FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

LORNA ALEJANDRA VILLARROEL IRARRAZABAL

QUANDO E PORQUE FAZER A CIRURGIA DE BICHECTOMIA

Guarulhos

2021

LORNA ALEJANDRA VILLARROEL IRARRAZABAL

QUANDO E PORQUE FAZER A CIRURGIA DE BICHECTOMIA

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

Villarroel Irarrazabal, Lorna Alejandra
Quando e porque fazer a cirurgia de bichectomia / Lorna Alejandra Villarroel Irarrazabal - 2021.

24 f.il

Orientador: Rafael Aleixo Corveloni

Monografia Especialização Faculdade Sete Lagoas - 2021.

1. Bichectomia 2. Bola de Bichat
I. Título. II. Rafael Aleixo Corveloni

Monografia intitulada ***"Quando e porque fazer a cirurgia de bichectomia",*** de autoria da aluna Lorna Alejandra Villarroel Irarrazabal.

Aprovada 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

A cirurgia de Bichectomia consiste na remoção de um tecido gorduroso chamado bola de Bichat, sendo este o responsável pela proeminência das bochechas, justificado pela sua localização (externamente no músculo bucinador e em frente a margem anterior do músculo masseter). Na maioria dos casos, o corpo adiposo da bochecha (bola de Bichat) pode conferir um aspecto de rosto arredondado, criando um contorno facial desarmônico. O triangulo invertido foi adotado como padrão de beleza mundial; antes era somente admirado, hoje pode ser conquistado através da cirurgia. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura, apresentando sucintamente a anatomia da região, tal como a localização da bola de Bichat, a técnica utilizada e três casos clínicos sugerindo quando e porque fazê-la.

Palavras Chave: Bichectomia. Bola de Bichat.

ABSTRACT

Bichotomy surgery consists of the removal of a fatty tissue called the Bichat ball, which is responsible for the prominence of the cheeks, justified by its location (externally in the buccinating muscle and in front of the anterior margin of the masseter muscle). In most cases, the cheek fat body (Bichat ball) can give a rounded face appearance, creating a disharmonious facial contour. The inverted triangle was adopted as a world beauty standard; before it was only admired, today can be conquered through surgery. The objective of this work is to perform a literature review, succinctly presenting the anatomy of the region, such as the location of the Bichat ball, the technique used and four clinical cases suggesting when and why to do it.

Keywords: Bichat Ball.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....06

2. REVISÃO DE LITERATURA 08

3. MÉTODO E MATERIAIS 10

3.1 Caso Clínico 01.....10

3.2 Caso Clínico 02.....13

3.3 Caso Clínico 03 e técnica utilizada.....16

4. DISCUSSÃO.....20

5. CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 23

1. INTRODUÇÃO

O tecido adiposo da bochecha é descrito como uma massa esférica de gordura, esta massa é encapsulada e está situada externamente ao músculo bucinador e a frente da margem anterior do músculo masseter, estende-se para trás e para cima, invade a fossa infratemporal, relacionando-se com a maxila, com músculos pterigóideos e músculos temporais, além de separá- los de seus músculos vizinhos (SICHER; TANDLER, 1981; TEIXEIRA *et al.*, 2001; DI DIO, 2002; MADEIRA 2010). É essa localização que confere as bochechas ao seu aspecto arredondado (MOORE, 1990).

O peso médio da bola de Bichat, segundo Stuzin (1990) é de 9,3 gramas com volume de 9,6 mililitros, sendo bem desenvolvido nos primeiros anos de vida. É comum encontrar em literaturas afirmativas de que por se tratar de uma estrutura anatômica, ela não varia conforme o peso de um individuo. Tidemen *et al.* (1995) defende que o tamanho da estrutura referida é constante em diferentes pessoas, mesmo com diferentes pesos.

No ano 1802, Marie François Xavier Bichat reconheceu a morfologia da estrutura que hoje leva o seu nome.

Considerando sua função, a bola de Bichat é muito importante durante a amamentação, ela favorece a sucção impedindo que as bochechas se colapsem. Já fase adulta, é enfatizado que essa estrutura perde a sua função podendo então ser retirada sem nenhuma alteração muscular. Sua função é puramente mecânica, servindo de coxim para facilitar a movimentação de um músculo em relação a outro (SPENCE, 1991).

Em relação à anatomia, o corpo adiposo da bochecha é subdividido em extensões. A extensão bucal é a responsável pelo contorno da bochecha. A pterigopalatina, estende-se até a fossa pterigopalatina, encapsulando os vasos da respectiva região. A extensão pterigoidal localiza-se profundamente do lado medial do ramo da mandíbula e nas superfícies laterais dos músculos pterigoideos medial e lateral. A extensão temporal é dividida em duas partes: superficial, entre a fáscia

profunda temporal e musculo temporal e parte profunda: por trás do processo frontal e parede lateral orbital do osso zigomático e no espaço infratemporal. (MADEIRA, 2012).

É de grande relevância ser citado que, diferentemente dos tecidos adiposos das outras regiões do corpo, essa gordura não é facilmente consumida, nem mesmo em casos de extremo emagrecimento. Bichat, 1802; Dubrul, 1980; Kennedy, 1988; Stuzin, 1990; Epker; Stella, 1990 e Madeira, 2001 correlacionam histologicamente a gordura de outras partes do corpo com a gordura de Bichat e afirmam a dificuldade desta, de ser consumida.

Em Março de 2010, o Conselho Federal de Odontologia e o Conselho Federal de Medicina definiram no o Artigo 2° da Resolução 100/2010 que “É de competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvada as estéticas funcionais do aparelho mastigatório que é de competência do cirurgião-dentista”. Por tanto, com respaldo nos Conselhos Federais citados, o cirurgião-dentista, especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial está apto a desenvolver tal prática.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura, apresentando sucintamente a anatomia da região da estrutura citada, tal como a localização da bola de Bichat, a técnica utilizada e três casos clínicos sugerindo quando e porque fazê-la.

2. REVISÃO DE LITERATURA.

A Bichectomia consiste basicamente na remoção de uma bolsa de gordura localizada no terço inferior da face proporcionando como resultado um rosto mais afilado, segundo Ribeiro, *et al.*, 2016; e apesar de ser uma cirurgia de baixa morbilidade, pode sim apresentar complicações. O profissional deve estar sempre atento quanto as estruturas anatômicas, principalmente no ato do acesso cirúrgico. Uma incisão errada poderá comprometer o ducto parotídeo levando a parestesias ou paresias (MATARASSO, 1991).

Para a realização da cirurgia é necessário uma avaliação minuciosa da face ainda que a realização do procedimento tenha cunho exclusivamente estético. Esta avaliação deve-se atentar-se a possíveis assimetrias bilaterais, a distância entre os ângulos da mandíbula e a hipertrofia do músculo masseter. Sendo feito a avaliação e o prognostico o paciente deve ser comunicado antes da realização do procedimento que tal manobra poderá atender ou não suas expectativas. (MATARASSO, 2006)

A cirurgia de retirada da Bola de Bichat é indicada para pacientes cujos rostos apresentam formato arredondado e/ou proeminente, caracterizado como não harmoniosos tendo em vista os padrões de beleza ditados pela sociedade.

A remoção da gordura da bochecha tem por finalidade estética promover uma diminuição do contorno das mesmas, conferindo uma melhor harmonia facial sendo uma opção com poucas complicações e baixa morbilidade para pacientes que buscam uma melhoria na simetria facial e na funcionalidade mastigatória (BORGES, *et al.*, 2016).

A incisão deve ser realizada logo abaixo do ducto e ligeiramente à frente ou atrás do mesmo, com aproximadamente 1,5cm na sua maior extensão. A divulsão dos planos anatômicos deve prosseguir delicadamente, tendo em vista que estruturas nobres tais como ramos da artéria facial, maxilar e do nervo facial encontram-se nas imediações. Uma pinça de apreensão de tecidos moles é utilizada para deslocar o corpo adiposo e inicialmente, a cápsula fibrosa que envolve é

delicadamente incisada. Movimentos circulares são realizados e assim grande parte da bola de Bichat é removida. A ferida cirúrgica poderá ser fechada com 1 a 2 pontos bilateralmente. (BRASIL, *et al.*, 2016).

Matarasso (2016) preconiza que o corpo adiposo da bochecha deve ser abordado através de uma incisão mínima intra-oral. Uma solução de lidocaína e epinefrina é injetada na área da mucosa bucal na altura do segundo molar superior. A mucosa é retraída com auxílio de um retrator Caldwell-Luc. Uma incisão de 2,5cm é feita entre o primeiro e o segundo molar superior da face vestibular, deixando uma porção de mucosa abaixo do sulco gengivobucal para fechamento da ferida. A papila parotídeo deverá ser visualizada e limitada para evitar incisão sobre a mesma. Com uma pressão externa a bola de Bichat deverá ser projetada em direção a ferida cirúrgica. Após herniar o corpo adiposo da bochecha é fixado com um par de pinças Brown-Adson e delicadamente removida com uma pinça hemostática. O corpo adiposo da bochecha deve ser removido com movimentos suaves, pois trações excessivas podem indevidamente distorcer a anatomia e ducto parotídeo ou de pequenos vasos no campo o que poderia levar a lesões indesejadas. Após a conclusão da ressecção e a confirmação da hemostasia, as incisões são fechadas com 1 a 2 pontos simples dos dois lados com fio de sutura de 5-0.

3. MÉTODO E MATERIAIS.

Nos casos clínicos apresentados, a técnica utilizada foi a descrita por Mursen e Mataraso (2016). Esta técnica apresente maior consideração anatômica, enfatizando os reparos e importantes estruturas nobres da região; o que torna a retirada da bola de Bichat mais segura quando comparada a técnica.

A medicação pós operatória prescrita (previamente ponderada frente a anamnese e avaliação dos pacientes), foi igualmente adotada para os três pacientes do presente estudo, sendo composta de Cefadroxila de 500mg (sendo 1 comprimido a cada 12 horas por 7 dias), Feldene de 20mg (sendo 1 comprimido a cada 12 horas por 5 dias) e Deocil de 10mg (sendo 1 comprimido sublingual a cada 6 horas por 2 dias).

3.1 Caso clinico 01

Paciente M.L.S., sexo feminino, 27 anos, 1,66cm, compareceu ao consultório odontológico no dia 03 de Março de 2017 como voluntária para realização do procedimento. Concordou e assinou todos os termos e consentimentos para o presente documento. Relatou insatisfação quanto ao formato arredondado do rosto e queixou-se do hábito de morder as bochechas internamente (BuccarumMorsicatio). Foi realizada a anamnese complementar e aferida a pressão arterial. No dia do procedimento a paciente estava com 101,9 kg, sendo fundamental destacar que, segundo o IMC (índice que avalia o peso de uma pessoa em relação a sua altura) a paciente apresenta obesidade. A avaliação facial não apresentou contra indicações nem fatores que preconizassem futuras insatisfações com o resultado final do procedimento.

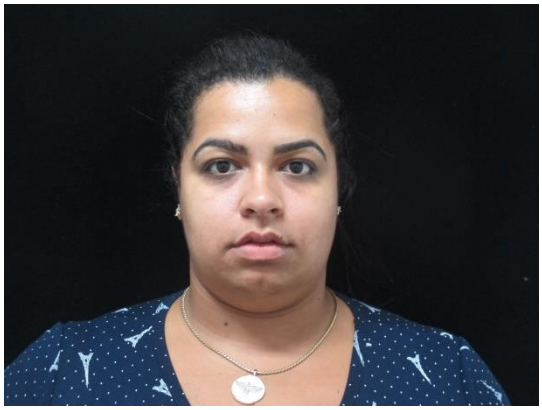


Figura 1. Registro frontal



Figura 2. Peso no dia do procedimento



Figura 3. Bola de Bichat do lado direito herniada após incisão e divulsão dos planos



Figura 4. Bola de Bichat do lado esquerdo



Figura 5. Bola de bichat do lado direito removida pesando 5,7g.



Figura 6. Bola de Bichat do lado esquerdo removida pesando 5,4g.

Paciente retornou ao consultório no dia 04 de Setembro de 2017, depois de completados 6 meses de cirurgia. Foi feita uma nova avaliação e constatado que a paciente obteve ganho de peso durante este período, e ainda assim relatou estar muito satisfeita com o resultado do procedimento. (Dia 03/03/2017, paciente pesando 101,9 kg. Dia 04/09/2017, paciente pesando 105.3 kg).

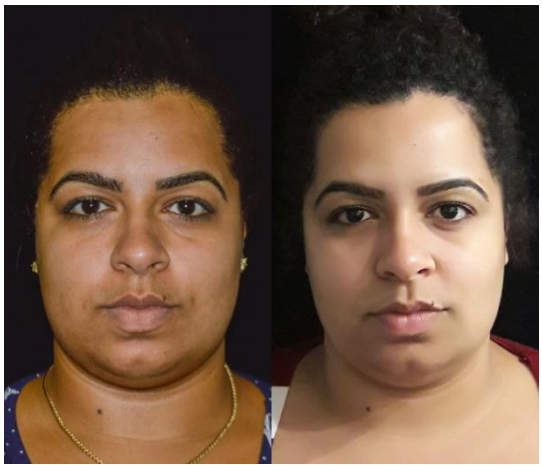


Figura 7. Foto antecedendo o procedimento e no seu retorno, 6 meses depois

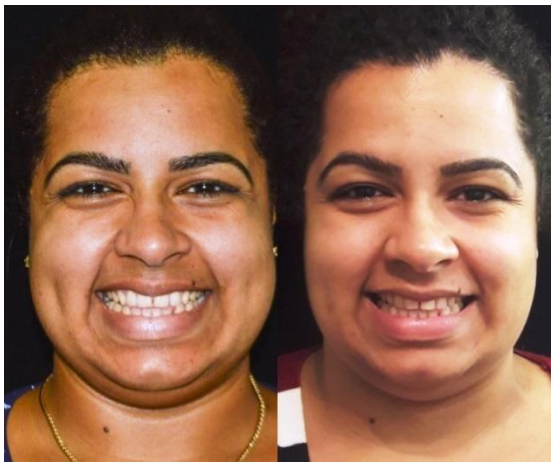


Figura 8. A principal queixa da paciente era o formato do rosto enquanto sorria



Figura 9. Perfil clinico inicial com bochechas volumosas e traços sem definição, região malar pouco proeminente e ausência do triangulo invertido. Pós operatório de 6 meses nota-se um afinamento sutil da face e bochechas menos volumosas.



Figura 10. Peso atual da paciente 6 meses após realização da Bichectomia.

3.2 Caso clinico 02

Paciente F. M. R., 20 anos, 1,68cm, compareceu ao consultório odontológico no dia 03 de Março de 2017 como voluntária para realização da remoção da bola de Bichat, concordou e assinou todos os termos e consentimentos para o presente documento. Relatou recordar de quando criança apresentar um rosto bem arredondado e citou constrangimento quanto ao assunto, citou ainda a dificuldade de manter-se no peso em que considera ideal, e associa o formato volumoso das bochechas ao seu sobrepeso. Foi realizada anamnese complementar e aferida a pressão arterial. No dia do procedimento a paciente estava com 91,6 kg e segundo o IMC apresenta obesidade. A avaliação facial não apresentou fatores que preconizassem futuras insatisfações ou alguma contra-indicação para o procedimento.

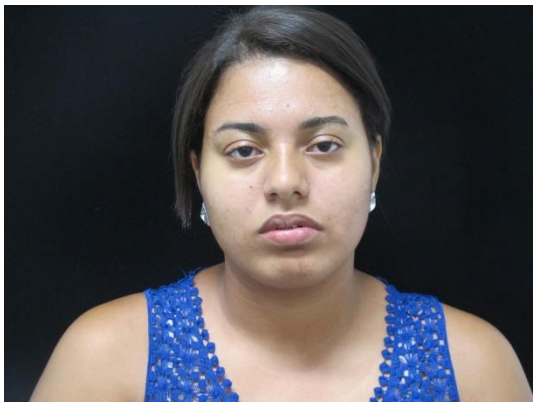


Figura 11. Registro frontal. Bochechas volumosas, rosto oval e traços sem definição.



Figura 12. Peso no dia do procedimento

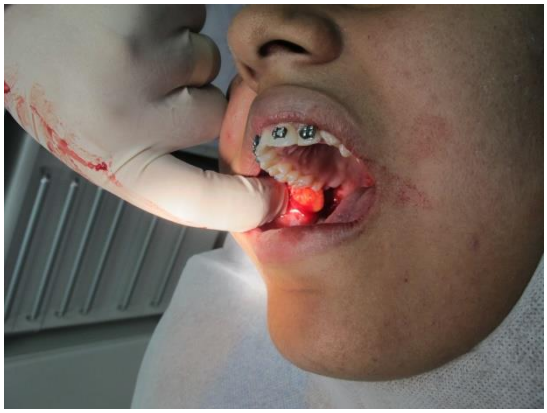


Figura 13. Bola de Bichat lado direito herniada após incisão e divulsão dos planos.



Figura 14. Incisão inicial do lado esquerdo.



Figura 15. Bola de Bichat do lado direito removida pesando 3,6g.



Figura 16. Bola de Bichat do lado esquerdo removida pesando 3,7g.

Paciente retornou ao consultório no dia 04 de Setembro de 2017, depois de completados 6 meses de cirurgia. Foi feita uma nova avaliação e constatado que a mesma obteve ganho considerável de peso durante este período, relatou ainda estar se sentindo mais bonita depois de ter realizado o procedimento. (Dia 03/03/2017, paciente pesando 91,6 kg. Dia 04/09/2017, paciente pesando 102,8 kg).



Figura 17. Foto antecedendo o procedi mento e no seu retorno 6 meses depois.



Figura 18. A principal expectativa da paciente era a marca de “efeito blush” proporcionado pela cirurgia, mesmo tendo um ganho de 10,2 kg depois da cirurgia.



Figura 19. Perfil clinico inicial com bochechas volumosas. Pós operatório de 6 meses, nota-se sutil afilamento da face e marcação do “efeito blush.



Figura 20. Peso atual da paciente depois de 6 meses de cirurgia.

3.3 Caso clinico 03 e técnica utilizada

Paciente T. C. S. I., sexo feminino, 18 anos, 1,66cm, compareceu ao consultório odontológico no dia 03 de Março de 2017 como voluntária para realização do presente estudo. Assinou e concordou com os termos. Foi avaliada cautelosamente e ouvidas as suas queixas. Paciente relata se sentir bastante incomodada com o tamanho das bochechas, relata ter vida saudável, realizar treinos diários e ser rigorosa com sua alimentação, e ainda que estando com seu peso ideal, as bochechas lhe dão aspecto de maior peso. Foi realizada a anamnese complementar e verificada sua pressão arterial. No dia do procedimento a paciente estava com 62,9 kg, e segundo o IMC está dentro da normalidade de peso corporal. A avaliação facial não apresentou fatores que preconizassem futuras insatisfações ou alguma contraindicação para realização do procedimento.



Figura 21. Peso da paciente no dia do procedimento.



Figura 22. Perfil clínico inicial: bochechas volumosas, rosto oval e traços sem definição, região malar pouco proeminente e ausência do triangulo invertido da face.

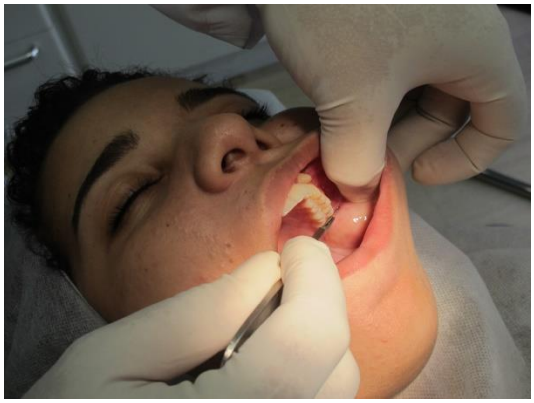


Figura 23. Reconhecimento do local da incisão, logo abaixo ao ducto protídeo e ligeiramente a frente do mesmo.



Figura 24. Incisão inicial do lado esquerdo medindo aproximadamente 2cm.



Figura 25. Bola de Bichat do lado esquerdo herniada após incisão e divulsão dos planos.

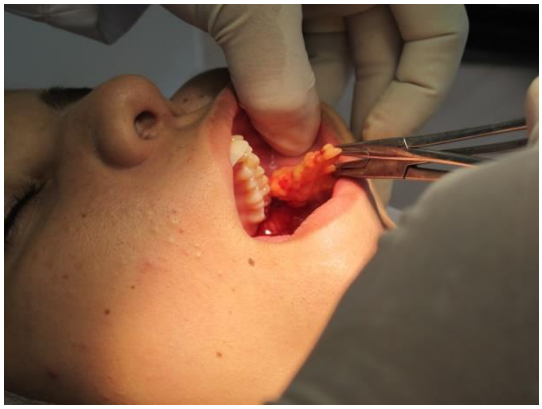


Figura 26. Bola de Bichat do lado esquerdo tracionada e removida através da técnica do duplo pinçamento com pinças hemostáticas.

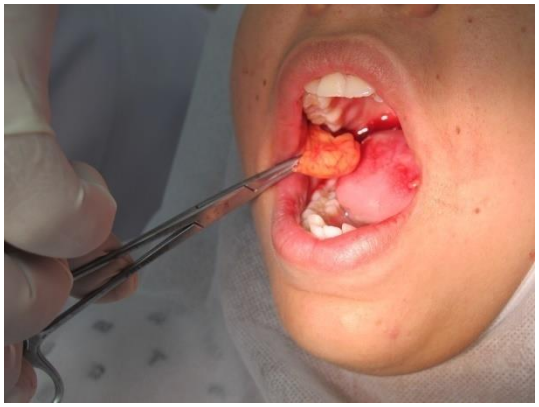


Figura 27. Bola De Bichat (lado direito) pinçada.



Figura 28. Incisão máxima de 2cm. Finalização da cirurgia, pronto para sutura.



Figura 29. Bola de Bichat do lado esquerdo pesando 3,3g.



Figura 30. Bola de Bichat do lado direito pesando 3,4g.



Figura 31. Perfil clinico inicial com bochechas volumosas e traços pouco definidos. 6 meses depois da cirurgia nota-se melhor harmonização facial, melhor definição e afilamento da face.



Figura 32. Peso da paciente depois de 6 meses de cirurgia. Não houve ganho de peso até o momento da revisão.

Paciente retornou ao consultório no dia 04 de Setembro de 2017, depois de completados 6 meses de cirurgia. Foi feita uma nova avaliação e constatado que a paciente manteve o peso durante este período. Paciente relatou estar muito satisfeita com o resultado do procedimento. (Dia 03/03/2017, paciente pesando 62,9 kg. Dia 04/09/2017, paciente pesando 62,9 kg).

4. DISCUSSÃO

O tecido adiposo da bochecha é descrito como uma massa esférica de gordura, sendo esta massa encapsulada situada externamente ao músculo bucinador e a frente da margem anterior do músculo masseter. Protagonista de muitas discussões pela sua retirada indiscriminada e sem avaliações visando somente o âmbito financeiro, a cirurgia de Bichectomia (remoção da bola de Bichat) assim como qualquer procedimento cirúrgico tem suas indicações e motivos de realizações.

Indicada para pacientes cujos rostos apresentam formato arredondado e/ou proeminente, caracterizado como não harmoniosos tendo em vista os padrões de beleza ditados pela sociedade, a Bichectomia consiste basicamente na remoção de uma bolsa de gordura localizada no terço inferior da face proporcionando como resultado um rosto mais afilado. (RIBEIRO, *et al.*, 2016).

A remoção do corpo adiposo da bochecha tem como indicação a diminuição do contorno da bochecha conferindo uma melhor harmonização facial do paciente, sendo uma opção viável com poucas complicações e baixa morbilidade para pacientes que buscam uma melhoria na simetria facial e na funcionalidade mastigatória (BORGES, *et al.*, 2016).

A procura pela cirurgia tem crescido nos últimos anos devido ao resultado estético obtido comparado a sua baixa morbidade cirúrgica, temos observado que pacientes de massa corpórea de diferentes graus procuram realizar a cirurgia esperando um resultado em comum, sendo eles: a busca pelo triangulo invertido da beleza, afinamento da face arredondada, harmonização da face com a busca dos ângulos mandibulares em evidencia.

Temos encontrado pacientes insatisfeitos após a realização do procedimento que teriam como indicação da sua realização pacientes que se encontram no seu peso ideal (sendo usado no caso desse trabalho o IMC) e que mesmo assim tenha o volume das bochechas em evidencia ou rosto arredondado, sabendo que a estrutura óssea também tem que ser analisada antes de realização

do procedimento e a proeminência do musculo masseter. O peso do paciente deve ser quesito de observações na realização do pré-operatório, sendo colocado em evidência a insatisfação pós-operatória com pessoas acima do peso aonde o resultado não se evidencia, ou se tem resultado sutil sem grandes diferenças na região, trazendo então uma insatisfação ao paciente que deve estar ciente verbalmente e com termo de consentimento esclarecido e assinado pelo mesmo.

5. CONCLUSÃO

Neste trabalho foram realizados 03 casos clínicos que comprovaram que a cirurgia tem suas indicações, sendo elas, a analise facial pré-operatória e o índice de massa corporal (IMC), e quando respeitados, chega-se a resultados visíveis de melhora do contorno do rosto e a harmonização facial estética. Através de fotos foram vistos resultados muito sutis quando comparado com a foto inicial de pacientes que se encontravam acima do peso no dia da avaliação da realização da cirurgia. É de grande importância registrar que pacientes não são dotados de experiência teórica e pratica, não têm conhecimento anatômico nem de analise facial, portanto não podem decidir por um procedimento irreversível. Esta decisão é feita em conjunto com um profissional especializado e capacitado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BICHAT, F. **Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine**. Paris: Grosson, Gabon, 1802.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução 100/2010, de 18 de março de 2010. **CFO baixa normas para a prática da Cirurgia e Traumatologia Buco-MaxiloFaciais, por cirurgiões-dentistas**. Disponível em http://cfo.org.br/destaques/ cfobaixa-resolucao-para-ctbmf/

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. **Archives of Health Investigation,** v. 5, 2016.

BORGES, D. P. R.; ALMEIDA, A. S.; CAVALCANTI, I. R. G.; SANTOS, C. M.; PEREIRA JUNIOR, F. B.; CAMPOS, A. L. S. Bichectomia, Relato de dois casos clínicos. **Anais 15ª JOBA- Fórum Clínico Profissional,** p. 42, 2016.

DI DIO, J. A. L. **Tratado de anatomia sistêmica aplicada**, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002, p. 640.

DUBRUL, E. L**. Secher´s oral anatomy**. 7. ed. St. Louis: Mosby, p. 213, 1980.

EPKER, B. N.; STELLA, J. P. Application of buccal lipectomy in cosmetic maxillofacial surgery. **Oral Maxillofac Surg Clinics of North American**, Philadelphia, v. 2, p. 387, 1990.

KENNEDY, S. Suction assisted lipectomy of the face and neck. **J Oral Maxillofac Surg,** v. 46, p. 546-558, 1988.

KLUPPEL, Leandro; *et al.* Complications associated with the bichectomy surgery. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas, v. 66, n. 3, p. 278-284, Sept. 2018.

MATARASSO, A. Managing the Buccal Fat Pad. **Aesthetic Surgery Jornal**, v. 26, n. 3, p. 330-336, May/Jun 2006.

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

MURESAN, H. MATARASSO, A. Evaluation and treatment of the buccal fat pad. **QMP's Plastic Surgery Pulse News,** p. 1-3, 2016.

MADEIRA, Miguel Carlos. **Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica**. 8 ed. São Paulo: Sarvier, p. 105 -106, 2010.

MADEIRA, M. C. **Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica**. 4 ed.2001 São Paulo: Sarvier, p. 80-88, 2012.

MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**, 2. ed., São Paulo: Atheneu, p. 208, 1990.

SPENCE, A. P. **Anatomia Humana Básica** (tradução Edson Aparecido Libert) 2. ed. São Paulo: Manole, p. 204 -319 -544, 1991.

SICHER, H.; TANDLER, J. **Anatomia para dentistas**. São Paulo: Atheneu. 1981.

STUZIN, J. M.; WAGSTROM, L.; KAWAMOTO, H. 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.

TEIXEIRA, L. M.; REHER, P.; REHER, V**. Anatomia aplicada à odontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 140, 2001.

TIDEMAN, H.; SAMMAN, N. Closure of oroantral communications using a pedicled buccal fat pad graft: **Discussion. J Oral Maxillofac Surg**, v. 53, p. 775-776, 1995.