

FACSETE

THIAGO HENRIQUE RAFAEL VIEIRA

BICHECTOMIA: REVISÃO DE LITERATURA

SÃO JOSE DO RIO PRETO

2021

THIAGO HENRIQUE RAFAEL VIEIRA

BICHECTOMIA: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Latu Sensuda* FACSETE como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Harmonização Orofacial.

Área de concentração: Harmonização Orofacial

Orientador: Gustavo Lopes Toledo Neto

SÃO JOSE DO RIO PRETO

2021

Vieira, Thiago Henrique Rafael
Bichectomia: Revisão de Literatura./ Thiago Henrique
Rafael Vieira – 2021.
39 f.; il

Orientadora: Eretuza
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de
Sete Lagoas, 2021

1. Bichectomia. 2. Harmonização. 3. bola de bichat
I. Título
II. Gustavo Lopes Toledo Neto

FACSETE

Monografia intitulada “**Bichectomia: Revisão de Literatura**” de autoria do aluno Thiago Henrique Rafael Vieira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovada em 19/11/2021 pela banca constituída dos seguintes professores:

Gustavo Lopes Toledo
FACSETE - Orientador

João Lopes Toledo Neto
FACSETE

Marco Antonio Braite
FACSETE

São Jose do Rio Preto, 19 de novembro de 2021.

Este trabalho é dedicado,a toda minha família, meus professores, amigos e principalmente a Deus por ter sempre me colocado no caminho certo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a DEUS, fonte de vida e libertação, por ter me dado saúde, sabedoria e força para superar as dificuldades e obstáculos que enfrentamos a cada dia.

A todos da minha família que, de alguma forma, incentivaram-me na constante busca pelo conhecimento. Em especial aos meus pais Diogo e Maria Helena, por me apresentar a simplicidade e o gosto pela vida, inculcando valores sem os quais jamais teria me tornado pessoa, buscando de fato todos os dias, ser mais humano.

Aos meus irmãos Alex Sandro e Ana Paola, que são grande parte da minha fonte de forças nesta longa trajetória de vida, permanecendo sempre presentes na partilha de minhas conquistas e frustrações.

A Joyce, que adentrou em minha vida e me faz crescer como homem, como pessoa, que dentre suas possibilidades me fez enxergar um mundo novo. Espero tê-la sempre perto de mim, pois ao seu lado não sei o que não pode ser melhor. A você, o meu muito obrigado, mesmo ciente de que quaisquer que sejam as palavras, jamais conseguirão expressar toda a minha admiração por ti.

A escola, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao curso de Especialização de Harmonização Orofacial, que fizeram parte diretamente desta minha trajetória, pelos ensinamentos que instigaram minhas reflexões e utopias a respeito da HOF, sobretudo, não abandonar o pensamento reflexivo e contestador.

Aos meus amigos, com os quais pude desfrutar momentos de descontração, aprendizado, motivação e amizade. Obrigada por torcerem por mim e me incentivarem não só na vida profissional, mas em todos os assuntos.

“A humildade é o primeiro degrau para a sabedoria.”
São Tomás de Aquino

“A simplicidade é o último grau de sofisticação.”
Leonardo da Vinci

RESUMO

Bichectomia é um procedimento cirúrgico, intraoral, que consiste na ressecção parcial do corpo adiposo de Bichat (Bola de Bichat). A técnica cirúrgica é relativamente simples e rápida, mas pode apresentar complicações pós-operatórias complexas. A cirurgia pode ser realizada por cirurgiões-dentistas ou cirurgiões plásticos para fins funcionais e estéticos. Nos casos funcionais, o procedimento é realizado em pacientes com volume de gordura aumentado na região da mucosa jugal (Bola de Bichat), e que a mordem frequentemente, resultando em lesões traumáticas. Nos casos estéticos, o procedimento é realizado para melhorar o contorno facial, afinar o rosto e promover harmonia facial. A Bola de Bichat é histologicamente similar à gordura encontrada em outras partes do corpo, contudo, essa estrutura não é consumida em casos de emagrecimento como ocorre com a gordura localizada em outras regiões.

PALAVRAS CHAVES: bichectomia, bola de bichat, harmonização orofacial, bochecha, corpo adiposo

ABSTRACT

Bichectomy is a surgical procedure, intraoral, which consists of the partial resection of the body fat of Bichat (Ball of Bichat). The surgical technique is relatively simple and quick, but it can present complex postoperative complications. Surgery can be performed by dentists or plastic surgeons for functional and aesthetic purposes. In functional cases, the procedure is performed in patients with increased fat volume in the region of the buccal mucosa (Bichat's Ball), and who bite it frequently, resulting in traumatic injuries. In esthetic cases, the procedure is performed to improve the facial contour, thin the face and promote facial harmony. Bichat Ball is histologically similar to the fat found in other parts of the body, however, this structure is not consumed in cases of weight loss as occurs with fat located in other regions.

KEYWORDS: bichectomy, bichat ball, orofacial harmonization, cheek, fat body

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Corpo Adiposo da Bochecha	14
Figura 2- Localização anatômica do corpo adiposo da bochecha	15
Figura 3. Representação esquemática do ducto parotídeo	22
Figura 4. Esquema da Bola de Bichat após divisão da capsula fibrosa conjuntiva.....	22
Figura 5. Desenho mostrando apreensão com pinça de Adson (na ponta da gordura) e pinça hemostática Kelly curva 14 centímetros (na sua base).....	23
Figura 6. Bichectomia.....	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO	13
3. CONCLUSÃO	33
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o aumento do acesso aos meios de comunicação, os conceitos de beleza têm se voltado cada vez mais pela busca de uma face com contorno mais enxuto, com observação máxima na região malar formando a base do triângulo invertido da juventude. (THOMAS, M.K *et al.*; 2012)

A cirurgia de bichectomia enquadra-se nesta temática e apresenta-se como um recurso terapêutico de interesse crescente na área cirúrgica de cabeça e pescoço. Consiste na remoção do Corpo Adiposo da Bochecha (ou bola de Bichat) e tem sido um sucesso no âmbito das intervenções cirúrgicas orais, visto que contribui, de fato, para a melhoria estética da face, bem como para a harmonia do sorriso. Adicionalmente, o Corpo Adiposo da Bochecha (CAB), ou Bola de Bichat tem sido utilizado com o intuito de reconstruir defeitos maxilares na área pré-molar à tuberosidade da maxila e defeitos no palato duro e mole até ao rebordo alveolar, bochecha e fossa tonsilar/amigdalina (Bernardino Júnior *et al.*; 2008).

Bichectomia ou Bichatectomia é um procedimento cirúrgico que tem como objetivo a ressecção parcial do corpo adiposo de Bichat, ou seja, a remoção da bola de Bichat, que corresponde a aproximadamente 40% do volume dessa estrutura. O procedimento gera redução no volume do terço médio da face, o que pode melhorar a condição funcional dos pacientes operados, além de promover estética facial. O corpo adiposo de Bichat foi descrito em 1802 por Marie François Xavier Bichat, anatomista, médico e biólogo. (Shoja MM *et al.*; 2008)

A Bola de Gordura Bichat está relacionada com os músculos da mastigação e posicionada entre a região anterior do músculo masséter e bucinador, onde acomoda um espaço de atrição chamado Sissarcose, fisiologicamente necessário durante o período de amamentação. A BGB também está ligada com o ramo bucal e zigomático do nervo facial, sendo necessário ter muita cautela com o manejo cirúrgico para evitar uma paralisia facial. (SANGALETTE ET ALL, 2017).

Atualmente, a técnica cirúrgica de bichectomia tem sido amplamente indicada para fins estéticos, tornando-se uma tendência mundial, principalmente entre as mulheres. Segundo dados da ISAPS de 2015, o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. (Pary A *et al.*; 2016)

2. DESENVOLVIMENTO

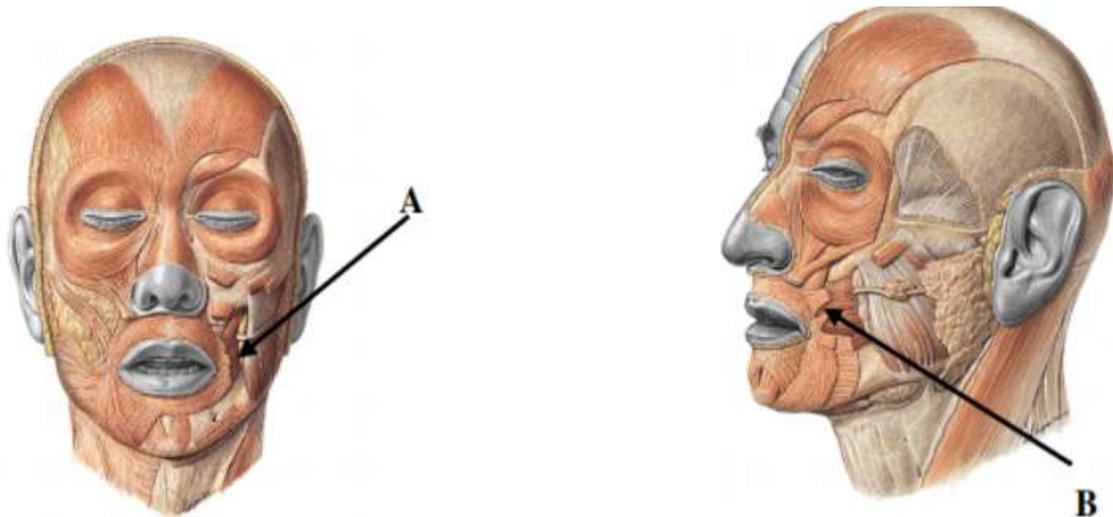
Stevao, 2015 concluiu que a cirurgia de bichectomia é geralmente indicada para pacientes saudáveis que desejam essencialmente, ter um formato facial mais definido ou melhorar a sua função mastigatória, particularmente no âmbito de pacientes que traumatizam a face interna das bochechas a quando da mastigação.

Surek, C. C 2020 relatou que dentro da bochecha, entre os músculos Masseter e o Bucinador, está uma almofada biconvexa de tecido adiposo, o corpo adiposo oral ou corpo adiposo oral de Bichat. Este foi descrito pela primeira vez em 1732 por Heister, que a considerou uma glândula e a denominou glândula molar.

Matarasso, A. 2006 afirmou que os músculos mastigadores, especificamente temporal e pterigoideo, são separados um do outro por amplos espaços preenchidos com tecido adiposo: este é o corpo adiposo mastigatório, que é distinto da gordura subcutânea. Consiste num corpo, apoiado no periósteo maxilar e nas fibras superiores do bucinador, a partir do qual se estendem quatro processos: pterigopalatino, temporal, pterigóide e oral. O processo oral da camada de gordura oral estende-se por uma haste da extremidade anterior do corpo adiposo mastigatório.

Madeira, M. C. 2001 confirmou que o peso médio do CAB é de cerca de 9,3 gramas, apresentando um volume de 9,6 mililitros sendo que o seu tamanho, se mantém igual em vários indivíduos com pesos diferentes. Contudo, em estudos mais recentes, constatou-se que o CAB é muito bem desenvolvido ao longo dos primeiros anos de vida do indivíduo, devido, essencialmente, ao ato de sucção do mamilo durante o período da amamentação. Apesar de ter sido Heister o primeiro a mencionar o CAB, definindo-o como sendo uma estrutura glandular e atribuindo-lhe a designação de glândulas molares, foi Bichat (1802) quem verdadeiramente reconheceu a sua morfologia.

Sicher, H *et al.*; 1981 relatou que o CAB consiste numa massa esférica de gordura que se encontra encapsulada por uma camada fina de tecido conjuntivo, situando-se no exterior do músculo bucinador e na frente da margem anterior do músculo masseter. O CAB também se estende para cima e para trás, invadindo, portanto, a fossa infratemporal e relacionando-se com a maxila, com os músculos temporais e com os músculos pterigóides. A nível superficial, situa-se na fáscia que cobre o músculo bucinador, conferindo o contorno arredondado às bochechas, especialmente nos lactentes.



(A) Vista frontal do CAB em dimensões normais. (B) Vista lateral do CAB.
Figura 1 - Corpo Adiposo da Bochecha (Bernardino Júnior *et al.*; 2008)

Yousuf *et al.*; 2010 conclui que o corpo adiposo oral sobressai na frente do bordo anterior do masseter. Daqui estende-se medialmente ao ducto parotídeo, e repousa sobre a fáscia bucofaríngea, que cobre a superfície externa do Bucinador. À medida que o ducto parotídeo gira medialmente, ele é frequentemente posicionado num sulco da camada protuberante de gordura. Anteriormente, o corpo adiposo é anexado às fibras musculares do bucinador. O limite caudal é a área retromolar da mandíbula. A almofada é coberta externamente pela fáscia superficial da face e pelo músculo zigomático.

Tostevin, P. M. J *et al.*; 1995 disseram que o seu volume estimado é de 10 ml, com volume médio do corpo adiposo oral em homens de 10,2 ml (7,8-11,2), enquanto no sexo feminino o volume médio é de 8,9 ml (7,2-10,8). Além disso, a espessura média do corpo adiposo oral era de 6 mm, com um peso médio de 4 a 5g de cada lado. Pode ser espalhado com uma espessura média de 6 mm para cobrir uma área de 10 cm mas há uma grande variação em sua extensão, tanto entre indivíduos como entre os lados direito e esquerdo no mesmo indivíduo. O corpo adiposo oral é formado por um corpo e quatro extensões: oral, pterigoide, superficial e temporal profunda.

Matarasso, 2019 verificou que o volume médio de gordura de 4 a 5 g é importante para distinguir a camada de gordura da patologia da glândula salivar, daí a importância de correlacionar clinicamente o que o cirurgião gostaria que fosse avaliado em conjunto com um radiologista experiente nessa área.

Batra *et al.*; 2010, concluíram que a natureza da BB difere do tecido adiposo subcutâneo, sendo similar á gordura do olho, ou seja, independente do peso e da distribuição de gordura do indivíduo, o seu tamanho se mantém constante. Sua principal função é oferecer uma superfície para os músculos deslizarem durante a mastigação. Todavia, após o nascimento, os músculos bucais para sucção são relativamente mais bem desenvolvidos do que os de mastigação, fazendo supor que a BB possa também atuar como uma estrutura que previne o colapso das bochechas.

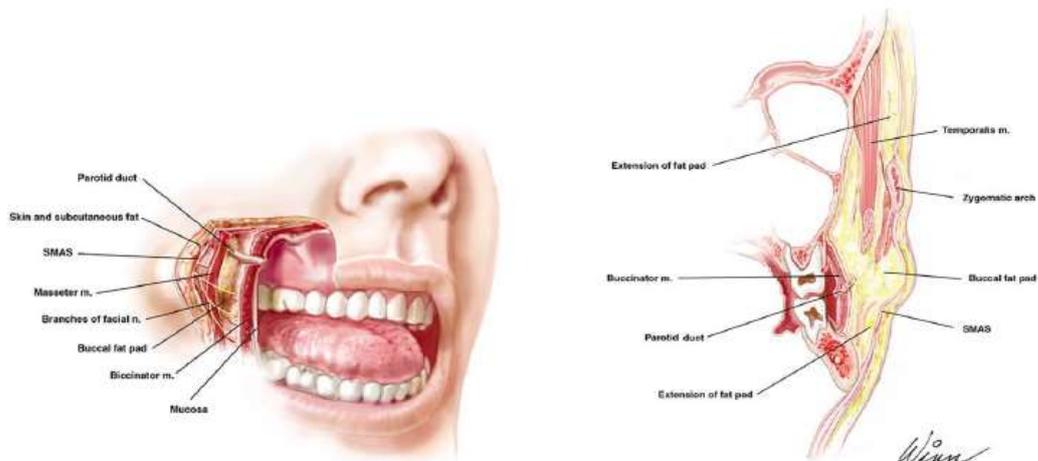


Figura 2- Localização anatômica do corpo adiposo da bochecha

Fonte: Matarasso, A. Managing the buccal fat pad. *Aesthet Surg J.* 2006; 26 (3): 330-6

Dubin *et al.*; 1989 notou que o tecido adiposo da cavidade oral diferencia-se durante o primeiro trimestre de vida intrauterina, entre as semanas 14 a 16, aumentando de tamanho até semana 29. O corpo adiposo é bem desenvolvido no feto prematuro e é um dos primeiros locais de deposição adiposa fetal bem desenvolvida. Bebês prematuros apresentam reservas de tecido adiposo semelhantes às das mães, contudo, durante o terceiro trimestre de gravidez, ocorre acentuadas alterações na composição de ácidos gordos na camada de gordura oral comparado com o da mãe, e essas diferenças são consistente com a lipogénese resultante de uma dieta rica em carboidratos, ocorrendo um grande aumento (12 vezes) na gordura corporal durante o ultimo trimestre.

Montero *et al.*; 2018 disse que o conhecimento da anatomia circundante do corpo adiposo de Bichat, bem como as suas aplicações clínicas, é essencial para indicar e realizar com segurança a sua remoção. Esta cirurgia é indicada não apenas para fins estéticos, mas também por razões funcionais. Quando usada

adequadamente, a camada de gordura de Bichat é composta por células-tronco com fenótipo semelhante às células-tronco adiposas, úteis no tratamento de patologias e / ou complicações, como perfuração da membrana do seio maxilar, comunicação oroantral ou oronasal, peri-implantite, úlceras, fibrose da mucosa oral, reconstrução de tecidos moles, entre outros. Devido à sua localização, é propenso a sofrer patologias clinicamente significativas, além de traumas constantes. Neste relato de caso, duas doentes do sexo feminino (20 e 24 anos) relataram desconforto e dor constante na mucosa oral causada por traumatismo dentário. Ao exame clínico, apresentava mucosa aumentada e lesionada. Para indicar ou realizar procedimentos cirúrgicos envolvendo o corpo adiposo de Bichat, é fundamental conhecer a sua anatomia e possíveis aplicações, não apenas para fins estéticos, mas também para fins funcionais. Os doentes apresentaram melhorias evidentes após a remoção da camada de gordura de Bichat. A aplicação da gordura de Bichat e a sua remoção devem ser avaliadas, sendo uma alternativa em doentes que sofrem constantemente lesões mucosas durante a função mastigatória.

Tapia *et al.*; 2006 afirmou que um dos principais objetivos do levantamento facial é conseguir um contorno facial adequado, para melhorar as características faciais. Às vezes, as áreas faciais são mais ou menos acentuadas, resultando num contorno facial desequilibrado ou desarmonioso. No terço médio da face, duas regiões anatómicas definem a silhueta facial: o contorno malar, com o seu suporte ósseo e estruturas superficiais e, ao nível da bochecha, intimamente associado ao sistema mastigatório e ao nervo facial, o corpo adiposo oral. Numa série de 194 doentes com sinais de envelhecimento facial submetidos a um lifting facial. Todos os doentes receberam um lifting facial com ressecção parcial através de incisões faciais e uma projeção malar mais forte usando um retalho inverso do sistema músculo-aponeurótico superficial. Foram observadas que as principais complicações em relação a essa técnica cirúrgica, em ordem de aparência, foram assimetrias leves, causadas por hematoma ou inchaço persistente; parestesia dos ramos oral e zigomático, com resolução espontânea; e um leve afundamento da bochecha causado por ressecção excessiva. Um doente foi submetido à correção com injeção de gordura. O retalho superficial superior do sistema músculo aponeurótico (SMAS) e a ressecção do corpo adiposo oral proporcionaram excelentes resultados estéticos para um contorno facial mais harmonioso e proporcionado durante a ritidectomia.

Particularmente em doentes com faces arredondadas, conseguiram obter simetria e projeção malar permanente, além de diminuir a plenitude da bochecha.

Loukas *et al.*; 2006 relatou que o uso do corpo adiposo oral aumentou a sua popularidade nos últimos anos devido à sua confiabilidade, facilidade de colheita e baixa taxa de complicações durante os procedimentos orais e maxilofaciais.

Conley & Angel, 1988 afirmou que na composição da estética facial o corpo adiposo oral apresenta-se como uma estrutura anatômica essencial. Pode tornar-se hipertrofiada, com plenitude da bochecha, ou atrófica, com aparência afundada e assim tornar-se um fator positivo ou negativo na reconstrução nessa área. Existem, certas circunstâncias em que a presença ou ausência do corpo adiposo oral pode criar um desequilíbrio e assimetria específicos na face. A correção dessas condições pode exigir redução ou aumento.

Matarasso 2019 afirmou que a pseudo-hérnia do corpo adiposo oral é um cenário diferente da existência de uma face ampla, devido à lipodistrofia oral. A pseudo-hérnia ocorre quando o corpo adiposo oral se projeta para fora da sua fáscia envolvente, criando uma aparência do tamanho de uma noz, uma bochecha de esquilo, cujo sinal patognomónico é a sua fácil redutibilidade.

Stevao 2015, concluiu que após a análise da contribuição estética da cirurgia de remoção do corpo adiposo oral é possível perceber se esta confere uma maior harmonia ao contorno facial, além de conferir uma aparência mais jovem à face do doente, com uma aparência facial mais delgada e delineada, com bochechas mais finas e uma proeminência dos ossos zigomáticos.

Brasil *et al.*; 2016 verificou que a nível da técnica cirúrgica em si, o profissional deve atentar particularmente às estruturas anatômicas no acesso cirúrgico, pelas relações anatômicas com o ducto da glândula parótida sendo o principal foco da atenção. No que diz respeito à incisão, esta deve ser realizada abaixo do ducto, tal como ligeiramente à frente ou atrás do mesmo, com uma extensão de aproximadamente 1,5 cm. A divulsão dos planos anatômicos deve prosseguir de um modo delicado, e considerando, a todo o momento, todas as estruturas nobres, tais como: o ramo da artéria facial, maxilar e do nervo facial, pois estes encontram-se nas imediações. Preservar as estruturas anatômicas adjacentes é crucial para o sucesso da abordagem cirúrgica.

Zhang *et al.*; 2002 relatou que o corpo adiposo oral pode ser dividido em três lobos - anterior, intermédio e posterior - de acordo com a estrutura dos envelopes

lobares, a formação dos ligamentos e a fonte dos vasos nutricionais. As extensões oral, pterigóide, pterigopalatina e temporal (superficial e profunda) são derivadas do lobo posterior. O corpo adiposo oral é fixado por seis ligamentos à maxila, zigoma posterior e bordo interno e externo da fissura infraorbital, tendão temporal ou membrana bucinadora. Existem vários vasos nutricionais em cada lobo e nas formas do plexo vascular subcapsular. As almofadas de gordura oral funcionam para preencher os espaços profundos do tecido, atuar como almofadas deslizantes quando os músculos mastigatórios e mímica se contraem para amortecer estruturas importantes da extrusão da contração muscular ou da impulsão da força externa. O volume do corpo adiposo oral pode mudar ao longo da vida de uma pessoa. É possível obter várias aplicações clínicas para o corpo adiposo oral, como o mecanismo de aprofundamento da prega nasolabial e a possível ritidectomia para suspender o lobo anterior para cima e para trás. Eles sugerem que o relaxamento, o desenvolvimento deficiente dos ligamentos ou a ruptura das cápsulas do corpo adiposo oral podem fazer com que a extensão oral caia ou prolapse para a boca ou camada subcutânea.

Hwang *et al.*; 2005 concluiu que os ramos do nervo facial são vulneráveis durante a manipulação do corpo adiposo oral. É importante descrever a inter-relação anatômica precisa entre o corpo adiposo oral, os ramos bucais do nervo facial e o ducto parotídeo. Em dezanove hemifaces de cadáveres (11 homens e 8 mulheres) fixados em solução a 10% de formaldeído, foram encontrados 3,6 ramos bucais médios do nervo facial. Os ramos bucais faciais e o ducto parotídeo cruzam-se dentro de um semicírculo com um raio de 30 mm. A base (diâmetro) é paralela a uma linha horizontal passando pelo canto da boca e 12 mm acima. O seu centro está localizado 53 mm lateralmente ao mesmo. Os ramos bucais do nervo facial têm duas localizações na camada de gordura oral: Tipo I, ramos que cruzam superficialmente à camada de gordura oral em 14 das 19 (73,7%) amostras; e Tipo II, dois ramos passando pela extensão oral do corpo adiposo oral em 5 de 19 (26,3%). Uma inter-relação do ducto parotídeo e do corpo adiposo oral é a seguinte: cruzamento do ducto parotídeo superficial à extensão oral do corpo adiposo oral em 8 de 19 (42,1%) amostras, cruzando profundamente à extensão oral do corpo adiposo oral em 5 de 19 (26,3%) amostras e cruzamento ao longo da borda superior da extensão oral do corpo adiposo oral em 6 de 19 (31,6%) amostras. Há uma hipótese de 26,3% de lesão no ramo oral durante a remoção total do corpo adiposo oral. O ducto parotídeo é profundo até à extensão oral do corpo adiposo oral em 26,3% dos casos.

Lima 2016 relatou que o mordiscamento crônico da mucosa jugal estava presente em quase todos os pacientes selecionados, entretanto a busca pelo procedimento se deu ao fato estético e não por essa alteração funcional que levava ao incômodo durante a fala e a mastigação. O procedimento de remoção da bola de Bichat pode ser realizado em ambiente ambulatorial, mas deve-se ter cautela devido as estruturas anatômicas próximas do coxim adiposo da bochecha, como o ramo bucal do nervo facial, que se lesionado pode levar a paralisia facial. Outras possíveis complicações mais severas seriam o abscesso e trismo.

Stuzin *et al.*; 1990 afirmam que a extensão bucal da BB, é o segmento mais superficial do corpo adiposo e está localizada no espaço mastigatório, em íntimo contato com as estruturas anatômicas ali presentes, como o nervo facial, ducto parotídeo e músculos da mastigação. Para um procedimento cirúrgico seguro para a remoção da BB, o conhecimento destas estruturas anatômicas é necessário. Em seu limite anterior, a extensão bucal se situa junto a vasos faciais, no mesmo plano. O ducto parotídeo fica superficial em relação á extensão bucal e, em seguida, penetra o coxim adiposo e o músculo bucinador, entrando na cavidade oral na altura do segundo molar superior. O corpo adiposo separa os músculos mastigatórios um do outro, a partir do arco zigomático e do ramo da mandíbula. Uma incisão externa na BB não é indicada devido á presença de ramos do nervo facial que atravessam essa estrutura. A incisão intraoral é de mais fácil acesso e deve ser realizada no fundo do vestíbulo acima do segundo molar superior com aproximadamente 2cm, expondo as fibras do músculo bucinador. Após dissecado, encontra-se uma fásia recobrimdo o coxim adiposo de gordura, que deve ser rompida cuidadosamente com uma pinça ou tesoura. Quando utilizada a técnica intraoral, os autores relatam não haver complicações como lesão do nervo facial, hematomas ou infecção.

Jackson 2003 descreveu a técnica cirúrgica para afinar o rosto através da bichectomia e aplicação de material preenchedor no osso zigomático (malar). A tomografia computadorizada demonstrou que o volume da BB não é simétrico e que seu crescimento é significativo entre 10 a 20 anos de idade, aumentado de 4000mm para 8000mm nesta faixa etária, e que após os 30 anos este corpo adiposo tende a decrescer para 7000mm. A sua remoção é considerada um procedimento cirúrgico simples e fácil de ser executado. Os melhores resultados encontrados são alcançados através da aplicação de grânulos de hidroxiapatita deve-se marcar a área de proeminência desejada, realizar uma incisão da mucosa jugal superior, dissecando

até o perióstio, onde cria-se uma bolsa e a preenche com o volume necessário de grânulos. Após o procedimento da aplicação dos grânulos realiza a retirada da BB.

ALVAREZ, SIQUEIRA, 2018 afirmou que é fundamental um planejamento adequado da incisão intraoral para uma abordagem direta e precisa da bolsa de Bichat, no qual deve permitir uma abordagem segura e previsível até a gordura bucal, com visualização e exposição adequadas, preservando os ramos bucais do nervo facial, o ducto parotídeo e diminuindo a chance de sangramentos decorrentes da veia facial transversa.

JACOMETTI, 2017 disse que o acesso à Bichectomia é realizado por meio de uma incisão de aproximadamente 5 mm de comprimento, no tecido mole localizado no aspecto mais inferior e posterior do pilar zigomático, tendo o cuidado de visualizar o ducto parotídeo. Por seguinte, é feita uma abertura com uma dissecção roma e identificação da gordura que está localizada sob o arco zigomático, o qual se direciona para o aspecto mais anterior da bochecha, com uma tesoura fina ou uma hemostática.

Bittar JA *et al.*; 2018 relatou que o “calcanhar de Aquiles” da técnica constitui a precisa incisão intraoral para exposição e visualização adequadas da estrutura gordurosa, excetuando-se o ducto parotídeo (ducto de Stensen), os ramos bucais do nervo facial, bem como pronunciados sangramentos da veia facial transversa²⁹. A técnica do “T” ou “Técnica da Cruz Intraoral”, dentre as consultadas na literatura, é simples, reprodutível e constitui uma padronização, tendo em vista pontos anatômicos referenciais muito relevantes. Identifica-se o orifício do ducto de saída da glândula parotídea, a veia bucal perto do pré-molar, traçando-se uma linha imaginária, ou com lapis²⁸ copia no 1.800, entre a saída do mesmo ducto e o sulco gengivobucal. Posteriormente, traça-se uma linha perpendicular, partindo-se da metade da primeira linha, porém paralela ao sulco posterior, em direção ao ângulo temporomandibular, cerca de 2 centímetros. Forma-se assim um “T”, com a precisão da incisão a ser realizada, protegendo-se a veia bucal e o ducto parotídeo^{29, 30}. A profundidade é a de uma lâmina ativa de número 15C. Não havendo riscos maiores por ser esta curta. A partir da incisão os autores são unânimes quanto ao uso de instrumentos com ponta roma, com movimentos de divulsão, com pinça Kelly, Halsted, entre outras. A divulsão individualiza a cápsula conjuntiva da Bolsa de Bichat, além de evitar a ruptura das fibras musculares, principalmente a borda anterior do músculo masseter, que demonstra clinicamente ter aparência branco-aponeurotica. A dissecação é dirigida a região superoposterior até um limite entre a borda inferior do arco zigomático e o

lobulo da orelha. Discorda-se quanto a compressão externa da face para apresentação da gordura, buscando-se sempre uma tração suave com pinça tipo Adson; e, apreensão com pinça Kelly curva, sem movimentos de rotação. Também, discorda-se dos afastadores tipo Mead, Langenbeck, Branemark, Farabeuf e Weider, tendo-se em vista a praticidade do afastador de Minnesota, com uma única mão, em sobrepor o ducto parotídeo, projetando-o para posterior e protegendo-o de incisão inadvertida. Contudo, tal preferência é empírica, e foge do escopo com base científica deste trabalho. Entretanto, tal preferência também pode ser visualizada na descrição dos casos clínicos na literatura consultada. Após projeção da gordura, com uma tesoura tipo Iris de 11,5cm7 divulsiona-se a base do pedículo gorduroso, nunca se corta. Evita-se concomitantemente, o risco de secção de alguma estrutura anatômica importante. Na literatura consultada, também não se distinguiu um parâmetro da quantidade de gordura a ser removida. Sendo desde 6mL30 até 2/3 do volume total estimado de 9,6mL28. Apesar de a literatura apresentar aferição da massa gordurosa retirada com balança de precisão 5, 7, o volume é melhor controlado com seringa Luer 20mL, pressionando-se a gordura pela embocadura, com ou sem embolo, para melhor visualização pela escala externa desenhada. Uma média de 4mL de cada lado é uma quantidade suficiente para atingir resultados seguros e previsíveis. O importante é manter a porção bucal posterior da Bola de Bichat com parte aderida ao ligamento zigomático posterior.

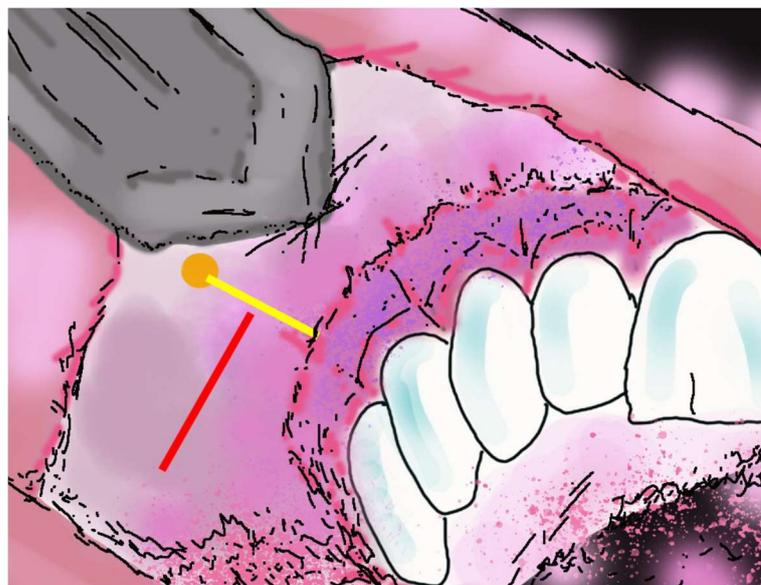


Figura 3. Representação esquemática do ducto parotídeo (ponto laranja), linha perpendicular (vermelha) na metade da distância entre o ducto e o sulco gengivobucal (linha amarela), iniciando próximo a veia bucal e

terminando em nível do segundo para terceiro molar, com aproximadamente 2 centímetros de comprimento de incisão.

FONTE: BISPO LB. A bichectomia na harmonização e função orofacial. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2019 set-dez; 31(3): 82-90



Figura 4. Esquema da Bola de Bichat após divulsão da capsula fibrosa conjuntiva. A gordura é movida e bem amarela "gema de ovo".

FONTE: BISPO LB. A bichectomia na harmonização e função orofacial. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2019 set-dez; 31(3): 82-90



Figura 5. Desenho mostrando apreensão com pinça de Adson (na ponta da gordura) e pinça hemostática Kelly curva 14 centímetros (na sua base). Uso do Afastador de Minnesota.

FONTE: BISPO LB. A bichectomia na harmonização e função orofacial. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2019 set-dez; 31(3): 82-90

LIMA E SOUZA, 2016 notou que a porção da bola de Bichat é comprimida e removida através de uma hemostática longa e fina travada. Em seguida é tracionada para fora com a ajuda de outra hemostática até que o final da porção da gordura seja

visualizado. Neste local a ressecção da porção é feita e a gordura é removida. Além disso, pode-se utilizar de uma pequena ponta de aspiração na área e retirar qualquer parte de gordura deixada para trás. Entretanto, quando a gordura não é rompida, é possível remover toda a estrutura em apenas uma peça. Na maioria dos casos uma sutura simples e única é realizada para fechar a incisão e a cirurgia é concluída.

MARCOS, 2018 notou que a remoção da bola de Bichat vem se popularizando entre as pessoas como um procedimento estético para alcance de um rosto bem delineado, com uma estética facial melhorada e contornos que destacam a angularidade das características esqueléticas faciais. Entretanto, a retirada da bola de Bichat com finalidade exclusivamente estética alcança mais resultados quando associados a outros procedimentos, tais como: lipoaspiração e/ou preenchimento da região malar com grânulos de hidroxiapatita. Os resultados da retirada da gordura bucal isoladamente podem produzir resultados praticamente imperceptíveis quando não indicada corretamente. Como finalidade funcional, além da indicação para pessoas que têm o hábito de morder internamente as bochechas para evitar hiperplasias, aftas e sangramentos, a bola de Bichat é utilizada para procedimentos reconstrutivos como fechamento de comunicação buco sinusais, reconstrução de defeitos causados por tumores, devido à sua expansão. Também é útil como camada oral protetora no fechamento de fístulas e pode ser utilizado para cobrir o enxerto ósseo no aumento da crista alveolar melhorando a região com defeito para implantes dentais. Deste modo, possui diferentes aplicações na reconstrução oral e maxilofacial.

Stevao 2015 diz que a respeito dos objetivos estéticos da cirurgia de bichectomia, é crucial atentar no estudo conduzido por, dado que o autor procedeu a uma análise dos contributos desta cirurgia a nível estético. De facto, o autor preconiza que a cirurgia de bichectomia é de execução simples, sendo frequentemente requerida pelo paciente quando este sente que o CAB faz com que a sua fisionomia facial pareça de maior volume, não contribuindo, portanto, para uma harmonia entre o contorno facial e o balanço lateral. Para além do mais, que esta cirurgia em particular confere uma aparência mais jovem à face do paciente, permitindo, também, uma aparência facial mais delgada e delineada, tornando-se mais estética e harmoniosa. Em súpula, os benefícios desta intervenção cirúrgica, e de acordo com a mesma fonte, são:

- 1) Bochechas mais finas;
- 2) Melhoria da aparência facial;

- 3) As bochechas ficam mais delineadas, resultando numa proeminência superior dos ossos zigomáticos;
- 4) Aumento da auto-estima do paciente;
- 5) E sentimentos de confiança relativamente à sua aparência física e estética.

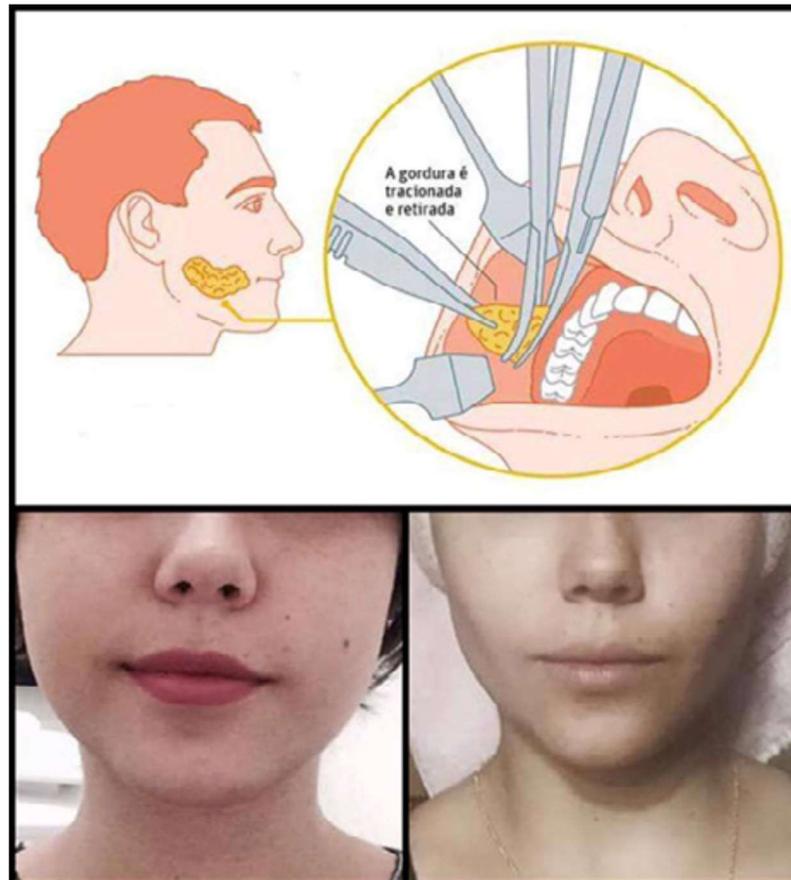


Figura 6. Bichectomia

Fonte: <http://www.sabrinadalmolin.com/2016/03/bichectomia>. Acesso em: 05-nov-2018.

Weniger & Weidman, 2019 afirmou que o corpo adiposo oral contribui para a plenitude no contorno da face inferior. A redução cirúrgica dessa gordura pode ser realizada de maneira fácil e eficiente isoladamente ou como um complemento a outros procedimentos estéticos faciais com mínima morbidade adicionada. O corpo adiposo oral deve, portanto, ser considerado nas consultas e lembrada como uma opção no rejuvenescimento facial.

Xu & Yu, 2013 notou que a remoção do corpo adiposo oral é um método cirúrgico modificado para remodelar o contorno das faces redondas num procedimento que inclui dissecação do músculo masséter e lipectomia parcial do corpo adiposo oral através da mesma pequena incisão intraoral. De maneira a deixar os

doentes satisfeitos com o resultado estético do perfil e da vista frontal. O acompanhamento por mais de seis meses não mostra complicações prospectivas. Este método produz um resultado estético ideal em doentes com rosto redondo, sem crescimento excessivo significativo ou eversão do maxilar inferior.

Kim *et al.*; 2014 afirmou que o enxerto de tecido adiposo oral é colhido através de uma única incisão oral intraoral devendo a anatomia do corpo adiposo oral ser bem compreendida, a fim de minimizar as complicações no local do doador e garantir danos mínimos ao corpo adiposo. A abertura do ducto de Stenon é identificada e a incisão oral é afastada do orifício do ducto no nível da linha oclusal mandibular. O músculo bucinador é dividido usando dissecação romba, e o corpo adiposo oral encapsulado é libertada, com pressão digital externa. Deve ser tomado cuidado para evitar danificar a cápsula do corpo adiposo. Numa série de 15 casos todos realizados por um único cirurgião, não houve complicações no local doador. Não houve casos de deformidade do contorno da bochecha. Todos os 15 doentes relataram excelente satisfação em relação à correção da deformidade do contorno no seguimento de três anos.

Yousuf *et al.*; 2010 concluiu que o método mais seguro requer uma incisão no sulco oral superior na região da tuberosidade molar. Outra abordagem pode ocorrer simultaneamente com um procedimento de lifting facial, em que ramos do nervo facial são identificados perto do masséter; se uma lacuna na fáscia fina entre os ramos é aberta, a gordura oral surgirá. Outras abordagens podem ser usadas para aceder ou ressecar uma porção da corpo adiposo oral, incluindo dissecação sem corte, utilizando uma incisão através do tecido mole gengivooral acima do primeiro molar, e incisão da membrana mucosa oral 1 cm atrás ou abaixo da abertura do ducto parotídeo.

Coronel-Banda *et al.*; 2014 discutiram que o acesso intraoral pode ser realizado por incisão intraoral horizontal de aproximadamente 1,5 cm na mucosa oral ao nível da linha oclusal, abaixo da abertura do ducto da parótida. A abertura do Stenon é identificada e a incisão oral é colocada longe do orifício do ducto ao nível da linha oclusal mandibular. Quando o bucinador for cuidadosamente e gentilmente separados por afastamento, o corpo adiposo oral mostra-se, com pressão digital externa, permitindo a realização de lipectomia localizada e parcial. O músculo masséter é destacado através da mesma incisão. A incisão é então fechada num único plano com sutura reabsorvível. Deve ser aplicada compressão por mais de 3 dias.

Bitik, 2019 disse que independentemente da técnica escolhida para tratar o envelhecimento da face média, o lifting facial isolado da abordagem lateral tem um

impacto limitado no deficit de volume da face média. Num esforço para superar essa limitação, os modernos procedimentos de rejuvenescimento facial incorporam uma modalidade adicional para reabastecer o volume da face média. Alguns dos nossos doentes de lifting facial apresentam almofadas de gordura vestibular inchadas, apesar da deficiência de volume na região infra malar. A pontuação média do deficit de volume da face média melhorou significativamente e a média da superfície curvilínea média da face aumentou significativamente após a cirurgia. A ressonância magnética (RM) confirmou uma posição estável do corpo adiposo oral após a cirurgia. A transposição sub-SMAS do corpo adiposo oral é uma técnica eficaz que pode ser usada com segurança para aumento autólogo de infra-estrutura em doentes com uma morfologia facial favorável.

Peñarrocha-Oltra *et al.*; 2015 notou que o recurso ao corpo de Bichat neste tipo de cirurgia, de encerramento da fístula oroantral, foi introduzido por Egyedi (1977), caracterizando-se, até à data, num procedimento bastante frequente e comum no âmbito da cirurgia oral regenerativa. Na verdade, o estudo conduzido demonstrou que o recurso ao CAB apresenta uma cura total com bons resultados a nível estético, fonético e mastigatório, nomeadamente após 6 meses da realização da correção da comunicação oroantral. Para além do mais, a contribuição do referido estudo está também associada ao facto de enfatizar a importância da consideração do tamanho da comunicação oroantral para o sucesso desta técnica em questão, visto que esta é apenas recomendada quando as comunicações são superiores a 5 mm. Contudo, é crucial que se limite a quantidade do CAB, visto que defeitos elevados e de dimensões superiores podem resultar em várias complicações no período pós-operatório. As complicações mais frequentes remetem para a persistência da fístula, para uma limitação na abertura da boca e para a depressão das bochechas, o que compromete, portanto, a própria estética facial do paciente.

Benjamin & Reish, 2018 verificaram que a excisão do corpo adiposo oral é um meio de obter uma face média mais estética. Numa análise bibliográfica que foi realizada em outubro de 2017, no banco de dados PubMed, sobre a utilidade da excisão do corpo adiposo oral no cenário de melhora estética da face média. Das 121 citações relevantes identificadas, apenas 2 estudos publicados descrevem uma série de casos de > 5 doentes em relação à escultura na bochecha ou na face média com excisão do corpo adiposo oral para fins estéticos, o tamanho total da amostra entre esses 2 estudos foi de 53 doentes. Nenhum dos estudos teve acompanhamento

quanto à satisfação do doente ou resultados relacionados. Mais pesquisas em acompanhamento de longo prazo do doente, incluindo a satisfação do doente e o incentivo ao relato de complicações pós-operatórias, são necessárias.

Vieira *et al.*; 2019 notaram que o aumento significativo da cirurgia estética, principalmente a redução da camada adiposa oral, levou a um aumento correspondente das lesões e pós-efeitos pós-operatórios deste procedimento cirúrgico. O objetivo deste estudo é discutir os riscos imediatos e mediados da remoção da bola de Bichat, além de descrever um estudo clínico no qual esse procedimento cirúrgico resultou em lesões da glândula parótida e artéria oral, confirmadas por ressonância magnética nuclear. As lesões faciais foram curadas por cirurgia exploratória, abrindo um novo orifício do ducto glandular na cavidade oral, seguido de drenagem e bandagens cirúrgicas compressivas. Realizar uma redução do corpo adiposo oral é supostamente estética, mas pode causar várias lesões nas estruturas nobres localizados nessa região e os reais riscos e benefícios para o doente deve ser amplamente discutido.

Engdahl *et al.*; 2012 concluíram que a cirurgia para remoção do corpo adiposo oral pode conduzir a lesões da glândula parótida ou do seu ducto excretor, da artéria ou nervo facial. As lesões faciais podem ser resolvidas por cirurgia exploratória, seguido de drenagem e compressão cirúrgica. Em casos em que a cirurgia exploratória seja ineficaz no tratamento de hemorragias pode ser necessário a hospitalização do doente para controlo da hemorragia que pode evoluir de forma grave. A cirurgia para remoção do corpo adiposo oral pode evoluir para sangramento grave na profundidade do espaço oral que pode persistir mesmo após tentativas de exploração cirúrgica. No caso de medidas cirúrgicas refratárias, a angiografia por microcatéter seletiva e a embolização oferecem uma alternativa para localizar e controlar com precisão o sangramento grave de pequenas artérias. O papel da angiografia seletiva e de agentes embólicos pode ser importante no tratamento de lesões arteriais, quando os métodos locais falham.

Castellani *et al.*; 2015 afirmaram que outras complicações pós-operatórias são necrose superficial e fístulas. Embora o corpo adiposo oral seja conhecido há muito tempo e, apesar da simplicidade da preparação do retalho, muitos dos relatos sobre o uso desta técnica em cirurgia facial reconstrutiva foram publicados apenas recentemente. Por exemplo, o retalho de gordura oral pediculado é conveniente e repara de maneira confiável defeitos orais de até 4,5 cm de diâmetro no lado ipsilateral

do palato mole e duro, região alveolar posterior da maxila e área mandibular retro molar. O procedimento cirúrgico é simples e a morbidade no local doador não é significativa.

Kim & Sasidaran, 2017 disseram que na avaliação de 15 doentes tratados com enxerto do corpo adiposo oral, todos colhidos por via intraoral, todos os 15 doentes demonstraram boa correção da deformidade do contorno sem reabsorção significativa do enxerto até 3 anos de seguimento. Não houve complicações no local doador. A quantidade utilizada variou de 1 a 5 cc em volume como espaçador ou barreira para o defeito ou depressão de volume moderado, mesmo que mais de 5 cc de enxerto de gordura pudesse ser colhido, se necessário, representando uma ferramenta fácil, conveniente e excepcional para correção de deformidades de contorno, reposição de volume ou aumento estético.

Moura *et al.*; 2018 disseram que o corpo adiposo oral é uma estrutura singular entre os músculos faciais. Sua remoção pode melhorar as proeminências zigomáticas, resultando num triângulo invertido de beleza. A remoção do corpo adiposo oral foi realizada por incisão intraoral ou associada ao procedimento de lifting facial. Em 71 doentes submetidos ao procedimento e avaliados quanto a complicações, apenas 8,45% apresentaram complicações menores. Lesões do ducto parotídeo e do nervo facial não foram encontradas. Nenhum estudo avaliou o envelhecimento facial e os efeitos a longo prazo, portanto, o efeito inofensivo do procedimento a essas características não é claro. Embora não seja um procedimento novo, há uma falta de informações sobre os resultados a longo prazo. Assim, estudos clínicos controlados devem ser realizados para obter evidência clínica adequada desses aspetos.

Roman-Torres 2017 relataram um caso clínico do procedimento de bichectomia realizado devido ao hábito frequente de morder a mucosa jugal e queixas estéticas de uma paciente de 28 anos, do sexo feminino. Foi realizada a anamnese, exame físico e a avaliação sistêmica da mesma, solicitando exames complementares pré-operatórios como hemograma completo, glicemia em jejum e coagulograma. Após a análise, optaram pelo procedimento cirúrgico, bilateralmente, que foi realizado após incisões intraorais de aproximadamente 2 cm, seguida de cuidadosa remoção da BB com uma pinça hemostática, até que o pedículo do tecido gorduroso seja visto. Suturas foram posteriormente realizadas, fechando as incisões. Após o procedimento, deve ser prescrita crioterapia por 48 horas, analgésicos e anti-inflamatórios. Complicações como hematomas, necrose parcial, infecções ou lesão do nervo facial

são riscos desse procedimento. Os autores relatam que, com o passar da idade, essa gordura tende a diminuir e que essa queda causa uma aparência mais envelhecida, principalmente se o paciente for submetido a remoção total da BB, portanto, quem passa por essa cirurgia pode precisar de repor tecido adiposo no futuro para se ter uma aparência mais juvenil. No relato de caso desta paciente foi observada a cicatrização intraoral em 15 dias e o fim do edema após 4 semanas. Recomenda-se que o procedimento seja realizado por um cirurgião dentista que tenha domínio da técnica e que saiba diagnosticar se existe indicação e quais são as expectativas do paciente quanto ao resultado.

Clarke *et al.*; 2007 notou que a osteonecrose foi definida como uma exposição óssea espontânea ou feridas não cicatrizantes de extrações dentárias que podem ou não envolver infecção, fistula ou fratura.

Ruggiero *et al.*; 2014 afirmou que consiste na presença de um osso exposto na região maxilofacial, durante mais de 8 semanas a uma terapia com radiação (a osteorradionecrose) ou a medicação, tal como é o caso dos bisfosfonatos e do denosuma. O mecanismo principal de ação da osteonecrose é a hipoxia, a qual resulta do comprometimento vascular, sendo que, e devido ao trauma resultante da exposição do osso, poderá ocorrer, inclusive, uma infecção secundária, com edema, dor, mobilidade dentária e a presença de exsudato purulento.

Freiberger, 2009 disse que o tratamento da osteonecrose é, regra geral, o mais conservador possível, o qual se associa, então, à tomada de antibióticos e de analgésicos, ao bochecho com clorexidina, a uma boa higiene oral e à utilização do oxigênio hiperbárico, ainda que a recorrência a este último não reúna, de todo, um consenso entre profissionais.

Rotaru *et al.*; 2015 afirmaram que nos casos em que se verifica uma progressão da necrose óssea, recorre-se a uma cirurgia, a qual é aliada à técnica de regeneração óssea, sendo que é após a realização da sequestroctomia e do desbridamento ósseo, que se procede ao uso do CAB para fechar e reconstruir essa mesma lesão. Evidenciaram no seu estudo, que o uso do CAB é benéfico na obliteração da ferida após uma sequestroctomia em pacientes com estágio I e II. No entanto, e dado que tal recurso não foi de todo, benéfico em pacientes com lesões em estágio III de osteonecrose, pois os autores argumentam que a dimensão e extensão da osteonecrose é um fator crítico, dado que exige um maior suprimento vascular para a cura da ferida em questão. Porém, é pertinente acrescentar que o CAB também é

usado na osteonecrose maxilar que se encontra relacionada com bisfosfonatos, estando devidamente comprovada a sua eficácia no tratamento da exposição óssea ocorrida dois dias depois do recebimento do CAB, devido, essencialmente, a uma ressecção incompleta do osso afetado.

3. CONCLUSÃO

Corpo adiposo de Bichat é muito bem desenvolvido ao longo dos primeiros anos de vida do indivíduo, devido, ao ato de sucção do mamilo durante o período da amamentação. Apresenta volume de 9,6 milímetros sendo que seu tamanho, se mantém igual em vários indivíduos com pesos diferentes. Considerado como uma glândula e denominada como glândula molar. Encontra-se encapsulada por uma camada fina de tecido conjuntivo, situando-se no exterior do músculo bucinador e na frente da margem anterior do músculo masseter, invadindo, a fossa infratemporal e relacionando-se com a maxila, músculos temporais e pterigóides. (Surek,C.C 2020; Matarasso,A. 2006; Madeira, M.C. 2001; Sicher,H *et al.*; 1981; Yousuf *et al.*; 2010; Batra *et al.*; 2010; Dubin *et al.*; 1989; Zhang *et al.*; 2002; Bittar JA *et al.*; 2018)

O volume estimado do corpo adiposo de Bichat é de 10 ml, sendo o volume médio de 4 a 5g, tendo uma grande variação em sua extensão, tanto em indivíduos como entre os lados direito e esquerdo no mesmo indivíduo. (Tostevin, P.M.J *et al.*; 1995; Matarasso, 2019)

A cirurgia de bichectomia é geralmente indicada para pacientes saudáveis que desejam ter um formato facial mais definido, pacientes que traumatizam a face interna das bochechas mordendo evitando hiperplasias, aftas, sangramentos, utilizando também a bola de bichat para procedimentos reconstrutivos como fechamento de comunicação buco sinusais, reconstrução de defeitos causados por tumores, fechamento de fístulas e pode ser utilizado para cobrir o enxerto ósseo no aumento da crista alveolar. (Stevao, 2015; Montero *et al.*; 2018; Tapia *et al.*; 2006; Matarasso, 2019; Lima 2016; Marcos 2018)

O uso do corpo adiposo oral aumentou a sua popularidade nos últimos anos devido a sua confiabilidade, facilidade de colheita e baixa taxa de complicações. A nível da técnica cirúrgica, o profissional deve atentar particularmente as estruturas anatômicas no acesso cirúrgico, sendo o principal foco de atenção o ducto da glândula parótida. (Loukas *et al.*; 2006; Conley & Angel, 1998; Brasil *et al.*; 2016)

Os ramos dos nervos faciais são vulneráveis durante a manipulação do corpo adiposo oral. (Hwang *et al.*; 2005)

É fundamental um planejamento adequado da incisão intraoral para uma abordagem direta e precisa da bola de Bichat, no qual deve permitir uma abordagem segura e previsível até a gordura bucal, com visualização e exposição adequadas,

dissecando até o periósteeo, preservando os ramos bucais do nervo facial, o ducto parotídeo e diminuindo as chances de sangramentos. (Stuzin *et al.*; 1990; Jackson 2003; Alvarez, Siqueira 2018; Jacometi, 2017; Lima e Souza 2016; Marcos 2018, Weniger & Weidman 2019; Xu & Yu 2013; Kim *et al.*, 2014; Coronel- Banda *et al.*; 2014; Bitik 2019)

O método mais seguro requer uma incisão no sulco oral superior na região da tuberosidade molar. Outra abordagem usada para aceder ou ressecar uma porção do corpo adiposo oral, incluindo dissecação sem corte, utilizando através do tecido mole gengivooral acima do primeiro molar e incisão da membrana mucosa. (Yousuf *et al.*; 2010)

A remoção do corpo adiposo de Bichat apresenta a cura total com bons resultados a nível estético, fonético e mastigatório, após 6 meses da realização. As complicações mais frequentes remetem para a persistência da fístula, necrose superficial, limitação na abertura da boca e depressão das bochechas, comprometendo a estética facial do paciente. (Peñarrocha-Oltra *et al.*; 2015; Benjamin & Reish, 2018; Castellani *et al.*; 2015; Kim & Sasidaran, 2017)

O procedimento cirúrgico Bichectomia resultou em complicações pós operatórias como lesões da glândula parótida ou do seu ducto excretor e artéria oral. (Vieira *et al.*; 2019; Engdahl *et al.*; 2012)

Nenhum estudo avaliou o envelhecimento facial e os efeitos a longo prazo, portanto, o efeito inofensivo do procedimento ainda não é claro. Embora não seja um procedimento novo, há falta de informações sobre os resultados a longo prazo. (Moura *et al.*; 2018)

Com o passar da idade, essa gordura tende a diminuir e a queda causa uma aparência mais envelhecida, principalmente se o paciente for submetido a remoção total da bola de Bichat, portanto, quem passa por essa cirurgia pode precisar repor tecido adiposo no futuro para ter uma aparência mais juvenil. (Roman-Torres 2017)

A osteonecrose foi definida como uma exposição óssea espontânea ou feridas não cicatrizantes que podem ou não envolver infecção, fístula ou fratura. (Clarke *et al.*; 2007; Ruggiero *et al.*; 2014; Freiburger, 2009; Rotaru *et al.*; 2015)

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVAREZ, S. G. SIQUEIRA, E. J. Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. **Rev. Brasileira de cirurgia plástica**. 2018.33(1):74-81.

Bitik, O. (2019). Sub-SMAS Transposition of the Buccal Fat Pad. **Aesthetic Surgery Journal**, sjz129. <https://doi.org/10.1093/asj/sjz129>

Bernardino Júnior, R. *et al.*; (2008). Corpo adiposo da bochecha: um caso de variação anatômica. **Bioscience Journal**, 24(4), pp. 108-113.

Brasil, L. F. M. *et al.*; (2016). Reparos anatômicos para cirurgia de bichectomia. **Archives Health Investigation**, 5(1), pp. 17-369.

Benjamin, M., & Reish, R. G. (2018). Buccal fat pad excision: Proceed with caution. **Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open**, 6(10), 1–4. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001970>

Bittar JA, Matos AJP, Jesus SF, Elias VV, Cury AH. Cirurgia estetica da face: bichectomia: relato de caso. **IAES Rev Clin de Odonto**. 2018;1(1):36-41.

Batra, H.; Jindal, G.; Kaur, S. Evaluation of different treatment modalities for closure of oro-antral communications and formulation of a rational approach. **J. Maxillofac. Oral Surg.**, New Delhi, v. 9, no. 1, p. 13-18, Mar. 2010.

Dubin, B., Jackson, I. T., Halin, A., & Triplett, W. w. (1989). Anatomy of the Buccal Fat Pad and Its **Clinical Significance**. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 83(2), 257–263. <https://doi.org/doi:10.1097/00006534-198902000-00009>.

Conley, J., & Angel, M. F. (1988). Surgery on the buccal fat pad in masseter transfer. **Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery**, 114(3), 287–290. <https://doi.org/10.1001/archotol.1988.01860150069017>

Coronel-Banda, M. E., Serra-Mestre, J. M., Serra-Renom, J. M., & Larrea-Terán, W. P. (2014). Reconstruction of nasal septal perforations in cocaine-addicted patients with facial artery mucosa-based perforator flap. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 133(1), 83–85. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000436801.04800.88>

Castellani, A., Bocchialini, G., Negrini, S., Zanetti, U., & Rossi, A. (2015). The pedicled buccal fat pad in oral reconstruction. **Minerva Stomatologica**, 64(6), 283–293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26486203>

Clarke, B. M. *et al.*; (2007). Bisphosphonates and jaw osteonecrosis: the UAMS experience. **Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, 136(3), pp. 396-400.

Hwang, K., Cho, H. J., Battuvshin, D., Chung, I. H., & Hwang, S. H. (2005). Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. **Journal of Craniofacial Surgery**, 16(4), 658–660. <https://doi.org/10.1097/01.SCS.0000157019.35407.55>

Engdahl, R., Nassiri, N., Mina, B., Drury, J., & Rosen, R. (2012). Superselective microcatheter embolization of hemorrhage after buccal lipectomy. **Aesthetic Plastic Surgery**, 36(3), 742–745. <https://doi.org/10.1007/s00266-012-9878-1>

Freiberger, J. J. (2009). Utility of hyperbaric oxygen in treatment of bisphosphonaterelated osteonecrosis of the jaws. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 67(5), pp. 96-106. Jackson, I. Buccal fat pad removal. **Aesthetic surgery journal/ the American Society for Aesthetic Plastic surgery**. (2003). 23. 484-5.10.1016/j.asj.2003.08.005

JACOMETTI, V. et all. Procedimento de bichectomia: uma discussão sobre os aspectos éticos e legais em odontologia. **Rev. Brasileira de cirurgia plástica**; 2017.34(4):616-23.

Kim, J. T., & Sasidaran, R. (2017). Buccal Fat Pad: An Effective Option for Facial Reconstruction and Aesthetic Augmentation. **Aesthetic Plastic Surgery**, 41(6), 1362–1374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0962-4>

Kim, J. T., & Sasidaran, R. (2017). Buccal Fat Pad: An Effective Option for Facial Reconstruction and Aesthetic Augmentation. **Aesthetic Plastic Surgery**, 41(6), 1362–1374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0962-4>

Loukas, M., Kapos, T., Louis Jr, R. G., Wartman, C., Jones, A., & Hallner, B. (2006). Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. **Surgical and Radiologic Anatomy** : SRA, 28(3), 254–260. <https://doi.org/10.1007/s00276-006-0092-1>

LIMA, A. M. SOUZA, R. D. **Bichectomia: relato de série de casos**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Tiradentes: Universidade Tiradentes; 2016.

Montero, J. F., de Souza, H. C., Martins, M. S., Oliveira, M. N., Benfatti, C. A., & de Souza Magini, R. (2018). Versatility and Importance of Bichat's Fat Pad in Dentistry: Case Reports of Its Use in Occlusal Trauma. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, 19(7), 888–894. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30066696>

Matarasso, A. (2019). Commentary on: The excision of the buccal fat pad for cheek refinement: Volumetric considerations. **Aesthetic Surgery Journal**, 39(6), 593–594. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy260>

Moura, L.-B., Spin, J.-R., Spin-Neto, R., & Pereira-Filho, V.-A. (2018). Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Oral**, 23(4), e478–e484. <https://doi.org/10.4317/medoral.22449>

Matarasso, A. (2006). Managing the Buccal Fat Pad. **Aesthetic Surgery Journal**, 26(3), 330–336. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.asj.2006.03.009>

Madeira, M. C. (2001). Anatomia da face: Bases anátomo-funcionais para a prática odontológica (3ª ed.). São Paulo: **Sarvier**.

MARCOS, R. B. **Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações clínicas e complicações.** [Dissertação de Mestrado] Curitiba: Faculdade ILAPEO; 2017.

Pary A, Pitta M, Silvaes MG, Lurentt K. A cirurgia estética da face deve ser área de atuação do cirurgião bucomaxilofacial? **Journal of the Brazilian College of oral and maxillofacial surgery** 2016;2(3):39-46.

Peñarrocha-Oltra, D. *et al.* (2015). Closure of oroantral communication with buccal fat pad after removing bilateral failed zygomatic implants: A case report and 6-month followup. **Journal Clinical Experimental Dentistry.**, 7(1), pp. 159-162.

Roman-Torres CVG, Sani AJ, Cordeiro J, Filho SM, Sampaio RMF *et al.* (2017) Bichat's Buccal Fat Pad Removal: Cheek Reduction Surgery. **J Dent Health Oral Disord Ther** 7 (4): 00250

Ruggiero, S. L. *et al.* (2014). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, 72(10), pp. 1938-1956.

Rotaru, H. *et al.* (2015). Pedicled buccal fat pad flap as a reliable surgical strategy for the treatment of medication-related osteonecrosis of the jaw. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, 73(3), pp. 437-442.

Shoja MM, Tubbs RS, Loukas M, Shokouhi G, Ardalán MR. Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. **Ann Anat** 2008;190:413-420.
<https://doi.org/10.1016/j.aanat.2008.07.004>

SANGALETTE, B. S. TOLEDO, G. L. TOLEDO, F. L. VIEIRA, L. V. GRAZIELA, M. **Bichectomia: uma visão crítica.** 17º congresso de iniciação científica. 2017 out 24-25. Marília: Santa Catarina. Disponível: www.unimar.br/pic/publicacoes/XII_VIII-2.pdf. Pg 146-148.

Stevao, E. L. L. (2015). Bichectomy or Bichatectomy - A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Advanced Dental e Oral Health*, 1(1), pp.001-004.

Surek, C. C., Kochuba, A. L., Said, S. A.-D., Cho, K.-H., Swanson, M., Duraes, E., McBride, J., Drake, R. L., & Zins, J. E. (2020). External Approach to Buccal Fat Excision in Facelift: Anatomy and Technique. *Aesthetic Surgery Journal*, sjaa015. <https://doi.org/10.1093/asj/sjaa015>

Sicher, H, Tandler, J. (1981). Anatomia para dentistas. São Paulo: **Atheneu**.

Stevao, E. L. de lima. (2015). Bichectomy or Bichatectomy - A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Advances in Dentistry and Oral Health*, 1(1), 15–18. <https://doi.org/10.19080/adoh.2015.01.555555>

Stuzin, J.M. et al. The anatomy and clinical application of the buccal fat pad. *Plast. Reconstr. Surg.* 1990; 85(1): 29-37

THOMAS, M.K.; D’SILVA, J.A.; BOROLE, A.J. Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian J. Plast. Surg.*, Mumbai, v. 45, no. 1, p. 122-127, Jan. 2012.

Tostevin, P. M. J., & Ellis, H. (1995). The buccal pad of fat: A review. *Clinical Anatomy*, 8(6), 403–406. <https://doi.org/10.1002/ca.980080606>

Xu, J., & Yu, Y. (2013). A modified surgical method of lower-face recontouring. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37(2), 216–221. <https://doi.org/10.1007/s00266-013-0080-x>

Vieira, G. M., Jorge, F. D., Franco, E. J., Dias, L. da C., Guimarães, M. do C. M., & Oliveira, L. A. de. (2019). Lesions of the Parotid Gland and Buccal Artery After Buccal Fat Pad Reduction. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 30(3), 790–792. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000004880>

Weniger, F. G., & Weidman, A. A. (2019). The Buccal Fat Pad: A Case Report and Retrospective Case Series. **Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open**, 7(7), 1–5. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002328>

Zhang, H.-M., Yan, Y.-P., Qi, K.-M., Wang, J.-Q., & Liu, Z.-F. (2002). Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. **Plastic and Reconstructive Surgery**, 109(7), 2509–2520. <https://doi.org/10.1097/00006534-200206000-00052>

Yousuf, S., Tubbs, R. S., Wartmann, C. T., Kapos, T., Cohen-Gadol, A. A., & Loukas, M. (2010). A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. **Surgical and Radiologic Anatomy: SRA**, 32(5), 427–436. <https://doi.org/10.1007/s00276-009-0596-6>