

FACSETE

FERNANDA ROSA CARDOZO

BICHECTOMIA: MELHORA DA ESTÉTICA FACIAL

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2022

FERNANDA ROSA CARDOZO

BICHECTOMIA: MELHORA DA ESTÉTICA FACIAL

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

Área de Concentração: Gustavo Lopes Toledo

Orientador: Gustavo Lopes Toledo

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2022

Cardoso, Fernanda Rosa
Bichectomia: Melhora da estética facial / Fernanda Rosa
Cardoso, 2022
33 f.; il

Orientador: Gustavo Lopes Toledo
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de
Sete Lagoas, 2022

1. Coxim adiposo bucal; 2. bichectomia; 3. escultura facial

I. Título

II. Gustavo Lopes Toledo

FACSETE

Monografia intitulada “**Bichectomia: melhora da estética facial**” de autoria da
aluna Fernanda Rosa Cardoso.

Aprovada em 26/08/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:

Gustavo Lopes Toledo
FACSETE - Orientador

Marco Antônio Braite
FACSETE

Gabriel Mulinari dos Santos
FACSETE

João Lopes Toledo Neto
FACSETE

São José do Rio Preto, 26 de agosto de 2022.

RESUMO

As bolas de Bichat são bolsas de gordura que ficam localizadas nas bochechas, e ao removê-las através de uma pequena cirurgia chamada Bichectomia, o rosto fica refinado e estilizado. As bolas de Bichat dão um formato mais redondo ao nosso rosto, então sem elas, o rosto pode ter uma aparência mais triangular e ser muito mais estético. Este artigo tem como objetivo discutir a anatomia e fisiologia da Almofada de Gordura Bucal (AGB), as indicações, técnicas e complicações associadas à remoção do AGB para melhorar a estética facial. Uma revisão bibliográfica é o método de pesquisa, foram coletados estudos por meio da base de dados Scielo, Google Acadêmico e PubMed, foram avaliados 28 obras, em busca de estudos que se encaixasse com essa temática, dados científicos publicados nos últimos anos. Os resultados apontam que a comunicação clara entre o profissional e o paciente na realização dos procedimentos é fundamental para toda a equipe de cirurgia bucomaxilofacial. O coxim adiposo bucal há muito é considerado um incômodo em muitas cirurgias, pois sua descoberta geralmente não é intencional. A comunicação clara com os assistentes cirúrgicos é fundamental para não deslocar o coxim adiposo bucal com aspiração excessiva no vestíbulo maxilar. Por fim, concluímos que a remoção da gordura bucal afina o rosto e melhora a estética da área superior da bochecha. O procedimento é comumente realizado para reduzir a proeminência submalar.

Palavras-chave: Coxim adiposo bucal; bichectomia; escultura facial; cirurgia de bochecha.

ABSTRACT

Bichat balls are pockets of fat that are located on the cheeks, and by removing them through a small surgery called Bichectomy, the face is refined and stylized. Bichat balls give our face a rounder shape, so without them, the face can look more triangular and be much more aesthetic. This article aims to discuss the anatomy and physiology of the Oral Fat Pad (OFP), the indications, techniques and complications associated with BFP removal to improve facial esthetics. A literature review is the research method, studies were collected through the Scielo, Google Scholar and PubMed databases, 28 works were evaluated, in search of studies that fit this theme, scientific data published in recent years. The results indicate that clear communication between the professional and the patient in performing the procedures is essential for the entire oral and maxillofacial surgery team. The buccal fat pad has long been considered a nuisance in many surgeries, as its discovery is often unintentional. Clear communication with the surgical assistants is essential in order not to dislodge the buccal fat pad with excessive aspiration in the maxillary vestibule. Finally, we conclude that the removal of buccal fat thins the face and improves the aesthetics of the upper cheek area. The procedure is commonly performed to reduce submalar prominence.

Keywords: Buccal fat pad; bichectomy; face sculpture; cheek surgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Bolsa adiposa de Bichat.....	14
Figura 2: Os lobos e extensões do AGB (A, B).....	15
Figura 3: Ducto parotídeo, artéria facial, glândula parótida e músculo bucinador.....	15
Figura 4: Corte transversal de RM em T1	17
Figura 5- incisão intraoral de 1 cm, paralelamente à saída do ducto da glândula parótida.....	25
Figura 6.a - tração de iniciação do coxim adiposo de Bichat.....	25
Figura 6.b - Divulsão dos Bichat's almofada de gordura com pinça Kelly.....	26
Figura 7 - Excisão com tesoura Iris.....	26
Figura 8 - Pesagem de gordura em precisão escala.....	26
Figura 9 - Síntese.....	26
Figuras 10 a, b e c - Fotos iniciais esquerda, direita e perfil frontal do paciente.....	27
Figuras 10 d, e e f - Acompanhamento 6 meses após a bichectomia.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Autores e descrição do coxim adiposo bucal.....20

LISTA ABREVIATURAS

AGB - Almofada de Gordura Bucal

RGO - Revista Gaúcha de Odontologia

RM - Ressonância Magnetica

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	11
2.DESENVOLVIMENTO.....	13
2.1 Anatomia e Fisiologia.....	13
2.1.1 Embriologia.....	18
2.1.2 Funções da almofada de gordura bucal.....	19
2.2 O que é bichectomia?.....	21
2.3 Benefícios da Bichectomia.....	22
2.4 Desvantagens.....	22
2.5 Indicações.....	23
2.6 Complicações.....	23
2.7 Recomendações.....	24
2.8 Duração da Cirurgia e Técnica.....	24
2.9 Pós-operatório de Bichectomia.....	27
2.10 Remoção do coxim adiposo bucal para melhorar a estética facial: uma técnica estabelecida?.....	28
3.CONCLUSÃO.....	33
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

A Bichectomia resulta em maior definição do setor médio da face, menor tamanho e maior simetria nas bochechas, maçãs do rosto proeminentes e uma face mais alongada e estilizada. Todas essas mudanças conferem ao paciente uma aparência mais jovem e harmoniosa. Quem tem o rosto mais redondo sabe que as bochechas se destacam toda vez que sorrir, até conhecemos as técnicas de maquiagem para afinar o rosto. No entanto, a ideia de remover bochechas para sempre é tentadora (PIMENTEL *et al.*, 2021).

As bolas de Bichat são bolsas de gordura que ficam localizadas nas bochechas, e ao removê-las através de uma pequena cirurgia chamada Bichectomia, o rosto fica refinado e estilizado. As bolas de Bichat dão um formato mais redondo ao nosso rosto, então sem elas, o rosto pode ter uma aparência mais triangular e ser muito mais estético (PIMENTEL *et al.*, 2021).

Esta cirurgia consiste em um procedimento extremamente simples através do qual toda a gordura extra que normalmente se encontra em toda a área da bochecha pode ser removida. O resultado desta operação é que o rosto parece muito mais fino (PIMENTEL *et al.*, 2021).

É uma intervenção recomendada para aquelas pessoas que, estando no peso ideal, têm o rosto muito redondo ou com bochechas salientes. A bichectomia resulta em maior definição das feições no terço médio da face. Apesar de ser minimamente invasiva, esta cirurgia requer experiência e perícia cirúrgica (MOURA *et al.*, 2018).

Para realizar a Bichectomia, é feito um pequeno corte na parte interna da cavidade oral, acima dos molares superiores, para extrair o excesso de gordura que existe nas bolsas de Bichat. A quantidade de tecido adiposo que é eliminado varia entre 3 e 5 centímetros cúbicos, isso depende da gordura localizada em cada paciente. As cicatrizes resultantes da cirurgia não são visíveis porque as incisões que são feitas ficam completamente escondidas dentro da cavidade oral (MOURA *et al.*, 2018).

O coxim adiposo bucal, também conhecido como coxim de Bichat, é uma importante estrutura anatômica que contribui para a estética facial e facilita a movimentação dos músculos faciais. Muitos estudos têm pesquisado a utilidade do coxim adiposo bucal nas áreas de reparo de defeitos orais e trauma, pois o coxim adiposo bucal pode ser utilizado como enxerto autógeno pediculado para reparo de

fístula oroantral. No entanto, o coxim adiposo bucal desempenha um papel importante na estética facial e pode ser modificado para melhorar o contorno facial (MOURA *et al.*, 2018).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Anatomia e Fisiologia

Antes de falar sobre bichectomia, deve saber que as bolsas de Bichat são dois aglomerados de tecido adiposo localizados sob as maçãs do rosto, um de cada lado do rosto. Essas estruturas corporais contribuem para os movimentos mastigatórios, fornecendo a lubrificação necessária para realizá-los (YOUSUF *et al.*, 2010).

Seu tamanho varia de uma pessoa para outra, já que todos nascemos com esses acúmulos, só que conforme crescemos, as bolsas diminuem, mas nem todos os pacientes fazem o mesmo. O excesso de gordura nesta área facial pode ocorrer devido ao excesso de peso, causas genéticas ou porque a passagem do tempo e a gravidade reduzem a firmeza da área (YOUSUF *et al.*, 2010).

As pessoas que têm bolsas Bichat excessivamente grandes têm um rosto arredondado, bochechas grandes e maçãs do rosto levemente definidas. Esses pacientes sentem desconforto e muitas vezes procuram a ajuda de um cirurgião plástico especializado para se sentirem melhor quanto aos ângulos de sua face. A bichectomia é uma intervenção cirúrgica que reduz o tamanho dessas almofadas de gordura para definir o contorno facial, realçar as maçãs do rosto e dar ao paciente um rosto mais estilizado (YOUSUF *et al.*, 2010).

Durante séculos, os anatomistas estudaram a natureza complexa das almofadas de gordura do rosto. Muitas funções são atribuídas ao coxim adiposo bucal. É uma estrutura proeminente em neonatos, pensada para ser utilizada principalmente para apoiar a função de sucção. À medida que as crianças envelhecem e começam a mastigar, o coxim adiposo bucal facilita a função de deslizamento entre os músculos da mastigação. A almofada de gordura bucal também serve como uma almofada para proteger as estruturas neurovasculares de forças externas. Essas estruturas adiposas também desempenham um papel importante na estética facial em pessoas que variam de neonatos a idosos (YOUSUF *et al.*, 2010).

Os anatomistas pesquisaram extensivamente a estrutura da almofada de gordura bucal por muitos anos. Bichat descreveu-o pela primeira vez em 1802. É assim referido como as bolsas de Bichat no mundo não anglófono. O coxim adiposo de Bichat está localizado entre a margem anterior do masseter e o bucinador, com variação volumétrica média encontrada de 7,8 a 11,2 mililitros para homens e 7,2 a 10,8mL para mulheres com espessura média de 6 milímetros. Estudos de imagem demonstram que o coxim adiposo bucal cresce significativamente dos 10 aos 20 anos,

aumentando de 4.000 para 8.000 milímetros cúbicos, depois diminuindo de tamanho nos próximos 30 anos para um volume médio de 7.000 milímetros cúbicos (JACKSON, 2003).



Figura 1. Bolsa adiposa de Bichat

Tem uma estrutura anatômica complexa intimamente relacionada ao nervo facial, ducto parotídeo e músculos mastigatórios. Uma boa compreensão dos limites e do conteúdo do coxim adiposo bucal permitirá que o operador manipule sua estrutura em procedimentos estéticos e reconstrutivos com segurança (JACKSON, 2003).

Após sua descrição anatômica inicial por Bichat, desde então foi descrito por vários anatomistas, incluindo Gaughran em 1957, Dubin em 1989 e, mais recentemente, Zhang em 2000. Sua estrutura é comumente descrita como um corpo localizado centralmente com quatro extensões ou três lobos separados. Zhang, em 2001, realizou um estudo em cadáveres e confirmou que o coxim adiposo bucal consiste em três lobos separados: os lobos anterior, intermediário e posterior. O lobo posterior é subdividido em extensões temporal, pterigóide, pterigopalatina e bucal (ZHANG, 2002).

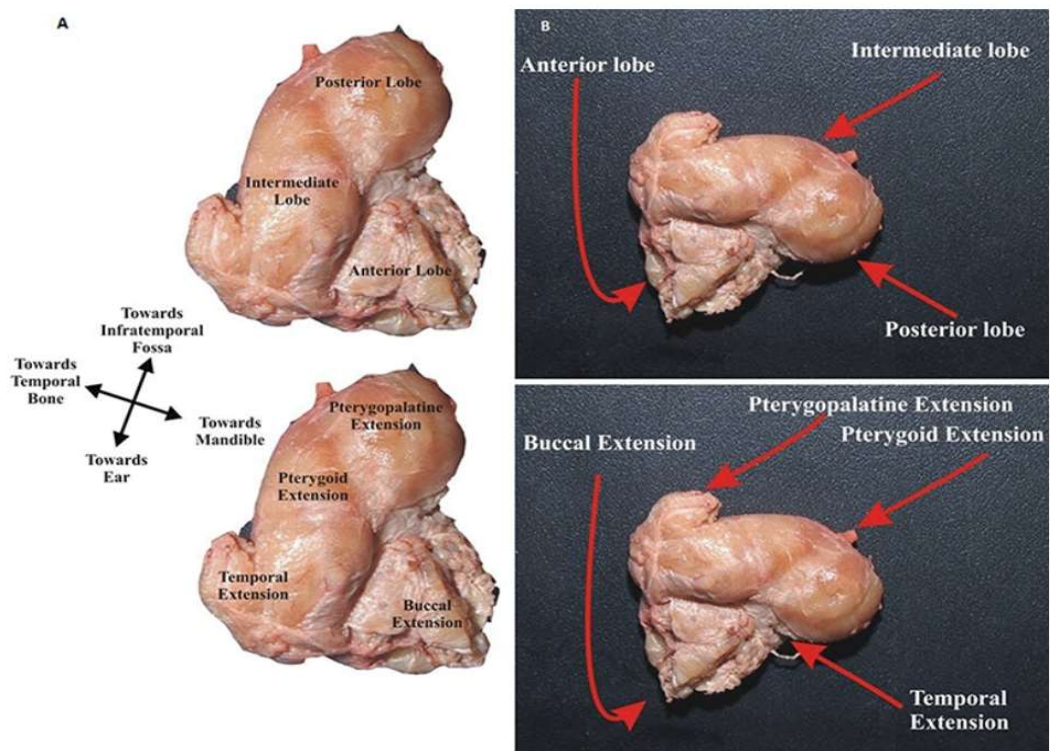


Figura 2: Os lobos e extensões do AGB (A, B) (LOUKAS *et al.*, 2006).

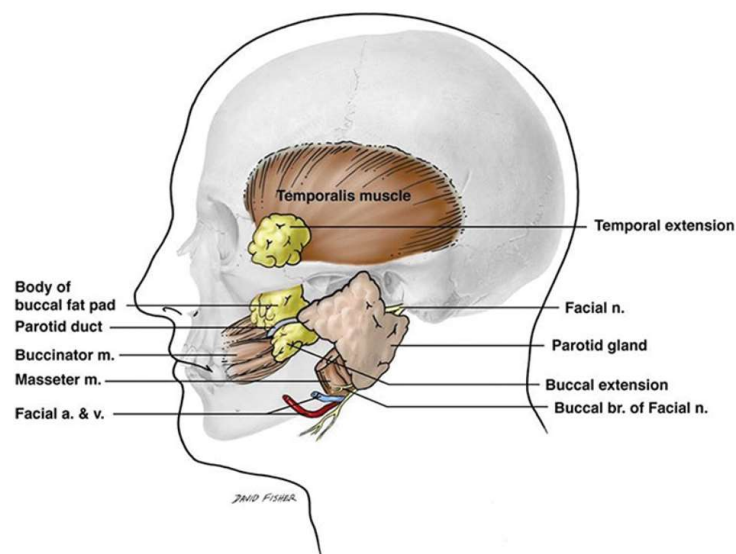


Figura 3: Relação anatômica de estruturas adjacentes importantes (ducto parotídeo, artéria facial, glândula parótida e músculo bucinador) com o AGB, as extensões temporais e bucais do AGB estão presentes (YOUSUF *et al.*, 2010).

O coxim adiposo bucal é confinado pelo músculo bucinador medialmente. Anterolateralmente é confinado pelos músculos da expressão facial e pela fáscia cervical profunda. Posteriormente é confinado ao espaço mastigador. Os lobos anterior, intermediário e posterior do coxim adiposo bucal são encapsulados por membranas independentes. O coxim adiposo bucal é fixado por ligamentos à maxila,

zigoma posterior, tendão temporal, membrana bucinadora e borda da fissura infraorbitária. Os ligamentos servem como condutos para a entrada de vários vasos que fornecem um rico suprimento sanguíneo para os diferentes lobos do coxim adiposo bucal (PARK *et al.*, 2019).

O lobo anterior do AGB é uma massa triangular que se situa inferiormente ao zigoma e está confinada ao espaço bucal. Seu vértice anterior se estende até a borda anterior do bucinador, onde se encontra com o orbicular da boca. O vértice superior do lobo anterior estende-se até a margem inferior do orbicular do olho, onde entra no forame infraorbitário e encapsula os vasos infraorbitários. A frente do lobo anterior é limitada pela artéria facial. Os ramos bucais do nervo facial se sobrepõem ou se situam dentro do lobo anterior (assim como a extensão bucal do lobo posterior). O ducto da parótida e a veia facial passam pelo lobo anterior. O lobo anterior se estende posteriormente e se une aos lobos intermediário e posterior por meio de tecido conjuntivo frouxo (ZHANG, 2002).

O lobo intermediário situa-se lateralmente à maxila média e une os lobos anterior e posterior. Em adultos, é uma estrutura membranosa composta por tecido gorduroso fino que corre superiormente para inferiormente, segregando o lobo anterior do lobo posterior. Nem sempre é identificado em adultos, mas é uma massa gordurosa mais substancial em crianças (ZHANG, 2002).

O lobo posterior do coxim adiposo bucal, sinônimo do corpo, é o mais substancial. Está confinado ao espaço mastigatório. Consiste em quatro extensões: as extensões bucal, pterigóide, pterigopalatina e temporal. A extensão bucal e o corpo são responsáveis por aproximadamente 50% do volume da almofada de gordura bucal (DURBEEJ, ERIKSSON, 2003).

O lobo ou corpo posterior estende-se superiormente à fissura orbital inferior, circunda o músculo temporal, estende-se inferiormente ao corpo mandibular superior e segue posteriormente ao ramo anterior e ao tendão do temporal (DURBEEJ, ERIKSSON, 2003).

A extensão bucal situa-se inferiormente ao ducto de Stensen, é o processo mais superficial e é a porção removida durante a ressecção do coxim adiposo bucal. A extensão pterigopalatina situa-se dentro da fossa pterigopalatina e circunda os vasos pterigopalatinos. Ele também corre superiormente à fissura infraorbitária, encapsula os vasos infraorbitários e se funde à cápsula do lobo anterior (DURBEEJ, ERIKSSON, 2003).

A extensão pterigóide está localizada dentro do espaço pterigomandibular e abriga o feixe neurovascular mandibular para incluir o nervo lingual. Apoia-se na face lateral dos músculos pterigóideos medial e lateral (DURBEEJ, ERIKSSON, 2003).

A extensão temporal do coxim adiposo bucal se estende profundamente ao temporal. É importante entender que tanto um corpo de gordura superficial quanto profundo está presente em relação ao temporal. É a porção profunda que corre em continuidade ao coxim adiposo bucal. O coxim adiposo temporal superficial é uma entidade separada do coxim adiposo bucal com um suprimento vascular distinto (DURBEEJ, ERIKSSON, 2003).

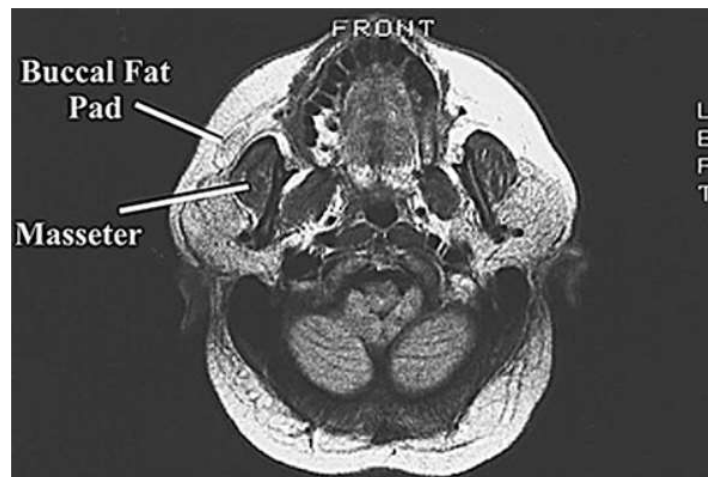


Figura 4: Corte transversal de RM em T1 ao nível da cavidade oral e do palato duro. O AGB é evidente anteriormente ao masseter. Observe o volume do AGB em relação ao masseter (YOUSUF *et al.*, 2010).

O corpo principal está situado profundamente ao longo da maxila posterior e fibras superiores dos bucinadores, coberto por uma cápsula fina (RATTAN, 2006; LOUKAS *et al.*, 2006).

O contorno da bochecha é feito geralmente pela extensão bucal do AGB, que se localiza superficialmente na bochecha. Mais da metade do peso total da massa AGB é o corpo e a extensão bucal juntos. Outra extensão do AGB é a pterigopalatina. Estende-se até a fissura orbitária inferior e fossa pterigopalatina. A terceira extensão é a extensão pterigóide. Estende-se para o espaço pterigomandibular. A extensão pterigóidea envolve o nervo lingual e o neurovascular mandibular. A última extensão do AGB é a extensão temporal (RATTAN, 2006; LOUKAS *et al.*, 2006).

Tem duas partes, extensão temporal superficial e profunda. Na verdade, a parte superficial é uma almofada de gordura distinta, sua aparência é diferente e tem um suprimento sanguíneo diferente. Portanto, acredita-se ser uma característica anatômica distinta para o AGB (RATTAN, 2006; LOUKAS *et al.*, 2006).

Uma cápsula específica cobre cada parte do AGB. Além disso, cada parte do AGB está conectada às estruturas anatômicas adjacentes por ligamentos. Quando o tamanho das extensões é comparado, as extensões temporais, pterigopalatinas e pterigóides são menores e localizadas mais profundamente (RATTAN, 2006; LOUKAS *et al.*, 2006).

2.1.1 Embriologia

Poissonnet *et al.*, (1983) relataram que a diferenciação do tecido adiposo começa no segundo trimestre de gestação. O tamanho dos lóbulos de gordura aumenta até a 29^a semana de gestação. No entanto, o número deles é aproximadamente constante. A gordura da bochecha é a primeira gordura que se desenvolve. Assim como os adultos, o AGB tem um papel importante na proeminência da bochecha dos recém-nascidos. Entre o tecido adiposo fetal, o AGB é um dos tecidos adiposos iniciais que se desenvolvem.

Algumas funções foram introduzidas para o AGB em recém-nascidos. Primeiro, o AGB evita a pressão negativa enquanto o recém-nascido está sugando. Em segundo lugar, separa os músculos mastigadores uns dos outros e das estruturas ósseas próximas. Terceiro, protege os feixes neurovasculares. Por fim, potencializa o movimento intermuscular; esta função é realizada por um tipo especializado de gordura que é chamado de syssarrose (RATTAN, 2006).

Bagdade e Hirsch (1966) são os primeiros que mediram e tabularam a composição de ácidos graxos do AGB. Eles usaram cromatografia gás-líquido e em camada fina para este propósito. Ranke afirma que a quantidade de lipólise do AGB é diferente da gordura subcutânea. Como a gordura periorbital, o AGB é constante durante a emaciação enquanto a gordura subcutânea é perdida

Uma das características desejáveis do AGB como retalho é sua propriedade de epitelização rápida (AMIN *et al.*, 2005; POESCHL *et al.*, 2009).

2.1.2 Funções da almofada de gordura bucal

Zhang e colaboradores (2002); Kahn *et al.*, (2000) atribuíram muitas funções ao tecido adiposo bucal. Afirmaram que a razão pela qual o coxim adiposo bucal é tão proeminente em fetos e neonatos é para sugar, enquanto após o nascimento torna-se um órgão acessório do processo mastigatório, auxiliando na mastigação. Eles também propuseram um papel potencial da almofada de gordura como uma bomba “aspiratória-expulsiva”. Os lobos anterior e posterior, assim como as saliências pterigóideas e bucais, são todos maiores e mais desenvolvidos em crianças do que em adultos.

Embora muitos autores tenham sugerido que a mastigação e a sucção sejam as principais funções do coxim adiposo bucal devido à sua localização dentro do processo mastigatório sugeriram inúmeras outras funções do coxim adiposo bucal. Como os lobos do coxim adiposo bucal ocupam vários espaços profundos da face, a contração muscular e o movimento dos aparelhos mastigatório e mimético forçam os lobos do coxim adiposo bucal a funcionar como almofadas deslizantes. O coxim gorduroso também serve como um amortecedor contra lesões causadas por contrações musculares ou traumas de origem externa que podem lesar os feixes neurovasculares faciais.

Em relação à estética, a plenitude do lobo anterior do coxim adiposo bucal, conforme ilustrado por Yousif *et al.*, (2010) podem causar aprofundamento do sulco nasolabial e relaxamento dos músculos miméticos, ambos associados ao envelhecimento. Além disso, a plenitude bucal sempre foi explicada pela protrusão ântero-inferior do coxim adiposo bucal. e ruptura da cápsula do coxim adiposo bucal. Além disso, esses fatores aumentam a chance de prolapso bucal para a cavidade oral ou camada subcutânea.

Kahn *et al.*, (2000) realizaram estudos anatômicos, histológicos e de imagem dos tecidos adiposos profundos da face, incluindo os coxins adiposos bucal e parafaríngeo. Apresentaram evidências de imagem de uma conexão estreita que liga o corpo do coxim adiposo bucal, bem como uma extensão temporal superficial. Eles também mostraram que as extensões superficial e temporal profunda foram claramente delineadas pela fáscia temporal e, portanto, separadas do coxim adiposo temporal.

Tabela 1: Autores e descrição do coxim adiposo bucal

Autor	Ano	Descrição da almofada de gordura bucal	suprimento arterial	Suprimento venoso
Racz <i>et al.</i> ,	1989	Feto — mais proeminente, em forma globular e bem limitado que os adultos. Situado sob a borda anterior do masseter e bucinador. Adultos — de forma/desenvolvimento uniforme; com a idade, ocorrem três prolongamentos: ântero-malar, pterigomaxilar, pósterotemporal.	Três fontes: temporal profundo, bucal e alveolar superior posterior.	Cinco fontes: tributárias das veias temporais profundas, bucais e alveolares, plexo venoso pterigóideo e veias oftálmicas.
Kahn <i>et al.</i> ,	2000	O corpo do coxim adiposo é formado pelas metades inferior e superior (jugal), separadas pelo ducto parotídeo. As extensões são: massetéica, temporal superficial, temporal profunda, pterigomandibular, pterigopalatina e orbital inferior. Neonato: ênfase é colocada no tamanho maior da extensão massetéica do neonato.		
Zhang <i>et al.</i> ,	2002	Dividido em três lobos: anterior, intermediário e posterior (quatro extensões: bucal, pterigóide, pterigopalatino e temporal (superficial e profundo)	Ramos de: o alveolar posterior superior, artéria temporal profunda anterior ramo ântero-superior do lobo posterior (ou da artéria maxilar), ramo bucinador superior (o da artéria maxilar interna), ramo médio do lobo posterior do músculo pterigóide, artéria bucinadora inferior da artéria facial, ramo de extensão bucal do médio-facial	

Esses autores descreveram com precisão a apresentação morfológica do coxim adiposo bucal (Tabela 1), afirmando que ele se situa entre os músculos

mastigatórios e está envolvido no deslizamento desses músculos uns sobre os outros durante sua ação. Em suas preparações histológicas do coxim adiposo bucal, eles observaram “gordura branca pura, com trabéculas muito espessas por onde passavam os vasos” (KAHN *et al.*, 2000).

Sua densidade marcadamente menor em uma tomografia computadorizada do que as gorduras livremente móveis encontradas em todo o corpo sugerem que a almofada de gordura bucal não sofre metabolismo lipídico como a maioria das outras gorduras do corpo; os preparos histológicos corroboram esse achado com a apresentação de menos vesículas e mitocôndrias menores, que são indicativos de tecido com menor metabolismo. Kahn *et al.*, (2000) também reconheceram o uso do coxim adiposo bucal como um apoio gorduroso para reparar perdas de substância alveolar ou palatina da mandíbula.

2.2 O que é bichectomia?

A bichectomia é um procedimento estético que se tornou popular entre as celebridades para remover as bochechas, o objetivo é afinar o rosto e realçar os traços que nos deixam mais bonitos. Segundo artigo publicado pela *National Library of Medicine*, esse procedimento consiste na retirada do excesso de gordura bucal de Bichat, ou seja, das bochechas (PIZZURNOA *et al.*, 2020).

Acredite ou não, as bochechas não estão lá para nos fazer parecer gordinhas, mas sua estrutura anatômica contribui para a estética do rosto. Além disso, facilita o movimento dos músculos faciais, mas também é verdade que pode ser modificado para afinar o rosto e destacar nossos belos traços (PIZZURNOA *et al.*, 2020).

O problema deste tipo de cirurgia é que nem todas as pessoas são candidatas a este procedimento, pois só é ideal para quem tem excesso de gordura facial ou pacientes com rosto redondo, principalmente para evitar um aspecto cadavérico ou bochechas afundadas que nos envelhecem prematuramente (PIZZURNOA *et al.*, 2020).

Uma das vantagens que acaba convencendo muita gente é que os resultados são permanentes, ao extrair os sacos de Bichat, eles não reaparecem. No entanto, muitos de nós ainda duvidam se é uma boa opção dar adeus ao contorno diário, pois temos pavor de parecer envelhecidas, mas saiba que não há efeitos colaterais quando a bichectomia é bem feita e é candidato a realizá-lo (PIZZURNOA *et al.*, 2020).

Por isso, o melhor é investigar muito bem o trabalho do especialista com quem vai realizá-lo, que deve avaliar sua estética facial, além de explicar perfeitamente as vantagens e desvantagens do procedimento. De acordo com artigo publicado pela Revista Gaúcha de Odontologia (RGO), as complicações na retirada das bolsas de Bichat não são frequentes, mas podem ocorrer: hematomas, infecções, lesões graves no nervo facial, perda irreversível dos movimentos faciais e lesões no embarcações (PIZZURNOA *et al.*, 2020).

Por outro lado, pode-se enfrentar uma inflamação se não realizar a dieta indicada após a intervenção, principalmente porque a incisão tende a inchar com o atrito dos alimentos. No mundo, existem diferentes tipos de contornos faciais, dependendo da constituição da pessoa, alguns são arredondados, outros alongados. Quando se tem bochechas pronunciadas e rosto redondo, pode optar por fazer uma bichectomia. Como alguns profissionais relatam, pode-se obter os melhores resultados possíveis (PIZZURNOA *et al.*, 2020).

2.3 Benefícios da Bichectomia

A bichectomia resulta em maior definição do setor médio da face, menor tamanho e maior simetria nas bochechas, maçãs do rosto proeminentes e uma face mais alongada e estilizada; todas essas mudanças conferem ao paciente uma aparência mais jovem e harmoniosa. Após a cirurgia, os pacientes se sentem melhor com a aparência do rosto e deixam de lado os complexos que tinham com as bochechas (BELMEHDI, EL HARTI, 2019).

2.4 Desvantagens

Entre as desvantagens está a perda de sustentação das estruturas faciais, razão pela qual, com o passar dos anos, às vezes pode aparecer um rosto com pouco tecido adiposo, muito afundado em sua área central.” – O Dr. Gullón nos fala sobre as possíveis desvantagens da cirurgia de remoção da bola de bichat. – “Por isso, embora seja um elemento que serve para embelezar o rosto, os pacientes devem ser bem selecionados, pois com o tempo pode não ser tão positivo.” (CABRERO, 2022).

2.5 Indicações

Existem várias indicações clínicas para acessar o coxim adiposo bucal. Pode ser utilizado para fechar comunicações oroantrais. A comunicação oroantral é a

comunicação entre o seio maxilar e a cavidade oral. Pode ocorrer durante a extração de pré-molares e molares superiores; também pode ocorrer secundariamente a infecções dentárias, radioterapia, osteomielite ou trauma (BELMEHDI, EL HARTI, 2019).

Um OAC de 2 milímetros ou menos geralmente fecha espontaneamente; porém, se o defeito for maior que 3 a 4 mm, está indicado o fechamento cirúrgico do defeito. Acessar e avançar o coxim adiposo bucal é um meio de fechar uma comunicação oroantral. Embora talvez o interesse mais recente no coxim adiposo bucal seja a utilização para remodelar os contornos faciais, proporcionando uma arquitetura facial mais estética (DENES, TIEGHI, ELIA, 2016).

O candidato cirúrgico estético ideal para a remoção do coxim adiposo bucal tem proeminentes zigomáticos ou maçãs do rosto que são mascarados devido às bochechas pronunciadas. Esses pacientes carecem de uma aparência angular da face; a remoção da almofada de gordura bucal reduzirá a plenitude da bochecha e destacará o osso zigomático pronunciado. A hipoplasia malar não é uma indicação para a remoção do coxim adiposo bucal. A remoção da gordura bucal nesses pacientes resultará em uma aparência oca de suas bochechas. Por esse motivo, é importante entender que a remoção do coxim adiposo bucal não substitui o aumento malar (DENES, TIEGHI, ELIA, 2016).

2.6 Complicações

A redução do coxim adiposo bucal é geralmente considerada um procedimento seguro e relativamente simples. As complicações relacionadas à bichectomia são raras, mas são clinicamente significativas quando ocorrem. O coxim adiposo bucal está posicionado próximo a múltiplos vasos, ao nervo facial e ao ducto parotídeo. A remoção do AGB pode resultar em danos a essas estruturas vitais. As taxas de complicações estão entre 8,45% e 18%. As complicações podem resultar em lesão do ducto parotídeo, hematoma, trismo, déficits neuromotores e infecção (ALCÂNTARA, RIBEIRO, ABREU, 2021).

Uma apresentação de caso na revista de cirurgia craniofacial discutiu dois casos em que foram encontradas complicações após a remoção do coxim adiposo bucal. O primeiro relato de caso descreve um paciente que se apresentou ao pronto-socorro cinco dias de pós-operatório com assimetria facial. O paciente foi inicialmente internado e tratado por uma infecção. No entanto, o paciente voltou a apresentar dor

e edema crescentes, necessitando de investigação adicional (ALCÂNTARA, RIBEIRO, ABREU, 2021).

A paciente apresentou acúmulo de saliva na mucosa bucal devido à obstrução do ducto de Stensen devido à lesão iatrogênica do ducto. O paciente ficou internado por mais sete dias. Durante a internação, o paciente recebeu terapia conservadora e múltiplas drenagens da mucosa bucal direita. O paciente restabeleceu uma boa drenagem salivar e recebeu alta para casa (ALCÂNTARA, RIBEIRO, ABREU, 2021).

2.7 Recomendações

Por se tratar de uma operação dentro da cavidade oral, é essencial que antes de realizar enfatize os hábitos de higiene, pois devemos evitar infecções que compliquem sua recuperação. Se o paciente fumar, deve parar de fumar pelo menos duas semanas antes e evitar tomar aspirina ou anticoagulantes com 10 dias de antecedência. Deve-se seguir todas as instruções do cirurgião dentista, e os resultados serão positivos e a aparência do rosto ficará como desejada (KATRE *et al.*, 2019).

2.8 Duração da Cirurgia e Técnica

A operação dura aproximadamente 30 minutos. Dependendo da quantidade de gordura a ser retirada, pode demorar mais alguns minutos, mas em geral é um procedimento bastante rápido e o paciente tem uma recuperação quase indolor (MATARASSO, 2006; SEZGIN *et al.*, 2019).

Para acessar e remover o coxim adiposo bucal para estética facial, o método mais seguro é o acesso intraoral. A estrutura chave para identificar antes de criar uma incisão é o ducto de Stensen, a abertura da glândula parótida na cavidade oral. A incisão pode ser feita superior ao ducto no vestíbulo maxilar ou inferior ao ducto parotídeo aproximadamente no nível de oclusão. Essa abordagem fornece acesso à extensão vestibular do lobo posterior (MATARASSO, 2006; SEZGIN *et al.*, 2019).

O coxim adiposo bucal pode ser acessado inferior ou superior ao ducto de Stensen para fins estéticos. O método preferido no Programa de Cirurgia Oral e Maxilofacial do *Madigan Army Medical Center* é acessar o coxim adiposo bucal inferior ao ducto de Stensen. Um retrator de Minnesota é utilizado para retrair a bochecha, e a anestesia local é injetada primeiro na mucosa bucal; o ducto de Stensen é identificado positivamente e uma incisão horizontal rasa de 1,5 cm é feita com uma

lâmina na mucosa bucal a meio caminho entre o plano oclusal e o ducto de Stensen. No momento da incisão, a mão oposta é utilizada extra oralmente para aplicar pressão sobre o conteúdo do coxim adiposo bucal para facilitar a exposição na cavidade oral. Hemostatos são então utilizados para dissecar sem corte através do músculo bucinador e acessar o coxim adiposo bucal (MATARASSO, 2006; SEZGIN *et al.*, 2019).

O estreito espaço bucal é acessado e o coxim de gordura amarelo é exposto. 3 a 5 cc da almofada de gordura são então suavemente retirados do espaço bucal. Hemostatos são então usados para pinçar o coxim de gordura e o nível da mucosa, enquanto uma lâmina 15 ou tesoura cirúrgica são utilizadas para extirpar o coxim de gordura. A mucosa é então reaproximada com duas suturas absorvíveis interrompidas 4.0 simples (MATARASSO, 2006; SEZGIN *et al.*, 2019).

É crucial não aplicar tração excessiva no coxim adiposo bucal durante a remoção com tração excessiva e apenas ressecar a porção de gordura que se projeta passivamente na cavidade oral (MATARASSO, 2006; SEZGIN *et al.*, 2019).



Figura 5- incisão intraoral de 1 cm, paralelamente à saída do ducto da glândula parótida



Figura 6.a - tração de iniciação do coxim adiposo de Bichat.



Figura 6.b - Divulsão dos Bichat's almofada de gordura com pinça Kelly.



Figura 7 - Excisão com tesoura Iris



Figura 8 - Pesagem de gordura em precisão escala



Figura 9 - Síntese



Figuras 10 a, b e c - Fotos iniciais esquerda, direita e perfil frontal do paciente

Figuras 10 d, e e f - Acompanhamento 6 meses após a bichectomia

2.9 Pós-operatório de Bichectomia

Após a operação, precisa descansar por dois dias. Poderá sentir algum desconforto e inchaço, que desaparecerá com os analgésicos e anti-inflamatórios que o profissional indica. Após a cirurgia, terá que usar uma cinta de queixo por 5 dias, isso ajudará na inflamação e manterá a pele das bochechas levemente apertada (KATRE *et al.*, 2019).

Durante as 48 horas após a cirurgia plástica, deve colocar gelo coberto com uma toalha nas bochechas para não queimar a pele; além disso, comer alimentos frios durante esse período também ajudará na sua recuperação. Da mesma forma, é importante manter bons hábitos de higiene bucal para evitar infecções por restos de alimentos que se alojam perto das suturas. Deve-se cumprir a dieta líquida e mole até que seja autorizado a comer alimentos diários (KATRE *et al.*, 2019).

Ao longo dos primeiros 20 dias, deve evitar o contato com animais de estimação ou pelo menos minimizá-lo para reduzir a possibilidade de infecções. Evite aproximar-se de fontes de calor, como lareiras, fogões e secadores de cabelo. Pode retomar a exposição aos raios solares quando não tiver mais hematomas e a inflamação tiver desaparecido, mas lembre-se de sempre usar protetor solar. Além disso, deve evitar atividades esportivas vigorosas por 3 semanas (KATRE *et al.*, 2019).

Os resultados da cirurgia são visíveis durante a primeira semana após o procedimento; após 4 semanas terá uma aparência bem próxima da final e após 3 meses poderá ver a aparência final do seu rosto (KATRE *et al.*, 2019).

2.10 Remoção do coxim adiposo bucal para melhorar a estética facial: uma técnica estabelecida?

A remoção parcial do AGB ou “lipectomia bucal parcial” tem como objetivo esculpir a parte inferior da face e reduzir as faces arredondadas. O procedimento está relacionado ao conceito de um “triângulo invertido da juventude” que pode aumentar a beleza. Este conceito é definido por uma aparência facial angular resultante de uma face mais magra com região malar alta (THOMAS, D'SILVA, BOROLE, 2012).

Em 1980, relatou-se pela primeira vez a remoção do AGB para melhorar a estética facial. Embora não seja um procedimento inédito, atualmente existe um amplo marketing comercial com apelo à estética facial, sendo o procedimento divulgado como rotina. Assim, esta revisão sistemática da literatura teve como objetivo identificar o estado atual da remoção do AGB e os possíveis efeitos (THOMAS, D'SILVA, BOROLE, 2012).

Na literatura revisada, o procedimento pode ser indicado para casos com faces arredondadas ou com presença de pseudo-hérnia AGB. Quando a pseudo-hérnia é diagnosticada, o paciente apresenta uma pequena irregularidade de contorno arredondado na bochecha devido ao enfraquecimento da fásia AGB. Pacientes com rostos arredondados mostram plenitude da face/face média apesar do peso adequado para a altura (MATARASSO, 2006; TAPIA *et al.*, 2006).

Em ambos os casos, o objetivo do procedimento é reduzir a plenitude do terço médio da face, realçar a proeminência zigomática e o corpo mandibular e remover qualquer assimetria de tecidos moles. Apenas uma contraindicação absoluta foi encontrada na literatura, o procedimento é contraindicado para pacientes com atrofia hemifacial, onde a atrofia AGB é um componente bem conhecido (ENGDAHL *et al.*, 2012; MATARASSO, 2006; TAPIA *et al.*, 2006).

Outra possível indicação é como procedimento coadjuvante na cirurgia de feminização facial, visando alterar as características de um rosto masculino para um feminino. A face feminina geralmente tem formato triangular, com a base de um triângulo invertido em uma linha traçada entre a proeminência máxima de cada zigoma e o ápice até o queixo. Assim, conforme relatado, a remoção do AGB pode potencializar esses aspectos e resultados (YOUSUF *et al.*, 2010).

Em relação aos efeitos a longo prazo e envelhecimento facial, nenhum dos estudos incluídos avaliou essas características. Krupp (1986) teorizou que uma severa perda de peso associada à remoção do AGB poderia resultar em cavidades profundas na bochecha, porém esta situação não foi encontrada nos estudos incluídos. Relatou-se que existe uma relação fraca entre a gordura corporal e o tamanho do AGB, e mesmo com o envelhecimento e a característica perda de gordura, o AGB permanece em um tamanho relativamente fixo, demonstrando resistência do AGB à lipólise. Assim, pacientes com tamanho excessivo de AGB manterão esse volume ao longo do envelhecimento, e sua remoção pode resultar em uma melhora estética geral ao longo

do tempo. No entanto, é importante destacar que há um desconhecimento sobre os efeitos a longo prazo do procedimento e seu papel no envelhecimento facial.

A manutenção do tamanho do AGB ao longo do tempo é confirmada por estudos de imagem. Geralmente, o volume do AGB é constante em adultos. As avaliações volumétricas mostram que o AGB cresce entre a infância e a vida adulta, passando de 4.000 mm³ para 8.000 mm³, e entre os 20 e 50 anos declina para 7.000 mm³. Além disso, análises volumétricas demonstram que o AGB nem sempre é simétrico, principalmente em pacientes pós-trauma (ENGDAHL *et al.*, 2012).

Portanto, a RM pré-operatória deve ser o exame de imagem escolhido para determinar a extensão e simetria do AGB. É interessante observar que nenhum dos estudos incluídos relatou a utilização de exames de imagem pré-operatórios para o planejamento cirúrgico. Assim, seria desejável para estudos futuros a avaliação de imagem pré-operatória para definir a real necessidade desses exames (MATARASSO, 2006).

Em relação à seleção da técnica cirúrgica, existem duas abordagens para a remoção do AGB: associada ao procedimento de lifting facial (ritidectomia) ou por incisão intraoral. Quando associada à ritidoplastia, espera-se comprometimento dos ramos bucal e zigomático do nervo facial. Assim, o método mais seguro é a abordagem do AGB por meio de incisão intraoral. Esta incisão pode ser realizada ao nível da mordida ou no sulco gengivobucal maxilar. A principal diferença entre essas incisões é a relação com o ducto parotídeo, porém nenhuma diferença foi observada nos estudos quanto às taxas de complicações ou dificuldade do procedimento (ENGDAHL *et al.*, 2012; MATARASSO, 2006).

Xu e Yu (2013) demonstraram uma série de casos de remoção de AGB concomitante ao descolamento do músculo masseter, cuja incisão ao nível da mordida parece mais indicada. No entanto, não há estudo comparativo entre essas técnicas, portanto, as indicações, danos às estruturas adjacentes e aspectos pós-operatórios devem ser avaliados em futuros ensaios clínicos.

Em relação à seleção da técnica cirúrgica, existem duas abordagens para a remoção do AGB: associada ao procedimento de lifting facial (ritidectomia) ou por incisão intraoral. Quando associada à ritidoplastia, espera-se comprometimento dos ramos bucal e zigomático do nervo facial. Assim, o método mais seguro é a abordagem do AGB por meio de incisão intraoral. Esta incisão pode ser realizada ao nível da mordida ou no sulco gengivobucal maxilar. A principal diferença entre essas

incisões é a relação com o ducto parotídeo, porém nenhuma diferença foi observada nos estudos quanto às taxas de complicações ou dificuldade do procedimento (TAPIA *et al.*, 2006; ENGDAHL *et al.*, 2012).

A taxa de complicações dos estudos incluídos, considerando os resultados relatados, é de 8,45% dos pacientes tratados. Essa lista incluía hemorragia, assimetria facial e trismo. Embora as complicações relatadas sejam consideradas menores, podem ocorrer lesões do ducto parotídeo e do nervo facial (TAPIA *et al.*, 2006; ENGDAHL *et al.*, 2012).

Engdahl, *et al.*, (2012), relataram uma hemorragia maciça da artéria maxilar interna após a retirada do AGB intraoral, na qual o paciente quase morreu. A falta de informações sobre complicações sugere que ensaios clínicos prospectivos devem ser realizados para definir as potenciais complicações da técnica.

É importante destacar as diferenças entre a abordagem intraoral e o procedimento de lifting facial. Além do regime de anestesia, a anatomia cirúrgica é completamente diferente. A maioria das complicações está relacionada à abordagem escolhida e não à remoção do AGB em si. O lifting facial apresentou como principais complicações o comprometimento dos ramos bucais e zigomáticos. Essas complicações ocorreram devido a danos nas estruturas envolvidas na abordagem facial. A estrutura mais importante relacionada à abordagem intraoral é o ducto parotídeo. Conforme relatado, para evitar danos a essa estrutura, a incisão é preconizada acima (sulco gengivobucal maxilar) ou abaixo (no nível da mordida) do ducto (TAPIA *et al.*, 2006; ENGDAHL *et al.*, 2012).

Embora a remoção do AGB possa ser realizada isoladamente, uma variedade de procedimentos associados foram encontrados nesta revisão sistemática, incluindo lifting facial, lipoplastia submentoniana, rinoplastia, implantes malar e de mento, aumento labial, descolamento de masseter e injeção de toxina botulínica (BTX-A). Este elevado número de procedimentos ocorreu devido ao objetivo estético da remoção do AGB. Normalmente, esses pacientes procuram não apenas a correção da face arredondada, mas também outros procedimentos plásticos. Em relação ao regime de anestesia, tanto local quanto geral foram observados. Geralmente, a retirada do AGB intraoral é realizada sob anestesia local, porém a presença de procedimentos concomitantes pode indicar anestesia geral (TAPIA *et al.*, 2006; THOMAS, D'SILVA, BOROLE, 2012; XU, YU, 2013; ENGDAHL *et al.*, 2012).

É importante notar que nenhum dos artigos incluídos era um ensaio clínico, portanto, todos apresentavam alto risco de viés de acordo com a avaliação PRISMA. Esse fato mostra uma limitação desta revisão sistemática, pois há carência de estudos clínicos sobre a remoção do AGB e seus efeitos. Essas informações mostram a necessidade de ensaios clínicos randomizados para comparar os diferentes métodos da técnica, avaliar os efeitos a longo prazo no envelhecimento facial e na função e relatar os tipos e taxas de complicações (TAPIA *et al.*, 2006; THOMAS, D'SILVA, BOROLE, 2012; XU, YU, 2013; ENGDAHL *et al.*, 2012).

Em conclusão, todos os estudos relataram que a remoção do AGB tem um resultado inicial favorável em relação à estética facial. A taxa de complicações apresentada foi baixa, sem relatos de danos graves. No entanto, a necessidade de exame de imagem pré-operatório, os efeitos a longo prazo no envelhecimento facial e a diferença entre as técnicas intraorais não são claros. Além disso, a quantidade de remoção não é descrita e se for excessiva pode resultar em um resultado desfavorável (TAPIA *et al.*, 2006; THOMAS, D'SILVA, BOROLE, 2012; XU, YU, 2013; ENGDAHL *et al.*, 2012).

3. CONCLUSÃO

A remoção do coxim adiposo bucal é realizada para fechar as comunicações buco-antrais e para o contorno estético da face, trazendo mais harmonia e elevando a autoestima do paciente.

Este artigo alcançou todos os objetivos específicos do estudo como também descrever e explicar o papel do Cirurgião dentista na avaliação e tratamento de pacientes submetidos à remoção do coxim adiposo bucal.

A comunicação clara entre o profissional e o paciente na realização dos procedimentos é fundamental para uma cirurgia bem sucedida e sem complicações.

O coxim adiposo bucal há muito é considerado um incômodo em muitas cirurgias, pois sua descoberta geralmente não é intencional. A comunicação clara com os assistentes cirúrgicos é fundamental para não deslocar o coxim adiposo bucal com aspiração excessiva no vestibulo maxilar.

Por fim, concluímos que a remoção da gordura bucal afina o rosto e melhora a estética da área superior da bochecha. O procedimento é comumente realizado para reduzir a proeminência submalar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, MT.; RIBEIRO, NR.; ABREU, DF. Complications associated with bichectomy surgery: a literature review. *Minerva Dent Oral Sci*, Aug-2021.

AMIN, M. et al. Use of the buccal fat pad in the reconstruction and prosthetic rehabilitation of oncological maxillary defects. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2005.

BAGDADE, J.; HIRSCH, J. Gestational and dietary influences on the lipid content of the infant buccal fat pad. *Proc Soc Exp Biol Med*, 1966.

BELMEHDI, A.; EL HARTI, K. Management of oroantral communication using buccal advanced flap. *Pan Afr Med J*, 2019.

CABRERO, Carlos Gullón. Pros y contras de Bichectomía. ¿Tiene alguna desventaja? 2022. Acesso: 21/08/2022. Disponível: <https://modelclinics.com/blog/pros-y-contras-bichectomia-tiene-alguna-desventaja/>

DENES, SA.; TIEGHI, R.; ELIA, G. The Buccal Fat Pad for Closure of Oroantral Communication. *J Craniofac Surg*. 2016.

DURBEEJ, B.; ERIKSSON, LA. On the formation of cyclobutane pyrimidine dimers in UV-irradiated DNA: why are thymines more reactive? *Photochem Photobiol*, Aug-2003.

ENGDAHL, R. et al. Superselective microcatheter embolization of hemorrhage after buccal lipectomy. *Aesthetic Plast Surg*, 2012.

JACKSON, IT. Buccal fat pad removal. *Aesthet Surg J*, Nov/Dec-2003.

KAHN, JL. et al. Anatomy and imaging of the deep fat of the face. *Clin Anat*, 2000.

KATRE, MI. et al. Buccal Fat Pad a Forgotten Option of Reconstruction in Oral Cancer. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, Oct-2019.

KRUPP, S. Buccal lipectomy - reappraisal and case report. Eur J Plast Surg, 1986.

LOUKAS, M. et al. Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. Surg Radiol Anat, 2006.

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. Aesthet Surg J, May/Jun-2006.

MOURA, LB. et al. Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? Med Oral Patol Oral Cir Bucal, Jul-2018.

PARK, J. et al. Versatility of the pedicled buccal fat pad flap for the management of oroantral fistula: a retrospective study of 25 cases. Maxillofac Plast Reconstr Surg, Dec-2019.

PIMENTEL, T. et al. Management of Complications Related to Removal of the Buccal Fat Pad. J Craniofac Surg, May-2021.

PIZZURNOA, Lucia Gloria Diana Aguilar. et al. A Influência da Bichectomia na Agradabilidade Facial. Ensaios e Ciência, v. 24, n. 5, p. 660-666, 2020.

POESCHL, PW. et al. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. J Oral Maxillofac Surg, 2009.

POISSONNET, C.; BURDI, A.; BOOKSTEIN, F. Growth and development of human adipose tissue during early gestation. Early Hum Dev, 1983.

RÁCZ, L. et al. Structural characteristics and functional significance of the buccal fat pad (corpus adiposum buccae). Morphol Embryol, 1989.

RATTAN, V. A simple technique for use of buccal pad of fat in temporomandibular joint reconstruction. J Oral Maxillofac Surg, 2006.

SEZGIN, B. et al. The Excision of the Buccal Fat Pad for Cheek Refinement: Volumetric Considerations. Aesthet Surg J, May-2019.

TAPIA, A. et al. Combined approach for facial contour restoration: treatment of malar and cheek areas during rhytidectomy. Plast Reconstr Surg, 2006.

THOMAS, MK.; D'SILVA, JA.; BOROLE, AJ. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. Indian J Plast Surg, 2012.

XU, J.; YU, Y. A modified surgical method of lower-face recontouring. Aesthetic Plast Surg, 2013.

YOUSUF, S. et al. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. Surg Radiol Anat, Jun-2010.

ZHANG, HM. et al. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast Reconstr Surg*, Jun-2002.