FACULDADE SETE LAGOAS

Nicole Barbosa Bettiol

Identificação, descrição e análise das variáveis técnicas da cirurgia de bichectomia

Nicole Barbosa Bettiol

Identificação, descrição e análise das variáveis técnicas da cirurgia de bichectomia

Monografia apresentada ao curso de Especialização Latu sensu da Faculdade de Sete lagoas, como requisito parcial para conclusão do curso de pós graduação em estética orofacial.
Área de concentração: Odontologia.
Orientador: Lucila Largura

São Paulo

2019

FACULDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “Identificação, descrição e análise das variáveis técnicas da cirurgia de bichectomia” de autoria de Nicole Barbosa Bettiol, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Professora Dra. Lucila largura – FACSETE – Orientadora

Coorientador

Examinador

São Paulo, 13 de março de 2019.

Resumo

Vale-se dizer que bola de Bichat é bem versátil, podendo ser utilizada desde procedimentos reconstrutivos como para fechamento de comunicação bucosinusais, até com intuito de diminuição do volume das bochechas, levando a um "afinamento" do rosto. Este é um procedimento denominado Bichectomia, que vem se destacando na atualidade. Na literatura são mencionadas alguns métodos para a remoção da bola de bichat.

Porém qual delas seria a forma mais adequada, segura, menos traumática e reprodutível. Assim o objetivo dessa revisão de literatura é entender as funcionalidades das técnicas existentes e sugerir qual melhor protocolo seguir visando segurança e reprodutibilidade da técnica. Após analise dos métodos mais mencionados na literatura, que são o de acesso extra oral, este por sua vez torna-se inviável recorrentemente devido uma série de intercorrências possíveis, como grande acesso cirúrgico, proximidade ao nervo facial. Assim restam as técnicas intraorais por Matarazzo, caracterizada principalmente por seu acesso em direção ao ducto da parótida (um centímetro abaixo dele, entre segundo pré molar e primeiro molar), método de Stuzin marcado por uma incisão para trás do ducto parotídeo (entre o primeiro e segundo molar) e o método de Alvarez e Siqueira, que foi realizado sistematicamente em 27 casos, basicamente a técnica de Matarazzo associada a técnica da “vassourinha”, denominada pelos autores.

Assim cada método é bem detalhado. Realmente são pequenos detalhes que os diferenciam, cabe ao profissional estudá-los e analisar qual sente-se mais confortável e apto a executar, visto que não há um protocolo cirúrgico sistematizado para esse tipo de cirurgia.

Por isso, a técnica mais previsível e segura deve ser preferencialmente intraoral, de forma que o profissional consiga reproduzi-lá de forma padronizada, evitando o uso de instrumentos cortantes para não danificar ramos do nervo facial e a cápsula que abrange a bola de Bichat. Além de ter domínio e destreza da técnica cirúrgica escolhida e ampla capacidade de resolver possíveis intercorrências.

Palavras-chaves:

Bichectomia, bola de Bichat, técnicas.

Abstract:

It is worth mentioning that Bichat ball is very versatile, and can be used from reconstructive procedures such as for closure of bucosinusal communication, even with the purpose of decreasing the volume of the cheeks, leading to a "thinning" of the face. This is a procedure called bichectomy, which has been highlighted today.

In the literature are mentioned some models for the removal of bichat ball. But which would be the most appropriate, safe, least traumatic and reproducible form. Thus the objective of this literature review is to understand the functionalities of existing techniques and to suggest which best protocol to continue aiming at safety and reproducibility of the technique. After analyzing the most mentioned methods in the literature, which are the extra oral access, this in turn becomes infeasible recurring due to a series of possible intercurrences, such as great surgical access, proximity to the facial nerve. Thus, the intra-oral techniques by Matarazzo, characterized mainly by its access towards the parotid duct (one centimeter below it, between second molar and first molar), Stuzin method marked by an incision behind the parotid duct (between the first and second molar) and the method of Alvarez and Siqueira, which was systematically performed in 27 cases, using the Matarazzo technique, but the exit of the Bichat ball uses the "vassourinha" technique.

So each method is well detailed. It is really small details that differentiate them, it is up to the professional to study them and analyze which one feels more comfortable and able to execute, since there is no systematized surgical protocol for this type of surgery.

Therefore, the most predictable and safe technique should be preferably intraoral, so that the professional can reproduce it in a standardized way, avoiding the use of sharp instruments to avoid damaging branches of the facial nerve and the capsule that covers the ball of Bichat. In addition to having mastery and dexterity of the chosen surgical technique and ample capacity to solve possible intercurrences.

Keywords:

Bichectomy, Bichat ball, techniques.

Sumário

1. **Introdução**_____ **página 7**

2. **Proposição** _____ **página 8**

3. **Revisão de literatura**_____ **página 8**

4. **Discussão**_____ **página 13**

5. **Conclusão** _____ **página 14**

6. **Referências Bibliográficas**_____ **página 15**

Introdução

A intitulada bichectomia é um procedimento cirúrgico que vem se destacando na atualidade por visar fins estéticos e funcionais da face. A cirurgia consiste-se na remoção parcial da bola de Bichat, visto que ela é composta por três zonas: anterior, média e posterior. A porção posterior possui extensão para os espaços bucal, pterigóide, pterigopalatino e temporal adjacente 12.

A bola de Bichat A bola de Bichat tem volume médio de 9,6 a 10 mL, por volta de 6 mm de espessura e pesando, em média, 9,3G [13], recebeu esse nome por ter sido identificada e descrita em 1802 como um corpo adiposo localizado acima do músculo bucinador da bochecha, por Marie François Bichat[1].

Com o passar dos anos suas funções foram identificada e classificadas como sendo uma estrutura adiposa associada aos músculos da mastigação, contribuindo na mobilidade e amortecimento de tais músculos (principalmente na primeira infância, quando fibras musculares são imaturas); atua principalmente no ato de sugar quando somos bebês[1].

Essa estrutura adiposa realmente é versátil, a bola de Bichat é pode ser utilizada para procedimentos reconstrutivos[14 15], onde a bola de Bichat foi utilizada para fechamento de comunicação bucosinusais. Além de ser removida com outro intuito, o de diminuição do volume das bochechas, levando a um "afinamento" do rosto com realce das maçãs do rosto. Este tem sido a principal busca, possivelmente motivada por alterações nos padrões estéticos atuais abordada outros artigos como de estudos de Matarasso (2006)[6] e Jackson (2003).[16]

O que é pertinente dizer seria que ainda não existe uma técnica cirúrgica sistematizada na literatura atual, visando tornar a bichectomia um procedimento seguro e reprodutível[8].

Na literatura são mencionadas três modelos de acesso a remoção da bola de Bichat. Porém qual delas seria a forma mais adequada, segura, menos traumática e reprodutível.

Proposição

O intuito do presente trabalho é revisar a literatura existente sobre os tipos de técnicas para remoção cirúrgica parcial bilateral das bolas de Bichat, procedimento popularmente conhecido como bichectomia. Entender as funcionalidades das técnicas e sugerir qual melhor protocolo seguir visando segurança e reprodutibilidade do técnica.

Revisão de literatura

A primeira cirurgia de bichectomia foi mencionada em 1980.[1]

Em 2012 foi realizado um estudo por Fagan[2], enumerando possíveis técnica para ter acesso à bola de Bichat.

Existe o método para realizar a remoção da bola de bichat por meio de abordagem intraoral ou por abordagem facial (extra oral).

Técnica de acesso externo é realizada durante o procedimento de lifting facial, que pode ser feita com incisão horizontalmente na borda anterior do masseter a um centímetro abaixo do canto da boca[3], ou até mesmo durante a ritidectomia começa na linha de implantação de cabelo a nível das têmporas, estende-se para baixo em frente ao ouvido, continua ao redor do ouvido e depois prolonga-se para trás da orelha terminando no couro cabeludo com função de esticar a pele principalmente e podendo associar se necessário a remoção parcial da bola de Bichat[4]. Porém essa técnica apresenta muitos riscos, devido à proximidade ao nervo facial (ramo bucal e ramo zigomático), ser mais traumática, mais invasiva devido o extenso acesso.

Segundo a literatura, o método mais seguro é realizar uma incisão intra-oral[3].

Um dos métodos intra-oral, foi citado por Matarasso[5], sendo a incisão no fundo do sulco superior sobre a membrana da mucosa bucal, um cm abaixo do ducto da glândula parótida.

Detalhando mais afundo a técnica de Matarasso[5], no espaço gengivobucal é injetado (bilateralmente) utiliza-se de anestesia com lidocaína e epinefrina, aproximadamente entre o primeiro e o segundo molar faz-se uma incisão mucosa. A

incisão é realizada através da mucosa e músculo, aplicando pressão externa sobre a pele na região do coxim adiposo bucal.

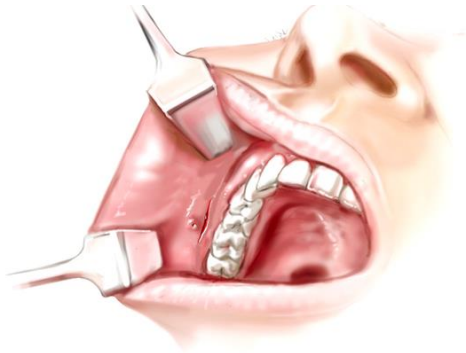


Figura 1 - Demonstração da incisão intraoral para a lipoplastia bucal
Disponível em https://academic.oup.com/asj/article/26/3/330/205411

Uma longa pinça é usada para apossar-se da gordura, enquanto o cirurgião continua a colocar pressão externa na bochecha, manipulando o coxim adiposo na ferida.

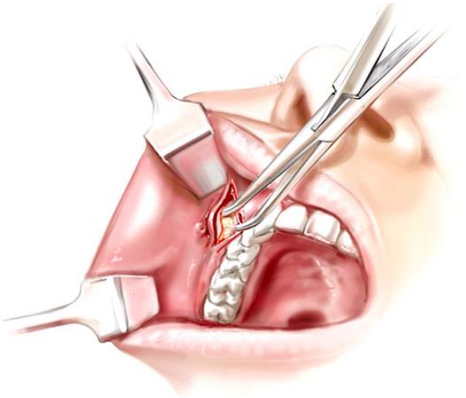


Figura 2 - Coxim adiposo bucal é exteriorizado
Disponível em https://academic.oup.com/asj/article/26/3/330/205411

Sem excesso de tração, parte da gordura que se projeta é agarrada e suavemente é retirada fixada em sua base e extirpada. Usa-se eletro cautério e a após a incisão é preenchida com gaze embebida em lidocaína e epinefrina enquanto o lado oposto é operado, o acesso é fechado com uma sutura absorvível. Concluindo a cirurgia.

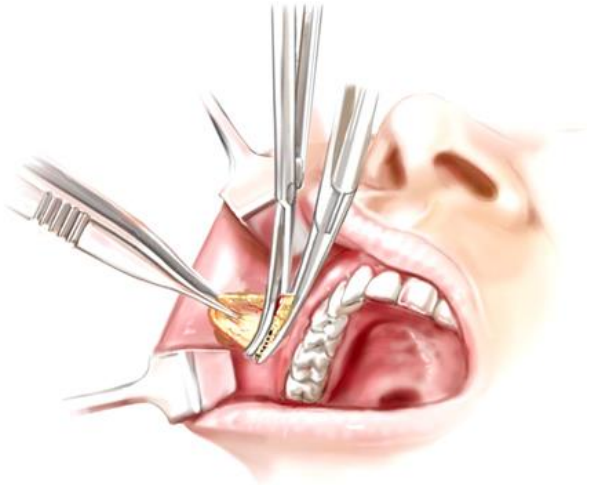


Figura 3- O coxim adiposo bucal é elevado, pinçado e excisado
Disponível em https://academic.oup.com/asj/article/26/3/330/205411

A complicação mais provável seria a super-ressecção. hematomas e infecções são problemas potenciais em qualquer cirurgia. Porém de acordo com Matarazzo.elas não ocorreram.[5]

Em teoria, a complicação mais significativa com a remoção do coxim adiposo bucal ria a lesão do nervo. No entanto, ela pode ser evitada seguindo meticulosamente o método acima

Matarazzo[10] também comenta os riscos inerentes ao procedimento, como o ducto parotídeo pode ser traumatizado durante a incisão ou tracionamento da bola de Bichat. Também pode-se lesionar algum ramo terminal do nervo facial, gerando parestesia e/ou paralisia.

Outro método teria sido mencionado por Stuzin, onde a incisão é realizada posteriormente ao ducto parotídeo[2].

Detalhando mais a técnica vê-se a incisão na mucosa vestibular superior, ela deve ser horizontalmente medindo geralmente dois centímetros e deve ser realizada sobre o periósteo e cobertura facial, prolongando-se numa direção para trás ao longo do segundo molares superiores. Há uma dissecção em direção ao bucinador e sua fáscia envolvente, de forma a remover a primeira camada de tecido adiposo, que é visto com pequenos lóbulos[7].

Mais profundamente a essa primeira camada adiposa, encontra-se a bola de Bichat, cor é mais clara e se projeta para a boca. Há dissecação cuidadosa com o objetivo de preservar a cápsula ou o plexo vascular. Após, a bola de Bichat será removida cirurgicamente e a ferida operatória terá seu fechamento em primeira intenção que pode ser realizado com a utilização de fio de poliglactina4-0 [6].

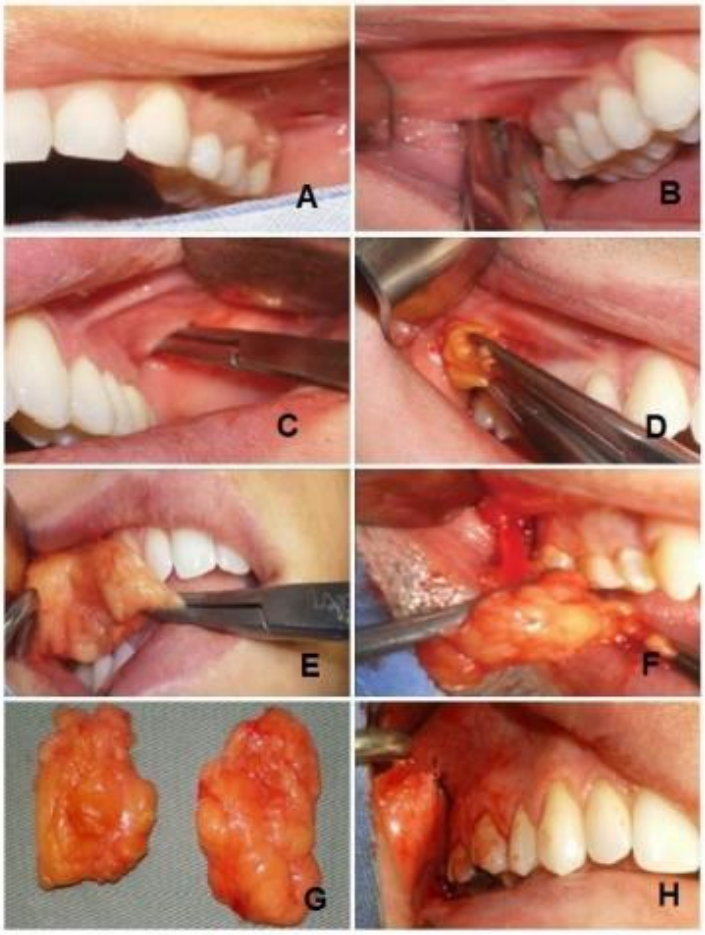


Figura 4 – exemplificando e detalhando o passo a passo da bichectomia, baseado no método de Stuzin.

Disponível em: STEVAO, E.B. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. Adv Dent & Oral Health, Curitiba, v. 1, no.1, p. 001-004, Aug. 2015, p. 002.

O mais recente relato, com embasamento quantitativo de casos, foi realizado em 2018 por Alvarez e Siqueira, os quais utilizaram da técnica de Matarazzo citada em 2006, porém com algumas alterações como, na Remoção da bola de Bichat coma a Técnica da "Vassourinha" ou seja, após a prender a gordura na pinça, segurando a mesma com a mão secundária, Com a mão principal se assim podemos dizer, realizar diversas divulsões (como se estivesse varrendo) ao redor da cápsula da bola de Bichat. Puxando levemente a bola de Bichat vem sendo "varrida" externamente, essa dissecção evita romper a capsula deixando assim um procedimento mais seguro. Além dessa manobra “vassourinha”, não realizar pressão externa para identificar a da bola de Bichat[8].

A manobra se destaca por ser um dos primeiros casos no qual uma técnica cirúrgica de bichectomia é aplicada consistentemente em vários casos, foram 27 no total mencionados no artigo.



Figura 5: identificar a gordura de Bichat com seu caráter móvel, amarelo forte e encapsulada, a sua porção anterior deve ser imediatamente pinçada.



Figura 6: tração leve, a estrutura vem sendo puxada e "varrida" externamente, fazendo a dissecção ao redor da cápsula, de preferência sem romper, tornando essa manobra consideravelmente segura.
Disponivel em ALVAREZ G.S..SIQUEIRA E.J J, Bichectomy: technical systematization applied in 27 consecutive cases, Rev. Bras. Cir. Plást. 2018;33(1):74-81

Discussão

Primeiramente cabe ao profissional cirurgião dentista, antes de eleger a técnica utilizada realizar uma avaliação minuciosa das proporções faciais de individualmente, formato de rosto, além de anamnese completa. Afim de diagnosticar se o paciente está apto e indicado à realizar o procedimento[9].

Porém mesmo quando indicada com embasamento, é um procedimento questionável, uma vez que ainda não existe uma técnica cirúrgica sistematizada na literatura atual[8].

Por isso a necessidade de definir, entender e eleger a melhor técnica para o paciente e para aquele momento.

Analisando as principais técnicas descritas na literatura, possíveis riscos e complicações inerentes podem ocorrer durante e após o procedimento. São raros os relatos de problemas ou acidentes durante o procedimento cirúrgico, mas devemos sempre deixar o paciente ciente a isso[2].

Quanto a técnica extra oral, vimos que ela apresenta muitos riscos, em vista a incisão ser próxima ao nervo facial, ser mais traumática, mais invasiva devido o extenso acesso e deixar cicatrizes externas temporárias ou não[3].

Já as técnicas intraorais mesmo com a variação do local de incisão, as técnicas listadas faz com que não haja cicatrizes aparentes (externas), sendo assim, uma vantagem para os pacientes[2].

As principais intercorrências das técnicas intraorais são: trauma do ducto parotídeo durante a incisão ou durante o tracionamento da bola de Bichat. Por isso a necessidade do profissional ter conhecimento anatômico e cirúrgico adequado visando a proteção de tal ducto[1o].

Pode ocorrer também, lesão de algum ramo terminal do nervo facial, o que pode gerar parestesia e/ou paralisia[11]. Podem haver hematomas, abscesso por efeito de uma contaminação da cavidade, trismo[3]. Porem são sequelas e a maioria reparáveis, cabe ao cirurgião dentista ser apto conhecer e saber executar manobras para solucionar as intercorrências como administrar antibiótico, realizar laserterapia entre outras.

Dentre as técnicas intraorais de acordo com os estudos de Fagan em 2012, alguns autores dizem que a técnica de Stuzin é rápida e menos traumática à bola de Bichat.

Há poucos estudos na literatura médica corrente descrevendo claramente a técnica de bichectomia intraoral, sendo o principal deles o estudo publicado por Matarasso em 2006, é bastante utilizada vice o estudo realizado recentemente, em 2018 com Alvarez e Siqueira, em 27 pacientes executando a técnica com algumas modificações que aperfeiçoaram os passos da cirurgia.

Todos os métodos enfatizam que se utilize de instrumentos sem corte para evitar danificar ramos do nervo facial.

Conclusão

A Bichectomia pode ser mais previsível e segura se for realizada de maneira intraoral e de forma padronizada. O profissional ao executá-la deve deter de conhecimento anatômico, cirúrgico e domínio sistematizado da técnica escolhida. Assim como ter autoridade em resolver as possíveis intercorrências.

Vale ressaltar que o não manejo de instrumentos cortantes evitam danificar ramos do nervo facial e a cápsula que abrange a bola de Bichat.

Referências bibliográficas

1) Moura LB, Spin JR, Spin-Neto R, Pereira-Filho VA - Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? - Med Oral Patol Oral Cir Bucal. J1;23(4):e478-e484 - 2018
2) FAGAN, J. Buccal fat pad flap. Open access atlas of otolaryngology, head & Neck operative surgery. 2012.
3) Nicolich F., Montenegro C., Extracción de la bola de Bichat
Una operación simple con sorprendentes resultados - Folia Dermatológica Peruana - Vol. 8 Nº.1 – 1997
4) Graciano, A. J., Chone, C. T., & Fischer, C. A.. Cervicomastoidfacial versus modified rhytidectomy incision for benign parotid tumors. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 79(2), 168–172. – 2013
5) MATARASSO, A. Managing the buccal fat pad. Aesthet. Surg. J.,St. Louis, v. 26. No. 3, p. 330-336, May/June 2006.
6) GADIPELLY, S. et al. Traumatic herniation of buccal fat pad in 1 year old child: case report and review of literature. J. Maxillofac. Oral Surg., New Delhi, v. 14, suppl. 1, p. 435-437, Mar. 2015. AVALCANTE, J. R. et al. Reduction and fixation of unstable fractures of the zygomatic arch: report of a series of cases. J. Surg. Tech. Case Rep., Mumbai, v. 7, no. 2, p. 29-31, July/Dec. 2015.
7) STEVAO, E.B. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. Adv Dent & Oral Health, Curitiba, v. 1, no.1, p. 001-004, p. 002, Agosto. 2015
8) ALVAREZ G.S..SIQUEIRA E.J J, Bichectomy: technical systematization applied in 27 consecutive cases, Rev. Bras. Cir. Plást.;33(1):74-81 - 2018
9) STUZIN, JAMES M.D. et. al. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. Plast. Reconst. Surg. 85:29. 1990
10) MATARASSO, A. Bucal fat pad excision:aesthetic improvement of the midface. Ann Plast Surg 26:413 -418, 1991
11) MADEIRA, M. C. Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica. 4 ed.2001 São Paulo, 2001.
12) BORGONOVO, A. et al. Surgical options in oroantral fistula treatment. Open Dent. J., Netherlands, v. 6, p. 91-98, 2012.

13) MOHAN, S.; KANKARIYA, H.; HARJANi, B. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of cases. J. Maxillofac. Oral Surg., New Delhi, v. 11, no. 2, p. 128-131, June 2012.
14) EGYEDI, P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. J. Maxillofac. Surg., Stuttgart, v. 5, no. 4, p. 241-244, Nov. 1977.
15) Guerrerosantos J, Manjarrez-Cortes A.- Cheek and neck sculpturing: simultaneous buccal fat pad removal and subcutaneous cheek and neck lipoplasty.- Clin Plast Surg. ;16(2):343-53. Abril 1989
16) JACKSON, I. T. Buccal fat pad removal. Aesthet. Surg. J., St. Louis, v. 23, no. 6, p. 484-485, Nov./Dec. 2003