



Faculdade Sete Lagoas
ESPECIALIZAÇÃO EM HARMONIZAÇÃO FACIAL

Francine Boim Maggioni

AS INTERCORRÊNCIAS DA BICHECTOMIA

SÃO PAULO
2022

Francine Boim Maggioni

AS INTERCORRÊNCIAS DA BICHECTOMIA

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - Facsete, como requisito parcial para conclusão do Curso de Harmonização Orofacial.

Área de concentração: Estética Orofacial

Orientador: Dr. Alexandre Morita Cutolo

SÃO PAULO

2022

Francine Boim Maggioni

AS INTERCORRÊNCIAS DA BICHECTOMIA

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - Facsete, como requisito parcial para conclusão do Curso de Harmonização Orofacial.

Área de concentração: Estética Orofacial

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

São Paulo, de de 2022

RESUMO

A bichectomia é um procedimento de cirurgia estética que consiste na retirada das bolas de Bichat, localizadas nas bochechas. Consiste, portanto, em retirar as bolas de Bichat ou gordura da bochecha, passando pelo interior da boca. A bichectomia permite então o esvaziamento das bochechas, para redesenhar os relevos do rosto. Assim, nas mulheres, o rosto torna-se mais fino, mais elegante e nos homens, mais fino, portanto, mais viril, mais proeminente, mais dinâmico e mais jovem. Como em toda intervenção cirúrgica, algumas precauções precisam ser tomadas, para evitar possíveis intercorrências. O objetivo do trabalho é compreender as possíveis intercorrências da bichectomia. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica exploratória, com pesquisa em livros, artigos acadêmicos, periódicos e sites institucionais. Pode ser concluído que a bichectomia é um procedimento cirúrgico estético que é realizado em pouco tempo, com relativa facilidade e com resultados extraordinários para dar ao rosto uma aparência mais delicada, obtendo a harmonia facial buscada. Porém, como em toda cirurgia, é necessário os cuidados para evitar possíveis complicações e intercorrências.

Palavras-chave: Harmonização orofacial. Bichetomia. Bolas de Bichat.

ABSTRACT

Bichectomy is a cosmetic surgery procedure that consists of removing the Bichat balls, located in the cheeks. It consists, therefore, of removing the Bichat balls or fat from the cheek, passing through the inside of the mouth. The bichectomy then allows the emptying of the cheeks, to redraw the reliefs of the face. Thus, in women, the face becomes thinner, more elegant and in men, thinner, therefore, more virile, more prominent, more dynamic and younger. As with any surgical intervention, some precautions need to be taken to avoid possible complications. The objective of this work is to understand the possible complications of bichectomy. An exploratory bibliographic research was carried out, with research in books, academic articles, periodicals and institutional websites. It can be concluded that bichectomy is an aesthetic surgical procedure that is performed in a short time, with relative ease and with extraordinary results to give the face a more delicate appearance, obtaining the desired facial harmony. However, as in all surgery, care is needed to avoid possible complications and interurrences.

Keywords: Orofacial harmonization. Bichotomy. Bichat Balls.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Anatomia dos músculos da face	11
Figura 2 - Localização anatômica do coxim adiposo bucal.....	13

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BFP

Coxim Adiposo Bucal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROPOSIÇÃO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 Anatomia Facial	10
3.2 Coxim adiposo de Bichat - Bichectomia	12
3.2.1 Técnica.....	14
4 DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERENCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A aparência orofacial tornou-se um componente importante dentro da qualidade de vida geral relacionada à saúde e aos conceitos específicos de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O aumento da demanda por tratamentos ortodônticos, protéticos e cosméticos odontológicos sugere que os pacientes considerem essas questões relevantes para seu bem-estar psicológico. Estudos mostram a importância da estética orofacial; incluindo a importância da aparência facial e do perfil do ponto de vista do paciente hispânico/latino. Além disso, a estética orofacial constitui um dos motivos mais comuns para os pacientes procurarem tratamento orofacial, relacionado com auto satisfação do paciente (SIMANCAS-PALLARES, *et al.*, 2018).

Em 1727, Heister descreveu o coxim adiposo bucal (BFP) como uma estrutura anatômica independente da face. Em 1802, Marie François Xavier Bichat, anatomista francesa, descreveu uma massa de gordura encapsulada na face na parte externa do músculo bucinador relatando sua etiologia histológica de um corpo central e 4 extensões: bucal, pterigóide, pterigomaxilar e temporal. O corpo está posicionado centralmente e localizado acima do ducto parotídeo atrás do arco zigomático e é dividido em 3 lobos: anterior, intermediário e posterior, de acordo com a estrutura dos ossos, ligamentos e vasos sanguíneos (BRUCOLI, *et al.*, 2011).

O BFP é uma estrutura com tecido adiposo, e essa membrana é fina em adultos, mas é uma massa proeminente em crianças. O lobo posterior está localizado nos espaços mastigatórios e se estende até a fissura orbitária inferior, circunda o músculo temporal e se estende para baixo até a borda superior do corpo da mandíbula. A função do BFP é proteger as estruturas anatômicas sensíveis ao seu redor, como vasos e nervos de trauma e desempenhar um papel nas funções de mastigação e sucção, especialmente em crianças, evitando o colapso das bochechas durante a amamentação (ZHANG *et al.*, 2002).

Nos últimos anos, o número de procedimentos para remoção de BFP para fins estéticos tem crescido, podendo ser realizados tanto pelo cirurgião plástico quanto pelo dentista. Um paciente candidato a esse tipo de cirurgia geralmente apresenta

circunferência facial excessiva e, em alguns casos, rompe o tecido da mucosa jugal devido às constantes mordidas no mesmo local (FARIA *et al.*, 2018).

A posição anatômica do BFP predominante no terço médio inferior da face permite a manipulação para modificar o contorno facial em procedimentos cirúrgicos estéticos. Assim, existem várias publicações que se referem à remoção e acesso ao coxim adiposo oral para atingir o equilíbrio facial nos casos em que o volume se eleva a uma posição dominante na face. A ressecção intraoral é realizada na maioria deles. Embora tanto a atrofia malar quanto a gordura bucal hipertrofiada possam aparecer de forma independente, há pacientes que apresentam ambos os sinais clínicos. Nesses casos, o contorno facial perde seu contorno oval e a menor espessura da face média domina a área malar, resultando em uma face mal definida (SILVA *et al.*, 2018).

O procedimento é relativamente seguro e pode ser realizado sob anestesia local no consultório. Imagens como ultra-som podem ser usadas para verificar o tamanho do BFP (MOURA *et al.*, 2018). O paciente deve estar sempre informado sobre os riscos e ter acesso ao termo de consentimento, onde todos os riscos e cuidados devem ser explicados detalhadamente. Aplicando os cuidados pós-operatórios com precisão, a sintomatologia se assemelha à extração de um terceiro molar, analgésicos e anti-inflamatórios e, às vezes, antibióticos são prescritos nos primeiros dias (BRUCOLI, *et al.*, 2011).

Como todo procedimento cirúrgico, existe o risco de possíveis complicações, incluindo hematomas, necrose parcial, infecção ou lesão do nervo facial que resulte em paralisia ou parestesia, embolia local, edema e eritema local.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo geral é compreender as possíveis intercorrências da bichectomia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Anatomia Facial

O rosto humano é composto de muitos músculos, vasos, glândulas, tecidos e órgãos. Entre as características mais distintas do rosto humano estão as bochechas. A olho nu, as bochechas aparecem apenas como uma pequena parte do rosto. As bochechas são descritas como a região abaixo dos olhos, mas acima do queixo. As bochechas se estendem entre o nariz e as orelhas. As bochechas são compostas de muitos músculos, almofadas de gordura, glândulas e tecidos. Essa composição complexa permite que os cheques participem da alimentação, da fala e da expressão facial (NGUYEN; DUONG, 2021).

Muitas estruturas ajudam a compor as bochechas. A camada superficial das bochechas é a pele. A pele do rosto é semelhante à maioria da pele do corpo humano. A pele é a primeira linha de defesa do ambiente externo. Como parte do sistema imunológico, as bochechas contêm pelos que ajudam a manter a homeostase e glândulas que fornecem uma defesa antimicrobiana (YOSUF *et al.*, 2010).

Ligeiramente mais profundo para a pele são as almofadas de gordura. As almofadas de gordura contribuem para o contorno e a plenitude das bochechas. A gordura se origina de diferentes regiões do rosto, mas todas se juntam na bochecha. A gordura que dá plenitude à parte superior da bochecha vem dos coxins de gordura infraorbital e orbital lateral. A gordura que contribui para a plenitude da região medial da bochecha vem dos coxins nasolabiais. A área considerada como sendo a bochecha média deriva dos coxins adiposos mediais médio e superficial. A borda inferior da bochecha contém gordura da papada superior. A gordura que compõe a região lateral da bochecha vem da parte distal do coxim adiposo temporal lateral (NGUYEN; DUONG, 2021).

Profundamente às almofadas de gordura estão os músculos. Existem muitos músculos na região da bochecha. O músculo masseter é o maior da região da bochecha. O masseter contribui para a plenitude lateral da bochecha, mas sua função primária é a mastigação. A parte inferior do músculo orbicular do olho contribui para a

parte superior da bochecha. O músculo levantador do lábio superior está na borda lateral do nariz e demarca o contorno medial da região da bochecha. O músculo lateral ao músculo elevador do lábio superior é o elevador do lábio superior e faz parte da região medial da bochecha. O músculo zigomático menor e o músculo zigomático maior contribuem para a região da bochecha média. O zigomático maior também tem alguma fixação na região superior da bochecha. Ligeiramente abaixo dos músculos zigomáticos, o músculo risório e o levantador do ângulo da boca. Esses dois músculos se ligam ao ângulo da boca. Profundamente a todos esses músculos, encontra-se o músculo bucinador. A função do músculo bucinador é segurar o bolo alimentar na boca contra os dentes durante a mastigação (NGUYEN; DUONG, 2021).

Na Figura 01 estão ilustrados os músculos faciais.



Figura 1 - Anatomia dos músculos da face

Fonte: Moore (2014).

3.2 Coxim adiposo de Bichat - Bichectomia

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 a boule 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. 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 (DAVIS; SERRA, 2022).

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 2001 (DUBIN, 1998). 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 *et al.*, 2002).

O coxim adiposo bucal é confinado pelo músculo bucinador medialmente. Lateralmente 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 – Figura 01 (PARK *et al.*, 2019).

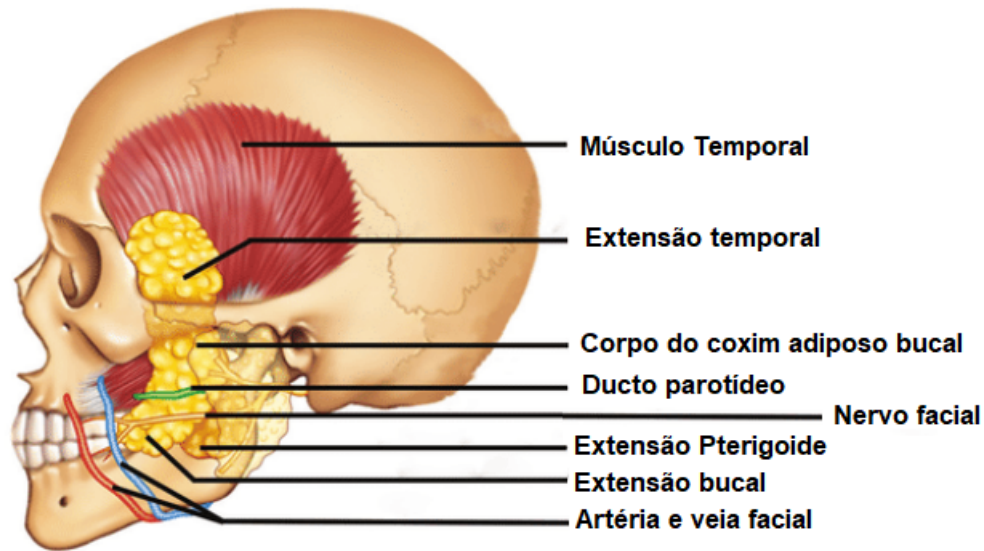


Figura 2 - Localização anatômica do coxim adiposo bucal

Fonte: KIM *et al.* (2017).

O lobo anterior do BFP 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 (DAVIS; SERRA, 2022).

O lobo intermediário situa-se lateralmente ao terço médio da maxila 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 *et al.*, 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. 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. A extensão bucal situa-se inferiormente ao ducto de Stenson, é o processo mais superficial e é a porção removida durante a ressecção do coxim adiposo bucal (STUZIN *et al.*, 1990).

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. 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 latera (DURNEEJ; 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 (STUZIN *et al.*, 1990).

3.2.1 Técnica

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 Stenson, 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 (DAVIS; SERRA, 2022).

O coxim adiposo bucal pode ser acessado inferior ou superior ao ducto de Stenson 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 Stenson. Um retrator de Minnesota é utilizado para retrair a bochecha, e a anestesia local é injetada primeiro na mucosa bucal; o ducto de Stenson é identificado positivamente e uma incisão horizontal rasa de 1,5 cm é feita com uma lâmina de 15 lâminas na mucosa bucal a meio caminho entre o plano oclusal e o ducto de Stenson. 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).

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. Hemostats 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 (DAVIS; SERRA, 2022).

De acordo com 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.

4 DISCUSSÃO

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 BFP 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 (DAVIS; SERRA, 2022).

Apesar da multiplicidade de usos clínicos e estéticos, as indicações cirúrgicas adequadas para a remoção do BFP ainda não foram totalmente descritas na literatura. A remoção do coxim adiposo bucal pode ser considerada para o tratamento da lipodistrofia bucal ou pseudo-herniação do coxim adiposo bucal em qualquer faixa etária. Tem sido afirmado que o candidato ideal para a cirurgia tem ossos malares fortes que são escondidos por bochechas proeminentes dando a impressão de redondeza excessiva da face e uma face de aparência pesada. No entanto, o procedimento é contraindicado em pacientes com ossos malares hipoplásicos, pois pode causar resultados desfavoráveis secundários à hipercorreção. De fato, à medida que o BFP involui com a idade, sua remoção pode acentuar a aparência das papadas baixas e acelerar as deformações faciais comumente associadas ao envelhecimento. Assim, procedimentos adicionais como enxertos de gordura autólogos e injeções de scaffold podem ser necessários para rejuvenescer a face (BEIJAMIN; REISH, 2018).

Em relação à seleção da técnica cirúrgica, existem duas abordagens para a remoção do PBF: 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 (TAPIA *et al.*, 2006). Assim, o método mais seguro é abordar o BFP por meio de incisão intraoral (ENGDAHL, 2012). Esta incisão pode ser realizada ao nível da mordida ou no sulco gengivovestibular 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 (MOURA *et al.*, 2018).

Xu e Yu (2013) demonstraram uma série de casos de retirada de BFP 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.

Uma apresentação de caso no *The Journal of Craniofacial Surgery* discutiu dois casos em que foram encontradas complicações após a remoção do coxim de gordura 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. A paciente apresentou acúmulo de saliva na mucosa bucal devido à obstrução do ducto de Stenson devido a 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 (ALCANTARA *et al.*, 2021).

O segundo relato de caso descreve um paciente que apresentou horas após a remoção do coxim adiposo bucal com dor facial intensa e edema. O paciente também apresentava equimoses importantes das regiões infra e periorbital. A apresentação clínica do paciente foi devido ao sangramento ativo da artéria esfenopalatina, e a compressão e as tentativas de localização e ligadura do vaso foram infrutíferas. O paciente foi transportado de emergência para o centro cirúrgico, onde a equipe de radiologia intervencionista realizou embolização angiográfica. Sangramento grave devido a danos nos vasos durante a remoção do coxim adiposo bucal é uma complicação rara, provavelmente resultante de uma lesão por tração do vaso ou dissecação profunda do espaço oral (DAVIS; SERRA, 2022).

O conhecimento do coxim adiposo bucal e suas estruturas vitais relacionadas são fundamentais para mitigar as complicações associadas à redução do coxim

adiposo bucal. O consentimento informado apropriado é fundamental, mesmo ao demonstrar uma técnica cirúrgica sólida; complicações podem ocorrer devido à íntima associação do coxim adiposo bucal com estruturas vitais.

O objetivo da remoção do coxim adiposo bucal é funcional e estético: diminuir o tamanho da espessura da mucosa jugal evitando mordidas frequentes da região e promover afinamento na porção abaixo do osso zigomático. No entanto, essa cirurgia é controversa para alguns cirurgiões, pois essa região da face costuma perder gordura com o passar da idade e a retirada dessas bolsas de gordura pode levar a uma aparência mais envelhecida. É importante ressaltar que, após anos, o rosto começa a sofrer uma perda de gordura e colágeno naturalmente (THOMAS *et al.*, 2012). Devido a isso, as pessoas que se submetem ao procedimento podem precisar ser preenchidas posteriormente para recuperar uma aparência mais jovem.

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 (YOUSUF *et al.*, 2010). Assim, conforme relatado, a remoção do PBF pode potencializar esses aspectos e resultados.

É imprescindível a realização de uma avaliação clínica minuciosa pelo profissional que irá realizar a cirurgia para que o diagnóstico seja preciso. Explicar ao paciente, o real benefício do procedimento é obrigatório. O conhecimento anatômico é essencial, e o uso da ultrassonografia pode evidenciar o tamanho do coxim adiposo bucal. Deve-se ter cuidado com o uso do exame ultrassonográfico, pois na maioria das vezes, a bola de gordura é difícil de visualizar e não permite determinar seu tamanho e volume.

5 CONCLUSÃO

A bichectomia é um procedimento cirúrgico estético que é realizado em pouco tempo, com relativa facilidade e com resultados extraordinários para dar ao rosto uma aparência mais delicada, obtendo a harmonia facial buscada.

Porém, como em toda cirurgia, é necessário os cuidados para evitar possíveis complicações e intercorrências. As estruturas anatômicas relacionadas ao procedimento cirúrgico da extensão bucal do coxim adiposo bucal são as seguintes: ducto da glândula parótida, nervo facial e seus ramos bucais, artéria facial e seus ramos, veia facial e masseter, músculos bucinadores e zigomáticos maioríssimos. As possíveis complicações decorrentes da intervenção cirúrgica do coxim gorduroso bucal são: lesão dos ramos bucais do nervo facial, hematomas e edemas, infecção, lesão traumática do ducto parotídeo e lesão dos vasos faciais.

REFERENCIAS

ALCANTARA, M. T.; RIBEIRO, N. R.; ABREU, D, F. Complications associated with bichectomy surgery: a literature review. **Minerva Dent Oral Sci.** v.70, n. 4, p.155-160. 2021.

BENJAMIN, M.; REISH, R. G. Buccal fat pad excision: Proceed with caution. **Plast Reconstr Surg Glob Open.** V. 6, n. 1970, 2018.

BRUCOLLI, M.; ARCURI, F.; BORELLO, G.; BENECH, A. Surgical technique of the transoral approach to remove a lipoma of the buccal fat pad. **J Craniofac Surg** 2011; v. 22, n. 6, p. 2415-8. 2011.

DAVIS, B.; SERRA, M. Buccal Fat Pad Reduction. **Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;** 2022 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576413/>. Acesso em: 03 ago. 2022

DUBIN, B.; JACKSON, I. T.; HALIM, A.; et al. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. **Plast Reconstr Surg.** V.83, n. 2, p. 257-64. 1989.

ENGDAHL, R.; NASSIRI, N.; MINA, B.; et al. Superselective microcatheter embolization of hemorrhage after buccal lipectomy. **Aesthetic Plast Surg.** V.36, p. 742–5. 2012.

FARIA, C. A. D. C.; DIAS, R. C. S.; CAMPOS, A. C. et al. Bichectomia e sua contribuição para harmonia facial. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.** V. 33, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/2208/pt-BR/bichectomia-e-sua-contribuicao-para-harmonia-facial>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. **Aesthet Surg J.** V. 26, n. 3, p. 330-6. 2006.

MOURA, L. B.; SPIN, J. R.; SPIN-NETO, R.; PEREIRA-FILHO, V. A. Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: An established technique? **Med Oral Patol Oral Cir Bucal,** v. 23, n. 4, p. e478-84. 2018

NGUYEN, J. D.; DUONG, H. **Anatomy, Head and Neck, Cheeks.** Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546659/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

PARK, J.; CHUN, B. D.; KIM, U. K. 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**. V. 41, n. 1, p. 50, 2019.

SEZGIN, B.; TATAR, S.; BOGE, M. et al. The Excision of the Buccal Fat Pad for Cheek Refinement: Volumetric Considerations. **Aesthet Surg J**, v. 39, n. 6, p. 585-592.

SILVA, R. D.; LEITE, L. D. F.; CAVALCANTE, W. C.; et al. Bichectomy as facial aesthetic procedure: prospective observational study. **J Braz Coll Oral Maxillofac Surg**. V. 5, n. 3, p. 17-23, 2019.

SIMANCAS-PALLARES, M.; JOHN, M. T.; PRODDUTTURU, S.; et al. Development, Validity and Reliability of the Orofacial Esthetic Scale – Spanish Version. **J Prosthodont Res**. V.62, n. 4, p. 456–461. 2018.

STUZIN, J. M.; WAGSTROM, L.; KAWAMOTO, H. K. et al. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. **Plast Reconstr Surg**. V. 85, n. 1, p. 29-37. 1990

TAPIA, A.; RUIZ-DE-ERENCHUN, R.; RENGIFO, M. Combined approach for facial contour restoration: treatment of malar and cheek areas during rhytidectomy. **Plast Reconstr Surg**. V.118, p. 491–7, 2006

THOMAS, M. K.; D’SILVA, J. A.; BOROLE, A. J. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. **Indian J Plast Surg** V.45, n. 1, p.122-7. 2012.

XU, J.; YU, Y. A modified surgical method of lower-face recontouring. **Aesthetic Plast Surg**. V. 37, p. 216–21. 2013.

ZHANG, H. M.; YAN, Y. P.; QI, K. M.; et al. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. **Plast Reconstr Surg**, v. 109, n. 7, p. 2509-18. 2002

YOUSUF, S.; TUBBS, R. S.; WARTMANN, C. T.; et al. A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. **Surg Radiol Anat**. V. 32, p. 427–36. 2010