

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Pós-graduação em Odontologia

Catarina Lage Taketomi

**BICHECTOMIA PARA FINS ESTÉTICOS E SUAS COMPLICAÇÕES**

Manaus  
2022

Catarina Lage Taketomi

## **BICHECTOMIA PARA FINS ESTÉTICOS E SUAS COMPLICAÇÕES**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Orientadora: Profa. Michelle Vidal de Araújo Almeida



Catarina Lage Taketomi

### **BICHECTOMIA PARA FINS ESTÉTICOS E SUAS COMPLICAÇÕES**

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Aprovada em 31/03/2021 pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Prof. Michelle Vidal de Araújo Almeida

---

Profa. Lucila Reiva Maia de Carvalho

---

Profa. Adriana Fonseca Borges

Manaus, 31 de março de 2022

*“Dedico este trabalho aos meus pais e a minha irmã,  
que me ajudaram ao longo dessa caminhada”*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível. Aos meus pais e familiares que me ajudaram ao longo desse percurso. E não poderia deixar de agradecer aos mestres e amigos de turma por todo o conhecimento dado durante o período da pós-graduação.*

“A humildade é o primeiro degrau para a sabedoria.”  
São Tomás de Aquino  
“A simplicidade é o último grau de sofisticação.”  
Leonardo da Vinci

## RESUMO

A busca pela perfeição estética torna-se cada vez mais evidente nos dias atuais, a excisão do coxim adiposo bucal proporciona um afinamento das bochechas, com contorno facial mais liso e apresentando linhas mais simétricas, transformando um contorno facial quadrado em um côncavo e assim tornando uma face mais delicada e harmônica. Este trabalho tem como objetivo a realização de uma revisão da literatura sobre a Bola de Bichat e a importância do conhecimento anatômico, a fim de evitar possíveis complicações após sua remoção. A bichectomia é considerada por muitos profissionais como uma cirurgia de técnica simples, com poucos riscos de complicações e um pós-operatório previsível e controlável. Porém recomenda-se como qualquer procedimento cirúrgico, todos os cuidados e protocolos de biossegurança sejam adotados e assim evitando intercorrências como hematomas, exudato, edema e trismo. Existem três métodos para a incisão e acesso à Bola de Bichat. No primeiro a incisão será em fundo de vestibulo, a segunda técnica a incisão será na mucosa jugal 1 cm abaixo do ducto da glândula parótida, conhecido como método Matarasso. E por fim a terceira técnica a incisão será em mucosa jugal posteriormente ao ducto da glândula parótida, conhecido como método de Stuzin. Após o procedimento é de extrema importância de antibióticos para não ocorrer a proliferação bacteriana.

Palavras-chave: Bola de Bichat; anatomia; complicações.

## ABSTRACT

The search for aesthetic perfection becomes increasingly evident nowadays, the excision of the buccal fat pad provides a thinning of the cheeks, with a smoother facial contour and presenting more symmetrical lines, transforming a square facial contour into a concave one and thus making a more delicate and harmonious face. This work aims to carry out a review of the literature on the Buccal fat pad and the importance of anatomical knowledge, in order to avoid possible complications after its removal. Bichectomy is considered by many professionals as a simple technique surgery, with few risks of complications and a predictable and controllable postoperative period. However, as with any surgical procedure, it is recommended that all biosafety care and protocols be adopted, thus avoiding complications such as hematomas, exudate, edema and trismus. There are three methods for incising and accessing the Buccal fat pad. In the first, the incision will be in the vestibule fundus, in the second technique, the incision will be in the jugal mucosa 1 cm below the parotid gland duct, known as the Matarasso method. And finally, the third technique will be the incision in the cheek mucosa posterior to the parotid gland duct, known as the Stuzin method. After the procedure, antibiotics are extremely important to prevent bacterial proliferation.

Keywords: Buccal fat pad; anatomy; complications.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>12</b>
2.1 HISTÓRIA.....	12
2.2 DEFINIÇÃO.....	12
2.3 ANATOMIA.....	12
2.4 EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS.....	14
2.5 TÉCNICA CIRÚRGICA.....	15
2.6 PÓS CIRÚRGICO.....	15
2.7 INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO.....	16
2.8 COMPLICAÇÕES.....	17
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>5 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Uma avaliação completa do tecido mole de forma frontal e de perfil do paciente é de extrema importância para que se tenha um conhecimento de forma geral das características estéticas e quais as indicações necessárias para esse paciente, buscando o sucesso nos procedimentos estéticos tanto de bichectomia como de preenchedores. (PIZZURNO ET AL.,2020).

A cirurgia de bichectomia consiste na remoção de uma massa esférica de gordura encapsulada chamada de Bola de Bichat (Corpo adiposo bucal). Apesar de ser batizada pelo anatomista e fisiologista Marie François Xavier Bichat. Foi descoberto primeiramente em 1727 pelo alemão Lorenz Heister, que a denominava por Glândula Molaris, por acreditar em sua estrutura glandular secretória e proximidade com o primeiro molar superior. (BISPO; 2019).

Sua estrutura anatômica é coberta por uma fina cápsula fibrosa que o isola do contato direto com órgãos próximos. Além de separar o músculo masseter do músculo bucinador à frente do ramo da mandíbula, se estende à fossa infratemporal em direção aos músculos pterigóideos, preenchendo um grande espaço. (OLIVEIRA; J.C.C.A; GÓES, 2017). No feto é mais desenvolvido e está intimamente ligado a amamentação, em fase adulta regride seu tamanho e funciona como gordura estrutural e não acumulada, ou seja, não está relacionada com a nutrição do indivíduo. (LIMA; SOUZA, 2016).

A primeira impressão que o indivíduo tem acerca do outro remete frequentemente para o seu aspecto físico, motivo pelo qual a evolução científica e tecnológica na área da estética e cosmética está na atualidade em franca expansão. Assim, apesar da preocupação estética não ser recente, constata-se que esta preocupação é cada vez mais significativa pela necessidade crescente de aceitação social, culminando em uma procura constante por novos métodos e técnicas que contribuam para uma melhor aparência física, aumentando por sua vez a autoestima do indivíduo. (PARI; LECLERE; CL, 2014).

A cirurgia de bichectomia enquadra-se nesta temática e apresenta-se como um recurso terapêutico de interesse crescente nos conceitos de beleza. Que cada vez mais buscam uma face com contornos mais enxutos, com plenitude máxima na região malar, formando a base do triângulo invertido da juventude, melhorando a estética da face, bem como para a harmonia do sorriso. (THOMAS ET AL., 2012).

Segundo Marcos (2017), a remoção do corpo adiposo de forma parcial, sendo removido no mínimo 40%, é capaz de alcançar linhas faciais com mais simetria e suavidade, assim, um contorno facial quadrado pode transformar-se em um contorno facial oval, considerado mais delicado e harmonioso.

Porém como todo procedimento cirúrgico existe contraindicações e complicações que ocorrem devido danos nas estruturas envolvidos na abordagem facial. Que deverão ser avaliados e expostos ao paciente antes da cirurgia. Portanto, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a remoção das bolas de Bichat, a importância do conhecimento anatômico e suas indicações estéticas para um procedimento com menores índices de intercorrências. (Matarasso, 2006).

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 História

Segundo Celória (2019), Heister foi o primeiro a citar como “glândula molaris” o corpo adiposo bucal em 1727, apenas 75 anos depois o anatomista Marie François Xavier Bichat, a descreveu como tecido adiposo a tornando conhecida como Bola de Bichat.

Essa estrutura é coberta por uma fina cápsula fibrosa que o isola do contato direto com os órgãos próximos. Além de separar o músculo masseter do músculo bucinador a frente do ramo da mandíbula, se estende a fossa infratemporal em direção aos músculos pterigóideos, preenchendo um grande espaço subdividindo-se em quatro compartimentos: Porção bucal, pterigoidal, temporal superficial e profunda. (OLIVEIRA; GÓES, 2017).

### 2.2 Definição

A Bola de Bichat nada mais é do que uma massa de gordura biconvexa esférica circundada por uma fina camada de tecido conjuntivo, que por sua vez forma uma limitação capsular, sendo encontrada bilateralmente na região maxilofacial. É uma extensão anterior do corpo adiposo mastigatório que preenche o espaço da musculatura mastigatória. Ele corresponde a um corpo principal e mais três extensões: o bucal, que é o principal, o pterigóide, temporal superficial e temporal profundo. Seu corpo principal é composto por três lobos: O lobo anterior se projeta na frente da borda anterior do músculo masseter; o intermediário se estende entre os músculos masseter e o bucinador; e o lobo posterior continua entre o espaço mastigatório temporal. Por essa razão, o corpo adiposo da bochecha está intimamente relacionado com o sistema mastigatório como um todo, com a glândula parótida, o nervo e artérias faciais. (MONTERO ET AL., 2018; MOURA ET AL., 2018; TRABOULSI- GARET ET AL., 2021).

### 2.3 Anatomia

A porção bucal está localizada sobre a fáscia buco faringiana que delinea a superfície externa do músculo bucinador, enquanto, a porção temporal é prolongada sob o arco zigomático no sentido do plano temporal nele se divide em duas, na qual uma delas é mais profunda, sendo mais fina e passando entre as fibras superficiais e profundas do músculo temporal, a outra tem seu tamanho maior e sua localização mais superficial, se estendendo superiormente entre a fáscia temporal e a superfície do músculo temporal. (TIDERMAN; BOSANQUET; SCOOT, 1986).

O corpo adiposo bucal segundo Kim e colaboradores (2017), aos três meses de vida intrauterina já se faz presente. Em recém-nascidos observa-se sua função fisiológica associada aos músculos da mastigação, principalmente no ato da sucção, onde a Bola de Bichat funciona como amortecedor da pressão negativa e separando as fibras dos músculos em diferentes direções de movimento. Além de proteger estruturas neuromusculares da face e por este motivo o seu tamanho é maior. (TEDESCO, 2019).

Acreditava-se que a Bola de Bichat não apresentava nenhuma função na região da face, porém nos dias de hoje, acredita-se no auxílio na mastigação,

principalmente em bebês e sua influência no volume interno da cavidade oral. Com a idade esse tecido adiposo diminui, porém em alguns casos elas se mantêm, apresentando um volume que incomoda esteticamente o paciente, nessas situações é realizada a remoção cirúrgica, para um terço médio mais fino, com arco zigomático e corpo da mandíbula mais proeminente. (MATARASSO, 1991; MONTERO ET AL., 2018; TRABOLSI- GARET ET AL., 2021).

Histologicamente, a gordura que compõe esse corpo adiposo é a mesma encontrada em outras partes do corpo, embora não seja consumida em casos de emagrecimento. Sendo uma estrutura anatômica, por este motivo não se forma mais após sua retirada. (NUNES; SOBRINHO; VENTURA, 2018).

Segundo Matarasso (1991) descreve a pouca relação entre o tamanho da gordura corporal e o tamanho da Bola de Bichat, mantendo seu tamanho relativamente fixo, demonstrando resistência a lipólise, mesmo com o envelhecimento e a perda característica de gordura.

No indivíduo adulto o volume do corpo adiposo bucal é relativamente consistente, persistindo mesmo em casos de perda de peso e gordura subcutânea. Seu volume total é de aproximadamente 9,6 ml, dividida em lobos revestidos por membranas independentes, com ligamentos de fixação e vasos nutridores. (LIMA; SOUZA, 2016).

O lobo anterior tem formato triangular e localiza-se abaixo do zigomático, com sua terminação anteriormente ao músculo bucinador, possuindo ramos do nervo facial. O lobo intermediário apresenta-se horizontalmente entre a lateral da maxila e os lobos anterior e posterior com diminuição do volume em adultos. O lobo posterior é o mais extenso e está localizado no espaço mastigatório, com limite entre a fissura infraorbitária e o espaço entre o músculo temporal no rebordo superior do corpo mandibular. Este lobo possui as seguintes extensões: processo bucal (abaixo do ducto da parótida), processo pterigopalatino (na fossa pterigopalatina), processo pterigóide (no interior do espaço pterigóideo) e o processo temporal, dividido em superficial e profundo. (ZHANG H-M; YAN Y- P; QI K- M; WANG J-Q; LIU Z-F, 2002)

A porção mais interior do lobo posterior se denomina lobo bucal e está localizada abaixo do ducto parotídeo, é a porção ressecada durante a cirurgia, pois, seu tamanho pode influenciar no contorno facial. Encontra-se ancorado as estruturas adjacentes da fissura infraorbital medial, bucinador e ligamentos zigomáticos posteriores. (GIRO; DUARTE; FERES, 2019).

A nutrição vascular do corpo adiposo da bochecha é realizada, principalmente por três vasos sanguíneos: Artéria temporal profunda anterior, artéria bucal, enquanto a drenagem venosa é feita por tributárias das veias temporal profunda, alveolar, bucal, plexo venoso pterigóideo e veia oftálmica. (CELÓRIA, 2019).

A artéria alveolar superior e posterior começa no terceiro segmento da artéria maxilar interna e divide um ramo superior do lobo intermediário, esse ramo vai atrás do ligamento zigomático posterior e entra no lobo. Sua extremidade distal conecta o ramo inferior do lóbulo intermediário

da artéria bucal. A artéria alveolar superior posterior desce por trás do final do ligamento zigomático posterior. (Zhang H-M et al, 2002).

A abordagem intraoral deve ser mais posterior a Bola de Bichat, visando proteger os ramos do nervo facial, zigomático e bucal que estão profundos ao sistema de músculos apneuróticos superficial da face e pescoço, sua fáscia parotídea e superficiais anteriores. (GIRO; DUARTE; FERES,2019).

Os ramos bucais e zigomáticos do nervo facial cruzam a porção anterior e lateral do corpo adiposo, juntamente do ducto parotídeo que segundo Madeira (2012) é o resultado da fusão terminal dos coletores intrínsecos da glândula parótida, transporta a saliva para a cavidade da boca, esta tem aspecto de canal ligeiramente achatado com paredes espessas. Sua coloração é esbranquiçada e seu comprimento varia de 4 a 6 cm com calibre médio de 3 mm. O ducto atravessa a Bola Bichat antes de penetrar no músculo bucinador e entrar na cavidade oral adjacente ao segundo molar superior. (GIRO; DUARTE; FERES, 2019).

A bichectomia é considerada por muitos profissionais como uma cirurgia de técnica simples, com poucos riscos de complicações e um pós-operatório previsível e controlável. Porém recomenda-se como qualquer procedimento cirúrgico, todos os cuidados e protocolos de biossegurança sejam adotados. (CELÓRIA, 2019).

Segundo Matarasso (2006), é de extrema importância que na fase de avaliação o profissional avalie possíveis assimetrias faciais, traçando uma linha imaginária, desde raiz do cabelo, descendo em linha reta pelo centro da glabella, até aos lábios e queixo, completando com a análise dos terços horizontais, as proporções da face e os tipos do rosto.

#### 2.4 Exames pré-operatórios

Para uma avaliação com mais detalhes, exames complementares devem ser passados para o paciente visando a diminuição das intercorrências pós-operatórias. (QUEIROZ ET AL., 2012). Os exames indicados são ultrassonografia, hemograma, coagulograma e glicemia em jejum. (TEDESCO, 2019).

A ultrassonografia calcula o volume da Bola de Bichat e assim identifica assimetrias faciais, além de verificar o envolvimento de algum vaso sanguíneo na área cirúrgica através do Doppler. (FILIPE JAEGER, 2016). O Hemograma identifica anemia, leucemia e infecções através da contagem de glóbulos brancos e vermelhos, além da determinação globular, contagem de plaquetas e leucócitos e dosagem de hemoglobina. Já o coagulograma é indicado para verificar qualquer alteração sanguínea que possa causar alguma hemorragia e por fim a glicemia em jejum que determina a dosagem de glicose no sangue e assim identificando uma suspeita de diabetes. (TEDESCO,2019).

## 2.5 Técnica cirúrgica

Recomenda-se assepsia intrabucal com bochechos de digluconato de clorexidina 0,12% durante um minuto, seguido pela técnica anestésica infiltrativa bilateral nos nervos alveolar superior posterior e nervo bucal, seguido de infiltrações locais para otimizar a vasoconstrição local, utilizando uma solução contendo lidocaína a 2 % e epinefrina 1: 100.000 aproximadamente entre o primeiro e o segundo molar superior na altura da saída do ducto de Stenon. (LUVIZUTO; QUEIROZ, 2019).

A primeira estrutura anatômica importante a ser preservada durante a cirurgia de bichectomia é o ducto de Stenon, a saída da glândula parótida para o vestíbulo bucal. Ele servirá de referência para a incisão que deve ocorrer posteriormente em direção ao fundo de boca. (GIRO; DUARTE; FERES, 2019).

Existem três métodos descritos por Fagan (2012) para a incisão e acesso à Bola de Bichat. No primeiro a incisão será em fundo de vestíbulo, na segunda técnica a incisão será em mucosa jugal 1 cm abaixo do ducto da glândula parótida, conhecido como método Matarasso. E na terceira técnica a incisão será em mucosa jugal posteriormente ao ducto da glândula parótida, conhecido como método de Stuzin.

Posteriormente a incisão, as fibras musculares devem ser divulsionadas com o auxílio de uma pinça hemostática de ponta romba até que se encontre uma fina camada esbranquiçada, a fáscia do músculo bucinador pode ser rompida. Abaixo desta, a cápsula que envolve a Bola de Bichat, uma fina película formada de tecido conjuntivo, deve ser pinçada e tracionada até seu rompimento, expondo sua porção bucal. (LUVIZUTO; QUEIROZ, 2019).

Os volumes de gordurosos removidos bilateralmente devem ser medidos em seringas de 5 ml ou pesados em uma balança de precisão para certificação de que foram removidos de forma equivalentes, a fim de evitar assimetria facial. (GIRO; DUARTE; FERES, 2019). Para a sutura é recomendado um fio fino, pois proporciona mais conforto ao paciente e uma média de três a quatro pontos em suturas simples, que devem ser preservadas por no mínimo 15 dias, garantindo que a força do bucinador no momento da mastigação e da fala não rompa o novo tecido cicatricial que está formando. (TEDESCO, 2019).

## 2.6 Pós-cirúrgico

Com a finalidade de controle de edema e possíveis acúmulos de sangue no espaço deixado após a incisão da Bola de Bichat é indicado a bandagem do paciente. (TCHEMRA; CRISTO; MENDES; REZENDE, 2021). Para a correta escolha da aplicação da fita compressiva, deve-se solicitar que o paciente faça a contração “do beijo”, fixando-a utilizando como referência o côndilo e levando até a linha média do mento, repetindo o mesmo processo no outro lado da face e assim se tem a finalização da colagem da primeira fita, cuja função é a drenagem dos linfonodos parotídeos e faciais a partir da descompressão tecidual. (TEDESCO, 2019).

Segundo o mesmo autor, uma segunda faixa é aplicada de forma única cobrindo a região do filtro labial em direção aos côndilos, para permitir a drenagem e o esvaziamento principalmente dos linfonodos faciais e finalizando com uma terceira que cobre a região submental, sendo fixada na região que recobre os côndilos para auxiliar na circulação dos linfonodos submandibulares,

parotídeos e submentuais. A remoção desta contenção deve ser realizada em consultório após 72 horas.

Após o procedimento é de extrema importância de antibióticos para não ocorrer a proliferação bacteriana. (SILVA ET AL.,2019). Nas primeiras 72 horas é de extrema importância a realização de compressas geladas locais, repouso, ingestão de comidas líquidas e pastosas geladas, além de manter uma higienização oral adequada. (TCHEMRA ET AL.,2021).

## 2.7 Indicação e contraindicação

Neves (2019) apontou que a bichectomia vem sendo indicada em pessoas que tem hábitos orais como morder a bochecha voluntária ou involuntariamente, para fechamento de fistula bucosinusal e para fins estéticos. Nos homens, os efeitos observados são o delineamento mandibular caracterizando um rosto mais masculinizado, já em mulheres o efeito blush tende a tornar o rosto mais sensual. (NUNES; SOBRINHO; VENTURA, 2018). Segundo os mesmos autores, a indicação deste procedimento é recomendada para pacientes com idade entre 20 e 45 anos, seja por motivo funcional ou estético.

Podem ser submetidos a bichectomia pacientes maiores de dezoito anos, aptos fisicamente e conscientes dos reais objetivos e resultados a serem alcançados com a técnica, além de estarem previamente orientados quanto aos cuidados pós-operatórios necessários. (Stevão ELL, 2015).

Questionamentos sobre a relação dos padrões faciais surgem. Será que existe uma diferença de resultados entre pacientes braquifaciais, dolicofaciais e mesofaciais? A literatura responde essa pergunta afirmando que as indicações habituais são rostos redondos. (THOMAS ET AL, 2012; NICOLICH; MONTENEGRO, 1997; BERNARDINO JUNIOR ET AL., 2008; Stevão, 2015; Matarasso, 2006).

Os braquicefálicos, que apresentam crescimento facial horizontal, ângulo mandibular bem marcado, terão como resultado esperado da bichectomia uma face mais magra, evidenciando o perfil quadrado e marcando a área côncava da bochecha. Já nos dolicocefálicos, que apresentam crescimento facial vertical, a gordura se localiza mais acima anatomicamente, gerando como resultado apenas a redução do volume da face, sem marcação, sendo considerado, muitas vezes, um resultado aquém das expectativas. Para esses tipos de face, a busca pela marcação do côncavo deve se dar sempre que possível, associando volumização das regiões de malar e definição do contorno mandibular. (TEDESCO ET AL.; 2019).

A região localizada no terço médio da face equivale a parte que compõe em segmento bastante importante em relação a beleza e uma característica de uma face harmônica. (Magri; Maio, 2016). Os músculos da mímica facial são mais curvilíneos em pessoas mais jovens, pois em sua porção mais superficial existe uma convexidade, que o torna mais projetado, refletindo assim uma curva na bolsa de gordura subjacente a face mais interna do músculo. No indivíduo mais velho, o seu contorno torna-se mais retilíneo a gordura superficial,



expandindo em volume, apresentando maior evidência pois a gordura subjacente está sendo expulsa por detrás do músculo. (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

Segundo Faria (2018) a bichectomia contribui para a harmonia facial pois, além de ser um procedimento de baixo risco cirúrgico, tem bons resultados estéticos e funcionais, oferecendo maior harmonia entre os três terços da face. A remoção de parte da Bola de Bichat vem se difundindo, buscando um rosto bem delineado conforme salientado no estudo de Matarasso (2006).

Segundo Stevão ELL (2015), a remoção cirúrgica da Bola de Bichat tem duas indicações, sendo elas estéticas e funcionais. Em casos estéticos é indicado quando o paciente apresenta o terço médio da face mais evidenciado que o osso zigomático, aparentando ter o rosto mais arredondados e para casos funcionais é realizada quando apresenta um volume da Bola de Bichat aumentado e por este motivo causa constante mordiscamento da mucosa jugal, causando lesões pelo trauma.

A excisão do coxim adiposo bucal proporciona um afinamento das bochechas, com contorno facial mais liso e apresentando linhas mais simétricas, transformando um contorno facial quadrado em um côncavo e assim tornando uma face mais delicada e harmônica. (KLUPPEL ET AL., 2018; HERNANDEZ ET AL, 2021).

Como em todo procedimento existem contraindicações. Segundo Stevão (2015), são pacientes que fazem radioterapia e/ou quimioterapia, pacientes cardiopatas severas, com infecções locais, imunossupressão, coagulopatia e nefropatia. Para Dubin B et al (2001), também é contraindicado para portadores de atrofia hemifacial, onde a atrofia do coxim adiposo bucal é um componente bem conhecido.

O procedimento deve ser contraindicado nos indivíduos com face alongada e fina, e nos indivíduos diagnosticados com quadro clínico de obesidade. (KHIABANI K ET AL, 2014).

## 2.8 Complicações

Segundo Tedesco et al (2019), deve ser realizada uma avaliação rigorosa em pacientes portadores de flacidez para que não se diminua o volume em uma face deficiente de sustentação e colágeno e assim causando uma aparência envelhecida, porém, caso esse procedimento seja indicado, deve-se realizar lifting facial através de preenchimentos e fios de sustentação.

De acordo com (OLIVEIRA; GÓES, 2017) devida a íntima relação do ducto parotídeo, o mesmo pode ser facilmente lesionado ou seccionado causando edema por acúmulo de exudato salivar, necessitando de dreno. Na intervenção por acesso intraoral hematomas podem estar relacionados a traumas nos ramos da artéria ou veia facial. Abaixo do ducto parotídeo, existem vários pequenos ramos do nervo facial e o grande ramo do nervo bucal, que caso lesionados causam parestesias que segundo a classificação de Seddon divide as lesões nervosas em função da sua severidade, em três categorias: Neuropraxia, Axotmese e Neurotmese.

Segundo Prado (2004) Neurapraxia é definida como uma interrupção temporal da transmissão nervosa, geralmente por compressão ligeira e não duradoura. Ou seja, pode existir um certo grau de desmielinização e a

recuperação se finaliza em duas semanas. Porém, na Axotmese é considerada como uma destruição da continuidade do axônio, geralmente por compressão ou estiramentos intensos, mas mantendo o tecido conectivo de suporte. Este tipo de lesão nervosa pode resultar em paralisias das funções motoras, sensoriais e autônomas. A recuperação ocorre através da regeneração dos axônios, sendo um processo relativamente lento. Já Neurotmese é definida como a perda da continuidade entre os dois extremos do nervo, este tipo de lesão nervosa implica uma divisão física do tronco neural ou uma destruição completa do conteúdo intraneural e geralmente ocorre devido a um trauma grave, ou seja, a perda completa e irreversível das funções motoras, sensorial e autônomas.

Porto ET AL. (2020) indicaram que o nervo facial (VII par craniano) é muito importante, visto que suas fibras motoras inervam os músculos da face responsáveis pela mímica facial. E, o cirurgião dentista ao realizar o procedimento de bichectomia, deve-se precaver para não causar injurias aos ramos terminais do nervo (zigomático e bucal), pois se lesionados, pode causar uma paralisia temporária ou permanente.

Existe uma variação anatômica descrita por Porto ET AL. (2020), em que os ramos terminais do nervo facial possuem padrões diferentes entre os indivíduos, porém, esses ramos terminais sempre estão próximos e lateralmente posicionados ao corpo adiposo da bochecha. Dessa forma, foram encontrados três padrões e ramos diferentes passando próximos à estrutura anatômica em questão. Essa complexidade anatômica do sistema nervoso pode causar alto risco de os pacientes desenvolverem paralisia temporária ou permanente desses ramos nervosos como sequelas pós-cirúrgicas.

Assim, para realizar corretamente a retirada do corpo adiposo da bochecha é necessário entender como ocorre a sua interação com as demais estruturas faciais. Os estudos demonstram uma grande variabilidade anatômica entre a distribuição dos ramos do nervo facial, o posicionamento do ducto da glândula parótida e a localização de ramos da artéria facial em relação à inserção do corpo adiposo da bochecha. Essas variações reiteram a importância em conhecer e entender as relações que existem entre a Bola de Bichat e as demais estruturas próximas a ela, já que nos casos em que for feita sua excisão cirúrgica, essas estruturas devem ser separadas ilesas do corpo adiposo. Nesse sentido, a dissecação às cegas do corpo adiposo da bochecha pode acarretar em lesões no ramo bucal do nervo facial e da artéria facial, e também lesionar o ducto da glândula parótida, formando hematomas, abscessos, trismo e paralisia facial. (BENJAMIN & REISH, 2018; HWANG ET AL., 2005).

Logo após, Rohrich et al., (2021) obtiveram resultados que demonstraram que a retirada do corpo adiposo bucal da bochecha se limitada a sua extensão bucal, existirá risco mínimo para o envelhecimento prematuro da face. Por esta razão, é de fundamental importância que o cirurgião dentista seja cuidadoso, evitando a ressecção excessiva, que acarretaria em uma distorção do terço médio facial e conseqüentemente envelhecimento facial precoce.

Segundo Hernández et al. (2021) abscesso após cirurgia de remoção de corpo adiposo da bochecha é uma complicação ocasionada devido a secção acidental do ducto parotídeo, que está localizado internamente ao corpo adiposo, assim, deixando claro o desenvolvimento de lesões que necessitarão ser tratadas, mas com possibilidade de deixar sequelas permanentes.

A necrose tecidual e hematoma pós-cirúrgico são ocasionados por acesso cirúrgico inadequado e possível lesão na artéria facial, portanto é necessário

conhecer as estruturas relacionadas com o corpo adiposo da bochecha para evitar o desenvolvimento de lesões e complicações após cirurgia de remoção dessa estrutura anatômica. (KLIPPEL ET AL., 2018)

As lesões nos ramos da artéria facial ocasionam a presença de hematomas pós-operatórios. Esses tipos de lesão arterial, em geral, não acarretam em problemas graves. Entretanto, Engdahl et al., (2012) acompanharam um caso de sangramento grave e persistente em profundidade dentro do espaço bucal, com risco de choque hemorrágico. Um trauma vascular massivo como esse geralmente não ocorre em um procedimento de excisão do corpo adiposo da bochecha, mas nesse caso específico, foi feita uma dissecação profunda da Bola de Bichat, que casou lesões nos ramos da artéria maxilar interna, trazendo riscos sérios à vida do paciente. (KLUPPELI ET AL., 2018).

A maioria dos hematomas regride espontaneamente dentro de 15 dias. Na maior parte das vezes, quando se faz exploração cirúrgica, não se encontra um hematoma que possa ser drenado e sim um edema e equimoses nos planos musculares e subcutâneo. (CEPEDA,2019)

O edema facial e o trismo cirúrgicos, de acordo com o estudo de BORGES ET AL. (2016) são manifestações inflamatórias reparadoras iniciais. A lesão dos vasos sanguíneos e linfáticos da área operada também integram o traumatismo. A edemaciação é consequência da retenção do líquido linfático, destruição celular, acúmulo de líquido extracelular e da diapedese de elementos sanguíneos através das paredes dos vasos.

A presença de trismo, hemorragias e assimetria facial ocorreram por atividade física excessiva após o procedimento, bem como a falta de comprometimento com as recomendações médicas. (ROMAN TORRES ET AL., 2020)

O trismo é a incapacidade de abrir a boca, a abertura normalmente varia de 40 a 60mm. Uma abertura menor de 36 mm pode ser descrita como limite ou trismo, já o trismo severo a reduz para menos 10mm. A presença de infecção, é a causa mais frequente de trismo. As razões fisiológicas e biomecânicas não são sabidas com certeza, mas a infecção, de alguma forma, inibe o movimento muscular, o leva ao espasmo e impossibilita uma abertura adicional. Assim, limita-se a propagação da infecção através da inibição do movimento muscular. (BORGES,2016)

O corpo adiposo da bochecha tem alta proximidade com o ducto parotídeo e os ramos bucais do nervo facial, identificar precisamente a localização do corpo adiposo antes da incisão da cápsula ajuda a evitar complicações indesejadas. Entender a anatomia, as medidas e os pontos de referência das estruturas anatômicas associadas ao corpo adiposo da bochecha ajudam os cirurgiões a identificar a extensão do corpo adiposo. (SUREK ET AL., 2021)

A glândula parótida se relaciona de três maneiras com o corpo adiposo da bochecha e é extremamente importante entender essa relação para que não a danifique durante o procedimento cirúrgico. O ducto parotídeo pode estar em contato com a bola de Bichat superficialmente, em posição superior ou até mesmo imerso dentro do corpo adiposo, sendo esta última disposição anatômica a de maior risco de dano. (HWANG ET AL., 2005).

Em casos de sialocele por lesão do ducto parotídeo, a drenagem cirúrgica abrindo-se a incisão cirúrgica na mucosa bucal está indicada, ou fixação de jelco 14 na mucosa bucal no local da sialocele. A atropina via oral e amitriptilina, 25 mg via oral, 1 vez ao dia, ajudam a diminuir a secreção de saliva. Outra opção para diminuir a secreção salivar é a aplicação de toxina botulínica na glândula parótida do lado da lesão. A compressão também é importante, podendo ser usadas faixas ou malhas compressivas ou kinesio tape. Em relação à dieta, indica-se dieta com pouco sal e pouco ácida. Em casos que não há melhora com essas medidas ou sialoceles recidivantes, indica-se a radioterapia para destruição parcial da glândula parotídea. (CEPEDA;2019)

Os estudos deixam claro que procedimentos cirúrgicos realizados sem o devido conhecimento anatômico são suscetíveis a erros e assim, ao surgimento de complicações pós-operatórias graves para a saúde do paciente. A retirada cirúrgica do corpo adiposo da bochecha, apesar de ser considerado um procedimento simples, pode acarretar no desenvolvimento de complicações, pois essa estrutura está em contato íntimo com outras importantes estruturas faciais. (ROMAN-TORRES ET AL., 2020).

### **3 DISCUSSÃO**

Essa técnica cirúrgica deverá ser aplicada somente em pacientes normosistêmicos. As contraindicações devem ser apreciadas nos aspectos sistêmicos e locais do paciente, incluindo estados patológicos que alteram o equilíbrio homeostático, tal como diabetes descompensada, hematopatias, cardiopatias, entre outros. (MATARASSO,2006)

Surek et al., (2021) examinaram detalhadamente a anatomia do corpo adiposo da bochecha para encontrar abordagens cirúrgicas seguras que evitem complicações posteriores. Entendendo que anatomicamente o corpo adiposo da bochecha tem alta proximidade com o ducto parotídeo e os ramos bucais do nervo facial, identificar precisamente a localização do corpo adiposo antes da incisão da cápsula ajuda a evitar complicações indesejadas.

Segundo o mesmo autor, quando a cápsula que reveste a bola de Bichat é incisada, as estruturas relacionadas a essas estruturas retraem para a cápsula, fornecendo uma zona segura para a excisão cirúrgica. Dessa forma, se a anatomia local for entendida e as estruturas pertinentes forem evitadas, levando em consideração a existência de variações anatômicas específicas de cada paciente, é possível realizar uma técnica cirúrgica de forma simples e segura, evitando a ocorrência de hematomas, infecções, trismo e injúrias em nervos e ductos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos tempos atuais, o padrão de beleza da face está relacionado a rostos mais delineados, com formação de um triângulo invertido com base no terço médio da face e vértice voltado para baixo, sendo um sinônimo de juventude.

A bichectomia é um procedimento cirúrgico relativamente simples. Podendo ser realizado em consultório ou ambiente hospitalar, apenas com anestesia local. Pode ser considerada uma técnica relativamente simples, segura e que contribui para a melhoria do padrão estético, com poucos riscos e mínimas contraindicações.

Porém, como qualquer procedimento cirúrgico, complicações podem ocorrer, sendo as mais comuns no pós-operatório imediato, hematomas, hemorragias, exudato e edema. As infecções ocorrem com menor frequência e normalmente durante a primeira semana dos pós cirúrgicos, podendo ser tratadas com antibiótico terapia.

## 5 REFERÊNCIAS

1. BENJAMIN, M., & REISH, R. G. (2018). **Buccal Fat Pad Excision: Proceed with Caution**. PRS Global Open, 1 (1), 1-4.
2. BERNARDINO JÚNIOR R; GILMAR DA CUNHA SOUSA; FREDERICO BALBINO LIZARDO; DANIELLE BATISTA BONTEMPO; PAULA PRADO E GUIMARÃES; JOSÉ HUMBERTO MACEDO. **Corpo adiposo da bochecha: Um caso de variação anatômica**. Biosci.J. 24(4): 108-113.2008.
3. BISPO LB. **A toxina botulínica como alternativa do arsenal terapêutico na odontologia**. Ver odontol Univ São Paulo. 2019; 31 (1): 74-87.
4. BORGES, D. de P.R; ALMEIDA, A. dos S.; CAVALCANTE, I. R.G.; SANTOS, C. M.; PEREIRA JUNIOR, F.B.; CAMPOS, A.L.S. **Bichectomia, Relato de dois casos clínicos**. Anais 15° JOBA – Fórum clínico Profissional. P. 42, 2016.
5. CELÓRIA, ANTONIO. **Harmonização funcional orofacial: arte, ciência e prática**. - Nova Odessa, SP: Napoleão, 2019.
6. CEPEDA, L. R. S.; VECCHIA Junior, C. P. D.; OVALLE, D. H. M.; GARCIA, C. P.; DUARTE, F. O.; ELY, J. B. **Hematoma pós-operatório de bichectomia: Relato de caso, revisão da literatura**. Rev. Bras. Cir. Plást., v. 34, n. 1, p. 93-5, 2019.
7. COIMBRA, DANIEL DAL'ASTA; DE OLIVEIRA; BETINA STEFANELLO; URINE, NATALIA CABALLERO. **“Quadralização facial” no processo do envelhecimento**. Surgical & cosmetic dermatology, v.6,n.1,p.65-71,2014.
8. DUBIN B, JACKSON I, HALIM A, TRPLETT WW. FERREIRA M. **Anatomia do coxim adiposo e seu significado clínico**. PlastReconstrSurg. 2001; 83:257-64. [PubMed] [ Google acadêmico].
9. ELOÁ LUVIZUTO, THALLITA QUEIROZ. **Arquitetura facial**. Nova Odessa, SP: Napoleão,2019
10. Engdahl, R., Nassiri, N., Mina, B., Drury, J., & Rosen, R. (2012). **Superselective Microcatheter Embolization of Hemorrhage after Buccal Lipectomy**. Aesth Plast Surg, 36 (1), 742-745.
11. FARIA, CA ET AL. **Bichectomy and its contribution to facial Harmony**. Ver. bras. cir. Plást; 33 (4): 446-452, out. - Dez. 2018.
12. FILIPE JAEGER, CARLOS HENRIQUE BETTONI CRUZ DE CASTRO, GABRIELLA MARQUES PINHEIRO, ANA CRISTINA RODRIGUES ANTUNES DE SOUZA, GUI MENEZES, LEANDRO NAPIER DE SOUZA. **A novel preoperative ultrasonography protocol for prediction of bichectomy procedure**. Arquivo Brasileiro de Odontologia 2016, V 12 N.2.

13. GABRIELA GIRO, DANIELO DUARTE, MURILO FERES. **Harmonização orofacial: a outra face da odontologia.** Nova Odessa, SP; Napoleão, 2019.
14. Hwang, K., Cho, H. J., Battuvshin, D., Chung, I. H., & Hwang, S. H. (2005). **Interrelated Buccal Fat Pad With Facial Buccal Branches and Parotid Duct.** *The Journal Of Craniofacial Surgery*, 16 (4), 658-660.
15. HERNÁNDEZ, O; ATAMIRADO J; SOTO R.; RIVERA A. **Anatomical Relationships of the Adipose Buccal Fat Pad Associated with Bichectomy complications.** About a Case. *Int. J. Morphol.* Vol. 39 no.1 Temuco FEB. 2021. doi. org/ 10.4067/S0717-95022021000100123.
16. KHIABANI K, KEYHAN SO, VAREDI P, HEMMANT S, RAZMDIDEH R, HOSEINI E. **Buccal fat pad lifting: na alternative open technique for malar augmentation.** *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72 (2): 1-15.
17. KIM, J.T.; Sasidaram, R. (2017). **Buccal fat pad na effective option for facial reconstruction na aesthetic entation.** *Aesth plast surg*, 6 (1), 1362 – 1374.
18. KLUPPEL L.; MARCOS RB; SHIMIZU IA; SILVA MAD, SILVA RD. **Complications associated with the bichectomy surgery.** *RGO, Ver Gaúch Odontol.* 2018; 66 (3): 278-284. doi.org/ 10.1590/1982-8637201800030000143488.
19. LIMA; Matos, A. Souza, R. **Bichectomia: Relato de Série de Casos,** Aracaju,SE, 2016.
20. MARCOS RB. **Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações clínicas e complicações.** Dissertação de Mestrado em Implantodontia. Faculdade ILAPEO. Curitiba. 2017. 58p.
21. MADEIRA, M. C. (2001). **Anatomia da face: Bases anátomo-funcionais para a prática osontológica** (3 ed. São Paulo: Sarvier.
22. MAGRI, I.O.; MAIO, M. **Remodelamento do terço médio fa face com preenchedores.** *Ver. Bras. Cir. Plást.*; 31(4): 573-577, 2016.
23. MATARASSO, A. **Buccal fat fad excision: aesthetic improvement of the midface.** *Ann Plast Surg.*, v. 26, n. 5, p. 413-38, 1991. doi: 10.1097/00000637-199105000-00001
24. MATARASSO, A. (2006). **Managing the bucal fat pad.** *Aesthetic Surgery Journal*, 26 (3), pp.330-336.
25. MONTERO, J.F.D., SOUZA. H.C.M., MARTINS, M.S., OLIVEIRA, M.N., BENFATTI, C.A.M., & MAGINI, R.S. (2018). **Versatility and importance of Bichat's Fat Pad in Dentistry: Case Reports of Its Use in Occlusal Trauma.** *J Contemp Dent Pract*, 19 (7), 888-894.
26. MOREIRA JUNIOR R, PERALTA FS, MOREIRA R, GONTICHO, Máximo PM, Schema AP. **Bichectomia: aspectos relevantes e relato de caso.** *ClipeOdonto* 2018;9(1):37-43.
27. MOURA, L.B., SPIN, J.R., SPIN- NETO, R., & PEREIRA- FILHO, V. A. (2018). **Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: na established technique?** *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 23 (4), 1-7.

28. NEVES A, PEDROSA SS. **Bichectomia: indicação e contra-indicação.** Med Oral Patol Cir Bucal, v. 47, n. 12, 2019
29. NEVES NA. **Bichectomia: indicações e contra-indicações.** Monografia de Conclusão de curso em Odontologia. Universidade de Taubaté. Taubaté. 2019.30f.
30. NICOLICH, F.; MONTENEGRO, C. **Extraccion de La bola de Bichat: uma operación simple com sorprendentes resultados.** Folia Dermatol Peru, v.8, n.1, p.1-5, 1997.
31. NUNES EL; SOBRINHO JM; VENTURA MLS. **Bichectomia estético-funcional. Atualidade em Harmonização Orofacial.** Org. BARROS TP; FERRÃO JR JP. Sociedade Brasileira de Toxina Botulínica. Livraria e Editora Tota. Ribeirão Preto. 2018. 248 p.
32. OLIVEIRA, J.C.C.A; GÓES, R.S. **Cirurgia de Bichectomia com finalidades estéticas funcional: revisão de literatura e relato de dois casos.** Universidade de Tiradentes. Aracaju, 2017.
33. PARI, G.D.Q, LECLERE; C.L. (2014). **Cirurgia estética de mejillas.** Revista
34. PIZZURNO; CONTI; ALMEIDA, OLTRAMARI; POLETTI; PEDRIN. **A influência da Bichectomia na Agradabilidade facial.** Unopar, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Odontologia. PR, Brasil.
35. Porto L. B., Nazer M. B., & Piazza J. L. (2020). **Relação Anatômica da Bola de Bichat com Ramos Terminais do Nervo Facial.** Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxilo-Fac., 20 (4), 12-15.
36. PRADO; Maria Becker, M. **Estudo Sobre a Parestesia do Nervo Alveolar Inferior Pós Cirurgia de Terceiros Molares Inferiores,** SÃO PAULO, SP, 1004.
37. QUEIROZ, Thallita Pereira et al. **Prevalência de alterações sistêmicas em pacientes atendidos na disciplina de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do curso de odontologia da UNIARA.** Revista de Odontologia da UNESP, p. 154-159, 2012.
38. Roman-Torres, C., Domingues, N. R. A. P., Pimentel, A. C., Marão, H. F., & Sendyk, W. R. (2020). **Post-Operative Evaluation of the Intra-Oral Buccal Fat Pad Removal Technique: A Prospective Study.** The Open Dentistry Journal, 14 (1), 324-328.
39. Rohrich, R. J., Stuzin, J. M., Satesky, I. L., Avashia, Y. J., Agrawal, N. A., & Prada, M. (2021). **The Role of the Buccal Fat Pad in Facial Aesthetic Surgery.** Plastic and Reconstructive Surgery, 148 (2), 334-338.
40. SILVA. R.D., LEITE, L.D.F., CAVALCANTE, W.C., & CERQUEIRA, A. (2019). **Bichectomy a facial aesthetic procedure: propective observational study.** J Braz Coll Oral Maxillofac Surg, 5 (3), 17-23.
41. STEVÃO ELL. **Bichectomy ou Bichatectomy – A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results.** Adv Dent & Oral Heath 2015; 1(1): 001-04



42. Surek, C. C., Kochuba, A. L., Said, S. A., Cho, K. H., Swanson, M., Duraes, E., McBride, J., Drake, R. L., & Zins, J. E. (2021). **External Approach to Buccal Fat Excision in Facelift: Anatomy and Technique.** *Aesthetic Surgery Journal*, 4 (5), 527-534.
43. TICHEMRA; CRISTO; MENDES; REZENDE. **Bichectomia: relato de caso. 2021.**
44. TEDESCO, ANDREA. **Harmonização facial: a nova face da odontologia.** NOVA Odessa, SP: Napoleão, 2019.
45. TIDEMAN, H.; BOSANQUET, A.; SCOTT, J. **Use of the buccal fat pad as a pedicled graft.** *J. Oral Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v. 44, no. 6, p. 435-440, June 1986.
46. Thomas, M.K;D'Silva,J.A.; BOROLO, A.J. **Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face.** *Indian J. Plast.Surg.*, Mumbai, v.45, no.1, p.122-127, jan.2012.
47. TRABOULSI-GARET, B., CAMPS-FONT, O., TRABOULSI- GARET, M., & GAY- ESCODA, C. (2021). **Bucal fat pad excision for cheek refinement: A systematic review.** *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.*, 26(4), 474-481.
48. ZHANG H-M; YAN Y- P; QI K- M; WANG J-Q; LIU Z-F. **Anatomical structure of the bucal fat pad and its clinical adaptations.** *Plast Reconstr Surg.* 2002. 109: 2509-2518.