la estética facial: la definición volumétrica del arco zigomático, la creación de una concavidad en el espacio infracigomático y el mejoramiento del contorno mandibular. Con ello, es posible realzar ciertas facciones de un

rostro juvenil entre brillos y sombras que se dan en las estructuras óseas. Desde aquel año, los cirujanos plásticos han venido realizando exitosas cirugías y han manteniendo como base estas dos técnicas propuestas por dichos autores; sin embargo, no han estado exentos de las complicaciones tanto menores como mayores, las cuales también han sido descritas por los autores antes mencionados.

La Clínica San Martín Plástica & Estética, ubicada en Lima, en el distrito de Santiago de Surco, abrió sus puertas al público hace 13 años, para ofrecer a sus pacientes los servicios de cirugía plástica, reconstructiva y cirugía estética. En sus instalaciones, se ha utilizado la técnica tradicional de bichectomía y, lamentablemente, las complicaciones han sido las mismas: hematomas, infección del sitio operatorio, sección accidental de conducto de Stenon, lo cual ha generado incomodidad en los pacientes a los que se le realizaban dicho procedimiento, por el aumento del tiempo posoperatorio, la dificultad para volver a su trabajo, la afectación de su vida social y familiar, el gasto adicional de medicamentos. Además, estas complicaciones traerían como consecuencia algún tipo de defecto, estigma o malformación secundaria.

A pesar de que el paciente en la consulta médica se le explica de las posibles complicaciones que pudieran ocurrir debido al acto operatorio, es difícil comprender y asumir las mismas en determinado momento dado, ya que el paciente cuando acude por una cirugía estética, con el fin del mejoramiento facial o corporal, no espera complicación alguna.

Es verdad que lo más importante de una técnica quirúrgica u otra no es cómo o quien la realiza, sino cómo tratamos o evitamos de la mejor manera posible las complicaciones de dicha técnica, para que el paciente tenga los mismos resultados que uno sin complicaciones.

Es por ello que la medicina y la cirugía avanza a pasos agigantados con el fin de mejorar todos los procesos que conllevan el acto quirúrgico para ofrecer siempre, al paciente, una nueva técnica quirúrgica que ayude a evitar o reducir las complicaciones de dicho tratamiento, y que beneficie indirectamente el estilo de vida del paciente, ya que un procedimiento quirúrgico estético ocasiona un impacto muy importante en el ego y la personalidad.

Por tal motivo, en la Clínica San Martín de Lima se ha tratado de crear una nueva técnica quirúrgica que permita disminuir drásticamente el número de complicaciones en los pacientes sometidos a dicho tratamiento, con lo que se ha logrado reducir el tiempo quirúrgico, una mejor visualización de las estructuras anatómicas, una menor tracción de los tejidos y disminución del tiempo posoperatorio y recuperación del paciente.

Es así que se ha decidido realizar un estudio que permita comparar estas dos técnicas quirúrgicas, para conocer las ventajas y desventajas de cada una de estas, en la Clínica San Martín Plástica & Estética, durante el período 2016-2017.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los beneficios de la técnica quirúrgica de Bichat alternativa versus la técnica tradicional en la Clínica San Martín Plástica & Estética, durante el periodo 2016-2017?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los beneficios de la técnica quirúrgica de Bichat alternativa versus la tradicional, en la Clínica San Martín Plástica & Estética, durante el periodo 2016–2017.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las complicaciones posoperatorias más frecuentes entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.

Diferenciar los efectos secundarios inmediatos entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.

Identificar el tiempo operatorio y posoperatorio entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.

Identificar el volumen de anestésico local utilizado y el volumen de sangrado entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

En los últimos años, a nuestra consulta empezaron acudir pacientes que deseaban reducir el volumen del tercio medio facial, lo que se conoce como cachetes, con el fin estilizar el rostro, mejorar el perfil y lo más importante mejorar la foto de tres cuartos que muchas personas indirectamente llaman: mi mejor perfil. Gracias a las fotografías en primer plano, conocido como *selfies*, es que las personas empiezan a preocuparse aun más por la estética de su rostro; por tal motivo es que aumentó considerablemente la consulta de este tipo de cirugía que estaba opacada por otras.

Las principales dificultades de la técnica tradicional de la cirugía de Bichat son el abordaje, las complicaciones y el posoperatorio tórpido que tienen la mayoría de los pacientes.

En cuanto al abordaje, es importante conocer las estructuras adyacentes por donde se va a realizar la incisión, existen vasos sanguíneos ramas de la arteria facial, terminaciones nerviosas sensitivas y motoras dependientes del nervio trigémino y facial, el conducto de Stenon que conecta la glándula parótida con la cavidad bucal por el cual se elimina la saliva. Estructuras anatómicas que si son alteradas parcial o completamente, traerían consigo complicaciones mayores que llevarían al paciente a presentar anomalías o malformaciones incapacitantes de por vida.

Conforme llegaban pacientes a la clínica y se les realizaba la cirugía con la técnica tradicional, habitualmente nos demorábamos un tiempo promedio de 35 minutos, nos empezamos a dar cuenta, en el control posoperatorio, que los pacientes acudían hinchados, con sensación dolorosa e intocable en el sitio quirúrgico, casos de hematomas, los cuales no eran frecuentes, afortunadamente. Con el *staff* de médicos, tratábamos de buscar una alternativa de mejorar o evitar que sigan llegando pacientes con posoperatorios tan difíciles que les impedía llevar su vida diaria.

Al encontrar la alternativa quirúrgica a la técnica de Bichat ,que básicamente se centraba en disminuir la manipulación de los tejidos y el tiempo quirúrgico, nos dimos cuenta que eran las principales limitaciones de la técnica tradicional no solo en nuestras manos, sino en manos de otros cirujanos plásticos colegas de nosotros. Respecto al tiempo quirúrgico, a mayor duración del procedimiento en el intraoperatorio, mayor manipulación, mayor inflamación de los tejidos adyacentes y mayor tiempo de recuperación inmediata como mediata del paciente.

Es por ello que se busca comparar la técnica alternativa de la cirugía de bichat con la tradicional, pues se presume que la primera permite disminuir todos los tiempos ya antes mencionado, en beneficio de los pacientes y de los médicos. En técnica tradicional, los resultados se ven a partir de los tres meses. Esta técnica alternativa busca los mismos resultados (resaltar ciertos rasgos faciales innatos de las personas que por uno u otro motivo se esconden por la hipertrofia de la mejillas), pero en menor tiempo.

Asimismo, con este estudio se quiere lograr dar una alternativa quirúrgica a los cirujanos plásticos con el fin de aminorar todas las complicaciones mayores y menores que se puede producir con la técnica tradicional que permita que los pacientes retornen rápidamente a su vida laboral y social.

Hay que tener en cuenta que, hasta el momento, no existe un estudio comparativo entre estas dos técnicas que permita conocer los beneficios de esta nueva propuesta quirúrgica frente a la tradicional, ya que es un nuevo procedimiento, que busca innovar la ya conocida.

1.4.2. Viabilidad

Este trabajo es viable porque se tiene la autorización de la clínica San Martín para acceder a la información necesaria. Esta cuenta con todos los más altos estándares de calidad y servicio, con los permisos de Clínica Especializada II-E otorgada por el Ministerio de Salud, Municipalidad de Santiago de Surco y Defensa Civil. Asimismo, cumple con todas las exigencias recomendadas por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), quienes mantienen controlados todos los procesos médicos quirúrgicos que se realizan en la clínica y la seguridad de los pacientes.

Se realizan procedimientos quirúrgicos bajo estrictos protocolos de seguridad reconocidos internacionalmente, con cirujanos plásticos que se encuentran dentro de la Sociedad de Cirugía Plástica del Perú, Sociedad Iberoamericana de Cirugía Plástica y de la American Society Plastic Surgeons, asistentes a

múltiples congresos nacionales e internacionales que utilizan la más alta innovación en técnicas quirúrgicas como tecnología médica.

La investigación es viable, porque actualmente ya se está realizando la técnica alternativa en la clínica en mención y se cuenta con el personal suficiente y comprometido con el estudio. Se dispondrán tanto de las horas quirúrgicas de los asistentes y personal de enfermería ya estipuladas en los horarios del servicio de Cirugía Plástica como del instrumental quirúrgico del mismo.

En relación a los recursos financieros, la Clínica San Martín Plástica & Estética asumirá los gastos de los insumos médicos de los pacientes, así como el costo de las consultas posteriores y/o procedimientos adicionales, por si ocurriera alguna complicación.

1.5. Limitaciones

No existe mucha bibliografía y antecedentes sobre el tema, ya que, al ser un procedimiento relativamente sencillo, no se realizaron los estudios pertinentes por los diferentes autores. Básicamente, se ejecutaron estudios anatómicos que conllevaron a la realización de la técnica quirúrgica. Aunque, actualmente, en el Perú, es una técnica muy demandada por los pacientes que buscan afinar sus rasgos faciales, no es un procedimiento quirúrgico que muchos cirujanos plásticos la realicen, ya que prefieren realizar otros procedimientos alternativos como aumento de pómulos, afinamiento de nariz, lipodefinition de papada, mentoplastia para crear brillos y sombras y así dar un aspecto de afinamiento.

Desde el punto de vista quirúrgico y anatómico, la cavidad bucal es muy estrecha; por tal motivo, es difícil encontrar o tratar de innovar una técnica quirúrgica, debido a la gran cantidad de inervación y vascularización de la zona. Las alternativas dependerían del cirujano plástico que las realice.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La bolsa adiposa de Bichat fue descrita por primera vez en 1732 por Heister, quien denominó a este tejido que se encontraba entre la zona infracigomática y supramandibular como glándula malar. En el año 1802, Xavier Bichat quien era anatomista, biólogo y físico francés, en su obra *Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine*, a través de la autopsia y la experimentación fisiológica, estudió los tejidos como unidades anatómicas para la explicación de las propiedades fisiológicas del organismo, descubrió la verdadera configuración anatómica de esta estructura que se encontraba en la mejilla, y la calificó como un tejido netamente graso y no glandular. Desde entonces, llevó su nombre y permitió que otros anatomistas puedan iniciar el estudio de su estructura, embriología, vascularización, inervación y su relación con el espacio masticatorio y la estética facial.^{1,2}

Matarasso, en el año 1991, en su artículo denominado *Buccal fat pad excision: Aesthetic improvement of the mid face*, le da mucha importancia al tercio medio del rostro específicamente la zona central. Definió cinco estructuras anatómicas, de las cuales depende la armonía del rostro. La primera es distinguir el borde anterior de la glándula parótida y la depresión de la mejilla; segundo, la visibilidad del borde posterior de surco nasogeniano; tercero, la generación de una convexidad que no exceda el plano perpendicular entre el tercio medio del arco cigomático y la mandíbula. Él le denomina depresión submalar, cuarto: las eminencias cigomáticas y quinto: la definición del ángulo

de la mandíbula. La depresión submalar es un espacio que se utiliza para evaluar la relación de las estructuras faciales en la vista lateral.

Matarasso, llega a la conclusión que la alteración de los compartimientos grasos de la cara definen el contorno facial tanto a nivel subcutáneo como submuscular y como la bolsa adiposa de bichat se encuentra entre estos dos compartimientos los modifica en conjunto y no por separado. Estudió detalladamente la anatomía en cadáveres frescos, definió las estructuras vasculares proponiendo una técnica quirúrgica para su extracción. Su grupo de estudio fue de 25 pacientes intervenidos quirúrgicamente con la técnica propuesta.

En cuanto a la técnica quirúrgica, Matarasso infiltra anestésico local (lidocaína y epinefrina) en el surco gingivobucal entre la primera y segunda molar, luego identifica el Conducto de Stenon realizando la incisión a un centímetro superior y lateral a este, de aproximadamente 2.5 cm a nivel de la mucosa. Posteriormente, se identifica las fibras del músculo buccinador, se realiza la dígitopresión respectiva para luego hacer una incisión en la bolsa adiposa de bichat y proceder a su extracción. Finalmente, cauteriza y coloca una gasa empapada con lidocaína y epinefrina para pasar a la intervención del lado opuesto, y termina con la sutura de la herida operatoria con catgut crómico.

Cabe destacar que durante la curva de aprendizaje del autor, tuvo complicaciones menores, como hematomas, trismus, sangrado activo, infecciones, sobreresección y complicaciones severas, como sección del nervio

facial y del conducto de Stenon. El tiempo operatorio promedio es de 35 minutos.³

Stuzin *et al.*, en su artículo *The anatomy and clinical applications of the Buccal fat pad.*, definieron a la bolsa adiposa de bichat como una estructura que proporciona dramáticos cambios en el volumen facial como en la definición de las eminencias malares. Mediante el uso de cadáveres frescos, definió a la estructura de la bolsa adiposa de bichat y sus relaciones exactas con el espacio masticatorio, la musculatura facial, conducto de Stenon, nervio facial. En base a los que encontró y estudió propuso una técnica de extirpación. Asimismo, plantea que la extracción del bichat no solo es por estética, sino también sirve en la rama de la reconstructiva, como sitio donante de grasa y pedículo para la corrección de fístulas oronasales. El éxito de la intervención quirúrgica depende del conocimiento exhaustivo de la anatomía del paciente.

La disección fue hecha en 12 cadáveres frescos, todos con más 60 años de edad. Se determinó las relaciones anatómicas con respecto a la bolsa adiposa de bichat, se determinó su peso, volumen y largo promedio. Se encontró siempre una mínima diferencia entre el lado izquierdo y derecho. Asimismo, se identificó que no había correlación alguna entre el volumen de la bolsa adiposa de bichat y el peso del paciente.

Lo más importante de éste estudio anatómico, es que se encontró que la bolsa adiposa de bichat tenía un cuerpo principal y cuatro extensiones: buccal, pterigoidea, superficial y temporal profunda, las cuales son estructuras que tienen diferentes relaciones anatómicas La extensión bucal es el segmento

más superficial, más largo y da el volumen a la mejilla. Hay una relación directa entre la bolsa adiposa de bichat, el conducto partido y el nervio facial, ya que estas estructuras la atraviesan.

En cuanto a la técnica quirúrgica, el acceso oral frente al externo a través de una ritidectomía presenta menor tasa de complicaciones. Mediante una incisión de 2 cm a nivel vestibular; se tuvo como referencia anatómica el segundo molar y la salida del conducto de Stenon. Se introducen pinzas romas y se identifica las fibras del músculo buccinador. Posteriormente, se realiza la excéresis de la grasa de bichat. Stuzin combina este tipo de procedimiento, cuando lo amerita, con cirugía ortognática, lifting facial, corrección hipertrofia del masetero.

Dentro de las complicaciones, las cuales son bajas, si se mantiene un conocimiento de la anatomía quirúrgica, refiere que se pueden presentar injuria del nervio facial, edema postinflamatorio, infección, hematoma. El edema postinflamatorio baja completamente alrededor de los 2 a 4 meses, razón por la cual los resultados completos de la extracción se verán en ese tiempo aproximado.⁴

En 2002, Zhang *et al.* presentaron un estudio anatómico realizado en 11 cabezas de cadáveres; se dividió a la bolsa adiposa de bichat en tres lóbulos: anterior, intermedio y posterior que se encuentran en el espacio pterigomandibular y el espacio temporal. El lóbulo anterior se localiza debajo del zigoma y se extendió por encima del músculo buccinador. Tiene estrecha

relación con el conducto de Stenon, la vena facial, los vasos y nervios infraorbitales.

El lóbulo intermedio no es descrito en otros estudios, ya que es una membrana muy delgada de la bolsa adiposa de bichat, la cual toma mayor tamaño en la niñez. El lóbulo posterior tenía cuatro extensiones: bucal, pterioideo, pterigopalatino y temporal (superficial y profundo), los cuales estaban fijados por seis ligamentos hacia la maxila, zigomático posterior, fisura infraorbital, al tendón temporal y a la membrana del buccinador. Además, cada lóbulo tiene irrigación propia y un plexo vascular subcapsular.

Una rama de la arteria alveolar postero superior y otra de la arteria buccinador irriga el lóbulo intermedio. La rama anterosuperior de la arteria alveolar en conjunto con la arteria bucinador inferior y la pterioidea irrigan el lóbulo posterior. En cuanto al lóbulo anterior, la arteria del bucinador inferior y ramas de la arteria facial se encargan de la irrigación.

En la técnica quirúrgica que propone realiza una incisión a nivel del surco gingivobuccal y tiene como punto de referencia el primer molar; luego, incide la membrana maxilar para generar la resección parcial de la bolsa adiposa de bichat. A diferencia de Matarasso y Stuzin, obtiene menor cantidad de complicaciones como la posibilidad de lesión de la vena facial, hematomas y alteraciones nerviosas.^{5,6}

2.2. Bases teóricas

Anatomía

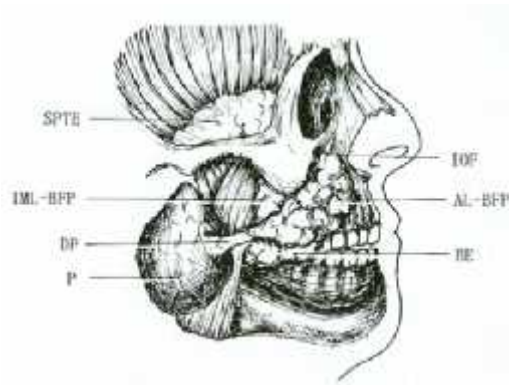


Imagen. 1. AL-BFP (lóbulo anterior), BE (extensión bucal), IML - BFP (lóbulo intermedio, SPTe (lóbulo posterior). Zhang H-M, Yan Y-P, Qi K-M, Wang J-Q, Liu Z-F (2002) Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg* 109:2509–2518.

La bolsa adiposa de bichat se encuentra en el espacio masticatorio virtual, delimitado anteriormente por los músculos de la expresión facial, posteriormente,

por la glándula parótida, lateralmente por las fibras verticales del masetero y medialmente por las fibras horizontales del bucinador (imagen1).

La bolsa adiposa de bichat tiene forma tubular y está dividido en tres lóbulos: anterior, intermedio y posterior; el cual éste último tiene cuatro extensiones (bucal, pterigoideo, pterigopalatino y temporal). Asimismo, se han descrito seis ligamentos que fijan los diferentes lóbulos al macizo facial; el ligamento maxilar, zigomático posterior, medial y lateral de la fisura orbital, temporal superficial y el ligamento bucinador (imagen 2).⁵

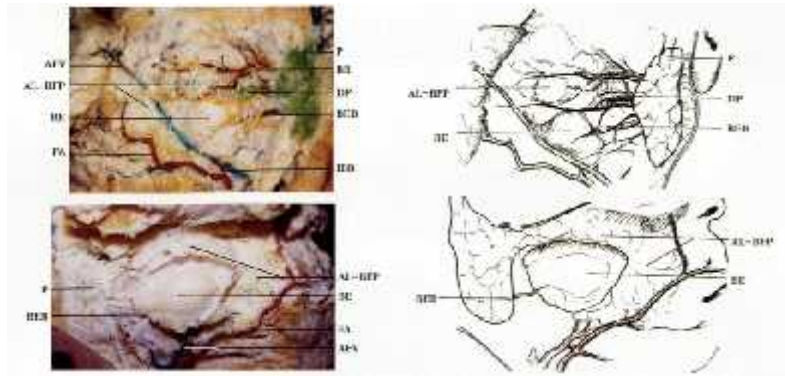
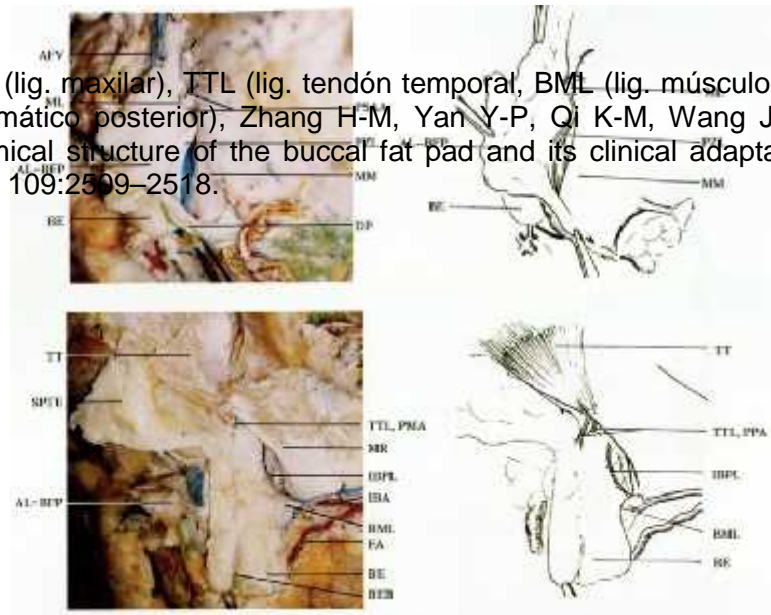


Imagen 2. AL-BFP (lóbulo anterior), BE (extensión bucal), IML - BFP (lóbulo intermedio, SPTE (lóbulo posterior), DP (ducto parotídeo), P (glándula parótida), FA (arteria facial), BEB (ramas bucales de nervio facial), AFV (vena facial anterior). Zhang H-M, Yan Y-P, Qi K-M, Wang J-Q, Liu Z-F (2002) Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical applications. *Plast Reconstr Surg* 100:2500-2510.

El conducto parotídeo cruza lateralmente la bolsa adiposa de bichat (lóbulo anterior) y desemboca en la cavidad oral a través del conducto de Stenon. Asimismo, hay una relación estrecha con las rama bucal y cigomatica del nervio facial que cruzan la superficie del músculo masetero, la arteria y vena facial ascienden en el mismo plano que la bolsa adiposa de Bichat y delimitan la extensión del paquete graso en la mejilla (imagen 3).

Imagen 3. ML (lig. maxilar), TTL (lig. tendón temporal, BML (lig. músculo bucinador), PZL (lig. zigomático posterior), Zhang H-M, Yan Y-P, Qi K-M, Wang J-Q, Liu Z-F (2002) Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg* 109:2509–2518.



El volumen aproximado es de 10 ml con un peso promedio de 9.3 g Morfológicamente, la bolsa adiposa de bichat es diferente del tejido de la grasa subcutánea, es similar a la grasa de la órbita.

Dentro de sus funciones fisiológicas están servir de relleno dentro del espacio masticatorio, espacio infratemporal, fosa pterigopalatina, fosa de glándula submadibular, actuar como un amortiguador y un tejido de deslizamiento para los músculos de la masticación, servir como protección para sistema neurovascular facial profundo y contrarrestar la presión negativa durante la succión del lactante.

La irrigación principal de la bolsa adiposa de Bichat se deriva de las ramas bucales y temporales profundas de la arteria maxilar interna, de la facial transversa colateral de la arteria temporal superficial y algunas ramas de la arteria facial.

Técnica operatoria

Se realiza la asepsia y antisepsia del paciente, luego se aplica xilocaina al 2% en gel sobre la mucosa oral y luego se infiltra 2.5 cc de xilocaina al 2% con epinefrina 1/20 000 en cada zona operatoria. Se identifica el conducto de



Imagen 4. Instrumental utilizado en la bichectomía.

Stenson y con azul de metileno se traza una línea caudal de un 1cm y luego medialmente se deja un intervalo de 0.5 cm y se realiza una nueva marcación de 1 cm, lugar donde se realizará la incisión de la mucosa oral. Se presiona suavemente la mejilla de afuera hacia adentro y hacia arriba y con una tijera roma se disecciona el músculo bucinador lateralmente y luego cefálicamente en dirección al arco cigomático hasta llegar a un espacio virtual. Con ayuda de una pinza de disección y un separador-decolador se identifica y tracciona la bolsa de bichat momento en el cual se realiza un pequeño corte en la bursa que envuelve esta estructura anatómica lo que permite que el tejido adiposo fluya procediéndose a retirarla parcialmente (imagen 4).

Para finalizar, se coloca una gasa sobre la incisión (no se colocan puntos) y un vendaje elástico compresivo (mentonera).

En el posoperatorio, se recomienda la utilización analgésicos, antibióticos, enjuague bucal sin alcohol y la utilización de un vendaje elástico compresivo (mentonera), que en nuestra experiencia, ha disminuido el número de complicaciones, principalmente el sangrado activo y la formación de hematomas. Se realizó seguimiento de los pacientes a la semana y al mes para evaluar los resultados.^{5,6}

2.3. Definición de términos básicos

Bolsas adiposas de bichat: Tejido de consistencia grasa que se encuentra envuelta en una cápsula de tejido conectivo. Se sitúa en el espacio masticatorio.

Bichectomía: cirugía que consiste en la extracción de la bolsa adiposa de bichat.

Espacio Masticatorio: espacio delimitado por los músculos de la expresión facial, posteriormente por la glándula paróidea, lateralmente por las fibras del músculo masetero y medianamente por el músculo bucinador.

Afinamiento facial: estilización del rostro que busca resaltar los rasgos faciales de los pacientes, como región frontal, arco cigomatico, nariz, línea mandibular y mentón.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La técnica de Bichat alternativa tiene mayores beneficios que la tradicional.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Tiempo operatorio	Duración cirugía	Cuantitativa	Minutos	Nominal	0 - 60	Reporte operatorio
Tiempo posoperatorio	Reposición vida social	Cuantitativa	Días	Nominal	Rápido: 1 -2 días Lento: 3 a 5 días Muy lento: > 5 días	Historia clínica
Volumen de sangrado y anestésico local intraoperatorio	Sangrado y anestesia intraoperatorio	Cuantitativa	Mililitros	Nominal	0 - 20	Reporte operatorio
Complicaciones posoperatorias	Complicaciones posoperatorias	Cualitativa	Sí No	Ordinal	Menor: Sangrado activo Hematoma Infección Mayor: Sección N. facial Sección Conducto Stenon	Reporte operatorio
Dolor	Dolor intraoperatorio	Cualitativo	Escala dolor	Razón	1 -10	Historia clínica

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Diseño: No experimental

Tipos: Retrospectivo, Cohorte, longitudinal.

4.2. Diseño Muestral

Población universo: Todos los pacientes que acuden a una clínica plástica y estética durante los años 2016-2017.

Población de estudio: Todos los pacientes que acudieron a la Clínica San Martín Plástica y Estética con el fin de lograr un afinamiento facial en la durante los años 2016 - 2017.

Tamaño muestral: 50 pacientes operados con la técnica de Bichat alternativa y 50 pacientes con la técnica tradicional.

Muestro: se realizará por conveniencia.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

Todos los pacientes que acudieron a la consulta médica en la Clínica San Martín Plástica y Estética por afinamiento facial, y que se ha determinado como procedimiento quirúrgico la bichectomía.

4.3 Procedimiento de recolección de datos

Se recolectará la información a través de las historias clínicas, en donde se encuentran detalladamente todas las variables a investigar en el presente estudio. Específicamente se tomarán los datos de los reportes operatorios que se realizaron por los cirujanos plásticos responsables de cada cirugía.

Se confeccionó una ficha de recolección de datos con las variables a estudiar en la presente investigación. Se revisarán los reportes operatorios de las historias clínicas de los pacientes que fueron operados de bichectomía en la clínica San Martín Plástica y Estética durante los años 2016-2017.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se tabulará y analizará la información a través del programa Excel 2013. Asimismo, se utilizará en sistema SPSS. Los resultados serán presentados en gráficos por cada variable a ser investigada. Asimismo, se hará un análisis comparando pacientes que se realizaron la técnica de Bichat tradicional versus la alternativa, como alternativa quirúrgica para afinamiento facial.

4.5 Aspectos éticos

Se tramitarán los permisos correspondientes con la Dirección de la Clínica San Martín Plástica y Estética. Se accederán a los sistemas de registro de historia clínicas y se tomarán los datos correspondientes al estudio. No se identifican problemas éticos.

Asimismo, se explicarán a todos los pacientes los procedimientos a realizar y posibles complicaciones que se pudieran dar durante y después de la cirugía. A todo paciente se le hará firmar un consentimiento informado, como parte del protocolo de la clínica, en el cual, se le indica todo lo referente a la cirugía, posoperatorio y posibles complicaciones que pudiera ocurrir en el intraoperatorio y posoperatorio. Si el paciente es menor de edad, bastará con la firma del consentimiento informado por uno de los padres y/o apoderado. Se le explicará que la clínica asumirá cualquier eventualidad y/o complicación que se pudiera dar en el transcurso de la cirugía y el posoperatorio.

Cabe recalcar que no se está sometiendo al paciente a ningún tipo de intervención nueva; lo único que se va a recolectar son datos observados antes, durante y después de la cirugía.

CRONOGRAMA

Pasos	2018							2019		
	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Redacción final del proyecto de investigación	X									
Aprobación del proyecto de investigación		X								
Recolección de datos			X	X						
Procesamiento y análisis de datos					X					
Elaboración del informe						X	X			
Correcciones del trabajo de investigación								X		
Aprobación del trabajo de investigación									X	
Publicación del artículo científico										X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	250.00
Soporte especializado	500.00
Transcripción	500.00
Impresiones	500.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	2550.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ranke H: Ein Sangpolster in der menschlichen Backe. *Virchows Arch Fr Pathol Anat* 1884;43:52
2. NEDER, A. Use of bucal fat pad for grafts. *Oral Surg.* 1983;55:349.
3. Matarasso, A. Buccal fat pad excision: Aesthetic improvement of the mid face. *Ann. Plast. Surg.* 1991;26: 413.
4. Stuzin J, Wagstrom L, Kawamoto H, et al: The Anatomy and clinical Application of the buccal fat pad. *Plastic Reconstr Surg* 1990;85:29-37.
5. Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109(7): 2509-2518.
6. Xiao H, Bayramiçli M, Jackson IT. Volumetric analysis of the buccal fat pad. *Eur J Plast Surg* 1999;22:177-181.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Técnica quirúrgica de Bichat alternativa versus la tradicional en la Clínica San Martín Plástica & Estética 2016-2017	¿Cuáles son los beneficios de la técnica quirúrgica de Bichat alternativa versus la técnica tradicional en la Clínica San Martín Plástica & Estética 2016-2017?	<p>General Determinar los beneficios de la técnica quirúrgica de Bichat alternativa versus la tradicional, en la Clínica San Martín Plástica & Estética 2016–2017.</p> <p>Específicos Identificar las complicaciones posoperatorias más frecuentes entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.</p> <p>Identificar el tiempo operatorio y posoperatorio entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.</p> <p>Diferenciar los efectos secundarios inmediatos entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.</p> <p>Identificar el volumen de anestésico local utilizado y el volumen de sangrado entre la técnica de Bichat alternativa versus la tradicional.</p>	La técnica de Bichat alternativa tiene mayores beneficios que la tradicional.	<p>Diseño: No experimental.</p> <p>Tipos: Retrospectivo, cohorte, longitudinal.</p>	Todos los pacientes que acudieron a la Clínica San Martín Plástica y Estética con el fin de lograr un afinamiento facial en la durante los años 2016 - 2017.	Ficha de recolección de datos.

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____ Edad: _____
Historia clínica: _____
Cirujano responsable: _____ Ayudante: _____
Fecha de Cx: _____ Hora inicio: _____ Hora término: _____

Diagnóstico de ingreso: _____
Cirugía realizada: _____
Diagnóstico de egreso: _____

Procedimiento detallado: _____

Volumen de anestésico local inyectado: cc
Volumen de sangrado: cc

Dolor intraoperatorio: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Complicaciones menores: Sí: Sangrado activo Infección
Hematoma Otro:

No

Complicación Mayor: Sí: Sección conducto de Stenon
Sección del nervio facial

No:

Dolor posoperatorio (control 7 días): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10