FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

RAPHAELA BARBOSA DE OLIVEIRA

A BICHECTOMIA NA HARMONIZAÇÃO E FUNÇÃO OROFACIAL

BELO HORIZONTE

2025

RAPHAELA BARBOSA DE OLIVEIRA

A BICHECTOMIA NA HARMONIZAÇÃO E FUNÇÃO OROFACIAL

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

Área de concentração: Harmonização Orofacial

ORIENTADOR: Prof Dr Allyson Henrique Andrade Fonseca

BELO HORIZONTE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Raphaela Barbosa

A BICHECTOMIA NA HARMONIZAÇÃO E FUNÇÃO OROFACIAL

/ Raphaela Barbosa de Oliveira, 2025

27 folhas.

Belo Horizonte, Minas Gerais, 2025.

Orientador: Prof. Dr Allyson Henrique Andrade Fonseca

1.Cirurgia bucal. 2. Procedimentos cirúrgicos e reconstrutivos; 3. Boca; 4. Gorduras.
.

I - Título II –.

Monografia intitulada **“A BICHECTOMIA NA HARMONIZAÇÃO E FUNÇÃO OROFACIAL**

” de autoria da aluna

RAPHAELA BARBOSA DE OLIVEIRA aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Orientador Prof. MSc - FACSETE (Belo Horizonte)

_____

Orientador Prof. MSc - FACSETE (Belo Horizonte)

BELO HORIZONTE

2025

RESUMO

A bichectomia e um procedimento contemporâneo que visa uma ressecção parcial do corpo adiposo da bochecha, com o intuito estético e funcional. 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. A técnica cirúrgica é relativamente simples e rápida, mas pode apresentar complicações pós-operatórias. As vantagens relatadas de sua utilização são: fácil disponibilidade do retalho e o grande suprimento sanguíneo do leito receptor, o que resulta em altas taxas de sucesso. As complicações com essa técnica são raras, sendo que na maioria dos casos são alcançados resultados estéticos, fonéticos e mastigatórios aceitáveis. Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre a Bichectomia com relação as indicações e as técnicas cirúrgicas.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; procedimentos cirúrgicos e reconstrutivos; boca; gorduras.

.

ABSTRACT

Bichectomy is a contemporary procedure that involves partial resection of the cheek adipose tissue for aesthetic and functional purposes. In functional cases, the procedure is performed on patients with increased fat volume in the buccal mucosa (Bichat's ball) and who frequently bite it, resulting in traumatic injuries. In aesthetic cases, the procedure is performed to improve facial contours, slim the face, and promote facial harmony. The Bichat's ball is histologically similar to fat found elsewhere in the body; however, this structure is not consumed in cases of weight loss as occurs with localized fat in other regions. The surgical technique is relatively simple and quick, but it can present postoperative complications. The reported advantages of its use are: easy flap availability and the abundant blood supply to the recipient bed, which results in high success rates. Complications with this technique are rare, and in most cases, acceptable aesthetic, phonetic, and masticatory results are achieved. Therefore, the objective of this study was to conduct a literature review on bichectomy, including indications and surgical techniques.

Keywords: Oral surgery; surgical and reconstructive procedures; mouth; fat.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....08

2 - PROPOSIÇÃO ……..……..……..……..11

3 - REVISÃO DE LITERATURA……..…..…12

4 - DISCUSSÃO.....23

5 - CONCLUSÃO.....25

REFERÊNCIAS 26

1 INTRODUÇÃO

A bichectomia ou bichatectomia é o procedimento cirúrgico que visa remover a “bola gordurosa de Bichat”, com fins estéticos e/ou funcionais. Sua principal indicação funcional consiste em correção de defeitos mastigatórios como a lesão crônica da mucosa jugal. Trata-se de um procedimento relativamente simples, que pode ser realizado sob anestesia local. 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 (FARIA *et al.,* 2018).

O tecido gorduroso bucal foi relatado pela primeira vez em 1732, por Heister. Em 1802, Bichat diagnosticou sua natureza adiposa. Existe uma estreita relação entre a gordura bucal e músculos da mastigação, auxiliando os lactentes na sucção do leite por atuar com um tecido de deslizamento. Sua projeção diminui com o aumento da idade, tanto pela redução discreta de seu volume quanto pelo crescimento facial (AHARI *et al*., 2018).

A bola de Bichat é uma massa esférica de gordura, encapsulada por uma fina camada de tecido conjuntivo, situada externamente ao músculo bucinador e a frente da margem anterior do músculo masseter. Já o corpo adiposo de Bichat, apresenta forma piramidal e se espalha pelas áreas massetérica, temporal superficial, temporal profunda, pterigomandibular, esfenopalatina e orbital inferior. Especialmente proeminente em recém-nascidos, acredita-se que essa estrutura desempenhe algumas funções, como por exemplo auxiliar na sucção durante a amamentação (impedindo o colapso das bochechas), além de proteger estruturas neurovasculares da face. Em adultos, o volume do corpo adiposo bucal é relativamente consistente, persistindo mesmo em casos de perda de peso e perda de gordura subcutânea (MOREIRA JUNIOR *et al.,* 2018).

A gordura de Bichat ocupa o espaço de mastigação e tem relação com o ramo bucal do nervo facial e com o ducto da parótida. Ela pesa em média 3,9g e apresenta 6mm de espessura na maioria dos casos. Costuma existir uma

diferença de peso de 0,51g em média entre os lados direito e esquerdo (FARIA *et al.,* 2018).

Sua magnitude tem uma fraca correlação com a gordura total do corpo e apresenta dois compartimentos, um branco-amarelado e um castanho. Essa estrutura tem muitas aplicações clínicas, incluindo: fechamento de fístulas oronasais; corrigir defeitos intraorais; reparar defeitos do palato; recobrir enxertos ósseos maxilares; corrigir fendas palatinas (AHARI *et al*., 2018).

A bichectomia é indicada para as pessoas que estão insatisfeitas com o volume das bochechas e que apresentam clinicamente um volume aumentado desta estrutura gordurosa. Além disso, é indicado para pessoas que têm o hábito

de morder internamente as bochechas gerando constantes hiperplasias, aftas e sangramento. As contraindicações são as mesmas de qualquer cirurgia eletiva, tais como: pacientes que fazem Radioterapia e/ou Quimioterapia, pacientes com infecções locais, cardiopatias severas, imunossupressão, coagulopatia e nefropatia (LIMA e SOUZA, 2016).

Por meio da incisão intraoral, remove-se as bolas gordurosas, permitindo aspecto mais afinado da face, ressaltando os ângulos da região de ramo da mandíbula, acentuando a região malar e proporcionando um terço inferior da face menos volumoso (STEVÂO, 2016).

Entre as complicações mais frequentemente relacionadas ao procedimento destaca-se hemorragias, infecções faciais, lesão do ducto de Stenon ou do ramo bucal do nervo facial, que provocam, respectivamente, sialocele/fístulas salivares e paralisia bucal temporária ou definitiva, além de hematoma, assimetria facial e, raramente, infecções pós-operatórias. Os resultados podem efetivamente ser vistos depois de quatro a seis meses quando o edema de partes moles é definitivamente reabsorvido (JAEGER *et al.,* 2016).

Para prevenir e tratar as intercorrências e complicações após a bichectomia, é fundamental seguir as orientações do cirurgião e manter uma boa higiene oral. Além disso, é importante que o paciente esteja ciente das possíveis complicações e informe o cirurgião imediatamente em caso de qualquer sintoma ou desconforto (SOUSA *et al.*, 2023).

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. Uma resolução do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Odontologia estabelece critérios para a realização do procedimento (MOREIRA JUNIOR *et al.,* 2018).

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre a Bichectomia com relação as indicações e as técnicas cirúrgicas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Jackson (2003) descreveu a técnica cirúrgica de bichectomia para afinar o rosto com a aplicação de material preenchedor no osso zigomático (malar). A função desse coxim adiposo é mecânica, facilitando o deslizamento dos músculos masseter e bucinador no processo de mastigação. A tomografia computadorizada apresentou que o volume da bola de Bichat (BB) não é simétrico e possui um eficaz crescimento entre 10 a 20 anos de idade, aumentado de 4000mm^3 para 8000mm^3 nesta faixa etária, e que após os 30 anos este corpo adiposo decresce para 7000mm^3. A sua remoção é considerada uma técnica cirúrgica simples e bem fácil de ser executada. Os melhores resultados encontrados são alcançados ao aplicar grânulos de hidroxiapatita na área malar, e remoção simultânea da BB. Para a inserção da hidroxiapatita deve-se marcar a área de proeminência desejada, realizar uma incisão da mucosa jugal superior, dissecando até o periósteo, 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.

Matarasso (2006) relatou que a técnica utilizada para um procedimento eficaz da cirurgia de bichectomia em pacientes com lipodistrofia e pseudo-herança do coxim adiposo da bochecha, deve ser confirmada ao utilizar a ultrassonografia. A BB tem relação com estruturas faciais importantes como o ducto protídeo, ramos do nervo facial, artérias, veias faciais e músculos. Para iniciar a técnica cirúrgica deve-se aplicar anestésico local entre o primeiro e segundo molar superior. A bochecha deve ser retraída, realizar uma incisão de 2,5cm na mucosa para, em seguida, retirar a BB com uma pinça hemostática, finalizando o procedimento com sutura. Os hematomas e as infecções são riscos, como em qualquer procedimento cirúrgico, porém a maior complicação relacionada a este procedimento cirúrgico é a lesão do nervo facial, que pode ser evitada se a cirurgia for realizada com conhecimentos anatômicos.

Segundo estudo realizado por Fagan (2012), a técnica de incisão para acesso à bola de Bichat pode ser realizada de três métodos: incisão no fundo de sulco superior; o método de Matarasso, onde a incisão é sobre a membrana

da mucosa bucal 1 cm abaixo do ducto da Glândula Parótida e o método de Stuzin, onde a incisão é realizada posteriormente ao ducto parotídeo. A maioria dos autores acreditam que o método de Stuzin permite um rápido acesso à Bola de Gordura de Bichat.

Diana e Carol (2014) indicaram realizar anteriormente a anestesia local, incisões intraorais cujo comprimento não é mais do que 1 cm; que irá impedir a formação de cicatrizes visíveis. Imediatamente após da dissecação, cauteriza-se e usando material reabsorvível e pinças de Kelly-Adson, é extraído de maneira parcial e atraumática o coxim gorduroso de Bichat. Esta é uma cirurgia ambulatorial, a recuperação é feita em casa, apresentando nos primeiros dias de pós-operatório, aumento de volume nas bochechas com pouca presença de dor. Durante o tempo de recuperação é recomendada uma dieta leve, evitar esforços físicos e a exposição ao sol, sugerindo a aplicação de gelo por vinte minutos para alguns dias. Após 15 a 21 dias, o rosto é harmonioso e o resultado final pode ser observado nos três meses após a cirurgia.

Stevão (2015) indicou a bichectomia para pacientes com rosto arredondado e largo, que aparente sobrepeso e não esteja em harmonia com o contorno facial. Este procedimento visa remover o coxim adiposo da bochecha, localizado no terço médio da face, resultando assim em um rosto mais fino, evidenciando a região do osso zigomático. Esta técnica cirúrgica é considerada segura, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial com sedação venosa ou oral e anestesia local. É recomendada para o paciente maior de 18 anos, bem sistemicamente, não fumante e ciente dos riscos, custos e possíveis complicações como sangramento e infecções. Após o procedimento, é necessário a crioterapia (aplicação de bolsa de gelo) nas áreas que receberam a intervenção, durante 24 a 48 horas, associado a antibioticoterapia de 5 a 7 dias. Os resultados podem ser efetivamente vizualizados após quatro a seis meses.

Lima e Souza (2016) observaram que o mordiscamento crônico da mucosa jugal apresentou-se em quase todos os indivíduos selecionados, porém a busca pelo procedimento foi devido a busca pela estética e não por alteração morfofuncional que altera a mastigação e a fala. A bichectomia é o procedimento ao qual remove-se a bola de Bichat (BB) e pode ser executado

em ambiente ambulatorial, mas deve-se ter precaução com as estruturas anatômicas próximas do coxim adiposo da bochecha, como por exemplo o ramo bucal do nervo facial, que se lesionado pode levar a paralisia facial. Outras complicações possíveis e mais severas seriam o trismo e o abscesso. 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 realizado uma abertura com uma dissecção romba 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. A porção da bola de Bichat é comprimida e removida utilizando 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 do mais, pode-se utilizar de uma pequena ponta de aspiração na área e retirar qualquer parte de gordura deixada para trás. Porém, 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.

Luccas (2017) descreveu que o procedimento de bichectomia é feito sob anestesia local, seguido de incisão intraoral, em etapas, sendo a primeira incisão na mucosa jugal, seguida do musculo bucinador e na cápsula do coxim adiposo da bochecha, procedendo-se e a cuidadosa retirada do tecido adiposo em uma única peça de 3 a 4ml de gordura, podendo chegar a 6ml. A mucosa deve ser suturada após o procedimento e realizada a crioterapia para evitar possíveis edemas. A prescrição medicamentosa deve incluir analgésicos e anti-inflamatório. Salientou ainda que o procedimento não contribui para um envelhecimento precoce e que os bons resultados podem ser vistos após 4 meses.

Para Kluppel *et al*. (2018), o domínio da técnica cirúrgica da bichectomia e importante para o fechamento de fistulas e comunicações buco-sinusais pós-exodontias; harmonização de hipertrofia de masseteres; reabilitação de pacientes fissurados labiopalatais; reparo de defeitos causados por ressecção

de tumores; reconstruções pós-remoção de cistos maxilares; correção de defeitos pós-traumáticos; tratamento de fraturas complexas dos maxilares; restituição de defeitos dos palatos duro e mole; como artificio estético para preenchimento de volume de lábios, região paranasal e pré-maxilar; como preenchimento na região dos malares; e, em Implantodontia, para cirurgias de fechamento de perfuração da membrana do seio maxilar ou mesmo para preenchimento de rebordo em regiões peri-implantares.

Faria *et al.* (2018) executaram um estudo prospectivo de coorte, realizado entre janeiro de 2016 e abril de 2018, totalizando 59 pacientes, com média de idade de 31 anos. O tempo de seguimento foi de 12 a 26 meses. Foram avaliados 59 pacientes, com média de idade de 31 anos, sendo 46 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Todos os pacientes receberam alta no mesmo dia. Em média, foram retirados 3,2ml de volume da gordura de Bichat. Concluíram que, a retirada de porções das gorduras de Bichat é segura, desde que sejam observados os detalhes anatômicos. Pode oferecer maior harmonia entre os três terços da face. O sucesso dos resultados depende de uma indicação precisa para o procedimento (Figuras 1, 2, 3 e 4).



Figura 1. A incisão é realizada logo abaixo do ducto de Stenon e ligeiramente posterior ao mesmo, com aproximadamente 1,5 cm na sua maior extensão, interessando apenas a mucosa oral.

Fonte: Faria *et al.* (2018).

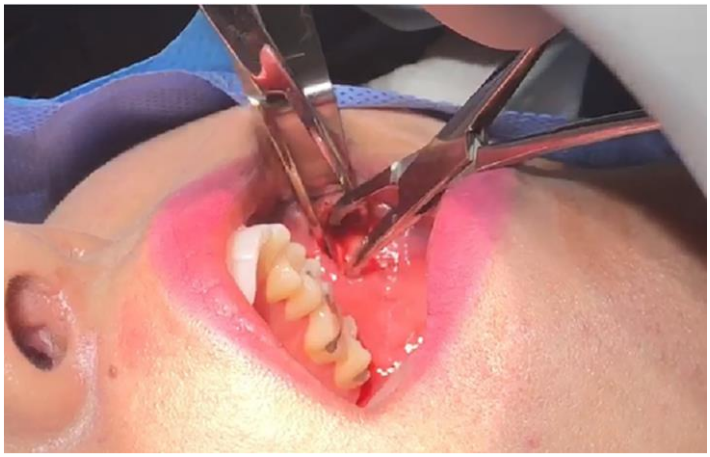


Figura 2. A dissecção dos planos anatômicos é executada por meio de instrumentos atraumáticos (duas pinças de Kelly), divulsionando as fibras do músculo bucinador em direção ao côndilo da mandíbula.

Fonte: Faria *et al.* (2018).



Figura 3. Uma pinça de apreensão de tecidos moles é utilizada para deslocar o corpo adiposo e inicialmente, a cápsula fibrosa que o envolve é delicadamente incisada.

Fonte: Faria *et al.* (2018).



Figura 4. A síntese é realizada com fio de catgut 5-0 por pontos separados.

Fonte: Faria *et al.* (2018).

Segundo Bispo (2019), o “calcanhar de Aquiles” da técnica constitui a precisa incisão intraoral para exposição e visualização adequadas da estrutura gordurosa, excetuando-se o ducto parotideo (ducto de Stensen), os ramos bucais do nervo facial, bem como pronunciados sangramentos da veia facial transversa. A técnica do “T” ou “Técnica da Cruz Intraoral”, dentre as consultadas na literatura, e simples, reprodutível e constitui uma padronização, tendo em vista pontos anatômicos referenciais muito relevantes (Figura 5). Identifica-se o orifício do ducto de saída da glândula parótida, a veia bucal perto do pré-molar,

traçando-se uma linha imaginária, ou com lápis cópia 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 angulo 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. A profundidade e 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 romba, com movimentos de divulsão, com pinça Kelly, Halsted, entre outras. A divulsão individualiza a capsula conjuntiva da Bola de Bichat, além de evitar a ruptura das

fibras musculares, principalmente a borda anterior do musculo masseter, que demonstra clinicamente ter aparência branco-aponeurótica. A dissecção e

dirigida a região súperoposterior até um limite entre a borda inferior do arco zigomático e o lóbulo da orelha. Discorda-se quanto a compressão externa da face para apresentação da gordura (Figura 6), buscando-se sempre uma tração suave com pinça tipo Adson (Figura 7); e, apreensão com pinça Kelly curva, sem movimentos de rotacao20, 29. Existe 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. Após projeção da gordura, com uma tesoura tipo Iris de 11,5cm 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 6mL até 2/3 do volume total estimado de 9,6mL. Apesar de a literatura apresentar aferição da massa gordurosa retirada com balança de precisão, 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 e uma quantidade suficiente para atingir resultados seguros e previsíveis. O importante e manter a porção bucal posterior da Bola de Bichat com parte aderida ao ligamento zigomático posterior.

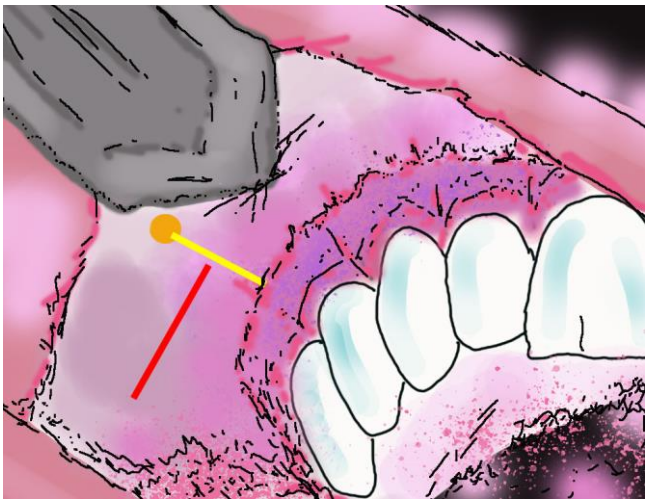


Figura 5. Representação esquemática do ducto parotídeo (ponto laranja), linha perpendicular (vermelha) na metade da distância entre o ducto e o sulco gengivobucal (linha amarela), iniciando próximo a veia bucal e terminando em nivel do segundo para terceiro molar, com aproximadamente 2 centimetros de comprimento de incisão.

Fonte: Bispo (2019).



Figura 6. Esquema da bola de Bichat.

Fonte: Bispo (2019).

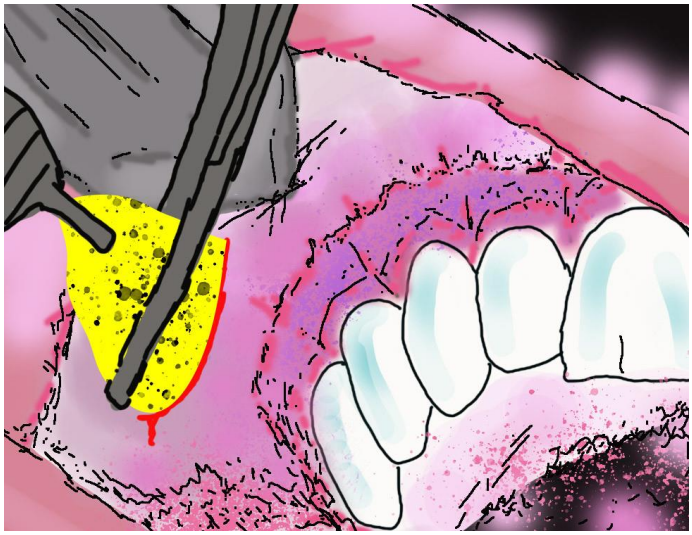


Figura 7. Desenho mostrando apreensão com pinça de Adson (na ponta da gordura) e pinça hemostática Kelly curva 14 centimetros (na sua base). Uso do Afastador de Minnesota.

Fonte: Bispo (2019).

Carvalho (2019) revelou em seus estudos que o inchaço e hematomas são complicações pós-operatórias imediatas comuns associadas à cirurgia de bichectomia. Esses sintomas são tipicamente devidos à resposta inflamatória natural do corpo à intervenção cirúrgica e à manipulação do tecido. Embora inchaço e hematomas sejam esperados até certo ponto, sintomas excessivos ou prolongados podem indicar outros problemas subjacentes. Para controlar

esses efeitos, os pacientes geralmente são aconselhados a aplicar compressas frias e elevar a cabeça durante o sono para ajudar a reduzir a inflamação. Além disso, evitar atividades que podem aumentar o fluxo sanguíneo para o rosto pode ajudar a minimizar esses sintomas pós-operatórios. Entender e controlar o inchaço e os hematomas de forma eficaz é fundamental para uma recuperação bem-sucedida e para atingir os resultados estéticos desejados.

Neves (2019) indicou a bichectomia para pessoas que têm hábitos orais como morder a bochecha voluntária ou involuntariamente, para fechamento de fístula buco sinusal e para casos de fins estéticos. O corpo adiposo maxilar pode ser utilizado para na reconstrução de defeitos causados por tumores, no fechamento de fístulas na cavidade oral e ainda e casos pode para cobrir o enxerto ósseo no aumento da crista alveolar, melhorando assim, a região com defeito para implantes dentais. O coxim adiposo de Bichat também é uma opção para o tratamento de diversos defeitos intraorais, apresentando altas taxas de sucesso em diversas aplicações clínicas tais como: o fechamento da fístula oroantral, ruptura da membrana Schneideriana, manejo dos tecidos moles e duros, tratamento da periimplantite, com repercussões funcionais e estéticas.

De acordo com Tchemra *et al.* (2021), a técnica cirúrgica correta e os cuidados pré e pós-operatórios são imprescindíveis para um procedimento de sucesso, com resultados satisfatórios. A escolha do fio de sutura, por exemplo, influencia diretamente a cicatrização local. O uso de fios monofilamentares, favorecem a cicatrização uma vez que permitem menos acúmulo de bactérias. Entretanto, para maior conforto da paciente, nesse caso, foi utilizado fio de seda 4.0 e, apesar da maior facilidade de acúmulos de resíduo, não houve nenhum prejuízo à cicatrização da ferida operatória. O uso de antibióticos após a realização do procedimento também é indicado uma vez que o espaço deixado pela bola de Bichat pode favorecer a proliferação bacteriana. Já a aplicação de compressas geladas nas primeiras 72 horas provoca uma vasoconstrição local, ajudando no controle do edema, dor e rubor. Uma discreta pressão na região operada pode ajudar na drenagem de fluidos e gases que podem acumular no espaço que é deixado ao remover a bola de Bichat, evitando complicações como hematoma e enfisema.

Gomes *et al.* (2022) realizaram por meio de uma revisão de literatura narrativa com base em artigos pesquisados no SciELO, Portal BVS, Google Acadêmico e PubMed. Os artigos foram selecionados por ano de publicação, título, resumo e duplicação e, enfim, todos os artigos foram elegidos para a leitura completa e produção do estudo presente. 21 artigos selecionados foram obtidos a partir da pesquisa inicial de 248 artigos, no qual relatos alcançados a partir dos estudos selecionados esclareceram que as complicações de bichectomia de maior complexidade foram a lesão do ducto de Stenon, secção do nervo facial, presença de infecção, assim como pode ocorrer com frequência a presença de hematoma e edema. Portanto, fatores como uma correta seleção do paciente, utilização de exames de imagem, emprego correto das técnicas cirúrgicas e correta indicação cirúrgica, colaboram para o alcance de resultados assertivos.

Voltani *et al.* (2023) relataram que o risco de infecção é outra preocupação significativa após a cirurgia de bichectomia, pois pode levar a complicações sérias se não for prontamente tratado. Os pacientes devem estar cientes dos sinais de infecção, que podem incluir aumento da dor, vermelhidão, inchaço e secreção de pus do local cirúrgico. Esses sintomas não devem ser ignorados, pois infecções não tratadas podem causar complicações adicionais, como assimetria facial e cicatrização tardia. Medidas preventivas, incluindo manter a higiene oral adequada e aderir aos regimes de antibióticos prescritos, desempenham um papel crucial na redução do risco de infecção. A detecção e o tratamento precoces são essenciais para garantir uma recuperação tranquila e evitar efeitos adversos a longo prazo.

Segundo Bahia *et al*. (2023), a adesão às instruções de cuidados pós-operatórios é fundamental para a recuperação bem-sucedida de pacientes de bichectomia. A conformidade adequada com essas diretrizes desempenha um papel fundamental na prevenção de complicações e na promoção da cura. Os pacientes são normalmente aconselhados a manter a higiene oral, seguir uma dieta leve e evitar atividades extenuantes para evitar estresse indevido no local cirúrgico. Além disso, controlar o inchaço por meio de métodos apropriados, como compressas frias e medicamentos prescritos, pode ajudar

significativamente no processo de recuperação. Educar os pacientes sobre a importância dessas instruções garante que eles estejam bem preparados para segui-las diligentemente, reduzindo assim o risco de complicações como infecções e hematomas.

Sousa *et al.* (2024) reportaram que existem poucas técnicas e abordagens cirúrgicas para o Corpo Adiposo de Bichat (CAB) conhecidas e utilizadas. O primeiro, denominado método de Matarasso, consiste na incisão da mucosa bucal 1 cm abaixo da abertura do ducto parotídeo. Outro, conhecido como método de Stuzin, consiste em uma incisão atrás da abertura do ducto de Stenson. E o último, o método mais recomendado, é uma incisão no local logo superior ao sulco gengivo-vestibular. Este método é amplamente conhecido e popular. A dissecção intraoral romba pode ser feita em estreita relação com o defeito cirúrgico, através da mesma incisão, ou outras manobras podem ser utilizadas para garantir o fácil acesso do CAB. Deve-se ter cuidado para permitir com cuidado e precisão o preparo do pedículo na extensão máxima de seu plexo vascular de suporte e estroma. Esta operação pode ser realizada com uma incisão, não afetando a aparência nem a função da área, o que sublinha a facilidade e disponibilidade do uso da técnica CAB.

4 DISCUSSÃO

A bichectomia é um procedimento relativamente simples, de curta duração, realizado com anestesia local em ambiente ambulatorial. Contudo, é importante que o mesmo seja realizado preferencialmente por profissionais com experiência em cirurgia facial (cirurgiões bucomaxilofaciais, cirurgiões plásticos ou craniomaxilofaciais). Além disso, cabe ao cirurgião responsável informar o paciente a respeito da execução do procedimento, bem como o seu risco potencial, irreversibilidade da técnica e possíveis complicações, tais como: hemorragia, infecção, paralisia facial e lesão do ducto da glândula parótida (STEVÃO, 2015; FARIA *et al.,* 2018).

A técnica cirúrgica consiste em acesso à bola de Bichat, que pode ser realizado em três regiões distintas da cavidade bucal. A bola de Bichat está localizada abaixo do arco zigomático, se estendendo para porção anterior da bochecha. Após a incisão, realiza-se a divulsão e dissecação dos planos anatômicos, de modo que se consiga acessar a bola de Bichat sem romper sua cápsula fibrosa. Em seguida, com movimentos delicados e circulares, deve-se tracioná-la e removê-la. Finalmente, a região operada deve ser limpa e suturada (LUCCAS, 2017; FARIA *et al*., 2018; BISPO, 2019).

A bichectomia também pode ser indicada em casos funcionais ou estético-funcionais. A referência ao "mordiscamento da mucosa jugal" e às lesões resultantes da atividade mastigatória lesiva sugere que, em algumas situações, a cirurgia pode ser realizada para aliviar a dor, desconforto e proeminência hiperplásica da linha alba na região interna da bochecha causados por essas atividades mastigatórias agressivas. Nesses casos, a bichectomia pode ser considerada uma opção de tratamento complementar (BAHIA *et al.,* 2023).

Apesar de ser considerado um procedimento cirúrgico relativamente simples, algumas complicações de maior complexidade e relacionadas ao procedimento podem ocorrer, sendo elas: hemorragias, infecções faciais, lesão do ducto da glândula parótida e até mesmo paralisia facial. Além disso, podem ocorrer também complicações comumente relacionadas a qualquer

procedimento cirúrgico, como edema e hematomas estando de acordo com os estudos de Matarasso (2006); Jaeger *et al.* (2016); Moreira Junior *et al.* (2018) e Bahia *et al*. (2023). Estas intercorrências podem ocorrer devido ao uso de técnica inadequada ou à falta de cuidados pós-operatórios. Entretanto, essas intercorrências são geralmente transitórias e resolvem-se espontaneamente ou com tratamento adequado (VOLTANI *et al*., 2023).

No que se refere à presença de infecções pós bichectomia, Kluppel *et al.* (2018) relataram acerca de um caso em que o paciente foi submetido à bichectomia unilateral, do lado direito, no intuito de corrigir assimetria facial. A cirurgia foi realizada por um cirurgião plástico em ambiente cirúrgico, com o paciente totalmente inconsciente. No decorrer da cirurgia, foram realizadas duas incisões devido à dificuldade de localização do coxim adiposo, uma feita com laser em um local ectópico e outra ligeiramente abaixo do ducto parotídeo. Todavia, o coxim adiposo que, provavelmente, contaminou o local ou carbonizou uma das camadas dérmicas. Como desfecho do caso, foi realizada drenagem linfática em 10 sessões por um fisioterapeuta e, após 60 dias o quadro do paciente se estabilizou.

Matarasso (2006) e Bahia *et al*. (2023) reiteraram a respeito da importância do monitoramento dos edemas após o procedimento, uma vez que estes, desproporcional e unilateralmente, podem evoluir para possíveis formação de hematomas. Os autores enfatizaram que as primeiras 24 horas são críticas para a ampliação desta complicação. Ademais, o hematoma se apresenta como complicação mais prevalente, com uma incidência de 6,2%, podendo evoluir para um abscesso e/ou fibrose, uma vez que esse excesso de sangue deve ser absorvido, tornando necessário o acompanhamento do paciente por um prazo considerável.

5 CONCLUSÃO

A bichectomia é um procedimento cirúrgico relativamente simples, seguro e rápido, indicado com finalidade estética e/ou funcional. Contudo, o cirurgião responsável deve possuir um amplo conhecimento anatômico da região e da técnica cirúrgica e orientar o paciente a respeito das reais expectativas quanto à realização do procedimento, além de possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

AHARI, U.Z.; ESLAMI, H.; FALSAFI, P.; BAHRAMIAN, A.; MALEKI, S. The Buccal Fat Pad: Importance And Function. **J Dent Med Sci**; v.15, n. 6, p. 79-81, 2016.

BAHIA, J. et al. Bichectomia: aplicações clínicas, técnicas cirúrgicas e possíveis complicações. **Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v.9, n.05, p. 2196-2204, 2023.

BISPO, L.B. A bichectomia na harmonização e função orofacial. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**; v.31, n.3, p 82-90, set.-dez. 2019.

CARVALHO, L. Bola de bichat: outras utilizações e complicações cirúrgicas**.** **Rev Bras Odontol**, v. 76, supl. 2, p. 37, 2019.

DIANA, Q.P.G.; CAROL, L.L. Cirugia estetica de mejillas **Rev Actualización Clínica,** v. 48, p. 2538-2541, 2014.

FAGAN, J. Buccal fat pad flap. Open access **Atlas of otolaryngology, head & Neck Operative Surgery.** 2012.

FARIA, C.A.D.C. et al. Bichectomia e sua contribuição para harmonia facial. **Rev Bras Cir Plást** ; v.33, n.4, p.446-452, 2018.

GOMES, S.S. et al. Trans and postoperative complications associated with bichectomy surgery in clinical practice. **Res, Soc Develop**, v. 11, n. 16, p.1-8, 2022.

JACKSON, I. Buccal fat pad removal. **Aesth Surg J Am Society for Aesth Plastic Surg,** v. 23, p.484-485, 2003.

JAEGER, F.; CASTRO, C.H.B.C.; PINHEIRO, G.M.; SOUZA, A.C.R.A. et al. A novel preoperative ultrasonography protocol for prediction of bichectomy procedure. **Arq Bras Odontol**; v.12, n. 2, p.7-12, 2016.

KLUPPEL, L.; MARCOS, R.; SHIMIZU, I.; SILVA, M.; SILVA, R. Complications associated with the bichectomy surgery. **Rev Gauch Odontol**. 2018; v.66, n. 3, p. 278-284, 2018.

LIMA, A.M.; SOUZA, R.D**. Bichectomia: Relato de Série de Casos**. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Odontologia. Universidade Tiradentes. Aracaju, 2016. 11pags.

LUCCAS, S. Bichectomy: achieving aesthetic, funcional and psychological results with a simple intraoral surgical procedure. **Biomed J Scientific Tech Res,** 2017.

MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. **Aesthet Surg J**; v.26, n. 3, p.330-336, 2006.

MOREIRA JUNIOR, R.; PERALTA, F.S.; MOREIRA, R.; GONTICHO, G.; MÁXIMO, P.M.; SCHERMA, A.P. Bichectomia: aspectos relevantes e relato de caso clínico. **ClipeOdonto**; v.9, n. 1, p.37-43, 2018.

NEVES, N. A. **Bichectomia: indicações e contraindicações**. Monografia de Conclusão de Curso em Odontologia. Universidade de Taubaté. 2019.65p.

STEVAO, E.L.L. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. **Adv Dent Oral Health**; v.1, n. 1, p.1-4, 2015.

SOUSA, K.T.; LACERDA, F.L.; RODRIGUES, I.F.; CARVALHO, H.D. Intercorrências e Complicações em Bichectomia: Análise das Evidências. **Rev Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 10, n. 11, p.1-21, nov. 2024.

TCHEMRA, F.G.C. et al. Bichectomy: case report. **Res, Soc Develop**, v. 10, n. 15, p.1-13, 2021.

VOLTANI, E. et al. Bichectomia: uma revisão narrativa da literatura. **Res, Society and Develop**, v. 12, n. 7, p. 1-9, 2023.