

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

HASSIEL ROJAS ROJAS

IMPORTÂNCIA DA ESTÉTICA BRANCA NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Guarulhos

2021

HASSIEL ROJAS ROJAS

IMPORTÂNCIA DA ESTÉTICA BRANCA NA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

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

Orientador: Prof. Ms. Rafael Aleixo Corveloni

Guarulhos

2021

Rojas, Hassiel Rojas
Importância da estética branca na Harmonização
Orofacial / Hassiel Rojas Rojas - 2021.

24 f.

Orientador: Rafael Aleixo Corveloni
Monografia Especialização Faculdade Sete Lagoas -
2021.

1. Cirurgia Plástica 2. Corpo adiposo 3. Bochecha
4. Mucosa Bucal
I. Título. II. Rafael Aleixo Corveloni



Monografia intitulada ***“Importância da estética branca na Harmonização Orofacial”***, de autoria do aluno Hassiel Rojas Rojas.

Aprovado em 18/05/2021 banca constituída dos seguintes professores:

Profº Ms. Rafael Aleixo Corveloni – Orientador - Facsete

Profº Tarley Eloy Pessoa de Barros - Facsete

Profº Fábio Oliveira - Facsete

Guarulhos, 18 de Maio de 2021

RESUMO

Bichectomia é um procedimento cirúrgico, intraoral, que consiste na excisão fracionada do corpo adiposo de Bichat (Bola de Bichat), as quais tendem a diferenciarem ao se tratar de tamanho e formato. A técnica cirúrgica é relativamente rápida e simples, porém pode discurrir complicações pós-operatórias variadas. Os ductos da glândula parótida, ramos do nervo facial, vasos sanguíneos e tecidos musculares, são as estruturas anatômicas mais importantes que circundam o corpo adiposo bucal e estão muitas vezes comprometidas nas implicações da extração da massa gordurosa. A cirurgia pode ser realizada por cirurgiões-dentistas ou cirurgiões plásticos para fins estéticos e funcionais. No primeiro caso, o procedimento é realizado para melhorar o contorno facial, afilar a face e viabilizar a harmonia do rosto. Nos casos funcionais, o procedimento é executado em pacientes com grande volume de gordura na região da mucosa jugal superior (Bola de Bichat), e que a mordiscam com frequência, ocasionando em lesões traumáticas. Complicações do procedimento cirúrgico de remoção do corpo adiposo é a minoria, entretanto, infecção, hematoma, lesão dos vasos e nervos faciais, podem vir a surgir. A Bola de Bichat é histologicamente equivalente à gordura encontrada em outras partes do corpo, sendo que essa estrutura não é absorvida nos casos de perda de peso, seguido de emagrecimento, conforme se dá com a gordura situada em outras regiões.

Palavras-chave: Cirurgia Plástica; Corpo adiposo; Bochecha; Mucosa Bucal.

ABSTRACT

Bichectomy is an intraoral surgical procedure consisting of fractional excision of the Bichat adipose body (Bichat Ball), which tends to differ in size and shape. The surgical technique is relatively quick and simple, but can address various postoperative complications. The parotid gland ducts, facial nerve branches, blood vessels, and muscle tissues are the most important anatomical structures surrounding the buccal adipose body and are often compromised in the implications of fat mass extraction. The surgery can be performed by dental surgeons or plastic surgeons for aesthetic and functional purposes. In the first case, the procedure is performed to improve the facial contour, to thin the face and to enable the harmony of the face. In functional cases, the procedure is performed in patients with large fat in the upper jugal mucosa region (Bichat Ball), and who nibble frequently, causing traumatic injuries. Complications of the surgical procedure of removal of the adipose body are the minority, however, infection, hematoma, damage to the vessels and facial nerves may arise. The Bichat Ball is histologically equivalent to fat found in other parts of the body, and this structure is not absorbed in cases of weight loss, followed by weight loss, as with fat in other regions.

Keys words: Plastic surgery; Fat body; Cheek; Buccal mucosa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1 Anatomia relacionada.....	09
2.2 Aplicações clínicas	12
3. DISCUSSÃO.....	18
4. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1. INTRODUÇÃO

O rejuvenescimento facial é um dos campos da odontologia que atua de forma conjunta à medicina, atualmente. O cirurgião dentista qualificado para harmonizar a face, ao se tratar do tratamento odontológico convencional, pode ir muito mais além. A cirurgia estética das bochechas é definida como um grupo de técnicas que foram evoluindo dentro da cirurgia facial, sendo a mais utilizada, a técnica da Bichectomia, a qual constitui na técnica da diminuição da bola de Bichat.

Bichectomia é um procedimento cirúrgico que tem como finalidade a excisão de um fragmento do corpo adiposo de Bichat, ou seja, a remoção da bola de Bichat, que condiz com 40% do volume dessa estrutura.

O procedimento reproduz no volume do terço médio da face, o que pode melhorar a situação funcional dos pacientes operados, além da estética facial. O corpo adiposo de Bichat foi descrito em 1802 por Marie François Xavier Bichat, anatomista, médico e biólogo.

Heister, foi o primeiro anatomista a descrever a bola de Bichat, no entanto não presumia que era uma bola de tecido gorduroso. Ele acreditava que era uma glândula, onde deu o nome de Glândula Molar, em 1732. Apenas setenta anos depois, em 1802, o anatomista Marie François Xavier Bichat deu o seu sobrenome de Bichat, através de seu trabalho de anatomia geral, a esse corpo adiposo ou Bola de Gordura de Bichat.

A bola de Bichat é uma massa globulosa de gordura, encapsulada por uma fina camada de tecido conjuntivo, posicionada externamente ao músculo bucinador e a frente da margem anterior do músculo masseter.

A Bola de Gordura Bichat está intimamente relacionada com os músculos da mastigação, posicionada entre a região anterior do músculo masséter e bucinador, onde acomoda um espaço denominado Sissarrose, fisiologicamente necessário durante o período de aleitação e relaciona-se também com o ramo bucal e zigomático do nervo facial, devendo-se ter muita prudência com o manuseio

cirúrgico para evitar uma paralisia facial. Outra relação relevante é o ducto parotídeo que atravessa a superfície lateral da Bola de Bichat quando este adentra na bochecha. A artéria e veia facial ascendente está num mesmo plano que a Bola de Bichat, demarcando o prolongamento de gordura da bochecha no paciente. Um pacote de gordura temporal superficial ganha suporte sanguíneo da artéria temporal média e ramo da artéria superficial.

Mais notado em recém-nascidos, acredita-se que essa estrutura atue na sucção durante a amamentação (evitando o colapso das bochechas), além de proteger estruturas neurovasculares da face. Em adultos, o volume do corpo adiposo bucal é mais consistente, mantendo mesmo em casos de perda de peso e perda de gordura subcutânea.

A bichectomia pode ser indicada com finalidade estética e funcional. Nas ocorrências de bichectomia funcional, o procedimento é realizado em pacientes com volume aumentado de gordura (bola de Bichat), com mordedura na região da mucosa jugal que causam lesões traumáticas contínuas nessa região. Nos casos estéticos, o procedimento é realizado nos pacientes com o terço médio da face mais saliente do que o osso zigomático, concedendo-lhes uma face esférica excessiva e uma aparência infantilizada. Assim, a extração da bola de Bichat pode evidenciar o contorno facial, afilar o rosto do paciente e definir os traçados faciais.

As indicações clínicas em cirurgia estética para o procedimento da Bichectomia são: rosto arredondado; assimetria da face em tecido mole; malar proeminente; aumento da auto-estima; "morsicatio buccarum"; e interado á outras técnicas cirúrgicas estéticas.

As contraindicações são as mesmas de cirurgias habituais, como: pacientes que fazem Quimioterapia e/ou Radioterapia; pacientes com infecções locais; imunossupressão; cardiopatias severas; coagulopatia e nefropatia.

Mesmo sendo considerado um procedimento cirúrgico moderadamente simples, algumas complicações podem ocorrer, onde podem decorrer infecções faciais, hemorragias, lesão do ducto da glândula parótida e até mesmo paralisia facial. Além disso, podem ocorrer também complicações cirúrgicas, tais como

hematomas e edema.

Atualmente, a técnica cirúrgica de bichectomia vem sendo largamente indicada para fins estéticos, tornando-se uma prática mundial, especialmente entre as mulheres. De acordo com dados da ISAPS de 2015, o nosso Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Anatomia relacionada

Stuzin *et al.*, em 1990, alegaram que a massa adiposa bucal está localizada no espaço mastigatório e associada intimamente com os músculos da mastigação, nervo facial e ducto parotídeo. Um entendimento bem amplo destes planos e suas relações são fundamentais para as realizações cirúrgicas com confiança. A bola de Bichat se dá como um corpo principal e quatro extensões: pterigoideal, bucal, temporal superficial e profunda. Sendo a bucal a porção mais externa do corpo adiposo, o qual dá o formato à bochecha. Insere na bochecha logo abaixo do ducto parotídeo e se alonga pela margem antecedente do masseter à medida que desce para a região retromolar mandibular. Reveste o segmento principal do músculo bucinador, limitado à frente por vasos faciais, que estão no mesmo nível que a gordura bucal. O corpo da gordura e a extensão bucal são encarregados pelo contorno do rosto. Uma abordagem externa da gordura não é apropriada devido à presença dos ramos do nervo facial que atravessam a bochecha lateralmente. O acesso pelo interior é obtido superiormente ao longo da mucosa jugal, tomando como referência o segundo molar superior, posteriormente a saída do ducto parotídeo. A bola adiposa percorre por baixo e lateralmente a este ducto, adentrando na bochecha. A incisão de escolha é a intraoral, no fundo do vestíbulo, acima do segundo molar e estendendo posteriormente por cerca de 2cm, incisionando as fibras do músculo bucinador. A gordura está circundada por uma cápsula que deve ser rescindida com uma pinça.

Matarasso, no ano de 1991, apontou alguns casos onde foi removido o corpo adiposo bucal, onde foi verificada a alteração do contorno do volume das bochechas. Foi usada a técnica anestésica infiltrativa, com solução de cloridrato lidocaína e epinefrina, injetando em fundo de sulco entre o primeiro e o segundo molar, localizando a papila da saída ducto parotídeo. Com uma incisão de 2,5cm e 1cm abaixo e posterior a papila do ducto, expõem as fibras do músculo bucinador, divulsionando-as por instrumento de ponta romba. Com

uma força externa na face, abaixo do osso zigomático, a massa adiposa do ramo bucal é extraída. Removendo apenas a gordura, a fim de privar injúrias as estruturas adjacentes.

Kahn *et al.*, em 2000, relatou que a gordura está rodeada por uma membrana delimitada, esta cápsula separa os grupos de lóbulos adiposos uns dos outros. O corpo adiposo bucal é composto por uma parte principal, ou corpo, a partir da qual surgem várias superfícies relacionadas aos músculos mastigatórios. O ducto da glândula salivar parótida cruza o corpo, separando o corpo em superior e inferior. A porção inferior do corpo está localizada entre os músculos zigomático maior e bucinador estando separada anteriormente do corpo por uma cápsula fibrosa. A porção superior do corpo ocupa um espaço delimitado pela parede lateral e posterior do seio maxilar, o músculo pterigóideo lateral e a margem anterior do músculo temporal. Na parte superior aproxima-se da parte lateral da margem orbital inferior.

Já em 2001, Zhang *et al.*, realizou um trabalho anatômico de secreção do corpo adiposo bucal, a partir da dissecação de 11 cabeças. O estudo mostrou que o corpo adiposo possui 3 lóbulos, sendo anterior, intermediário e posterior. Cada lóbulo é encapsulado por uma membrana compreendida por alguns ligamentos e nutrida por diferentes fontes arteriais. O lóbulo anterior do corpo adiposo bucal está localizado abaixo do arco zigomático, se estendendo a frente do bucinador, na maxila e no espaço profundo do músculo levantador do lábio superior e músculo zigomático maior. O músculo zigomático menor se origina no forame infra orbital e passa por dentro do lóbulo anterior. O ducto parotídeo passa na parte posterior e a veia facial anterior e pela borda ântero inferior. A porção anterior, também se relaciona com os vasos e nervos infraorbitários. O lóbulo superior está no espaço mastigatório e nos adjacentes, passa pela fissura infra orbitária e ao redor do músculo temporal. O processo pterigoideo, bucal, pterigo-palatino, e temporal são extensões derivadas do corpo adiposo bucal e se referem ao lóbulo posterior. O processo bucal é a parte inferior do lóbulo posterior. É o processo mais superficial, no entanto o seu tamanho pode abalar a aparência bucal. O processo pterigoide é uma extensão posterior. O processo temporal está subdividido em superficial e profundo. A artéria facial, veia facial transversa e a

artéria maxilar interna e suas anastomoses são os vasos que nutrem o corpo adiposo bucal.

Anos depois, Shoja *et al.*, em 2008, abordaram os trabalhos do anatomista e fisiologista Marie-Francois Xavier Bichat (1771–1802), entre outros autores, enumeraram a fossa pterigo-palatina (fossa de Bichat), a cisterna da vena magna de Galen (forame ou canal de Bichat), o fascículo inferior do Ligamento posterior sacroilíaco (ligamento de Bichat), a fissura transversal do cérebro (fissura de Bichat) e a túnica íntima venosa (túnica de Bichat) e a almofada de gordura bucal (bola Bichat), sendo está ultima descrita por ele como um tecido de origem gordurosa, pela primeira vez.

Com o intuito de utilização de imagens, Gierloff *et al.*, em 2012, que permitisse analisar as características das áreas de gordura da face em relação à anatomia cadavéricas humanos, com uyma idade jovial com de idade avançada. Com imagens obtidas por tomografias computadorizadas de 12 cabeças de cadáveres, divididos em duas faixas etárias (grupo 1, 54 a 75 anos, n = 6 e grupo 2, 75 a 104 anos, n = 6). Foi determinado o diâmetro sagital dos terços superior, médio e inferior de cada compartimento. Para a avaliação de uma "flacidez" dos compartimentos, tomou-se a distância entre a borda cefálica e o rebordo infraorbitário. A tomografia computadorizada acusou alterações de envelhecimento. O diâmetro sagital do terço inferior dos compartimentos foi maior, e também o diâmetro sagital do terço superior foi menor no grupo 2 comparado com o grupo 1. A extensão bucal do corpoadiposo mostrou ser um compartimento independente e separado. Esse estudo comprovou uma dispersão inferior das sessões de gordura e uma mudança de volume inferior dentro dos mesmos, durante o envelhecimento. Anos mais tarde, Pessa *et al.*, em 2016, examinou as superfícies de união das gorduras da face, no que compreende a fáscia superficial e a fáscia profunda. Após a dissecção realizada, mostrou que existem áreas de união superficiais adicionais. Verificou membranas bilaminares percorrendo da fáscia profunda para superficial em todas as amostras. Estas membranas existem como áreas de união entre a fáscia superficial e profunda. Nervos, vasos sanguíneos e linfáticos fazem transição entre a fáscia profunda e superficial da face, por entre estas membranas, ocasionando estabilidade e diminuindo a sua deformação.

2.2. Aplicações clínicas

Carbonell *et al.*, em 1991, propôs uma solução para a hipertrofia do músculo masseter para todos os seus pacientes com ligeira assimetria facial, uma cirurgia oral empregando a técnica de Beckers. A hipertrofia dos masseteres pode ser uni ou bilateral, ocorrendo em ambos os sexos. Teve como resultados estéticos e funcionais satisfatórios em todos os casos. Incluindo uma remoção fracionada do corpo adiposo maxilar, seguindo algumas etapas: uma incisão na borda anterior da mandíbula, a partir do ponto superior e chegando até a região do primeiro molar; divulsão do masseter no feixe vertical e horizontal da mandíbula indo até a região do segundo molar; dissecação craniana contínua com corte das fibras incorporadas no arco zigomático; divisão abaixo do periósteo no ângulo da mandíbula, a fim de acondicionar o músculo pterigoideo e a parte externa do músculo masseter; ressecção de um retalho do osso lateral da mandíbula; através da mesma incisão, uma remoção parcial da gordura de Bichat; drenagem interna da cavidade oral de Penrose; fechamento da ferida em um único plano com fio de seda 3/0; compressão elástica em um tempo de três semanas.

Martin-granizo *et al.*, em 1997, utilizou o parte do corpo adiposo bucal para o restauro de 15 defeitos surgidos a extirpações tumorais, 8 de cistos maxilares, 6 de comunicações buco-sinusais e 1 para cirurgia complementar a um deformidade pós-traumática. Teve sucesso em 28 dos 29 pacientes, com epitelização integral do pedículo, mesmo ocorrendo necrose parcial em 4 casos do enxerto de gordura. Teve rejeição em apenas um paciente, onde foi empregado para recompor uma comunicação buco-nasal perto da linha mediana do palato. Em quatro semanas após a cirurgia este pedículo soltou, gerando uma epitelização parcial, requerendo outro procedimento cirúrgico com um enxerto de mucosa da região para o fechamento completo. Em todos os métodos, a epitelização do corpo adiposo bucal teve seu início na primeira semana, finalizando entre 30 e 40 dias. Concluiu então, que é uma metodologia satisfatória, ao se tratar de regeneração, flexível e de mecanismo simples. Com tudo, seu uso está restrito a

pequenos e médios defeitos.

Baumann *et al.*, em 2000, qualificaram o uso do corpo adiposo bucal na reconstrução de defeitos do palato duro e do palato mole em vinte e nove pacientes, dentre várias indicações: em coberturas de enxertos ósseos em exposição, úlcera oro-sinusal, tumor no palato duro e mole, fístula posterior em pacientes fissurados. Todos os casos sendo tratados com um pedaço do corpo adiposo bucal sem envoltório de proteção. O tamanho da área defeituosa reconstruída foi no máximo de 5,5cm x 4,0cm. Todos os enxertos foram cicatrizados sem alterações estéticas, e a superfície da gordura transformada em mucosa morfológicamente local. Concluindo através deste estudo que o enxerto do pedículo gorduroso é um método seguro e fácil de reconstruir imperfeições na região posterior de maxila e palato mole, dado pela ótima vascularização local, simplicidade no acesso e boas condições locais de escolha da doação.

Meyer *et al.*, em 2012, tendo o insucesso três meses antes em enxerto de gengiva, usou como matéria de enxertia o corpo adiposo bucal pediculado, obtendo sucesso, para obstruir uma comunicação oro-sinusal na região do palato duro. Um mês posteriormente a cirurgia, a paciente se beneficiou coma comunicação ocluída, conseguindo utilizar sua prótese total à vontade.

No mesmo ano, Candamourty *et al.*, no ato cirúrgico de extração do elemento 26, expôs a comunicação oro-sinusal, cerca de 1cm de diâmetro. Foi proposto o uso do corpo adiposo maxilar, em forma de pedículo, além de uma aba da mucosa bucal para recobri-la, a fim de fechar a comunicação. O autor concluiu que o fechamento em dupla camada usando a gordura com a aba de mucosa bucal é excelente predileção no fechamento de comunicações oro-sinusais.

No ano seguinte, Toshihiro *et al.*, em 2013, avaliou a utilização do corpo adiposo bucal pediculado para fechar comunicações oral-sinusais decorridas em cirurgias precedentes. Sujeitou-se a esta técnica, 23 pacientes entre 2003 e 2011, com comunicações em algumas regiões, como no palato,

mucosa oral, maxila, soalho lingual, fundo de vestibulo, gengiva inferior e a articulação temporomandibular. Em até quatro semanas ocorreu a cicatrização, sem complicações, e a gordura bucal se apresentou como um material versátil e de aceso fácil, utilizado em todas as áreas desejadas.

Xu *et al.*, em 2013, introduziu uma técnica cirúrgica adaptada para modificar o contorno das faces volumosas, a qual condiciona a largura da face inferior definida por quatro partes, sendo a mandíbula, o músculo masseter, o corpo adiposo bucal e a gordura subcutânea. Realizou a Dissecção do músculo masseter com intuito de atrofia-lo e removeu parcialmente o corpo adiposo da maxila por uma pequena incisão intra-bucal. Após seis meses de estudo dos casos, não apresentou complicações consideráveis. Método este o qual resultou um ótimo resultado estético em pacientes com face redonda.

Bueno *et al.*, em 2013, utilizou o corpo adiposo bucal para aumentar o volume do lábio superior, complementando a região da pré-maxila e paranasal, na forma de pedículo bilateral, junto com a cirurgia ortognática, em 11 casos. A cada seis meses fez acompanhamento tomográfico, para comparação do volume adquirido. Após 12 meses constatou um ganho de volume e resultado satisfatório com o uso da gordura, aumentando a pré-maxila, a região paranasal e o suporte labial. Assim, para ganho na dimensão horizontal da região labial superior, demonstrou ser uma técnica acessível e genuína.

Khiabani *et al.*, em 2014, propôs uma técnica para volumizar o malar utilizando o corpo adiposo bucal, a fim de avaliar o experimento a longo prazo, além de verificar as complicações surgidas pela técnica. A finalidade da técnica foi de aumentar o tamanho da região do Malar unilateral, com o uso do pedículo da gordura. A seleção dos pacientes para a cirurgia se deu por razões estéticas e / ou traumatismos. Treze pacientes (8 homens e 5 mulheres) passaram pela cirurgia de aumento do volume malar e, após um ano da cirurgia, foram reavaliados e observado que a quantidade média de reabsorção foi de 0,376mm. Outras complicações importantes não foram observadas. Contudo, tomando os resultados de sucesso da pesquisa, mostram que esta nova técnica deve ser destacada como um método optativo para a solução do defeito causado pela depressão malar leve e moderada surgida nos

pacientes, seja por motivos estéticos ou pós- traumáticos.

No ano de 2015, Hernandez-Alfaro *et al.*, avaliou um estudo sobre aumentar o volume da região malar em cirurgias ortognáticas. Escolheram seis pacientes, apresentando problemas dento faciais implícitos, volume malar reduzido bilateral, e com cirurgia ortognática conjunta e aumento malar com o corpo adiposo da bochecha. Utilizando a tomografia computadorizada dos feixes cônicos para uma análise volumétrica, no intervalo de 1 e 12 meses, através das sobreposições de imagens. Como resultado final, teve-se uma satisfação plena do paciente e quase nula de dor. O volume malar médio foi de 115.480,91mm³ no pré-operatório, 124.586,32mm³ com 1 mês de cirurgia e chegou a 119.008,77mm³ 12 meses posteriormente a cirurgia.

Contudo, o ganho ao final de um ano após a cirurgia, foi de 3527,86mm. As transições de volume foram 7,77 por cento no primeiro mês e, 3,52 por cento ao fim de 12 meses. Por fim, a utilização do feixe adiposo bucal corresponde a uma escolha bem sucedida para o ganho de volume malar no âmbito cirúrgico da ortognática.

Deliberador *et al.*, em 2015, avaliou a efetividade do transplante de enxerto com o tecido adiposo bucal não pediculado (ETAB) com finalidade de tratamento em retrações gengivais, baseando-se pela classificação de Miller, Classe I e II. Em comparação com resultados de enxerto de tecido conjuntivo (ETC). Foram escolhidos 12 pacientes com retrações gengivais em ambos os lados, sendo Classe I e II de Miller, estabelecidos em dentes pré- molares ou caninos, em maxila. As retrações cervicais foram preparadas, a fim de receber um dos tratamentos, sendo as técnicas ETC ou ETAB. Os critérios avaliados clinicamente, nos períodos que foram de 1, 3 e 6 meses de pós-operatório, abrangeram o índice de placa, índice gengival, profundidade de sondagem, retração gengival (RG), nível clínico de inserção, largura e densidade do tecido queratinizado e a medida da margem gengival ao guia de acrílico (MG-GA). Ao fim, não houve diferença significativa dos dados clínicos avaliados entre os casos comparados dentre as técnicas utilizadas. Em ambos os grupos, as diferenças significativas se deram nos 3 primeiros meses após o procedimento. Ao ultrapassar 6 meses, o percentual de recobrimento radicular

foi de 67,5% e 87,5% para as técnicas ETAB e ETC, nesta ordem. Ambos os grupos, tiveram recobrimento radicular completo em 50% dos feitos, em 6 meses de pós-operatório. Concluiu-se que o transplante do ETAB mostrou equivalência clínica com o ETC. Portanto, os dois tratamentos são considerados eletivos para a resolução do tratamento de RGs Classe I e II de Miller.

Habib *et al.*, em 2015, teve como objetivo analisar o fragmento do corpo adiposo bucal para sua utilização na reparação de imperfeições orais surgidas após um ato cirúrgico. Foram triados vinte e nove pacientes com defeitos cirúrgicos na maxila, palato, mucosa bucal, gengiva superior, gengiva inferior, assoalho oral, região retro molar e articulação temporomandibular. Usou-se um fragmento de enxerto a porção de tampão de gordura bucal como material para a resolução de defeitos intraorais de pequeno a médio tamanho entre 2012 e 2014. Após o acompanhamento realizado durante 13 meses, foi verificado a viabilidade do uso da gordura, reparo competente, função e estética do local doador. Entre 4 e 6 semanas deu-se a epitelização completa após a cirurgia. E foi comprovada sua utilização para a regeneração de defeitos médios e pequenos, podendo abranger palato, mandíbula, ângulo da boca e região da articulação temporomandibular.

Também, no mesmo ano, Berrone *et al.*, menciona o uso da fração do corpo adiposo bucal sendo o material de escolha, ao se tratar de comunicação oro-sinusal, pela sua posição anatômica, com vasto plexo sanguíneo na região e, ainda função protetora do local onde houve a exposição óssea, viabilizando uma maior vascularização. Nos casos de 5 pacientes, com quadro de necrose óssea, em região de maxila, na porção posterior, dado pelo uso de medicamentos com sal de bisfosfonatos em sua composição, indocou-se a solução com extração do fragmento ósseo exposto e necrosado, a fim de recobrir o local afetado com uma porção previamente acondicionada do corpo adiposo bucal. Em sua totalidade dos casos, foi fechada a ferida com a gordura. Em um período de 12 meses, os pacientes mostraram uma ótima cicatrização, sem o cuidado e indicação de uma nova intervenção.

No ano seguinte, em 2016, Falah *et al.*, utilizou o corpo adiposo

maxilar nos casos de perfuração da membrana de seio maxilar, com a finalidade de preenchimento. Nos 6 casos onde pacientes foram operados, tiveram 10 levantamentos de seios maxilares, e ainda a instalação de 24 implantes dentários. Por todo o tempo de cicatrização, os pacientes tiveram, radiográfica e clinicamente, um acompanhamento, onde foi extraído amostras para biópsia, no mesmo instante de abertura dos implantes.

Depois de sete meses na média, ao fim do processo de cicatrização, foi então detectado um novo osso presente e consistente, tanto pelos exames radiográficos quanto pelo histológico e, dentre os 24 casos de implantes instalados, somente um foi considerado condenado, chegando a um valor de sucesso em 95%. Com isso, constatamos que o corpo adiposo maxilar pode ser empregado como uma ótima opção, ao se tratar de material de escolha de enxertia, nas regenerações de seio maxilar.

3. DISCUSSÃO

A bichectomia é uma técnica cirúrgica parcialmente simples, bem rápida e realizada em âmbito laboratorial e com anestesia local. Porém, é de suma importância que este ato cirúrgico seja executado por profissionais com larga vivência em cirurgia facial, tais como cirurgiões bucomaxilofaciais, cirurgiões craniomaxilofaciais ou cirurgiões plásticos. Além do mais, compete ao cirurgião encarregado, orientar ao paciente, sobre os riscos referentes ao procedimento, tal como sobresser uma cirurgia irreversível e prováveis implicações, como lesão do ducto da glândula parótida, contaminação, sangramento e parestesia facial.

Estão aptos a esta cirurgia pacientes com mais de dezoito anos, capacitados em seu estado físico e esclarecidos em suas dúvidas sobre eventuais resultados a serem atingidos com o processo. E ainda terem sido instruídos sobre os cuidados pós-operatórios primordiais. No entanto, o procedimento não é indicado para candidatos com face longa e fina e com diagnóstico de obesidade.

Nos pós-operatórios, é fundamental a realização de terapia intensa com gelo em face, denominada de crioterapia. A vasoconstrição estimulada pelas baixas temperaturas favorece a diminuição da circulação sanguínea local, conseqüentemente, a redução do calor e rubor nas áreas com injúrias dos tecidos afetados. Tendo como principal função, modular a resposta inflamatória com as baixas temperaturas, diminuindo o inchaço na região das bochechas estimulado pelo procedimento.

Atingir o acesso à bola de Bichat é o sucesso da cirurgia, podendo ser realizado em três regiões diferentes da cavidade bucal. A bola de Bichat está situada logo abaixo ao arco zigomático, continuando em direção a parte anterior da bochecha. Primeiramente realiza-se a incisão, em seguida a divulsão e dissecação dos níveis anatômicos, com a finalidade de atingir a bola de Bichat em sua cavidade, sem romper cápsula fibrosa que a envolve. Assim, com movimentos delicados e manobras circulares, traciona-se para extraí-la. Por fim, o local operado tem de ser higienizado e promovido a sutura. No momento da sutura, foi observada uma

excelente resposta tecidual com fios monofilamentares, por apresentar um menor acúmulo de placa bacteriana. Além de proporcionar um conforto benéfico no pós-operatório ao paciente, o uso do fio reabsorvível evita a necessidade de sua remoção.

O envio da gordura extirpada para exame anatomopatológico não é necessário, a menos que macroscopicamente tenha observado algum aspecto diferente, tais como variação de cor ou volume dos vasos sanguíneos.

O tempo para chegar ao resultado final após cirurgia de Bichectomia, leva cerca de semanas a no máximo seis meses da cirurgia, período no qual o edema do tecido mole é permanentemente reabsorvido. Sobre as questões legais, acerca da execução de cirurgias da face, no caso a bichectomia, foram deliberados em união com o Conselho Federal de Medicina e pelo Conselho Federal de Odontologia na resolução número 1950/2010, que corroborou a competência específica da prática de cirurgia estética por médicos, com exceção as cirurgias estéticas funcionais do aparelho mastigatório, que é de competência do cirurgião-dentista.

Algumas implicações mais complexas, resultantes da execução do ato cirúrgico, como a lesão do ducto de Stensen e a danos no nervo facial, podem suceder e se apresentar através de fístulas salivares e parestesia definitiva ou temporária, de acordo com a complexidade dos danos. Além do mais, a extração demasiada de gordura no decorrer do procedimento de Bichectomia, pode ocasionar na necessidade de recondicionar o local com enxerto de gordura. Contudo, é de suma importância durante o ato cirúrgico de Bichectomia, remover minuciosamente a gordura que surge através da incisão cirúrgica, sem uso de força excessiva de tração, e com movimentos sutis. Por fim, para a bichectomia, é necessário que seja executada de maneira primorosa, no intuito de evitar a lesão do nervo facial, entre outras estruturas.

4. CONCLUSÃO

A bichectomia é um procedimento cirúrgico apontado com finalidade estética e/ou funcional, ocasionalmente rápido e simples, indicado com finalidade estética e/ou funcional. No entanto, o cirurgião incumbido deve portar experiência com cirurgia maxilofacial e instruir o paciente em relação às verdadeiras perspectivas quanto à execução do procedimento, além de prováveis implicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMANN, A.; EWERS, R. Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 58, n. 4, p. 389-392, 2000.

BERRONE, M.; *et al.* Stage 3 Medication-Related Osteonecrosis of the Posterior Maxilla: Surgical Treatment Using a Pedicled Buccal Fat Pad Flap: Case Reports. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 73, n. 11, p. 2082-2086, 2015.

BRASIL, L. F. M.; POLO, T. O. B.; MOMESSO, G. A. C.; SANTOS, G. M.; LIMA, V. N.; FAVERANI, L. P. Reparos anatômicos para cirurgia de bichectomia. **Arch Health Invest**, v. 5, p. 359, 2016.

CANDAMOURTY, R.; JAIN, M. K.; SANKAR, K.; BABU, M. R. Double-layered closure of oroantral fistula using buccal fat pad and buccal advancement flap. **J NatSci Biol Med.**, v. 3, n. 2, p. 203-205, 2012.

CARBONELL, A.; *et al.* Resection of the Buccal Fat Pad in the Treatment of Hypertrophy of the Masseter Muscle. **Aesthetic Plast Surg.**, v. 15, n. 3, 219-222, 1991.

CASTRO, H. L.; OKAMOTO, T.; CASTRO, A. L. Reação tecidual a alguns tipos de fios de sutura. Avaliação histológica em ratos. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Araçatuba, v. 3, n. 1, p. 101-111, 1974.

DELIBERADOR, T. M.; *et al.* Non-Pedicled Buccal Fat Pad Grafts to Treatment for Class I and II Gingival Recessions: A Clinical Trial. **Braz. Dent. J.**, v. 26, n. 6, p. 572-79, 2015.

DIANA, Q. P. G.; CAROL, L. L. Cirurgia estetica de mejillas. **Revista de Actualizacion Clinica**, v. 48, p. 2538-2541, 2014.

FALH, M.; SROUJI, S. Use of Buccal Fat Pad for Closure of Perforation and Graft Material in a Maxillary Sinus Elevation Procedure: A Preliminary Study. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v. 31, n. 4, p. 842-848, 2016.

GIERLOFF, M.; STÖHRING, C.; BUDER, T.; *et al.* Aging changes of the midfacial fat compartments: a computed tomographic study. **Plast Reconstr Surg.**, v. 129, n. 1, p. 263–273, 2012.

HABIB, A. M.; MEDRA, A. The Feasibility of Buccal Fat Pad Flap in Oral Reconstruction Based on Clinical Experience in a Governmental Hospital, Alexandria, Egypt. **Cleft Palate Craniofac J.**, v. 53, n. 6, p. 657-663, 2016.

HERNÁNDEZ, A. F.; *et al.* Malar Augmentation with Pedicled Buccal Fat Pad in Orthognathic Surgery. **Plastic and Reconstructive Surg.**, v. 136, n. 5, p. 1063-1067, 2015.

JINGHONG, X. U.; YIJIA, Y. U. A Modified Surgical Method of Lower-Face Recontouring. **Aesth Plast Surg.**, v. 37, n. 2, p. 216-221, 2013.

KAHN, J. L.; WOLFRAM-GABEL, R.; BOURJAT, P. Anatomy and imaging of the deepfat of the face. **Clin Anat.**, v. 13, n. 5, p. 373-382, 2000.

KHIAHANI, K.; *et al.* Buccal fat pad lifting: an alternative open technique for malar augmentation. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 72, n. 2, p. 403, 2014.

KNIGHT, K. L. Effects of hypothermia on inflammation and swelling. **Athl Train J Natl Athl Train Assoc.**, v. 11, p. 7-10, 1976.

KOPEĆ, T.; WIERZBICKA, M.; SZYFTER, W. Stensen's duct injuries: the role of sialendoscopy and adjuvant botulinum. **Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne**, v. 8, n. 2, p. 112-116, 2013.

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

MARTIN-GRANIZO, R.; *et al.* Use of buccal fat pad to repair intraoral defects: review of 30 cases. **Br J Oral Maxillofac Surg.**, v. 35, n. 2, p. 81-84, 1997.

MATARASSO, A. Buccal fat pad excision: aesthetic improvement of the midface. **Ann Plast Surg.**, v. 26, n. 5, p. 413-418, 1991.

MATRASSO, A. Managing the buccal fat pad. **Aesthetic. Surg J.**, v. 26, p. 330-336, 2006.

MEYER, E.; LIEBENBERG, S. J.; FAGAN, J. J. Buccal fat pad - a simple underutilised flap. **S Afr J Surg.**, v. 50, n. 2, p. 47-49, 2012.

NICOLICH, F.; MONTENEGRO, C. Extracción de La bola de Bichat: Uma operação simples com surpreendentes resultados. **Folia Dermatológica Peruana**, v. 8, n. 1, Marzo de 1997.

PARY, A.; PITTA, M.; SILVARES, M. G.; 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**, v. 2, n. 3, p. 39-46, 2016.

PESSA, J. E.; ROHRICH, R. J. Discussion: aging changes of the midfacial fat compartments: a computed tomographic study. **Plast Reconstr Surg.**, v. 129, n. 1, p. 274-275, 2012.

RUBIO-BUENO, P.; *et al.* Pedicled buccal fat pad flap for upper lip augmentation in orthognathic surgery patients. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 71, n. 4, p. e178-184, 2013.

SCHASER, K. D.; DISCH, A. C.; STOVER, J. F.; LAUFFER, A.; BAIL, H. J.; MITTLMEIER, T. Prolonged superficial local cryotherapy attenuates microcirculatory impairment, regional inflammation, and muscle necrosis after closed soft tissue injury in rats. **Am J Sports Med.**, v. 35, p. 93-102, 2007.

SHOJA, M. M.; TUBBS, R. S.; LOUKAS, M.; SHOKOUHI, G.; ARDALAN, M. R. MARIE-FRANÇOIS, X. BICHAT (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. **Ann Anat**, v. 190, n. 5, p. 413- 420, Nov 2008.

STEVÃO, E. L. L. Bichectomy ou Bichatectomy - A small and simple intraoralsurgical procedure with great facial results. **Adv Dent & Oral Heath.**, v. 1, n. 1, p. 01-04, 2015.

STUZIN, J. M.; WAGSTROM, L.; KAWAMOTO, K.; BAKER, T. J.; WOLFE, S. A. The anatomy and clinical application of the buccal fat pad. **Plast Reconstr Surg**, v. 85, p. 29-37, 1990.

TOSHIRO, Y.; *et al.* Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction. **Int. J. Oral Maxillofac Surg.**, v. 42, n. 5, p. 604-610, 2013.

TOSTEVIN, P. M.; ELLIS, H. The buccal pad of fat: a review. **Clin Anat.**, v. 8, p. 403-406, 1995.

VINCENTIN, S. C. Harmonização facial na Odontologia. **Rev. Sul Fashion**, n. 54, p. 17, outubro 2016.

ZHANG, H. M.; *et al.* Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. **Plast Reconstr Surg.**, v. 109, n. 7, p. 2509-2518, 2001.