Faculdade Sete Lagoas

ERICK DIOMEDESSE GRAVALOS

BICHECTOMIA: INDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES – REVISÃO DE LITERATURA

SÃO PAULO

2022

Faculdade Sete Lagoas

BICHECTOMIA: INDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES – REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Especialização em Harmonização Oro Facial da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título em Especialização em Harmonização Oro Facial.

Área de concentração: Harmonização Orofacial

Orientador (a): Prof. Dra. Marcia Maria Altavista Romão

SÃO PAULO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Diomedesse Gravalos, Erick. Bichectomia: Indicações e Complicações - Revisão de Literatura / Erick Diomedesse Gravalos, 2022. 39 fls.Orientadora: Profa. Dra. Marcia Maria Altavista Romão: Especialização em Harmonização Oro Facial - FACSETE, São Paulo, 2022. 1. Bichectomia. 2. Harmonização Orofacial. 3. Intercorrências. 4. Complicações em Bichectomia. Faculdade Sete Lagoas - FACSETE. Bichectomia: Indicações e Complicações - Revisão de Literatura.

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Bichectomia: Indicações e Complicações – Revisão de Literatura” de autoria do aluno Erick Diomedesse Gravalos, aprovado em / /2022, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Prof. Dra. Marcia Maria Altavista Romão

_____

Prof. Dr. Leandro Lauriti

RESUMO

A valorização e busca pela estética se mostram como uma forte tendência nos tempos atuais, abrindo um leque de possibilidades na melhora de agradabilidade facial. A bichectomia é um procedimento contemporâneo que tem como foco a ressecção parcial do corpo adiposo da bochecha, com um objetivo funcional e estético. O presente estudo tem como objetivo apresentar as indicações, contraindicações, bem como a principais complicações no procedimento de bichectomia, encontradas por meio de levantamento bibliográfico publicados entre 2009 a 2022 realizada por cirurgiões dentistas, através das plataformas: PubMed/MEDLINE, LILACS, BBO, SciELO e Bireme. O resultado da revisão no enfoque estético de sua funcionalidade objetivou, denotou significativa compilação, uma vez que o procedimento é considerado rápido e de baixo risco. As intercorrências consultadas na literatura são relativamente leves e de fácil resolução, sendo assim conclui - se que o profissional com conhecimento específico, uma abordagem de esclarecimentos sobre os potenciais riscos imediatos e mediatos ao paciente e o manejo cuidadoso possam garantir a segurança e a confiança necessária para realizar a bichectomia.

Palavras-chaves: Bichectomia, harmonização orofacial, intercorrências, complicações em bichectomia.

ABSTRACT

The appreciation and search for aesthetics is shown as a strong trend in current times, a range of possibilities in the scale of facial pleasantness. Bichectomy is a contemporary procedure that focuses on partial resection of the adipose body of the cheek, with a functional and aesthetic objective. The present study aims to present the indications, contraindications, as well as the main complications in the bichectomy procedure, found through a bibliographic survey published between 2009 and 2022 carried out by dental surgeons, through the platforms: PubMed/MEDLINE, LILACS, BBO, SciELO and Bireme. The result of the review in the aesthetic approach of its objective functionality, denoted significant compilation, since the procedure is considered fast and low risk. The complications consulted in the literature are relatively mild and easily resolved, so it is concluded that a professional with specific knowledge, an approach to clarify the potential immediate and mediate risks to the patient, careful management can guarantee the safety and confidence necessary to perform the bichectomy.

Key-words: Bichectomy, orofacial harmonization, intercurrences, complications in bichectomy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Antes e depois do procedimento de Bichectomia.....18
Figura 2 – Descrição da remoção da Bola de Bichat.....21
Figura 3 – Edema.....24
Figura 4 - Hematoma.....25
Figura 5 - Relatos de Sialocele: Obstrução do ducto parotídeo.....27
Figura 6 - Dreno Instalado.....28

SUMÁRIO

1-Introdução.....9
2- Revisão de Literatura.....12
2.1 História e Anatomia da Bola de Bichat.....12
2.1.2 Legislação.....14
2.2 Indicações e Contraindicações.....17
2.2.1 Indicações.....17
2.2.2 Contraindicações.....22
2.3 Principais Intercorrências.....23
2.3.1 Hemorragia.....23
2.3.2 Infecção.....23
2.3.3 Edema.....24
2.3.4 Hematoma.....25
2.3.5 Lesão do ducto da Glândula Parótida.....26
2.3.6 Lesões do Nervo Facial – Paralisia Facial.....28
3 Discussão.....30
4 Conclusão.....33
5 Referências Bibliográficas.....34

1- Introdução

Atualmente a procura por procedimentos estéticos cresceu exponencialmente pela incessante busca pelo rejuvenescimento. Em especial o rejuvenescimento facial é indiscutivelmente uma das áreas mais procuradas pelos pacientes.

A face, dentre os atributos do ser humano, se sobressai por realizar papel de grande importância na primeira impressão causada por quem está sendo observado. Deste modo, estudos sobre atratividade facial são bastante diversificados e muitos deles relacionam estética facial a fatores que podem influenciar o conceito e os julgamentos sobre as pessoas (SILVA; FUKUSIMA, 2010).

De acordo com o último relatório da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética, o Brasil ocupa o terceiro lugar em quantidade de procedimentos, perdemos somente para Estados Unidos e Japão, MOREIRA Et al (2018).

Porém, quando consideramos apenas o número de cirurgias plásticas, isto é, procedimentos invasivos, passamos para o segundo lugar, atrás apenas dos Estados Unidos, correspondendo a 13,5% do total mundial em cirurgias estéticas.

Considerando a face uma das regiões mais complexas do corpo humano, ao se realizar qualquer procedimento nessa área, o conhecimento anatômico referente a ela é condição primordial e fundamental para dar mais segurança aos profissionais que nela atuam. Como os procedimentos de rejuvenescimento facial, sejam eles invasivos ou não, vêm crescendo e sendo realizados de várias maneiras, a anatomia da face tem recebido muita atenção durante os últimos anos (CUSTÓDIO et al., 2020).

Entre suas múltiplas e delicadas estruturas há diversos compartimentos de gordura que funcionam como coxins de proteção; dentre esses compartimentos, existe um que se estende quase que ao longo de toda a superfície lateral do rosto, em um plano profundo, desde a têmpora até próximo a mandíbula, recebendo o nome de Bola de Bichat (Epônimo em homenagem ao anatomista francês que primeiro o descreveu (Marie François Xavier Bichat).

Na região da cavidade oral, é onde apresenta sua maior espessura dando um aspecto mais arredondado ao rosto. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA,

2022).

No século XXI sua remoção vem ganhando destaque nas cirurgias cosméticas com o avanço da especialidade da harmonização orofacial (MARQUARDT 2002;

D'ALESSANDRO 2011; STEVÃO, 2015).

A Bichectomia em resumo consiste na remoção cirúrgica de parte dessa estrutura gordurosa localizada nas mucosas jugais. (ALMEIDA A., ALVARY P.2018); A bichectomia é o procedimento de remoção da bola de Bichat ou "buccal fat pad", tem o nome devido ao anatomista francês Marie François Xavier Bichat (1771-1802), que descobriu que a estrutura é um tecido gorduroso localizado na região das bochechas na frente do músculo masseter e superficial ao músculo bucinador. É uma cirurgia usualmente estética com o objetivo de melhorar o formato facial por meio da diminuição da projeção das bochechas (CEPEDA et al., 2019).

O procedimento gera redução no volume do terço médio da face, o que pode melhorar a condição funcional dos pacientes operados, além de promover melhora da estética facial. A bichectomia pode ser indicada com finalidade estética e funcional como supracitado. Nos casos de bichectomia funcional, o procedimento é realizado em pacientes com volume aumentado de gordura (bola de Bichat), que mordem frequentemente a região da mucosa jugal e causam lesões traumáticas contínuas nessa região. Nos casos estéticos, o procedimento é realizado nos pacientes que apresentam o terço médio da face mais proeminente do que o osso zigomático, conferindo-lhes uma circularidade facial excessiva e uma aparência infantilizada. Dessa forma, a excisão da bola de Bichat pode realçar o contorno facial, afinar o rosto do paciente e definir os contornos faciais, MOREIRA JUNIOR Et al.

O objetivo geral deste trabalho é apresentar a bichectomia como um dos mais importantes procedimentos dentro da Harmonização Orofacial. Através de revisão de literatura, apresentar sua história, sua anatomia, suas indicações e contraindicações, dentre outros aspectos da remoção deste tecido adiposo.

O objetivo específico desse trabalho é descrever segundo a literatura, as principais intercorrências relacionadas a Bichectomia.

Segundo MOREIRA Et al (2018), a Bichectomia é uma cirurgia relativamente simples, e as complicações podem ocorrer tanto no transoperatório quanto no pós-operatório.

Ainda segundo ele, as intercorrências podem ser de graves consequências e difícil resolução mesmo para os profissionais mais experientes.

A indicação clínica da retirada da bola de Bichat está sendo justificado para diminuir o incômodo da mordedura das bochechas, que normalmente está presente em pacientes que apresentam o rosto mais arredondado, em alguns tipos de morfologia facial, como também padrões braquifaciais com hipertrofia massetérica. (STEVÃO, 2015).

2- Revisão de Literatura

2.1 História e Anatomia da bola de Bichat

A bola de bichat foi descrita pela primeira vez em 1732 pelo médico, cirurgião, anatomista e botânico alemão Lorenz Heister. Ele acreditava que a estrutura era glandular e a chamou de “glândula molaris” HASSANI, 2016; 70 anos depois, em 1802, Marie-François Xavier Bichat, um anatomista francês muito respeitado na época, descreveu o aspecto gorduroso da bola de bichat. A partir de seus estudos de autópsia, várias estruturas foram introduzidas e receberam epônimo; como a fossa pterigopalatina, inicialmente chamada de fossa Bichat e a protuberância Bichat, popularmente conhecida como bola de Bichat, que se refere à gordura bucal, localizando-se no chamado espaço mastigatório (KLUPPEL, 2018).

O denominado corpo adiposo de Bichat tem uma forma piramidal e espalha se pelas áreas temporais profundas e superficiais, esfenopalatina, orbital inferior, pterigomandibular e massetérica e recebem essa nomenclatura por terem relação com os músculos de mesma sinonímia (KAHN, 1988).

Apesar de identificada há muito tempo, a bichectomia é pouco descrita em livros de anatomia. Durante um longo período foi usada apenas para enxertos em cirurgias com relação a traumas faciais, porém gradativamente sua importância cresceu, principalmente como um recurso que pode ser usado como fonte doadora para enxertos e também para cirurgias de reconstrução do contorno facial pós-traumático, segundo OLIVEIRA, 2020.

Ao descrever o espaço mastigatório como um compartimento facial que abriga os músculos temporal, masseter, pterigoideo lateral e medial, a articulação temporomandibular, o ramo da mandíbula e estruturas neurovasculares, GAUGHRAN (1957), também incluiu o corpo adiposo da bochecha como componente desse espaço, relatando ser uma estrutura composta por um corpo principal, de onde partem quatro extensões: bucal, pterigopalatina, temporal e pterigóide.

De acordo com BORGONOVO (2012), o corpo adiposo repousa no periósteo da tuberosidade maxilar. É anatomicamente dividido em três lobos: anterior, intermediário e

posterior. KLUPPEL (2018), acrescenta que a extensão bucal do lobo posterior é o que fornece contorno e plenitude facial na bochecha.

Para SANGALETTE Et al (2017), a Bola de Bichat está relacionada com os músculos da mastigação e posicionada entre a região anterior do músculo masséter e bucinador, onde acomoda um espaço de atrição chamado Sissarcose, fisiologicamente necessário durante o período de amamentação. Ela também está ligada ao ramo bucal e zigomático do nervo facial.

Outra relação fundamental é o ducto parotídeo que atravessa a superfície lateral da Bola de Bichat quando este penetra na bochecha. A artéria e veia facial têm origem em um mesmo plano que a Bola de Bichat e delimitam o prolongamento da gordura da bochecha no paciente. Uma parte de gordura temporal superficial ganha suporte sanguíneo da artéria temporal média e ramo da artéria superficial, (NICOLICH E MONTENEGRO, 1997; LIMA E SOUZA, 2016).

Ela pesa em média 9,3 g e apresenta 6 mm de espessura na maioria dos casos. Costuma existir uma diferença de peso de 0,51 g em média entre os lados direito e esquerdo (CONTI, 2018; AHARI Et al., 2016; FARIA Et al., 2018).

TIDEMAN, BOSANQUET, SCOTT (1986), relataram que a extensão bucal do corpo adiposo da bochecha repousa sobre a fáscia bucofaríngea, revestindo a superfície externa do músculo bucinador. O corpo principal encontra-se em profundidade ao longo de toda parte posterior da maxila e das fibras posteriores do bucinador. Segundo eles, sua maior extensão, a temporal, passa superiormente sob o arco zigomático para o plano temporal e se divide em duas porções: superficial e profunda. A porção superficial desloca-se entre a fáscia temporal e a superfície do músculo temporal; a profunda é estreita e transpassa entre as fibras do músculo temporal para fixar-se na asa maior do osso esfenoide, na fossa infratemporal. Assim, a extensão temporal profunda é o único processo do corpo adiposo que não pode ser facilmente separado dos tecidos adjacentes.

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, 2017).

O enfoque estético da Bichectomia entrou rapidamente no campo da cirurgia plástica, pelo fato de a retirada dessa gordura ser capaz de melhorar a harmonia facial. Ademais, essa técnica cirúrgica também tem objetivo funcional para a redução de traumatismos crônicos mastigatórios nas mucosas jugais decorrentes de volume avantajado destas estruturas anatômicas, e quando presentes são prejudiciais aos tecidos bucais, que podem induzir a formação de lesões patológicas diversas, inclusive de neoplasias. Desse modo, tal indicação cirúrgica não se estende única e exclusivamente a razões estéticas, sendo considerado um procedimento estéticofuncional do aparelho mastigatório (SANGALETTE Et al, 2017).

Com os avanços tecnológicos, há o surgimento de diferentes técnicas e recursos destinados a modificar as faces desarmônicas de indivíduos que sofrem dificuldade de aceitação social (CAPEROCHIPI; HILDEBRAND; THIVES, 2009).

2.1.2 Legislação

O surgimento de novas tecnologias à encargo da estética, o rumo e trajetória da valoração da beleza tem se tornado um propulsor para o desbravamento e consolidação de novos percursos para a área odontológica. Em razão disto, a macro visão odontológica, em observância para toda a estrutura orofacial além dos dentes, torna-se irrefutável. Nesta perspectiva, foi aprovada no ano 2019, pela resolução do

Conselho Federal de Odontologia CFO 198/201910, o reconhecimento da Harmonização Orofacial como especialidade odontológica.

“Art 1º. Reconhecer a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica”. “Art. 2º. Definir a Harmonização Orofacial como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face.”

A Resolução dá outras providências, das quais destaca se o artigo f, que dispõe:

f) realizar tratamento de lipoplastia facial, através de técnicas químicas, físicas ou mecânicas na região orofacial, técnica cirúrgica de remoção do corpo adiposo de Bichat

(técnica de Bichectomia) e técnicas cirúrgicas para a correção dos lábios (liplifting) na sua área de atuação e em estruturas relacionadas anexas e afins.

Mediante polêmica no meio médico-odontológico, a respeito de qual profissional estaria mais capacitado para realizar o procedimento de Bichectomia, dentre ambos estão inseridos em uma linha delicada de atuação que, mesmo com várias discussões em âmbito jurídico, ainda assim não foi possível sanar as lacunas acerca da competência de cada um. Tanto a Medicina quanto a Odontologia possuem limites anatômicos de atuação em concordância que, não obstante, torna-se extremamente complicado definir apenas um profissional para a realização deste procedimento (SANGALETTE ET ALL, 2017). De acordo com os Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, o Cirurgiãodentista, especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial, está dentro de sua delimitação ao realizar tal técnica para fins estético-funcionais, como a chamada cirurgia ortognática, e o médico, especialista em cirurgia plástica, para fins somente estéticos (SANGALETTE ET ALL, 2017).

Com efeito, a legislação que trata do profissional habilitado para realizar a Bichectomia, conforme o Art. 6º da Lei 5.81 de 23 de agosto de 1996, conclui que é de competência de o Cirurgião Dentista realizar os procedimentos e atos pertinentes à Odontologia, desde que tenha um Curso de Pós-graduação. Estes, por conseguinte, pode ser tanto Lato Sensu (especialização) quanto Stricto Sensu (mestrado e doutorado). Ademais, cursos de atualização, avançados, aperfeiçoamento, não são considerados (SANGALETTE ET ALL, 2017).

Nesse sentido, a prática da Bichectomia por Cirurgiões Dentistas que não atendam às disposições anteriores torna o profissional praticante imputado como imperito, por estar fora dos conceitos éticos-legais vigentes.

A resolução 100/2010 da Comissão Conjunta CFO/CFM, esclarece que é de competência exclusiva do médico o tratamento de neoplasias malignas, neoplasias, bem como das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual), o acesso pela via cervical infra-hioídea, e também a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estéticas funcionais do aparelho mastigatório que é de competência do cirurgião-dentista (SANGALETTE Et al, 2017).

Sendo assim, não restam dúvidas quanto à competência e ao embasamento legal que concede legitimidade ao Cirurgião Dentista para realização do procedimento de Bichectomia.

Embora a resolução 198/2019 seja um ganho para a valoração da odontologia no campo estético, é necessário compreender todo processo de construção legal, que culminou no desfecho.

De acordo com a Lei 5.081/6633, que regulamenta o exercício da odontologia no território brasileiro, traz em seu artigo 6º Inciso I “Praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação”, e inciso II “prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;”, esclarecendo a abrangência odontológica, bem como o amparo para desenvolvimento de suas práticas em sua área de atuação. Na resolução CFO 63/2005, que aprovou a Consolidação das Normas para Procedimento nos Conselhos de Odontologia62, a estética se faz presente em determinadas condições, sendo um fator indissociável para finalização do tratamento odontológico. Na Seção I – Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo-Faciais, nos artigos:

Art 43 “É vedado ao cirurgião-dentista o uso da via cervical infra-hioidea, por fugir ao domínio de sua área de atuação, bem como a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estético-funcionais do aparelho mastigatório” Na Seção XII

– Ortodontia, Art 74b traz que o: “planejamento do tratamento e sua execução mediante indicação, aplicação e controle dos aparelhos mecanoterápicos, para obter e manter relações oclusais normais em harmonia funcional, estética e fisiológica com as estruturas faciais”. Já na Seção XVII, sobre Prótese Buco Maxilo Facial, em seu artigo 81, contempla que a: “Prótese Buco Maxilo Facial é a especialidade que tem como objetivo, a prevenção, a reabilitação anatômica, funcional e estética, de regiões da maxila, da mandíbula e da face, ausentes ou defeituosas, como sequelas de cirurgia, de traumatismo ou em razão de malformações congênitas ou de distúrbios do desenvolvimento, através de próteses, aparelhos e dispositivos”.

A odontologia é uma área da saúde de caráter inexorável, entre a finalidade estética e funcional, não existindo contrapontos e necessitando da coexistência dos dois princípios para a finalização do tratamento de forma harmônica e equilibrada; GARBIN Et al, 2019.

2.2 Indicações e contraindicações

2.2.1 Indicações

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, reconstruções pós-tumorais, em pacientes fissurados lábiopalatais, em Traumatologia Bucomaxilofacial, em fibroses submucosas bucais, em Implantodontia como enxertos, para fechamentos de defeitos intrabucais, bem como nas comunicações buco-sinusais rotineiramente nas exodontias da clínica odontológica, entre outros (FARIAS, 2015; SCARTEZINI, 2016 e ALVAREZ, 2018).

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, coagulopatias e nefropatias. (LIMA E SOUZA, 2016).

A lipoplastia facial, também conhecida como bichectomia, corresponde a uma cirurgia estético funcional da face, considerada um procedimento relativamente simples, que pode ser realizado sob anestesia local. Os resultados deste procedimento vão desde o aspecto mais afinado da face, que proporciona uma bochecha menos projetada anteriormente, com acentuação da região malar e ressalte dos ângulos da região de ramo da mandíbula (AHARI, 2016).

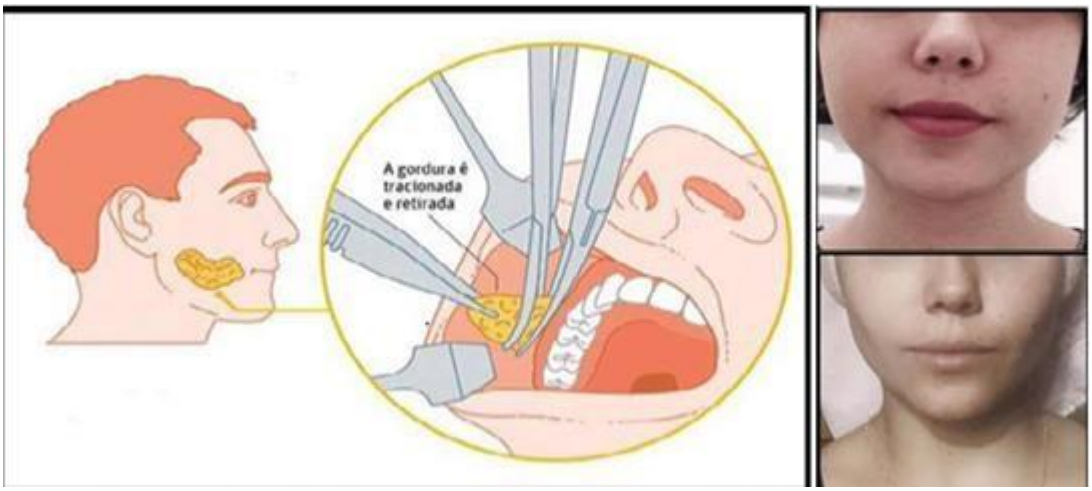


Figura 1: Antes e depois do procedimento de Bichectomia

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

Considerado como um procedimento seguro, pode ser realizado em consultório odontológico e/ou em nível ambulatorial com sedação venosa ou oral e anestesia local. No entanto, para que o procedimento possa ser realizado, o ideal é que o paciente seja maior de 18 anos, não fumante, sistematicamente apto, com total ciência e orientação dos objetivos e resultados que podem ser alcançados com a cirurgia, além de considerar os riscos inerentes, custos e fatores como possíveis infecções e sangramento, OLIVEIRA, 2020.

Para a execução deste procedimento cirúrgico é necessário preparo técnico e conhecimento teórico aprofundado sobre o assunto, devido aos riscos envolvidos em acidentes transoperatórios, como lesões de estruturas anatômicas importantes ali presentes. Neste sentido, o planejamento dos procedimentos ganha em importância, tendo em vista que a percepção antecipada da localização das estruturas auxilia em muito ao cirurgião-dentista para a execução correta da etapa cirúrgica, OLIVEIRA,02020.

De acordo com JACKSON (2003), motivado pela preocupação de identificar previamente a bolas de bichat, ou seja, verificar sua anatomia e volume para diagnóstico diferencial de condições como lipodistrofia e pseudo-herniamento do coxim adiposo da bochecha; MATARASSO (2006), recomendou que seu exame seja feito através de ultrassonografia. LIMA (2016) relata que remover a bola de Bichat pode ser feita em ambiente ambulatorial, porém deve-se ter cautela por conta das estruturas anatômicas que ficam localizadas

próximas do coxim adiposo da bochecha, como o ramo bucal do nervo facial, que quando lesionado pode promover uma paralisia facial, assim como abscesso e trismo que já seriam um tipo de complicação mais grave.

Do ponto de vista funcional, KANG Et al, 2012, elucidaram em seus estudos que o traumatismo mastigatório da mucosa jugal é outro fator que faz com que muitos busquem atendimento para resolver o problema da mastigação involuntária. Esses pacientes possuem uma mucosa jugal volumosa, resultando em mordiscamentos e lesões na região.

Este tipo de mastigação involuntária é chamado de morsicatio buccarum, nome científico empregado para mastigação crônica da mucosa jugal, (AMADORI et al. 2017). De acordo com VAN DER WAL, 2018, encontra-se maior predominância de mucosa mordiscada em pessoas estressadas ou psicologicamente debilitadas.

Para Neville et al, 2016, a ocorrência do traumatismo mastigatório na mucosa jugal é duas vezes mais predominante em mulheres e três vezes mais prevalentes após os 35 anos.

A fístula oroantral (FAO) é uma comunicação patológica epitelizada entre a cavidade oral e o seio maxilar. Dependendo da localização pode ser classificada em alvéolo-sinusal, palatosinusal e vestíbulo sinusal. Esses tipos de comunicações surgem principalmente após a extração de dentes posteriores da maxila devido à estreita relação anatômica entre os ápices radiculares dos dentes molares e pré-molares e o assoalho do seio. Além disso, uma fístula pode se originar após a remoção de cistos maxilares, tumores benignos ou malignos ou trauma. (BORGONOVO, 2012).

Ainda para BORGONOVO Et al, 2012, fechar essa comunicação é importante para evitar a contaminação do seio maxilar por alimentos e saliva levando a infecção bacteriana, cicatrização prejudicada e sinusite crônica.

O retalho do coxim adiposo bucal, preferencialmente do tipo pediculado, tem sido o mais utilizado para o fechamento da FAO. Isso se deve à localização do coxim adiposo bucal que é anatomicamente favorável, à dissecção fácil e mínima com a qual pode ser colhido e mobilizado. O coxim de gordura fornece uma boa taxa de epitelização e um baixo risco de falha, FERRARI (2009).

A anatomia peculiar da Bola de Bichat e a possibilidade de uso dessa estrutura para fins estéticos ou reconstrutivos já foram amplamente estudadas por diversos autores. Resultados estéticos satisfatórios podem ser obtidos por meio da manipulação da gordura bucal, tanto através da sua transposição como um enxerto ou retalho para preenchimento quanto da sua ressecção, a chamada bichectomia. (ALVAREZ, 2018). A remoção da gordura bucal possibilita resultados seguros e previsíveis na redução volumétrica do terço inferior facial e definição dos contornos e angulações esteticamente agradáveis dessa região. (ALVAREZ, 2018). De acordo com LIMA E SOUZA, 2016, esteticamente, 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.

A técnica comumente utilizada para realização da cirurgia de bichectomia na Odontologia consiste em incisões intraorais para a remoção da bola de Bichat (MATARASSO 1991, XU Et al. 2013).

Figura 2: Descrição da remoção da Bola de Bichat – TÉCNICA CIRÚRGICA Fonte: STEVÃO, 2015.



Descrição: O acesso à bola de Bichat é feito por uma pequena incisão (A), com um comprimento não superior a 5 mm, no tecido mole com o cuidado de visualizar o orifício do ducto de Stenon e uma dissecação sem corte é obtida com uma tesoura fina ou pinça hemostática na bola de gordura que está localizada sob o arco zigomático, estendendo-se até a região mais anterior da bochecha (B - C). É muito importante preservar seu fino envelope fascial. Com uma pinça hemostática longa e fina inserida profundamente na área, uma porção da gordura é comprimida e puxada suavemente (D). Pouco a pouco, toda a almofada de gordura é puxada para fora (E) com a ajuda de outra pinça hemostática até o pedículo ser visualizado. Neste ponto, o pedículo pode ser cortado e o coxim fica livre (F). Além disso, um pequeno aspirador pode ser inserido na área para limpar qualquer parte da gordura deixada para trás. Quando a fáscia da bola é rompida, é possível remover toda a estrutura em apenas uma peça, conforme mostrado na foto (G). Na maioria das vezes, um ponto simples é realizado para fechar a incisão e a cirurgia é concluída (H). O procedimento deve ser realizado em ambos os lados da face.

STEVÃO (2015), afirma que a bichectomia é um procedimento recomendado para pacientes com o perfil de rosto mais largo e arredondado, com aparência de sobrepeso e que não esteja em harmonia com o contorno facial.

2.2.2 Contraindicações

No que se refere à atenção cirúrgica, embora seja um procedimento rápido, de baixa complexidade técnica, feita com anestésicos locais e no consultório odontológico ou em nível ambulatorial, é de suma importância à realização da anamnese, a explanação dos resultados mediante as expectativas do paciente, bem como compreender os riscos que envolvem o ato cirúrgico, como lesão do ramo bucal do nervo facial, hematomas e edemas, sialocele, trismo, parestesia temporária e possíveis infecções, KLUPPE, 2018, As contraindicações se baseiam em pacientes que fazem Radioterapia e/ou Quimioterapia; pacientes com infecções locais; cardiopatias severas; imunossupressão; coagulopatias e nefropatias. Pacientes com problemas sistêmicos devem ser melhor avaliados com exames complementares, pois podem apresentar maiores problemas durante o pós-operatório. Não é indicada a remoção total da Bola de Bichat, somente sua porção superficial que geralmente fica acomodada na região da bochecha, a estrutura apresenta ligações com regiões importantes que podem ser comprometidas em um procedimento muito invasivo. Pacientes que apresentam disfunções temporomandibulares devem ser avaliados e diagnosticados com cautela, para a indicação da bichectomia, pois se não tratada a disfunção, pode ocorrer lesões na região operada durante a fase pós-operatória, comprometendo o sucesso do procedimento, BISPO, SCARTEZINI, SILVA (2019,2018 e 2010).

Apesar do procedimento cirúrgico aparentar relativa facilidade de execução, há muitas possibilidades de ocorrerem acidentes transoperatórios e complicações pós-operatórias de graves consequências e de difícil resolução por parte de profissionais sem o devido preparo, ou até mesmo por profissionais devidamente capacitados de reconhecida experiência e formação técnica no assunto (SANGALETTE Et al, 2017; MADEIRA, 2001).

Uma contraindicação absoluta encontrada na literatura, é em pacientes com atrofia hemifacial progressiva. Conhecida como uma doença degenerativa rara, caracteriza-se por uma atrofia facial unilateral progressivamente lenta que envolve o tecido subcutâneo, cartilagem, tecido adiposo e estruturas ósseas subjacentes (EL-KEHDY; ABBAS; RUBEIZ, 2012), onde a atrofia da bola de Bichat é um componente bem conhecido (DUBIN et al., 1989).

2.3 PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS

NICOLICH Et al. (1997), nos apresenta, ainda, como complicações pós-operatória à cirurgia de bichectomia: hematoma, devido coágulo em algum vaso ou falta de compressão externa após remoção da bola de Bichat; abscesso, consequente de alguma contaminação durante o ato cirúrgico; trismo; e ainda, lesões dos ramos bucal e zigomático do nervo facial, que pode acarretar paralisia no paciente, causando assimetrias e limitações das expressões faciais.

2.3.1 HEMORRAGIA

A hemorragia consiste no extravasamento de sangue durante o procedimento que pode ter origem venosa, arterial ou capilar. É a complicação mais temida durante e pós o procedimento. A complicação mais grave associada a uma cirurgia de bichectomia já descrita na literatura até hoje foi uma hemorragia pós-operatória em que o paciente evoluiu para um choque hipovolêmico, sendo necessário realizar internação hospitalar para embolização da artéria maxilar interna e equilíbrio hemodinâmico, ENGDAHL Et al, 2012.

O rompimento de um vaso calibroso durante a cirurgia de bichectomia, um sangramento abundante e pulsátil flui dos vasos sanguíneos para os tecidos podendo produzir inchaço imediato. O controle da hemorragia deve ser feito com o posicionamento do polegar dentro da boca do paciente e os demais dedos externamente sobre a bochecha com pressão intensa por no mínimo 5 minutos. Não se deve realizar a manobra de pinçamento do vaso em nenhuma circunstância dentro da loja cirúrgica uma vez que essa manobra pode lesionar estruturas anatômicas importantes como o nervo bucal, o ducto da glândula parótida, veias e artérias. Os pacientes que apresentarem hemorragia devem ser orientados a aplicar gelo no local por 48 horas e não realizar esforço físico por no mínimo uma semana. (FONSECA, 2018) (MARCOS, 2017) (ZHANG et al, 2002).

2.3.2 INFECÇÃO

A cavidade bucal possui a microbiota muito mais abundante e variada do que a pele por se tratar de um meio úmido e com disponibilidade de substratos provenientes da

alimentação. Essa microbiota também está relacionada com a higiene bucal do paciente, problemas periodontais, presença ou ausência de elementos dentários, entre outros. Essa variedade de bactérias faz com que qualquer procedimento realizado dentro da boca seja passível de contaminação. Assim, a principal maneira de se prevenir a infecção pós cirúrgica é o reforço nos cuidados de higiene e profilaxia pré-operatória e orientações de higiene ao paciente. Os sinais que caracterizam uma infecção são: dor, edema, eritema na região operada associado a linfadenopatia, febre e mal-estar. Um abcesso pode se formar e neste caso há flutuação na mucosa com presença de pus onde é realizado uma drenagem cirúrgica e antibioticoterapia como coadjuvante terapêutico. Pode-se coletar o material para cultura e antibiograma.
(ALVAREZ et al, 2018), (FONSECA, 2018).

2.3.3 EDEMA

O edema é um acúmulo de líquido nos tecidos no espaço intersticial. Pode ocorrer como resultado da manipulação excessiva dos tecidos no momento da cirurgia para a remoção da bola de Bichat. Pode acontecer de forma leve ou atingir grandes proporções sendo capaz de gerar desconforto estético e funcional para o paciente, segue abaixo exemplo:



Figura 3: Edema pronunciado do lado esquerdo.
FONTE: (DIANA Et al, 2014)

Para o controle do edema, após o procedimento, uma compressa com bolsa térmica fria deve ser instituída imediatamente durante as primeiras 48 horas com a finalidade de promover uma vasoconstrição e redução da migração do líquido plasmático para o meio intersticial. O paciente deve ser orientado a não praticar atividades físicas e dormir com

a cabeça elevada nos dois primeiros dias para facilitar a drenagem linfática. (ABLON, 2016).

2.3.4 HEMATOMA

Hematoma é a formação de cavidade com acúmulo de sangue coagulado nos espaços extravasculares. Diferentemente da equimose, o hematoma forma uma massa palpável com aumento de volume na pele. É indicado pela presença de ponto de flutuação abaixo dos tecidos e nem sempre apresenta alteração de colocação na pele ou na mucosa.

Os hematomas pequenos apresentam tratamento expectante, compressas mornas e massagem no local. Antibioticoterapia também é indicado devido ao risco de desenvolvimento de infecção. Hematomas grandes necessitam de drenagem, (JUNIOR et al, 2020) e (ALVAREZ et al, 2018), segue abaixo exemplo do tópico.



Figura 4: Hematoma – Fotografia mostrando hematoma leve na hemi face direita após duas horas do procedimento B. Fotografia mostrando avanço do hematoma na hemi face direita após três horas do procedimento cirúrgico C. Fotografia mostrando hematoma após quatro horas do procedimento.

FONTE: (JUNIOR et al, 2020).

2.3.5 LESÃO DE DUCTO DA GLANDULA PARÓTIDA

O ducto contorna a borda anterior do masseter, migrando através do músculo bucinador, para se abrir no vestíbulo da boca, próximo ao segundo molar superior, no qual existe uma saliência, a papila parotídea. Por conta dessa íntima relação, faz-se necessário que o profissional tenha cautela para não traumatizar ou seccionar o ducto, no momento da incisão. Caso ocorra uma incisão errada, o ducto poderá ser comprometido de forma irreversível. (MATARASSO, 2006). Se houver lesão do ducto, acontece uma tumefação na região bucal decorrente do acúmulo de saliva em função do comprometimento de sua drenagem. Para solucionar, realiza-se uma técnica de sutura em massa para induzir o organismo a formar células endoteliais. Partindo do princípio do fenômeno de tunelização do fio de seda, às células epiteliais em sua volta criam um novo ducto (GENARO, 2021).

A Sialocele é o acúmulo de extravasamento salivar numa cavidade subcutânea que ocorre, principalmente após um episódio traumático no ducto parotídeo, o que pode acontecer no momento da incisão ou da sutura na cirurgia de bichectomia. (MARCOS, 2017).

Pode causar um grande edema facial com formação de fístula, se não for tratada. É necessário intervir de forma rápida e simples com melhora no quadro sem recidivas. O tratamento preconizado pela literatura, pode ser a punção do conteúdo, incisão e drenagem, injeção de agentes esclerosantes (MORAIS et al., 2013; KLUPPEL Et al., 2018).

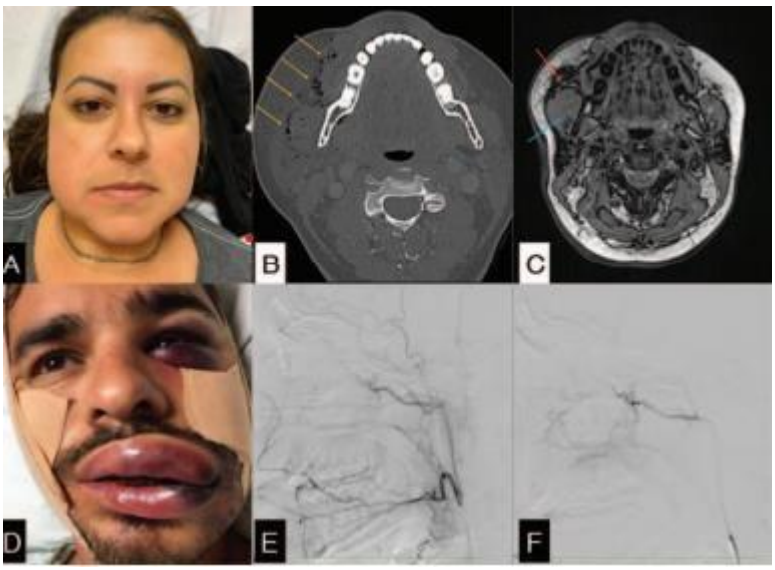


Figura 5: Relatos de Sialocele - Imagens representativas do caso 1 (A, B e C) e do caso 2 (D, E e F); A, Visão frontal da paciente do caso 1, mostrando edema em face direita e região levemente hiperêmica; B, Exame complementar do caso 1 – corte axial de tomografia computadorizada ao músculo masseter (seta amarela); C, Corte axial de ressonância magnética mostrando conteúdo salivar (seta vermelha) e edema da glândula parótida direita (seta azul); D, Visão frontal da paciente do caso 2 mostrando edema na face esquerda da face, em região de lábio superior e inferior; E e F, Exame complementar do caso 2 mostrando embolização do segmento esfenopalatino pela artéria maxilar interna esquerda.

Fonte: PIMENTEL, Et al.The Journal of Craniofacial Surgery Volume 32, Number 3, May 2021.

São tratadas com a colocação de material para drenagem do exsudato ou pode ser realizada a técnica de sutura em massa onde o fenômeno de tunelização do fio de seda induz o organismo a formar células endoteliais em sua volta criando um novo ducto. (HERNANDEZ, et al, 2021) (FONSECA, 2018), segue abaixo ilustração do tratamento:



Figura 6: Dreno Instalado

Fonte: (HERNANDEZ, Et al, 2021)

2.3.6 LESÃO NERVO FACIAL - PARALISIA FACIAL

O nervo facial (VII par craniano) possui fibras motoras que inervam os músculos da face que são responsáveis pela mímica facial. Deve-se ter cuidado durante a cirurgia de bichectomia, para não lesionar os ramos terminais do nervo (zigomático e bucal), pois se forem lesionados podem causar uma paralisia temporária ou permanente (PORTO; NAZER; PIAZZA, 2020).

As lesões nervosas possuem baixa capacidade regenerativa e podem levar a alterações de sensibilidade ou motricidade em regiões específicas. A face é uma área especificamente vulnerável a estes tipos de lesões. O ramo bucal, do n. facial que dá motricidade aos músculos da região perioral corre próximo a área abordada na cirurgia de bichectomia. Quando lesado deve ser tratado com a medicação e laserterapia aplicando 3 Joules sobre a região do nervo afetado com um total de 10 a 20 sessões e estimulações extras como fisioterapia manual e acupuntura. (FONSECA, 2018)

(MARCOS, 2017)

A paralisia temporária tem recuperação de 3 meses a 1 ano. Pode vir acompanhada de dor e formigamento. Sugere-se para o tratamento, laserterapia em todo trajeto do nervo afetado, fisioterapia e corticoterapia no pós-operatório para diminuir a possibilidade de compressão das estruturas nervosas pelo edema adjacente. Utilização do medicamento ETNA (8 em 8 hs), medicamento a base de fosfato dissódico de citidina, trifosfato

trissódico de uridina e acetato de hidroxocobalamina. Que tem como finalidade tratar lesões dos nervos periféricos por trauma ou compressão. Pode-se fazer uso também da toxina botulínica contralateral, nos casos em que não há melhora depois de 5 dias ou quando o paciente se sente desconfortável com a aparência (GENARO, 2021; MARCOS, 2017).

3-DISCUSSÃO

O debate sobre o procedimento cirúrgico denominado bichectomia, incluindo o conhecimento anatômico requerido para sua execução, suas indicações, seu planejamento e suas finalidades estéticas e/ou funcionais, assim como aspectos relacionados aos pacientes.

Segundo MOREIRA Et al. (2018), “o corpo adiposo de Bichat foi descrito em 1802 por Marie François Xavier Bichat, anatomista, médico e biólogo”.

A bichectomia é um procedimento cirúrgico de baixa complexidade, que, como todo procedimento invasivo, requer atenção, prática e conhecimento do profissional, com relação às suas indicações e contraindicações precisas. Tais considerações são importantes, tendo em vista a possibilidade de haver complicações severas no trans e pós-operatório que podem acarretar sequelas significativas para os pacientes. Os riscos podem ser minimizados quando a cirurgia for realizada por profissionais experientes e qualificados (STUZIN et al., 1990; JACKSON, 2003; MATARASSO, 2006; STEVAO, 2015; ROMAN-TORRES et al. 2017).

O Conselho Federal de Odontologia estabelece critérios para a realização desse procedimento, no entanto tem sido amplamente disseminada como tendência estética entre mulheres e homens (MOREIRA JÚNIOR et al., 2018).

O uso do corpo adiposo oral aumentou a sua popularidade nos últimos anos devido à sua confiabilidade, facilidade de colheita e baixa taxa de complicações durante os procedimentos orais e maxilofaciais, (LOUKAS Et al., 2006).

A intervenção cirúrgica objetiva harmonizar a face de pacientes que possuam rosto arredondado, com aparência de sobrepeso, dando a eles alteração do contorno facial, deixando a face aparentemente mais fina, sem aspecto infantilizado, STEVÃO (2015).

MOURA Et al (2018) relatam em seu estudo de caso com 71 pessoas que a Bola de Bichat é uma estrutura adiposa biconvexa arredondada, limitada por uma cápsula fina. Ele está localizado no terço médio da bochecha e é composto por três lobos. Nesse sentido a remoção pode melhorar as proeminências zigomáticas, resultando em um triângulo invertido de beleza.

SANGALETTE Et al. (2018) apontam que, mesmo que para fins estéticos e funcionais, a principal indicação da bichectomia deve ser para atender à necessidade primeira do paciente, quer ela puramente estética, com algumas ressalvas, ou relacionada à mastigação, dor e desconforto psicossomático.

Segundo CAPEROCHIPI; HILDEBRAND; THIVES, (2009), devido aos avanços tecnológicos, diferentes técnicas e recursos surgem destinados a modificar as faces desarmônicas de indivíduos que sofrem dificuldade de aceitação social.

A Bichectomia é indicada para pessoas com dificuldades mastigatórias, as quais machucam a mucosa interna bucal, pelo volume maior de tecido nessa região, podendo causar lesões por repetição, aftas e sangramento, em fibroses submucosas bucais, em Implantodontia como enxertos, para fechamentos de defeitos intrabucais, bem como nas comunicações buco-sinusais rotineiramente nas exodontias da clínica odontológica, entre outros (FARIAS, 2015; SCARTEZINI, 2016 e ALVAREZ, 2018).

Em contrapartida as contraindicações são as mesmas para 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).

Portanto o profissional deve esclarecer ao paciente sobre as alterações morfológicas que devem ocorrer na face, atentando aos aspectos psicológicos que permeiam as alterações estéticas, estabelecendo com o paciente uma relação de confiança que amplia a satisfação com os resultados, (SILVA, 2017).

Apesar do procedimento cirúrgico aparentar relativa facilidade de execução, há muitas possibilidades de ocorrerem acidentes transoperatórios e complicações pós-operatórias de graves consequências e de difícil resolução por parte de profissionais sem o devido preparo, ou até mesmo por profissionais devidamente capacitados de reconhecida experiência e formação técnica no assunto (SANGALETTE ET al, 2017; MADEIRA, 2001).

No estudo realizado por Bispo (2019) com diversos pacientes que passaram pelo procedimento de bichectomia, tais pacientes apresentaram as seguintes complicações: edema; neuropraxia temporária; estenose do ducto parotídeo; incisão das terminações

superficiais do nervo facial; retirada excessiva de gordura; equimose tecidual; trauma no músculo bucinador; corte inadvertido nas proximidades da artéria facial; abscesso, necrose, supuração persistente, fístula salivar e parestesia temporária do nervo bucal; hematomas e infecções.

Hematomas e infeções são problemas potenciais em qualquer cirurgia. Em teoria, a complicação mais significativa com a remoção do corpo adiposo oral seria a lesão nervosa, que pode ser evitada com a realização da abordagem intraoral (MATARASSO, 2006).

A sequela mais dramática pode ocorrer devido a uma paralisia do paciente pela lesão do nervo facial ou dos seus ramos bucal e zigomático, no caso de uma secção na Bichectomia, principalmente no que se diz respeito à obrigação de resultado e meio (SANGALETTE Et al, 2017; LIMA E SOUZA, 2016.

O profissional precisa estar sempre atento para a identificação e tratamento precoce das complicações e ter em mente que as estas são em sua maioria transitórias e, estar seguro da sua origem a fim de assegurar ao paciente a evolução esperada, GOMES (2021).

Em teoria, a complicação mais significativa com a remoção da bola de Bichat seria a lesão do nervo que pode ser evitada com a realização de uma abordagem mais delicada durante a cirurgia.

Nenhum estudo avaliou o envelhecimento facial e os efeitos a longo prazo, portanto, o efeito inofensivo do procedimento a essas características não é claro. Embora não seja um procedimento novo, ainda requer informações sobre monitoramento dos resultados a longo prazo. Assim, estudos clínicos controlados devem ser realizados para obter evidência clínica adequada desses aspectos, (MOURA Et al., 2018).

De acordo com a revisão de literatura do presente trabalho, conclui se que as observações colhidas, junto aos diferentes autores revisados, nos permite reiterar que conclusões quanto a técnica, o conhecimento prévio da anatomia da área e a habilidade cirúrgica são fundamentais, e apresentam constante crescimento e aprofundamento quanto a especialização no campo de atuação.

4- CONCLUSÃO

Com base nos aspectos avaliados na literatura, pode se concluir que ato cirúrgico da remoção do tecido adiposo da bochecha possui tanto aplicações clínicas estéticas quanto funcionais. A revisão da literatura demonstra que apesar da facilidade encontrada na execução do procedimento cirúrgico o mesmo envolve riscos e complicações, sendo essencial conhecer a anatomia da região de intervenção, podendo lançar mão de ferramentas de diagnóstico de imagem para auxiliar na decisão e no planejamento do procedimento.

Porém, se faz necessário mais estudos comparativos e descritivos a longo prazo que assegurem com maior veracidade os prós e contras do procedimento, melhorando assim a capacidade do cirurgião dentista em desenvolver técnicas e absorver conhecimento a respeito da cirurgia apresentada nesse estudo, no que tange em relação aos efeitos e seu papel no envelhecimento facial, tendo grande relevância na Odontologia moderna.

Em teoria, a complicação mais significativa com a remoção da bola de Bichat seria a lesão do nervo facial que pode ser evitada com a realização de uma abordagem mais delicada durante a cirurgia.

5– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-ABLON G. Understanding How to Prevent and Treat Adverse Events of Fillers and Neuromodulators. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 Dec 14;4 (12 Suppl Anatomy and Safaty in Cosmetic Medicine: Cosmetic Bootcamp): e 1154.

2-ALMEIDA A, ALVARY P. A Bichectomia como procedimento Cirúrgico Estético-Funcional: Um estudo crítico: Case report. J Business Techn. 2018;7(1):3-14

3-ALVAREZ GS. SIQUEIRA EJ. Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. Rev Bras Cir Plás 2018; 33(1):74-81.

4-AMADORI, F. et al. Oral mucosal lesions in teenagers: a cross-sectional study. Italian journal of pediatrics, v.43, n1, p.50, 2017.

5-BISPO LB. A bichectomia na harmonização e função orofacial. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2019 set-dez; 31(3): 82-90 ISSN 1983-5183 90

6-BORGONOVO, A. Surgical options in oroantral fistula treatment. Open Dent. J., Netherlands, v. 6, p. 91-98, 2012.

7-CAPEROCHIPI, Gabriela; HILDEBRAND, Maria Cristina; THIVES, Fabiana. Simetria facial como fator determinante na conceituação de beleza do século XXI: "Padrões Estéticos". 2009. 12 f. TCC (Graduação) - Curso de Cosmetologia e Estética, Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú, 2009.

8-CEPEDA, L.R.S. et al. Hematoma Pós-Operatório de Bichectomia: Relato de caso, Revisão de Literatura. Rev. Bras. Cir. Plást., v. 34 (Supl. 1), p. 93-95, 2019.

9-CONTI, G. et al. Regenerative potential of the Bichat fat pad determined by the quantification of multilineage differentiating stress enduring cells. Eur. J. Histochem., v.62, n.4, p.2900, 2018. doi: 10.4081/ejh.2018.2900

10-D'ALESSANDRO, S; CHITTY. Real or relevant beauty? Body shape and endorser effects on brand attitude and body image. Psychology and Marketing, v.28, n.8, p. 843–878, 2011.

11-DIANA, Q. P. G., & CAROL, L. L. (2014). Cirugia Estetica de Mejillas. Revista de Actualización Clínica, 48, 2538–2541.

12-DUBIN, B. et al. M. Anatomy of the buccal fat pad and its clinical significance. Plast

Reconstr. Surg., v. 83, n. 2, p. 257-64, 1989. doi: 10.1097/00006534-198902000-00009
EL-KEHDY, J Dermatol., v. 67, n. 4, p. 769- 784, 2012. doi: 10.1016/j.jaad.2012.01.019.; ABBAS, O.: RUBEIZ, N. A review of ParryRomberg syndrome. J. Am. Acad.
13-ENGDAHL, R., NASSIRI, N., MINA, B., DRURY, J & ROSEN R. (2012). Superselective microcatheter e embolization of hemorrhage after buccal lipectomy. Aesthetic Plastic Surgery, 36(3), 742-745. doi:10.1007/s00266-012-9878-1.
14-FARIAS J.G., CÂNCIO A.V., BARROS L.F. Fechamento de fístula bucossinusal utilizando o corpo adiposo bucal: técnica convencional x técnica do túnel: relato de casos clínicos Rev cir traumatol bucomaxilo-fac. 2015;15(3):25-30.
15-FILHO, José Roberto Camargo Bazone. CIRURGIA DE BICHECTOMIA RELATO DE CASO. Journal of Biodentistry and Biomaterials 2017;7(1)
16-FONSECA, MANUELA BAFINI 1.ed. Guia Prático ilustrado bichectomia/ Manuela Bafini Fonseca; ilustração de Saulo Veltri, Cristhiane Alexakis – 1 ed. -São Paulo: do autor, 2018.
17-GARBIN et al. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, HARMONIZAÇÃO OROFACIAL E SUAS IMPLICAÇÕES NA ODONTOLOGIA, Vol.27, n.2, pp.116-122 (Jun – Ago 2019). Dísponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_103726.pdf
18-GENARO, T.C.M. Intercorrências em Bichectomia. 2021. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade Sete Lagoas – Facsete, São Paulo, 2021.
19-GOMES, R.P. Complicações relacionadas a bichectomia / Rafael Pizani Gomes – de 202120f; Disponível: https://faculdadefacsete.edu.br/monografia/files/original/131cb0ad44764f234fe50e364007c4d8.pdf.
20-HASSANI, A.; SOLALEH, S.; SARANG, S. (August 31st 2016). Applications of the Buccal Fat Pad in Oral and Maxillofacial Surgery, A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery Volume 3, Mohammad Hosein Kalantar Motamedi, IntechOpen, DOI: 10.5772/63133.

21-HERNÁNDEZ, O.; ALTAMIRANO, J.; SOTO, R. & RIVERA, A. Relaciones anatómicas del cuerpo adiposo de la mejilla asociadas a complicaciones de bichectomía. A propósito de un caso. Int. J. Morphol., 39(1):123-133, 2021.

22-KAHAN JL, Sick H, Laude M, Shokouhi G, Ardalan MR. Marie-Francois Xavier Bichat (1771-1802) and contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. Ann Anat.2008; 190(5): 413-20.

23-KLÜPPEL L.; MARCOS RB.; SHIMIZU IA.; SILVA MAD, SILVA RD. Complications associated with the bichectomy surgery. RGO, Rev Gaúch Odontol. 2018;66(3):278284. doi.org/10.1590/1981-86372018000300000143488.

24-LIMA, A.; M. SOUZA, RD. Bichectomia: relato de série de casos. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Tiradentes: Universidade Tiradentes; 2016.

LEI Nº 5.081, DE 24 DE AGOSTO DE 1966. Regula o Exercício da Odontologia. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm

25-LOUKAS, M. et al. Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations.Surg Radiol Anat., v.28, n.254-60, 2006. doi: 10.1007/s00276-006-0092-1

26-LUIZ CARLOS ALVES JÚNIOR, et al, Research, Society and Development, v. 9, n. 10, e4949108921, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8921 1 Lipectomia bucal: relato de complicação cirúrgica mediata.

27-MADEIRA, M. C. Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica. 8 ed. São Paulo: Sarvier, p. 105-106, 2010. 20 MARCOS, R. B. Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações. Faculdade ILAPEO, Curitiba, 2017.

28-MARCOS, R. B. Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações. Faculdade ILAPEO, Curitiba, 2017.

29-MARQUARDT, S. R., On the golden decagon and human facial beauty. JCO Interviews, v.XXXVI, n.6, p.339:347, 2002

30-MATARASSO, A. (2006). Gerenciando o coxim adiposo bucal. Aesthetic Surgery Journal, 26 (3), 330–336. doi: 10.1016 / j.asj.2006.03.009

31-MOREIRA JÚNIOR, R.; GONTIJO, G.; GUERREIRO, T. C.; DE SOUSA, N. L. & 32MOREIRA, R. Bichectomia, a simple and fast surgery: case report. Rev. Odontol. Bras. Cent., 27(81):98-100, 2018.

32-MOURA, L.-B., SPIN, J.-R., SPIN-NETO, R., & PEREIRA-FILHO, V.-A. (2018). Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique? Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Oral, 23(4), e478–e484. https://doi.org/10.4317/medoral.22449

33-NEVILLE, B.W., DAMM D.D., ALLEN, C.M., BOUQUOT, J.E. (2016). Patologia Oral & Maxilofacial. (3rd ed). Rio de Janeiro: Elsevier.

34-NICOLICH, F.; MONTENEGRO, C. extraccion de La bola de Bichat; Uma operação simples com surpreendentes resultados. Folha Dermatologica Peruana. V8. n.1. Marzo de 1997.

35-OLIVEIRA, Jady Borges Machado de; BARBOZA, Alexandre Magno da Fonseca; VIEIRA, Andreia Espíndola. BICHECTOMIA: Uma Breve Revisão de Literatura Sobre as Indicações Corretas da Técnica e Possíveis Complicações. I Jornada Odontologica da LIDOM. V.1, N. 1, 2018.

36-OLIVEIRA, F.T.S. Bichectomia na odontologia: Uma revisão de literatura. Monografia Especialização FACSETE, 2020, 30 f. https://www.seer.ufal.br/ojs2-somente-consulta/index.php/jol-lidom/issue/view/328

37-PIMENTEL, T.; HADAD, H.; STATKIEVICZ, C.; A. G. ALCANTARA-JUNIOR, E. H. 38-VIEIRA, F, V.S.; I. R. GARCIA-Junior. 37Management of Complications Related to Removal of the Buccal Fat Pad. The Journal of Craniofacial Surgery Volume 32, Number 3, May 2021

39-PIZZURNO, L.G.D.A. Et al. A Influência da Bichectomia na Agradabilidade Facial.Ensaios e Ciência, v. 24, n. 5 esp, p. 660-666, 2020.DOI: https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n5-esp.p660-666. Disponìvel: https://ensaioseciencia.pgsskroton.com.br/article/view/7980.

40-PORTO, L.B.; NAZER, M.B.; PIAZZA, J.L. Relação Anatômica da Bola de Bichat com Ramos Terminais do Nervo Facial. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, v. 20, n. 4, p. 12-15, out./dez. 2020.

41-RESOLUÇÃO CFO nº 100/2010. Legislação Federal. Disponível em http://www.legisweb.com.br/legislação. Acesso em < 21 jun. 2020>.
42-RESOLUÇÃO CFO nº 100/2010. Legislação Federal. Disponível em http://www.legisweb.com.br/legislação. Acesso em < 21 jun. 2020>. 43-ROMAN-TORRES, C. V. G.et al. (2017) Bichat's Buccal Fat Pad Removal: Cheek Reduction Surgery, Journal of Dental Health, Oral Disorders e Therapy, 7(4), pp. 6–7. 44-SCARTEZINI, G.; OLIVEIRA, C.F.P. Fechamento de comunicação bucossinusal extensa com bola de bichat: relato de caso ROBRAC 2016.; 25(74):143-7. 20. Alvarez GS, Siqueira EJ. Bichectomia e contorno facial: DiLivros; 2018.
45-SANTOS,_H. C. M. INTERCORRÊNCIAS NA BICHECTOMIA: uma revisão de literatura- TCC FACSETE, 2022.
46-SARAIVA, Maryana Ferreira. Bichectomia: Um Procedimento Estético Facial. 2019, 17f.
47-SILVA, Luciana Maria da; FUKUSIMA, Sérgio Sheiji. Faces simétricas por reflexão das hemifaces não são mais atraentes que as faces naturais. Psicologia: Reflexão e Crítica, [S.l.], v. 23, n. 3, p.466-475, 2010. Disponível: https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/11372/1/maryanasaraivaferreira.pdf
48-STEVAO, E. L. L. Bichectomy or bichatectomy - a small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. Advances in Dentistry and Oral Health, v. 1, n. 1, p. 14,2015. Disponível em: https://juniperpublishers.com/adoh/pdf/ADOH.MS.ID.555555.pdf . Acesso em 11 julho 2022.
49-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 1990; 85:29-37. 2. Shoja MM, Tubbs RS, Loukas M, Shokouhi G, A
50-SANGALETTE, BS.; TOLEDO, GL.; TOLEDO, FL.; VIEIRA, LV.; GRAZIELA, M. Bichectomia: uma visão crítica. 17º congresso de iniciação científica. 2017 out 24-25. Marília: Santa Catarina.
51-SHOJA MM, TUBBS RS, LOUKAS M, SHOKOUHI G, ARDALAN MR.Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine.Ann Anat. v.20, p.413-20, 2008.

52-TIDEMAN, H.; BOSANQUET, A.; SCOTT, J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. J. Oral Maxillofac. Surg., Philadelphia, v. 44, no. 6, p. 435-440, June 1986. 53-VAN DER WAL, J.E. Morsicatio Mucosae Oris Encyclopedia of Pathology. Springer, Cham, p. 1-2, 2018.
54-XU, J., & Yu, Y. (2013). A modified surgical method of lower-face recontouring.Aesthetic Plastic Surgery, 37(2), 216–221. https://doi.org/10.1007/s00266-013-0080-x
55-ZHANG HM, YAN YP, QI KM, WANG JQ, LIU ZF. Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. Plast Reconstr Surg. 2002 109(7):2509-2518.