

FACSETE – Faculdade Sete Lagoas

Carolina Soares do Nascimento Miotto

**REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSEO FACIAL E SUA RELAÇÃO
COM O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FACE**

São José dos Campos

2022

CAROLINA SOARES DO NASCIMENTO MIOTTO

**REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSEO FACIAL E SUA RELAÇÃO COM O
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FACE**

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - Facsete, como requisito parcial a obtenção do título de Especialista em Harmonização Orofacial.

Área de Concentração: Odontologia

Orientador: Profa. Dra Cristiana Tengan

São José dos Campos
2022

Soares do Nascimento Miotto, Carolina

Remoção do corpo adiposo facial e sua relação com o processo de envelhecimento da face - 2022.

25f.

Orientadora: Professora Dra Cristiana Tengan

Monografia (Especialização em Harmonização Orofacial - Faculdade Sete Lagoas - Facsete, 2022.

1: Harmonização, Bichectomia, Envelhecimento da Face.

I. ProfaDra Cristiana Tengan (Orientadora)



Remoção do corpo adiposo facial e sua relação com o processo de envelhecimento da face
de autoria do aluno **Carolina Soares do Nascimento Miotto**

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

São José dos Campos, 31 de Março de 2022.

FaculdadeSeteLagoas-FACSETE
RuaÍtaloPontelo50–35.700-170_SetLagoas,MG Telefone (31)
3773 3268 - www.facsete.edu.br

Resumo

A bichectomia é um procedimento cirúrgico de remoção parcial da bola de Bichat, localizada entre os músculos bucinador e masseter, e tornou-se comum na prática clínica dos cirurgiões-dentistas. A cirurgia pode ser indicada tanto para fins estéticos, quando se deseja alcançar um contorno facial mais harmônico, como para fins funcionais, como nos casos de traumatismos crônicos devido ao mordiscamento das mucosas jugais.

Apesar de sua fama, a bichectomia ainda carrega muitas dúvidas quanto ao envelhecimento facial relacionado à cirurgia.

Tendo em vista o aumento substancial da procura por esse tipo de cirurgia e a literatura escassa acerca dos seus efeitos, este trabalho teve por objetivo levantar na literatura aspectos referentes ao corpo adiposo bucal denominado de Bola de Bichat quanto à anatomia e fisiologia da área e fazer a correlação da sua remoção com o processo de envelhecimento da face.

Palavras-chave: Tecido Adiposo, Bola de Bichat, Corpo Adiposo Facial, Envelhecimento da Face.

Abstract

Bichectomy is a surgical procedure for partial removal of the Bichat ball, located between the buccinator and masseter muscles, and has become common in the clinical practice of dentists. Surgery can be indicated both for aesthetic purposes, when you want to achieve a more harmonious facial contour, and for functional purposes, such as in cases of chronic trauma due to nibbling of the cheek mucosa.

Despite its fame, bichectomy still carries many doubts about facial aging related to surgery.

Considering the substantial increase in demand for this type of surgery and the scarce literature about its effects, this study aimed to raise in the literature aspects related to the buccal adipose body known as Bichat's Ball regarding the anatomy and physiology of the area and the correlation of its removal with the aging process of the face.

Keywords: Adipose Tissue, Bichat Ball, Facial Adipose Body, Facial Aging.

Lista de Figuras

Figura 1 - Anatomia topográfica do corpo adiposo da Bochecha

FIGURA 2: Compartimentos de gordura da face. (Adaptado de Girloff e col's)

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1.ANATOMIA RELACIONADA.....	8
2.2.FISIOLOGIA.....	9
2.3.PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA FACE.....	10
2.3.1. Compartimentos de gordura da face e o processo de envelhecimento.....	11
2.4.DESCRICÃO DA TÉCNICA.....	14
3. DISCUSSÃO.....	17
4. CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

O corpo adiposo bucal está contido em uma área nobre envolta pelos ramos do nervofacial, artéria e veia facial, ducto e glândula salivar, músculos da expressão e da mastigação. Heister (1732) foi o primeiro a citar o corpo adiposo bucal, considerando-o como uma estrutura de natureza glandular e chamando-a de glândulas molares, apenas posteriormente esta estrutura anatômica foi descrita como um tecido adiposo por Marie-François Xavier Bichat (SHOJA et al 2008) (WIJN et al 2009), em 1802, se tornando conhecida como Bola de Bichat, e as suas aplicações clínicas são variadas na área médica e odontológica.

Esta estrutura anatômica preenche o espaço mastigatório, separando os músculos mastigatórios uns dos outros e do ramo mandibular e zigomático, além da sua utilidade em cirurgias estéticas. (MADEIRA 2001) (DUBIN 1989) Tem função mecânica, que serve como um coxim facilitando movimentos musculares, de mastigação e de sucção. De acordo com Stuzin (1990), seu volume total é de aproximadamente 9,6 ml devendo limitar-se a remoção de no máximo 2/3 deste volume. Esta gordura permanece relativamente estável em seu volume durante toda a vida, pois histologicamente, o corpo adiposo é composto do mesmo tipo de gordura de outras partes do corpo, embora não seja consumido em casos de emagrecimento como acontece com as gorduras presentes em outras regiões. (WIJN et al 2009) (STUZIN et al 1989) (MENDES 2016)

É coberto por uma fina cápsula fibrosa que o isola do contato direto com órgãos próximos. Seu desenvolvimento está relacionado primeiramente com os movimentos de sucção do recém nascido e posteriormente com a mastigação. Portanto, pode-se pensar no corpo adiposo da bochecha como sendo uma estrutura deslizante que auxilia nos movimentos da mastigação e também na fala. Também é uma estrutura com função estética bastante evidenciada, responsável pelos contornos faciais. Com o procedimento de remoção parcial do corpo adiposo bucal (no mínimo 40%) é possível alcançar linhas faciais mais suaves e simétricas, um contorno facial quadrado pode transforma-se em contorno facial oval, considerado mais delicado e harmonioso. (DUBIN 1989) (STUZIN et al 1989) (MENDES 2016) (MATARASSO 1991)

O objetivo deste trabalho foi levantar na literatura aspectos referentes ao corpo adiposo bucal quanto à anatomia da área, as aplicações clínicas da referida gordura e relacionar a sua remoção com o processo de envelhecimento da face.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Anatomia Relacionada

Ao descrever o espaço mastigatório como um compartimento facial que abriga os músculos temporal, masséter, pterigoideo lateral e medial, a articulação temporomandibular, o ramo da mandíbula e estruturas neurovasculares, Gaughran (1957), também incluiu o corpo adiposo da bochecha como componente desse espaço, relatando ser uma estrutura composta por um corpo principal, de onde partem quatro extensões: bucal, pterigopalatina, temporal e pterigoide.

O corpo principal encontra-se em profundidade ao longo de toda parte posterior da maxila e das fibras posteriores do bucinador. Segundo os autores, sua maior extensão, a "temporal", passa superiormente sob o arco zigomático para o plano temporal e se divide em duas porções: superficial e profunda. A porção superficial desloca-se entre a fáscia temporal e a superfície do músculo temporal; a profunda é estreita e transpassa entre as fibras do músculo temporal para fixar-se na asa maior do osso esfenóide, na fossa infratemporal. Assim, a extensão temporal profunda é o único processo do corpo adiposo que não pode ser facilmente separado dos tecidos adjacentes.

Ao analisarem 12 cadáveres frescos, Stuzin et al (1989), concluíram que a porção bucal é responsável por proporcionar o volume das bochechas e que ela é a mais larga, atingindo cerca de 30 a 40% do peso total. Sendo mais desenvolvida em lactentes, conferindo assim um contorno arredondado das bochechas.

Por outro lado, ao estudarem 11 crânios conservados em formol, Zhang et al (2001) definiram que o corpo gorduroso poderia ser dividido em 3 lóbulos: anterior, intermediário e posterior. Segundo os autores, cada um destes era encapsulado por uma membrana independente, fixados e nutridos por diferentes ligamentos e artérias. O lobo anterior foi localizado abaixo do zigoma, estendendo para a frente do bucinador, maxila, espaço profundo do músculo elevador do lábio superior e músculo zigomático maior. O lobo intermediário foi localizado na lateral da maxila, entre o lobo posterior e anterior. E o posterior ocupava o espaço

mastigatório e estruturas adjacentes seguindo até a fissura infraorbital e o músculo temporal. (ZHANG et al 2001)



FIGURA 1. Anatomia topográfica do corpo adiposo da Bochecha

Fonte: MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. *A Esthetic Surgery J.* v.26, p.330- 336, 2006.

Em relação às dimensões anatômicas do corpo adiposo da bochecha, Egyedi (1977), ao fazer um relato de 4 casos utilizando tal estrutura para corrigir defeitos nos alvéolos em região posterior de palato, constataram que o volume da estrutura foi de aproximadamente 10 mililitros (mL) e a espessura média de 6 milímetros (mm).

A média de peso encontrada para cada peça foi de 9,3g. Tideman et al. (1995) afirmam que o tamanho desta estrutura é constante em diferentes pessoas com diferentes pesos.

2.2. Fisiologia

Dentre as funções atribuídas ao corpo adiposo da bochecha, estão incluídas: prevenção de pressão negativa em recém-nascidos durante a sucção, separação dos músculos mastigadores entre si e das estruturas ósseas adjacentes, realce do movimento intermuscular e proteção dos feixes neurovasculares. (DEAN ET 2001)

Diversos autores sustentam que a função do corpo adiposo da bochecha é auxiliar no movimento muscular e contribuir para a morfologia externa da face Kennedy (1988). E Stuzin et al (1990) afirmaram que o corpo gorduroso apresenta a função de alinhamento do espaço

mastigatório, separando os músculos entre si, entre o arco zigomático e o ramo da mandíbula. Tostevin et al. (1995), em revisão da literatura, afirmaram que o corpo adiposo da bochecha empurra o músculo bucinador para dentro e forma uma elevação proeminente na superfície externa do rosto. Com isso, a capacidade de sucção do músculo bucinador é aumentada, o que pode impedir o colapso das bochechas durante a sucção.

Zang (2001) em estudo envolvendo a dissecação de cadáveres, observaram que o corpo adiposo da bochecha é responsável por preencher os espaços faciais e proteger e amortecer o complexo neurovascular profundo da face. (ZHANG et al 2001)

2.3. Processo de envelhecimento da Face

O processo de envelhecimento cutâneo compreende a uma série de modificações que atuam em conjunto, resultando em várias alterações na arquitetura facial diminuindo progressivamente a capacidade de homeostase do organismo, resultantes de fatores intrínsecos e extrínsecos.

O envelhecimento intrínseco pode também ser chamado de verdadeiro ou cronológico, sendo aquele já esperado e inevitável. (KEDE; SABATOVITCH, 2009) As alterações desse envelhecimento estão diretamente ligadas ao tempo de vida do ser humano. Ocorre por fatores genéticos e mudanças hormonais (menopausa), gerando atrofia da pele, ressecamento, flacidez, alterações vasculares, rugas e diminuição da espessura da pele. Já o extrínseco pode ser denominado também de fotoenvelhecimento, no qual as alterações surgem em longo prazo e se sobrepõe ao envelhecimento intrínseco.

Alguns fatores que causam o envelhecimento, anatomicamente, são a reabsorção óssea, a perda dos compartimentos de gordura e a fragmentação do Colágeno. Na abertura periforme, a reabsorção óssea provoca abaixamento da ponta do nariz e o sulco nasolabial ganha maior proeminência. Na órbita ocular ocorre a quadralização e conseqüentemente um olho menor na aparência; também muda a curvatura da pálpebra superior lateral e uma maior protusão das bolsas. A maxila perde a projeção do terço médio, retroprojeção e na mandíbula surge um duplo queixo, perdendo o contorno e a hipoplasia do mento com efeito de “sorriso triste e Buldogue”. Na região malar, a reabsorção óssea causa o sulco nasogeniano, popularmente conhecido como bigode Chinês e um aspecto de afundamento e derretimento. (ORTOLAN et al 2013).

2.3.1. Compartimentos de gordura da face e o processo de envelhecimento

A gordura da face está dividida em diferentes compartimentos independentes, limitados por distintas unidades anatômicas e com vascularização própria Coleman et al (2009) descreveram diferentes compartimentos de gordura, subdivididos em regiões: periorbicular, temporal, perioral, terço médio da face, bochecha e mandibular.

A região periorbicular é compartimento de gordura distribuído nas pálpebras superior e inferior. A órbita apresenta perda de volume quase uniforme, sendo mais importante nos compartimentos superiores medial e lateral. A perda de volume na região superior da órbita faz uma deflação dos tecidos em direção à margem ciliar, provocando excesso de pele e aspecto de afundamento. (COLEMAN et al 2009) (GIERLOFF et al 2012) (THOMAS et al 2012)

Na região temporal o volume tem a contribuição do músculo temporal e dos compartimentos de gordura profunda e superficial. No envelhecimento existe atrofia da gordura sobre o processo frontal do osso zigomático e do arco zigomático superior, que podem, assim, tornar-se visíveis. (COLEMAN et al 2009) (GIERLOFF et al 2012) (THOMAS et al 2012)

Na região perioral, que é composta predominantemente pelo músculo orbicular da boca, ocorre relativa ausência de gordura. Geralmente no envelhecimento o lábio superior afina, há menor protrusão dos maxilares e inversão do lábio. O lábio inferior perde a submucosa, sua plenitude, e se inverte. (COLEMAN et al 2009) (GIERLOFF et al 2012) (THOMAS et al 2012)

Na região do terço médio da face ocorre a maior perda de gordura principalmente nas áreas pré-auricular, bucal emalar, levando a convexidades. Nos casos mais graves pode provocar aparência esqueletizada. (COLEMAN et al 2009) (GIERLOFF et al 2012) (THOMAS et al 2012)

Na região maxilar, o ângulo e o corpo da mandíbula, com seus sobrejacentes músculos masseter e platisma, definem a borda inferior da parte inferior do rosto e criam a linha da mandíbula. Com o envelhecimento, podem ocorrer depósitos remanescentes de gordura que descem e deformam a borda da mandíbula, diminuindo a plenitude facial. (COLEMAN et al 2009) (GIERLOFF et al 2012) (THOMAS et al 2012)

Mediante estudo com tomografias empregando contraste em faces de cadáveres, Gierloff et al (2012) propuseram classificação diferente dos compartimentos de gordura aqui citados. Os

compartimentos foram divididos em gordura do terço médio da face constituída por duas camadas (superficial e profunda) e da região paranasal, dividida em três camadas anatomicamente diferentes. (GIERLOFF et al 2012) (Figura 2).

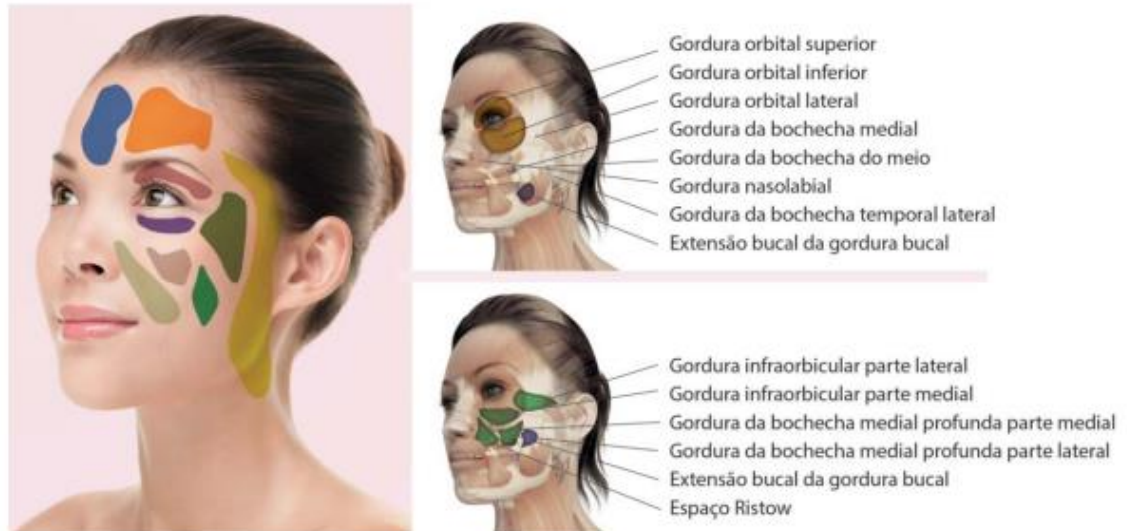


FIGURA 2: Compartimentos de gordura da face. (Adaptado de Girloff e col' s)

A camada superficial é composta por: gordura nasolabial, gordura da bochecha medial e média, compartimento temporofrontal e três compartimentos orbitais. A camada profunda está constituída pela gordura infraorbicular e a gordura da bochecha medial profunda. Três camadas distintas de compartimento de gordura são encontradas na abertura piriforme, onde o compartimento está localizado posterior à parte medial da gordura da bochecha medial profunda. (GIERLOFF et al 2012). O compartimento nasolabial é subcutâneo e oval. Sua borda superior está localizada no contorno inferior da órbita, e sua extensão inferior é adjacente à gordura do mento superior. O compartimento é limitado lateralmente pela gordura malar média e pela gordura infraorbicular. A borda medial é composta pela maxila e pelo compartimento lateral do lábio superior. O compartimento de gordura da bochecha medial está localizado na lateral do compartimento nasolabial. O limite inferior é estabelecido pela gordura do mento e pela extensão bucal da gordura bucal. O compartimento é limitado lateralmente pela gordura da região da bochecha do meio e pelo comportamento orbital lateral. A borda posterior é formada por: músculo orbicular dos olhos, gordura da bochecha medial profunda e coxim da gordura bucal.

O compartimento da bochecha do meio está localizado anteriormente ao compartimento fronto-temporal e lateralmente a uma linha perpendicular à borda orbitária lateral. O limite

anterior é a gordura da região malar e de uma pequena parte da gordura bucal. A borda superior é o compartimento orbital lateral.

O compartimento da gordura da bochecha medial profunda está subdividido em partes medial e lateral. A parte medial está localizada embaixo do compartimento nasolabial, mas se estende mais longe medialmente. Ela não se apoia imediatamente sobre o periósteo da maxila, sendo limitada posteriormente por um pequeno compartimento triangular. A parte lateral está localizada limitando a gordura da bochecha medial superficial.

Seu limite superior é com a gordura infraorbital, o lateral, coma gordura bucal. O compartimento se apoia medialmente na gordura da bochecha medial profunda e lateralmente na maxila.

A gordura infraorbicular se divide em duas; a parte medial está localizada acima do periósteo da maxila, e sua porção inferior, acima da parte lateral da gordura da bochecha medial profunda; sua parte medial da gordura infraorbicular é coberta pela gordura nasolabial e bochecha medial. A parte lateral da gordura infraorbicular é localizada embaixo do compartimento orbital lateral e da gordura da bochecha medial. (GIERLOFF et al 2012)

O compartimento de gordura bucal desempenha papel importante porque sua extensão vai desde o espaço paramaxilar profundo até o plano subcutâneo superficial inferior do osso zigomático. A extensão bucal do compartimento de gordura bucal é considerada parte do lóbulo posterior. No entanto, Gierloff et al (2012) observaram em 29% dos cadáveres analisados que a extensão bucal do coxim de gordura bucal pode ser considerada compartimento distinto, por apresentar sítio anatômico limitado, nesse caso uma terceira camada. Esse compartimento está localizado inferiormente ao osso zigomático e anterior ao ramo da mandíbula ao redor do músculo masseter. Só uma pequena porção do compartimento é localizada no espaço paramaxilar. A extensão subcutânea desse compartimento confina a gordura da bochecha medial, medial profunda e central, infraorbicular, do mento e do espaço do pré-masseter, podendo estar relacionada com a sustentação de todos esses compartimentos de gordura. (PESSA; ROHRICH 2011)

A região orbital é dividida em compartimentos superior, inferior e lateral. O compartimento de gordura orbital inferior está localizado no subcutâneo, embaixo da metade do osso da órbita e a borda inferior segue este mesmo curso inferior. limite do compartimento inferior é a gordura da bochecha medial, central, infraorbicular e nasolabial. O compartimento da gordura orbital

superior está localizado imediatamente em baixo da pele da pálpebra superior. A borda superior segue o curso do osso orbital, e a parte lateral está localizada na lateral do osso orbital. A borda inferior da gordura orbital lateral é a gordura da bochecha medial. No compartimento orbital lateral a borda superior está localizado em linha virtual entre o contorno orbital superior e a articulação temporomandibular. A porção inferior do compartimento se sobrepõe à parte lateral da gordura sub-orbicular. A gordura orbital lateral se limita lateralmente com a bochecha da gordura temporal. (GIERLOFF et al 2012)

Alterações relacionadas com a diminuição do volume, atrofia e migração para regiões inferiores da face desses compartimentos de gordura provavelmente constituem os principais fatores das mudanças estruturais da face pertinentes ao processo do envelhecimento.

2.4. Descrição da técnica

Tideman et al (1986) foram os primeiros a relatar a técnica cirúrgica propriamente dita, faziam uma incisão horizontal intra-bucal na região do terceiro molar superior. Já a remoção para Nicolich et al. (1997) é realizada através de uma incisão de 2cm na região da mucosa jugal, na altura dos segundos pré-molares, em seguida inserese a tesoura metzenbaum e inicia a divulsão no sentido súpero-posterior. Com o auxílio de uma pressão aplicada externamente à bochecha, a bola de bichat surge na cavidade oral envolto por uma cápsula fina e coloração brilhante, onde é gentilmente tracionado em quantidade suficiente para remoção. A cavidade é tamponada com gaze seca, que é removida ao fim da intervenção. Stajcic (1992) afirma que as suturas são feitas livres de tensão, bem como deve ser recomendada dieta líquida/pastosa, nos primeiros dois dias.

Matarasso (1991), apresentou uma série de casos onde foi removido o corpo adiposo bucal e apresentado a alteração do contorno facial. Para a remoção o autor descreve a técnica cirúrgica seguinte. Para anestesia propôs infiltração de solução de cloridrato lidocaína e epinefrina em fundo de sulco gengivo-bucal entre o primeiro e o segundo molar. Nesta posição, identificar a papila do ducto parotídeo que está superior e aproximadamente 1 cm lateral ao campo operatório. Uma incisão de 2,5cm é realizada então, 1cm abaixo e lateral a papila do ducto. As fibras do músculo bucinador serão expostas e divulsionadas por instrumento sem ponta cortante, a gordura será exposta e a membrana que a recobre penetrada. Pressão externa

na face abaixo do arco zigomático é aplicada e o corpo adiposo bucal extraído. Somente a gordura deve ser removida para evitar injúrias as estruturas circundantes. Normalmente um volume de 4 a 6 gramas é removido em ambos os lados. Os candidatos ideais para a lipectomia bucal são os que tem ossos da bochecha proeminentes e mandíbula bem definida com bochechas cheias devido ao excesso de gordura. (MATARASSO 1991)

As vantagens do seu uso são várias, entre elas, procedimento simples e rápido, mínima incidência de falha; realizado sob anestesia local; sem cicatrizes visíveis; baixa morbidade. Como desvantagens, uma única utilização do tecido; possibilidade de trismo no pós-operatório; limitação para defeitos pequenos e médios. Dirigindo-se à bola de Bichat, baseando-se no conhecimento anatômico que deve ter o cirurgião, daí define-se o caminho direto e preciso para remoção cirúrgica. A experiência clínica reproduz resultados estéticos surpreendentes alcançados nos contornos faciais (NICOLICH, 1997)

Como acontece após qualquer procedimento cirúrgico, o paciente provavelmente, sentirá um pouco de dor, hematoma e edema, que normalmente desaparecem dentro de poucas semanas. Se as suturas forem não-absorvíveis podem ser removidas em sete a dez dias. Provavelmente o paciente vai sentir-se bem o suficiente para retornar ao trabalho no prazo de uma semana. No entanto, deve evitar atividades pesadas. Normalmente, começam a notar-se os resultados logo após o procedimento e estes vão tornar-se ainda mais evidentes em duas a três semanas, assim que os hematomas e o edema continuarem a desaparecer (NUNES 2010).

O edema facial e o trismo cirúrgicos, de acordo com o estudo de Souza et al. (1988) 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. Trabalhos demonstram o aumento do compartimento extracelular do organismo no pós operatório (GONÇALVES et al 1973).

Trismo é a incapacidade de abrir a boca. A abertura normalmente varia de 40 a 60mm. Uma abertura menor que 36 mm pode ser descrita como limite ou trismo, já o trismo severo a reduz para menos de 10 mm. 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 (MYER, 1999).

Para Rapidis et al. (2000) o sucesso cirúrgico é garantido. Portanto, tendo em vista a variedade que pode ser feita com o uso desta peça anatômica o conhecimento por completo desta, em muito auxiliará os profissionais das áreas de anatomia humana, cirurgia e traumatologia buco maxilo facial, cirurgiões plásticos e cirurgiões de cabeça e pescoço na elucidação de um diagnóstico preciso e na segurança das intervenções realizadas nesta região. (RAPIDIS et al. 2000)

3. DISCUSSÃO

Anatomicamente, o contorno da face inferior é composto por quatro elementos: bola gordurosa de Bichat, músculo masseter, osso mandibular e a gordura subcutânea. Assim, a bola gordurosa de Bichat tem um papel importante na estética facial. Se a extensão bucal for excessiva, os pacientes podem se queixar de rosto arredondado, bochechas excessivas ou “rostos de bebês”. Portanto, a remoção da bola gordurosa de Bichat, “Lipectomia bucal parcial” é apresentada como uma técnica para esculpir os ângulos faciais e melhorar a estética

O procedimento está relacionado ao conceito de “triângulo invertido” da juventude” que pode aumentar a beleza. Este conceito é definido por uma aparência facial angular resultante de uma face mais magra e com região malar alta, conferindo uma proeminência ou luminescência na região malar, além de estar intimamente relacionado com o espaço mastigatório. (THOMAS et al 2011)

Em relação à estética, a plenitude do lobo anterior da almofada de gordura bucal, conforme destacado por Yousif et al. (1994), podem causar aprofundamento da prega nasolabial e relaxamento dos músculos miméticos, ambos associados ao envelhecimento. Além disso, a plenitude bucal sempre foi explicada pela protrusão anteroinferior da almofada de gordura bucal. (MATARASSO 1991) Entretanto, outras causas dessa plenitude incluem relaxamento dos músculos miméticos, desenvolvimento ligamentar deficiente e ruptura da cápsula da almofada de gordura bucal (ZHANG et al 2002). Além disso, esses fatores aumentam a chance de prolapso da gordura de Bichat na cavidade oral.

Para alcançar a tão desejada beleza dos padrões de agradabilidade e atratividade facial julgados subjetivamente por cada profissional, muitos pacientes recorrem à bichectomia. Os estudos de Silva et al (2019) e Tarallo e tal (2018) reportaram os resultados e o grau de satisfação dos pacientes com o procedimento realizado. Relataram ainda que para alcançar o efeito estético desejado, o profissional deve recorrer ao estudo minucioso, não apenas com uma avaliação clínica, mas também, cercar-se de recursos auxiliares de diagnóstico como imagens por ressonância magnética.

É imperioso ressaltar ainda, que com o tempo a bola de Bichat gradualmente perde volume, o que levaria a uma face envelhecida com a necessidade de usar preenchimentos ou implantes a fim de dar uma aparência de plenitude facial e jovialidade.

Estudos recentes, ponderam que apesar da multiplicidade de usos clínicos e estéticos, as indicações corretas para a remoção da gordura de Bichat ainda não foram totalmente elucidadas. De fato, a gordura de Bichat involui com a idade e sua remoção pode levar a um afinamento excessivo da face que pode falhar em proporcionar uma aparência jovem, especialmente considerando que o uso de enxerto de gordura é atualmente um dos procedimentos mais comuns para rejuvenescimento facial. (TARALLO et al 2018)

A literatura não é unânime em relação a indicação da bichectomia em todas as idades. Alguns profissionais realizam o procedimento a fim de esculpir os ângulos faciais para alcançar o triângulo invertido da juventude. Na outra extremidade tem-se o uso de preenchimentos e implantes para pacientes que desejam adicionar contorno e projeção, ou seja, volume, em áreas atróficas devido ao envelhecimento normal da face. A dúvida iminente é: para que retirar a gordura de Bichat se com o envelhecimento precisa-se de volume? Matarasso (1991) relata que existe uma fraca relação entre gordura corporal e tamanho da bola de Bichat, e mesmo com o envelhecimento e a perda característica de gordura, a bola de Bichat permanece em um tamanho relativamente fixo, demonstrando resistência a lipólise. No entanto, é importante destacar que há falta de conhecimento em relação aos efeitos em longo prazo do procedimento e seu papel no envelhecimento facial. (TAPIA et al 2006)

Uma avaliação global do tecido mole do paciente de frente e perfil é essencial para que se tenha um entendimento amplo das características estéticas e de quais indicações seriam necessárias para ele a fim de obter sucesso em procedimentos estéticos tanto bichectomia como preenchimentos.

4. CONCLUSÃO

As mudanças estruturais decorrentes do processo de envelhecimento da face estão relacionadas com ação muscular, flacidez da pele, perda da sustentação óssea e diminuição do volume dos compartimentos de gordura faciais, que, com o passar dos anos, geram alterações em seu contorno, porém em nenhum dos artigos revisados foi constatada a correlação do corpo adiposo facial com a sustentação e preenchimento da face.

Sendo assim, com base nos aspectos avaliados na literatura, pode-se concluir que o terço médio da face após a remoção da gordura da bola de Bichat, além de trazer um conforto emocional aos pacientes, ressalta a estrutura da maçã do rosto e deixa mais delineada a borda mandibular. O ato cirúrgico é relativamente simples e de fácil realização, pois o cirurgião dentista tem amplo conhecimento da anatomia na região onde se encontra encapsulada a gordura. Mas mesmo assim, o planejamento cirúrgico é de suma importância para um resultado satisfatório, no qual o paciente deve estar ciente quanto ao resultado a ser alcançado. Em razão do prognóstico, ainda há escassez de estudos na literatura a serem realizados a longo prazo.

REFERÊNCIAS

COLEMAN SR, GROVER R. **A anatomia da face envelhecida: perda de volume e alterações na topografia tridimensional.** Aesthetic Surgery Journal. 2006;26(1S): S4-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19338976/>. Acesso em 13.mar.2022.

COLEMAN SR, SABOEIRO A, SENGELMANN R. **Uma comparação entre lipoatrofia e envelhecimento: déficits de volume na face.** Aesthetic Surgery Journal 2009;33(1):14-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18987910/>. Acesso em 10.mar.2022.

DUBIN B, JACKSON IT, HALIM A, TRIPLETT WW, FERREIRA M. **Anatomia do coxim adiposo bucal e seu significado clínico.** Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 1989; 83(2):257-262. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2911625/>. Acesso em 26.fev.2022.

EGYEDI, P. **Utilização do coxim adiposo bucal para fechamento das comunicações oro-antral e/ou oro-nasal.** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. V.05, n. 04, p. 241-244, 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/338848/>. Acesso em 30.jan.2022.

GIERLOFF M, STÖHRING C, BUDER T, GASSLING V, AÇIL Y, WILTFANG J. **Alterações do envelhecimento dos compartimentos de gordura da face média: um estudo tomográfico computadorizado** PlastReonstrSurg. 2012 129(1): 263-273. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21915077/>. Acesso em 10.mar.2022.

GONÇALVES ARQ, TEIXEIRA MS, MATTOS FR, BARROS MB, MOTTA SHG. **Comportamento biomecânico de implantes de hexágono interno e externo.** Revista Gaúcha de Odontologia. 2010;58(3):327-332. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1981-86372010000300008&script=sci_abstract. Acesso em 10.mar.2022.

KEDE, MARIA PAULINA VILLAREJO; SABATOVITCH, Oleg. *Dermatologia Estética*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MADEIRA, M. C. **Anatomia da Face: Bases Anátomo-funcionais para a prática odontológica**, 3.ed., São Paulo: Sarvier. 2001; p. 84- 85.

MATARASSO A. **Excisão do coxim adiposo bucal: melhora do terço estético médio da face**. *Annals of Plastic Surgery Journal*. 1991; 26(5):413–8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1952712/>. Acesso em 03.mar.2022.

MATARASSO A. **Excisão do coxim adiposo bucal: melhora estética do terço médio da face**. *Annals of Plastic Surgery Journal*. 1991; 26(5):413-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1952712/>. Acesso em 10.fev.2022.

MENDES L.F. **Reparos anatômicos para cirurgia de bichectomia**. *Official Journal of the 6º Congresso da FOA – UNESP 2016*; 5(1): 17-369. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1683>. Acesso em 10.fev.2022.

MYER, L. **Trismo: o que é, o que causa e como tratá-lo**. *Dent Today Journal*., v. 18, n. 6, p. 74-7, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10765845/>. Acesso em 10.mar.2022.

NICOLICH, F.; MONTENEGRO, C. **Extracción de la bola de Bichat. Una operación simple con sorprendentes resultados**. *Folia Dermatológica Peruana*, v. 8, n. 1, Mar. 1997. Disponível em: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol8_n1/extracci%C3%B3n.htm. Acesso em 03.mar.2022.

NUNES, M. S. A. **Medicina estética facial: onde a arte e a ciência se conjugam**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade Beira Interior – Covilhã – Portugal. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Medicina-est%C3%A9tica-facial-%3A-onde->

a-arte-e-a-ci%C3%AAncia-Nunes/a09d1e6f92bc38226cb18b8cb5c77c7a17d9a197.
Acesso em 03.mar.2022.

ORTOLAN, MORGANA; CLÁUDIA APARECIDA BERGAMO ET AL.
Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. Rev. bras. cir. plást, v. 28, n. 1, p.41-48, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-687346>. Acesso em 10.mar.2022.

PESSA JE, ROHRICH RJ. **Discussão: Alterações do envelhecimento dos compartimentos de gordura médio-faciais: um estudo tomográfico computadorizado.** Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2011;129(1):274-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22186516/>. Acesso em 13.mar.2022.

RAPIDIS, A. D. et al. **O uso do coxim adiposo bucal para reconstrução de defeitos orais: revisão da literatura e relato de 15 casos.** J Oral MaxillofacSurg., p. 158, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10670594/>. Acesso em 10.mar.2022.

SHOJA MM, ET AL. MARIE-FRANÇOIS XAVIER **Bichat e suas contribuições para os fundamentos da anatomia patológica e da medicina moderna.** Ann Anat Journal. 2008; 190(5):413- 20. Disponivel em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0940960208000976>. Acesso em: 10.fev.2022.

SOUZA, J. A.; CHAMI, S. A; BRUSSASCO, V. **Dexametasona no controle do edema pós operatório.** Revista Gaúcha de Odontologia, v. 36, n. 2, mar./abr. 1988. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-854522>. Acesso em 03.mar.2022.

STUZIN JM, WAGSTROM L, KAWAMOTO HK. **Anatomia do ramo frontal do nervo facial: o significado do coxim adiposo temporal.** Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 1989; Feb;83(2):265-71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2911626/>. Acesso em 26.fev.2022.

TAPIA, A.; RUIZ-DE-ERENCHUN. R.; RENGIFO, M. **Abordagem combinada para restauração do contorno facial: tratamento das áreas malar e bochecha durante ritidoplastia** Plastic and Reconstructive Surgery Journal Academic, v.118, n.2, p.491-497, 2006. Doi: 10.1097/01. Prs.0000235265.26138.66. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16874222/>. Acesso em 10.mar.2022.

TARALLO, M. ET AL. **Significado clínico da gordura bucal: como determinar as indicações cirúrgicas corretas com base na análise pré-operatória.** International Journal of Surgery., v.5, n.4, p.1192-1194, 2018. doi: 10.18203/2349-2902.isj20181100. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323975532_Clinical_significance_of_the_buccal_fat_pad_how_to_determine_the_correct_surgical_indications_based_on_preoperative_analysis. Acesso em 26.fev.2022.

THOMAS, M.K.; D'SILVA, J.A.; BOROLE, A.J. **Escultura facial: abordagem abrangente para correção estética do rosto redondo.** Indian Journal of Plastic Surgery. V.45, n.1, p.122-7, 2012. doi: 10.4103/0970-0358.96608. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754167/>. Acesso em 26.fev.2022.

TIDEMAN H, BOSANQUET A, SCOTT J. **Uso do coxim adiposo bucal como enxerto pediculado.** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1986; 44 (6):435–440. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3457926/>. Acesso em 30.jan.2022.

WIJN RS, VAN DER HEIJDEN EP, KON M. **Sobre lipoma da gordura bucal: relato de dois casos e revisão da literatura.** Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2009; 62(1):28-35. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1748681507006195>. Acesso em: 26.fev.2022.

ZHANG HM et al. **Estrutura anatômica do coxim adiposo bucal e suas adaptações clínicas** Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2001; 109(7):2509-18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12045584/>. Acesso em 03.fev.2022.