



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CIRURGIA DE BICHECTOMIA COMO TRATAMENTO
ESTÉTICO E FUNCIONAL**

Trabalho submetido por
Rayza Anne Oliveira de Queiroz
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2021



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CIRURGIA DE BICHECTOMIA COMO TRATAMENTO
ESTÉTICO E FUNCIONAL**

Trabalho submetido por
Rayza Anne Oliveira de Queiroz
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Paulo Rogério Figueiredo Maia

setembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Paulo Rogério Figueiredo Maia por toda ajuda e disponibilidade ao longo da execução deste trabalho.

Aos meus pais José Carlos e Ilza, ao meu irmão Thyago, minha cunhada Renata, ao meu namorado Nabeel, e a minha família que mesmo longe fizeram-se presentes, vibrando e torcendo por mim a cada conquista.

A todos os meus colegas de curso, em especial ao meu trio Aline e Fernanda e aos meus amigos Jéssica, Ana Beatriz, Eduardo e Israel, por tonarem essa jornada ainda mais especial.

Aos professores pelo ensino e dedicação ao longo destes dois anos de formação.

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários do Instituto Universitário Egas Moniz.

RESUMO

O corpo adiposo de Bichat (CAB) é uma massa de gordura esférica, recoberta por uma fina camada de tecido conjuntivo situada no terço médio da face, que pode resultar na alteração volumétrica do rosto humano. Sua principal função é mecânica, pois se encontra localizada entre dois músculos faciais que auxiliam nos movimentos de mastigação e de sucção, tornando-se mais importante na infância (Borgonovo, 2012; Stevao, 2015).

A cirurgia de bichectomia consiste na remoção de parte do CAB, para a melhoria e definição do contorno facial. A diminuição das bochechas e o destaque dos zigomas, além de favorecer simetria facial, ganha cada vez mais adeptos e desperta a curiosidade dos pacientes (Borges et al., 2016).

No entanto, a remoção do CAB vai muito além de um problema estético. A cirurgia tem como objetivo primário resolver problemas funcionais (Madeira et al., 2013). Além disso, pode ser utilizado como enxerto na reparação de defeitos intraorais e recobrimento de enxertos ósseos maxilares (Ahari et al., 2016; Kim et al., 2017).

A literatura ainda é escassa em estudos científicos que fundamentem conhecimento apurado sobre o CAB bem como do resultado estético a longo prazo proveniente da sua remoção.

Palavras-chave: “bichectomia”; “cirurgia bucal”; “bola de Bichat”; “bochecha”; “anomalia facial”.

ABSTRAT

Bichat's adipose body (CAB) is a spherical fat mass, covered by a thin layer of connective tissue located in the middle third of the face, which can result in volumetric alteration of the human face. Its main function is mechanical, because it is located between two facial muscles that aid in chewing and sucking movements, becoming more important in childhood (Borgonovo, 2012; Stevao, 2015).

Bichectomy surgery consists of the removal of part of the CAB, for the improvement and definition of the facial contour. The reduction of the cheeks and the prominence of zygotes, besides favoring facial symmetry, gains more and more adherents and arouses the curiosity of patients (Borges et al., 2016).

However, the removal of CAB goes far beyond an aesthetic problem. Surgery has as its primary objective to solve functional problems (Madeira et al., 2013). In addition, it can be used as a graft to repair intraoral defects and cover maxillary bone grafts (Ahari et al., 2016; Kim et al., 2017).

The literature is still scarce about scientific studies that found accurate knowledge about CAB as well as about the long-term aesthetic result from its removal.

Key-words: "bichectomy"; "oral surgery"; "Bichat ball"; "cheek"; "facial anomaly".

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	11
II. DESENVOLVIMENTO.....	13
1. Bola de Bichat	13
1.1. Aspeto anatómico da bola de bichat	17
1.2. Técnica Cirúrgica para a remoção da Bola de Bichat	20
2. Indicações cirúrgicas para a remoção do corpo adiposo da bochecha	23
2.1. Fins estéticos.....	23
2.2. Fins funcionais.....	27
3. Lesões e anomalias.....	27
3.1. Comunicação oroantral.....	27
3.2. Carcinoma epidermóide.....	30
3.3. Leucoplasia.....	32
3.4. Adenoma Pleomórfico.....	33
3.5. Osteonecrose.....	34
3.6. Fibrose submucosa oral	35
4. Complicações.....	36
III. CONCLUSÃO.....	39
IV. BIBLIOGRAFIA.....	41
V. ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** - Visão endoscópica do corpo adiposo de Bichat (CAB) e a sua vascularização. (A) O CAB do lado direito, se relaciona com a artéria maxilar interna e suas tributárias. (B) O CAB é pediculado ao redor das placas pterigoides de sua base ao longo do assoalho nasal até o clivus (C) O CAB localizado no clivus abaixo da sela. (D) Visão endoscópica da vasculatura do pterigoideo esquerdo e da fossa infra-temporal (o BFP é removido). Infra-orbital, palatino descendente e artérias alveolares superiores posteriores (Retirado de: The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects) (Markey, J. & El Sayed, 2015). 13
- Figura 2** - Localização anatômica do corpo adiposo nas quatro extensões: oral ou bucal, pterigoide, superficial e temporal profundo (Retirado de: The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. Kim et al., 2017). 18
- Figura 3** - Medida do CAB a partir da fossa infratemporal. O tamanho varia de 8 a 10cm de comprimento da sua base arterial (Retirado de: The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. Kim et al., 2017). 19
- Figura 4** - Anatomia do CAB. (A) A ressonância magnética revela o CAB no plano axial atrás da parede posterior e lateral da maxila. (B) Visão do cadáver que demonstra o músculo masséter, local onde é realizada a incisão para iniciar a retirada do CAB. (C) A gordura é mobilizada entre os músculos pterigoideo medial e temporal ao longo do pedículo da artéria maxilar interna e seu prolongamento. (D) O CAB mede até 10cm de comprimento e 2cm de largura em vários espécimes e pode ser girado em qualquer direção. (Retirado de: The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects) (Markey, J. & El Sayed, 2015). 19
- Figura 5** - (A) Localização da glândula salivar. (B) Imagem após a incisão intraoral de 1cm. (C) Deslocamento do CAB. (D) CAB, após a remoção (Imagens retiradas de arquivo pessoal). 22

Figura 6 - Fotografias demonstrando o volume da gordura armazenada após a cirurgia para avaliar a proporção removida de cada lado (Imagens retiradas de arquivo pessoal)	23
Figura 7 - (A) Fotografia inicial enfatizando o volume na face (B) Acompanhamento clínico 1 mês após a cirurgia de bichectomia (Imagens retiradas de arquivo pessoal) ..	26
Figura 8 - Radiografia panorâmica evidenciando o velamento do seio maxilar direito e descontinuação do osso do maxilar correspondente ao elemento dentário 16. (Imagem retirada de: Tratamento de uma COA, com utilização de retalho e o CAB: Relato de caso clínico. Arch Healt. Araujo-Junior et al., 2018).	28
Figura 9 - Fechamento da fístula oroantral pelo retalho do coxim adiposo bucal (Retirado de: The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. Kim et al., 2017).	30

ÍNDICE DE SIGLAS

CAB - Corpo Adiposo de Bichat

COA – Comunicação Oroantral

CE - Carcinoma Epidermoide

LO - Leucoplasia

LOV - Leucoplasia Oral Verrucosa

FSO – Fibrose Submucosa Oral

CBCT-3D – Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico Tridimensional

SMDM – Síndrome Mastigatória da Dor Miofascial

I. INTRODUÇÃO

Envolvido por uma fina camada de tecido conjuntivo, o corpo adiposo de Bichat (CAB) configura-se em um volume de gordura encapsulada, capaz de proporcionar alteração no rosto humano. Por situar-se entre músculos da face que auxiliam nos processos de mastigação e sucção, o mesmo tem função mecânica e evidencia seu protagonismo na infância (Borgonovo, 2012; Stevao, 2015).

De acordo com Yousuf e colaboradores (2010), as funções do CAB sofrem alterações no decorrer do desenvolvimento humano. Ainda no estágio de feto, ele é responsável pela sucção e possui o formato globular. No entanto, após o nascimento, o papel por ele desempenhado passa a ser como auxiliar no processo mastigatório, além de amortecer as contrações e proteger os músculos e feixes neurovasculares da face.

Quanto à localização, é pertinente mencionar que, ainda na fase fetal, encontra-se sob a borda anterior do músculo masséter, no bucinador, sendo o suprimento sanguíneo realizado pelas artérias bucais, temporal profunda e alveolar superior (Rácz et al., 1989). Já no adulto, está posicionado na região que contém o ducto parotídeo, artérias bucais, facial, glândulas salivares, ramos dos nervos facial e mandibular, além de canais linfáticos (Tart et al, 1995).

Diante do contexto, conforme mencionado acima, o CAB, promove alteração na face, por se tratar de uma gordura, deixando-a com aspeto menos delineado. Considerando tal informação, somada ao fato de serem ditos como ideais os padrões de beleza pré-estabelecidos pela sociedade, tornaram-se corriqueiras as cirurgias com finalidade estética entre o público feminino, com o intuito de adquirir um rosto mais simétrico e harmônico (Thomas et al., 2012; Toshiro et al., 2013; Pari & Leclere, 2014).

Para que a face esteja simétrica e dentro dos padrões estéticos considerados ideais, recorre-se à cirurgia de bichectomia, a qual caracteriza-se pela remoção de parte do CAB. Dessa forma, é possível adquirir contornos faciais mais delgados, visto que há uma redução do volume do terço inferior da face, evidenciando ângulos que proporcionam a base do triângulo invertido (Borges et al., 2016).

No entanto, alguns autores mencionam que para se obter um resultado mais satisfatório, é aconselhável que ao procedimento cirúrgico de remoção do CAB, sejam associados outros tratamentos, como a utilização de preenchimentos na região zigomática (Jackson, IT; 2003).

Ademais, é válido enfatizar que o objetivo primordial da cirurgia de bichectomia, é solucionar problemas funcionais, tais como a redução de traumatismos crônicos mastigatórios nas mucosas jugais, devido ao volume acentuado do CAB, traumas estes que podem resultar no acometimento de lesões patológicas, inclusive de neoplasias (Madeira et al., 2013).

O tecido retirado durante o procedimento cirúrgico pode ser utilizado para outras finalidades, tais como tratamento de fístulas, correção de defeitos intraorais, reparação de anormalidades no palato, tratamento de fibrose submucosa oral (FSO), recobrimento de enxertos ósseos maxilares e reconstruções pós-resssecção de tumores (Ahari et al., 2016; Galletti et al., 2016; Kim et al., 2017).

Muito embora a literatura traga dados relevantes quanto ao sucesso da bichectomia, tornam-se necessários estudos mais aprofundados para a confirmação dos dados.

II. DESENVOLVIMENTO

1. BOLA DE BICHAT

O anatomista e fisiologista Marie François Xavier Bichat, teve o primeiro contato com o CAB, durante estudos realizados em cadáveres, descrevendo-o como uma massa convexa e lobular, envolvida por uma cápsula de tecido conjuntivo (Stevao, 2015).

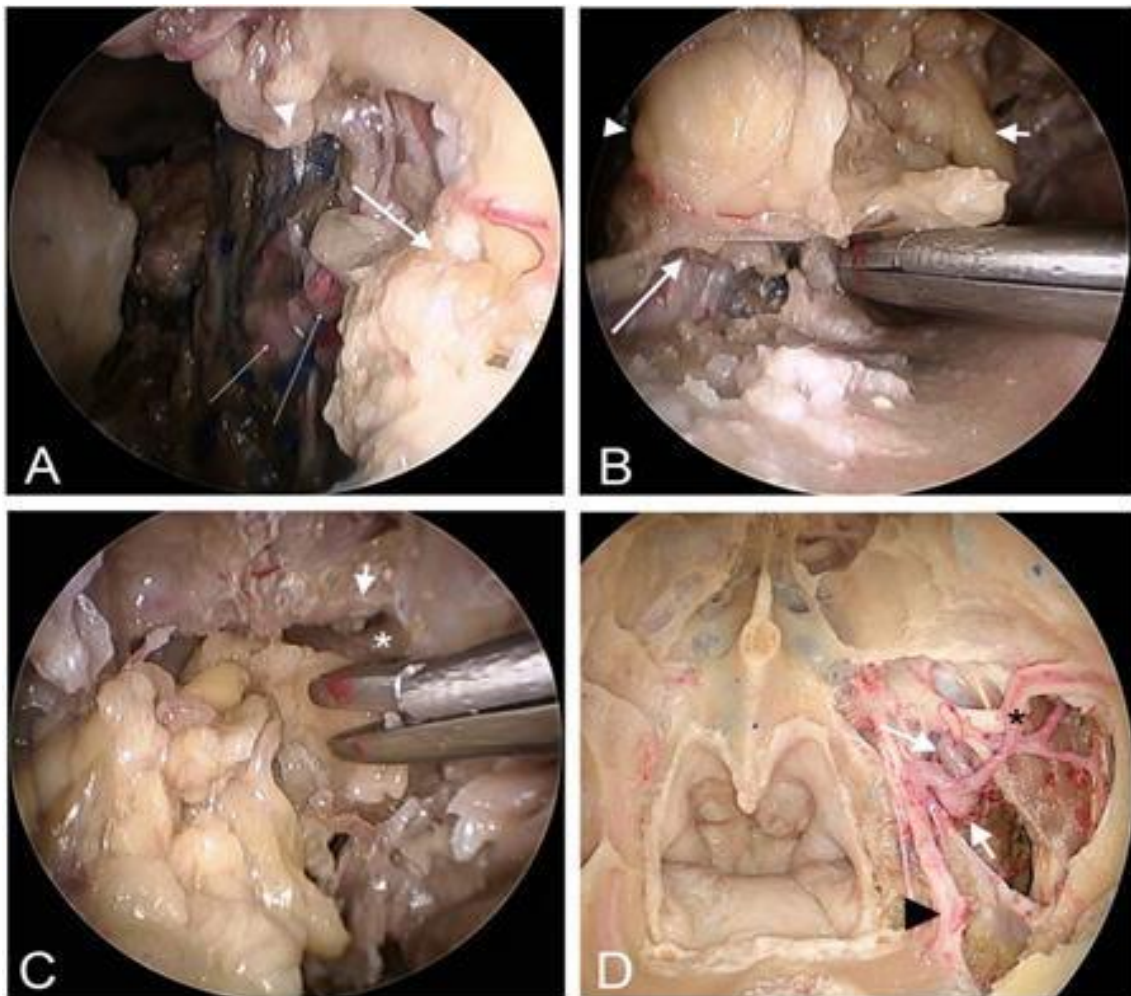


Figura 1 - Visão endoscópica do corpo adiposo de Bichat (CAB) e a sua vascularização. (A) O CAB do lado direito, se relaciona com a artéria maxilar interna e suas tributárias. (B) O CAB é pediculado ao redor das placas pterigoides de sua base ao longo do assoalho nasal até o clivus (C) O CAB localizado no clivus abaixo da sela. (D) Visão endoscópica da vasculatura do pterigoideo esquerdo e da fossa infra-temporal (o BFP é removido). Infra-orbital, palatino descendente e artérias alveolares superiores posteriores (Retirado de: *The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects*) (Markey, J. & El Sayed, 2015).

Markey e colaboradores (2015), corroboram com Stevao (2015) ao ratificarem a estruturação anatômica do CAB, evidenciada pela dissecação de cadáveres realizada na Universidade Da Califórnia, em São Francisco, cujas características da anatomia que o descrevem como uma massa contendo lóbulos e vasta vascularização, podem ser observadas nas imagens endoscópicas a seguir. Para os autores, o CAB é caracterizado por uma composição de gordura densa, trilobada, sendo sua localização descrita como posterior ao seio maxilar medial aos músculos masséter e zigomático, e anterior aos músculos pterigoideo medial e lateral (Figura1).

Localizada dentro da bochecha, entre os músculos masséter e bucinador, o corpo adiposo de Bichat, é caracterizado como uma almofada biconvexa, sendo primeiramente descrito como uma glândula, denominada glândula molar, por Heister, em 1732 (Surek et al., 2020). No entanto, Bichat foi o primeiro a atribuir a ele a composição constituída de gordura, fato este que o tornou conhecido como corpo adiposo oral ou bola de Bichat (Tostevin & Ellis, 1995).

Os músculos da mastigação, mais precisamente o temporal e o pterigoideo, encontram-se separados entre si por lacunas, as quais são preenchidas por tecido adiposo, denominado corpo adiposo mastigatório, que é diferente da gordura subcutânea (Matarasso, 2006). Em suma, apresenta-se como um corpo que se apoia no perióstio maxilar e nas fibras superiores do músculo bucinador (Dubin et al., 1989; Hwang et al., 2005), cujos processos pterigopalatino, temporal, pterigoideo e oral dele são originados (Jackson, 1999; Júnior et al., 2008).

O corpo adiposo de Bichat, encontra-se na frente do bordo anterior do músculo masséter, estendendo-se medialmente ao ducto parotídeo e repousando sobre a fáscia bucofaríngea, a qual cobre a superfície externa do músculo bucinador (Júnior et al., 2008).

À proporção que o ducto parotídeo gira medialmente, ele passa a posicionar-se em um sulco da camada de gordura, conforme aponta Jackson (1999). Na porção anterior, o corpo adiposo de Bichat encontra-se preso às fibras musculares do músculo bucinador, sendo o limite caudal a área retromolar da mandíbula (Matarasso, 2019). A almofada é coberta externamente pela fáscia superficial da face e pelo músculo zigomático (Dubin et al., 1989; Jackson, 1999; Montero et al., 2018; Vieira et al., 2019; Yousuf et al., 2010).

Estima-se que o volume do corpo adiposo de Bichat seja de 10ml, variando de 10,2ml no sexo masculino e 8,9ml no sexo feminino, sendo sua espessura média de 6mm, com um peso de 4 a 5g de cada lado (Yousuf et al., 2010). Ademais, pode encontrar-se espalhado com uma espessura de 6mm, capaz de cobrir uma área de 10cm (Vieira et al, 2019), podendo haver uma variação de sua extensão de indivíduo para indivíduo, bem como nos lados direito e esquerdo.

Sabe-se que o corpo adiposo de Bichat sofre diferenciação durante o primeiro trimestre de vida intrauterina, mais precisamente entre a 14^a e 16^a semanas, tendo seu tamanho aumentado até a 29^a semana, sendo bem desenvolvido no feto prematuro, os quais apresentam reservas do tecido semelhantes às das mães (Dubin et al., 1989).

No entanto, o terceiro trimestre proporciona diferenças significativas no que diz respeito à composição de gordura oral em relação às mães, diferenças essas provenientes de uma dieta rica em carboidratos, proporcionando um aumento de 12 vezes na composição da gordura temporal (Yousurf et al., 2010).

Membranas bilaminares delimitam o espaço oral, as quais vão da fáscia profunda à superficial, delimitando o compartimento no qual está inserido o CAB (Pessa 2016). O músculo bucinador, localizado medialmente, os músculos da mímica, ântero-lateralmente, o espaço mastigatório e a glândula parótida posteriormente, constituem os limites.

O CAB não é submetido ao processo de metabolismo lipídico assim como as demais gorduras do corpo. Isso se deve ao fato de o mesmo apresentar células adiposas distintas das outras reservas de gordura do organismo, por ser constituído por menos mitocôndrias e vesículas. Somado a isso, é passível de envelhecimento representado por atrofia progressiva, não respondendo às variações de peso, o que faz com que ao contrário de outras gorduras do corpo, mantenha-se com volume constante (Surek et al., 2020).

Três lobos compõem o CAB: anterior, intermediário e posterior, composição esta dada em relação à estrutura dos envelopes lobares, a formação dos ligamentos e a fonte de vasos nutricionais. O lobo posterior origina as extensões oral, pterigoidea, pterigopalatina e temporal (superficial e profunda), fazendo com que tal bola de gordura

seja fixada por seis ligamentos à maxila, zigoma posterior e bordo interno e externo da fissura infraorbital, tendão temporal ou membrana bucinadora (Zhang et al., 2002).

Em cada lobo e nas formas do plexo vascular subcapsular, existem inúmeros vasos nutricionais. Nesse cenário, o CAB é o responsável por preencher os espaços profundos do tecido, atuar como almofada à medida que os músculos da mastigação e da mímica sofrem processo de contração para que importantes estruturas da extrusão da contração muscular sejam protegidas, afirmaram os autores supracitados.

De acordo com Zhang e colaboradores (2002), o CAB é passível de uma série de aplicações clínicas, dentre as quais destacam-se o aprofundamento da prega nasolabial e a ritidectomia, responsável por suspender o lobo anterior para cima e para trás. Nota-se que há a possibilidade de que a extensão oral caia ou prolapse para a boca ou camada subcutânea se houver relaxamento, desenvolvimento deficiente dos ligamentos ou rotura das cápsulas do corpo adiposo de Bichat.

Durante a manipulação do corpo adiposo de Bichat, os ramos do nervo facial ficam em situação de vulnerabilidade, dada a estreita inter-relação anatômica entre ele e os ramos bucais do nervo facial e o ducto parotídeo. Estes, cruzam-se entre si em um raio de 30mm, cuja base (diâmetro) é paralela a uma linha horizontal, passando pelo canto da boca e 12mm acima. Em uma posição lateral, a 53mm, está localizado o seu centro (Hwang et al., 2005).

Diante do exposto, enfatiza-se a necessidade de se conhecer a anatomia que circunda o corpo adiposo de Bichat, além de suas aplicações clínicas, para que a indicação e realização da sua remoção, seja feita com segurança. A cirurgia é indicada tanto para fins estéticos quanto funcionais. Por ser o CAB composto por células-tronco com fenótipo semelhante às células-tronco adiposas, sua utilização vai desde o tratamento e patologias e complicações, tais como perfuração da membrana do seio maxilar, comunicação oroantral, úlceras, fibrose da mucosa oral a reconstrução de tecidos moles (Montero et al., 2018).

De acordo com Farias e colaboradores (2015), o CAB teve sua utilização inicial realizada por Egyedi, em 1977, fazendo-se necessário para a correção de uma comunicação buco-sinusal, através de um enxerto pediculado associado a outro de pele.

Este, valeu-se de suas propriedades de alta capacidade de epitelização e gradual substituição do tecido epitelial por conjuntivo (em 30 a 40 dias), somadas à isenção de qualquer dano funcional ao local tratado, para realizar o feito.

O CAB tem função estritamente mecânica, o que lhe confere a capacidade de facilitar os movimentos musculares da face, atuando como um coxim. Em relação à sua composição, é válido ressaltar que do ponto de vista histológico, compreende um tecido adiposo semelhante àqueles encontrados nas demais partes do corpo, porém com a particularidade de não desaparecer diante de um evento de emagrecimento (Rocha et al, 2015).

Em relação à composição anatômica, o CAB compreende um corpo e quatro prolongamentos, os quais serão abordados na sequência, ratificam os autores supracitados.

É válido ressaltar que, embora o CAB tenha sido utilizado pela primeira vez para o fechamento de uma comunicação oroantral (COA), sua utilização está mais comumente associada à fins funcionais, como a redução de traumas na mucosa jugal, além de fechamento de defeitos intraorais. Entretanto, a finalidade estética à qual a sociedade atual se rendeu, tornou a remoção de tal tecido uma situação corriqueira com o intuito de adequar-se aos padrões de beleza pautados em um rosto mais delgado e simétrico (Rocha et al., 2015).

1.1. Aspeto anatômico da bola de bichat

A bola de Bichat é uma estrutura composta por tecido adiposo, com dimensão tubular envolvida por tecido fibroso fino que a separa do contato direto com os órgãos próximos. Sua localização superficial entre a pele e a região externa do músculo bucinador, confere-lhe uma saliência no terço médio da face (Jacometti et al., 2017). Quanto à composição, engloba um corpo principal e quatro prolongamentos: oral ou bucal, pterigoidal, superficial e temporal profundo, cuja extensão bucal é responsável pela bochecha (Zhang et al., 2015; Kim et al., 2017) (Figura 2).

Segundo Kim e colaboradores (2017), estruturas suficientemente móveis compõem o CAB, cujo corpo principal, composto pelas quatro estruturas acima

mencionadas, é envolto pelos músculos bucinador e masséter, além do arco zigomático, estando situado ao longo da maxila posterior.

O CAB tem estreita relação anatômica com os músculos da mastigação, situando-se entre o masséter e bucinador, exercendo a função de proteção de estruturas da face, além de ajudar nos processos de sucção e mastigação (Shoja et al., 2018).

De acordo com Kim e colaboradores (2017), o CAB faz-se presente aos 3 meses de vida intrauterina, sendo seu crescimento contínuo até o nascimento. No entanto, o mesmo sofre pouca modificação durante o processo fisiológico de envelhecimento, mudança esta que se aproxima de 10ml, apenas.

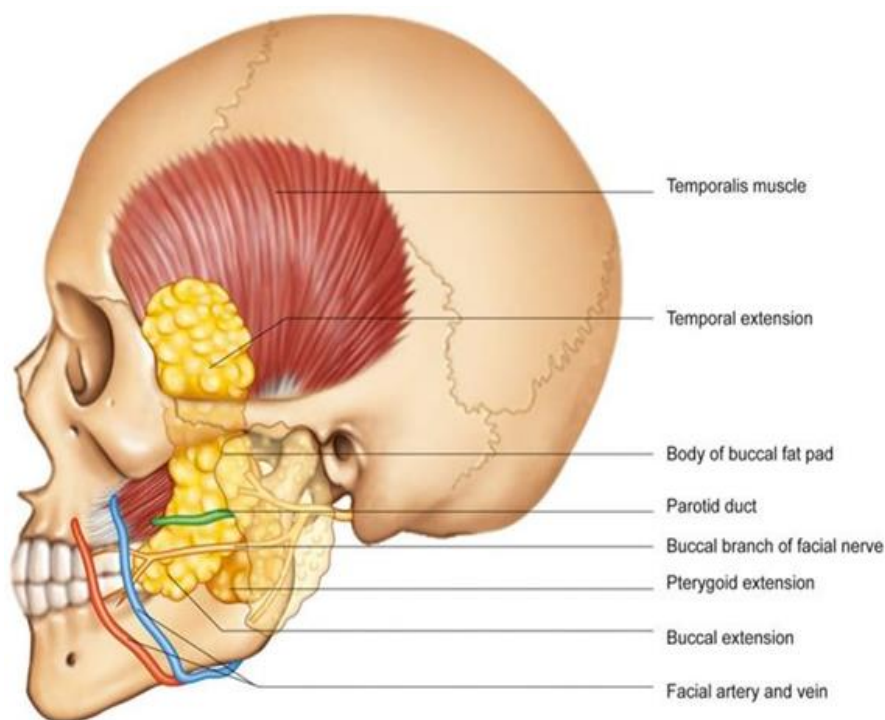


Figura 2 - Localização anatômica do corpo adiposo nas quatro extensões: oral ou bucal, pterigoide, superficial e temporal profundo (Retirado de: *The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. Kim et al., 2017*).

Pode-se afirmar que o CAB é encontrado na bochecha, pesando aproximadamente 9,3g e apresentando 6mm de espessura, podendo o volume variar de acordo com a faixa etária e as particularidades do paciente. Por ser um facilitador da movimentação de um músculo em relação a outro nos movimentos de sucção e mastigação, durante a infância, o mesmo exerce uma função mecânica (Bernardino Júnior et al., 2008; Ahari et al., 2016).

No entanto, apesar de suas limitadas dimensões, o CAB é capaz de proporcionar o recobrimento de uma área de até 10cm, uma vez que fornece um enxerto de 6x5x3cm, quando dissecado adequadamente (Figura 3) (Kim et al, 2017).

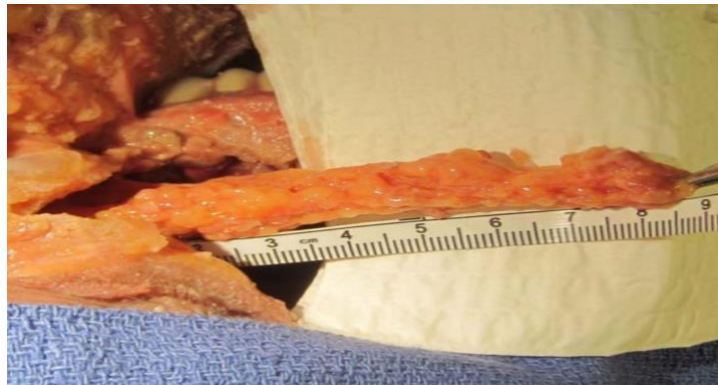


Figura 3 - Medida do CAB a partir da fossa infratemporal. O tamanho varia de 8 a 10cm de comprimento da sua base arterial (Retirado de: *The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction* Kim et al., 2017).

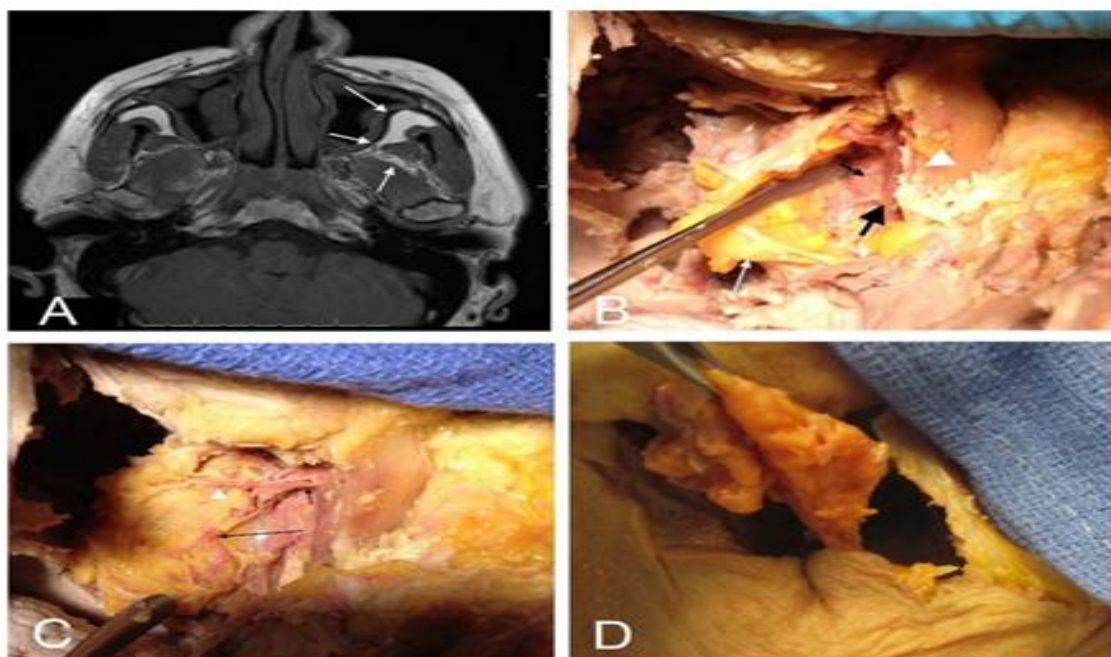


Figura 4 - Anatomia do CAB. (A) A ressonância magnética revela o CAB no plano axial atrás da parede posterior e lateral da maxila. (B) Visão do cadáver que demonstra o músculo masséter, local onde é realizada a incisão para iniciar a retirada do CAB. (C) A gordura é mobilizada entre os músculos pterigoideo medial e temporal ao longo do pedículo da artéria maxilar interna e seu prolongamento. (D) O CAB mede até 10cm de comprimento e 2cm de largura em vários espécimes e pode ser girado em qualquer direção. (Retirado de: *The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects*) (Markey, J. & El Sayed, 2015).

De acordo com Markey e colaboradores (2015), as características anatómicas do CAB demonstram, através de ressonância magnética, a localização deste em um plano

axial, bem como a região onde deve ser feita a incisão para retirada da gordura, conforme observa-se nas imagens anteriores (Figura 4).

1.2. Técnica Cirúrgica para a remoção da Bola de Bichat

A bichectomia ou lipoplastia facial, definida como a remoção cirúrgica do CAB evidencia os ângulos esqueléticos faciais, resultando na redução do volume dos terços médio e inferior da face. As limitações para a realização de tal procedimento são comuns àquelas referentes a qualquer outro tipo de cirurgia: pacientes em tratamento radioterápico ou quimioterápico, portadores de infecções locais, imunossupressão, nefropatias, coagulopatias e cardiopatias severas (Moreira et al., 2018).

Dentre as finalidades da bichectomia, enfatiza-se a eliminação do volume interno, que culmina no trauma frequente das bochechas, levando ao surgimento de patologias, afirmou o autor supracitado.

O tecido adquirido também pode ser utilizado na reconstrução de defeitos intraorais (Matarasso A, 2006 & Almeida AVV, Alvary PHG, 2018). Seguindo esta vertente, Alkan e colaboradores (2003) ressaltaram a popularidade do uso do CAB para tal finalidade, devido ao mesmo possuir uma rica irrigação, proveniente de três artérias, sendo elas a maxilar, a temporal superficial e a facial. No entanto, ratificam que, para defeitos maiores, faz-se presente a possibilidade de necrose do retalho, bem como o aparecimento de uma nova fístula.

O procedimento cirúrgico compreende as seguintes etapas:

1. Coleta de dados, anamnese, planejamento do caso e fotografias;
2. Aferição de sinais vitais;
3. Antissepsia intraoral com clorexidina 0.12% e antissepsia com clorexidina 2% em toda a região do terço médio, inferior da face e extensão cervical;
4. Anestesia dos nervos bucal, alveolar superior posterior e médio com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 e/ou articaína a 4% com epinefrina 1:100.000;

5. Localização do ducto da parótida (Figura 5);
6. Incisão de aproximadamente 1 a 1.5cm em fundo de sulco, paralelo à região do segundo molar, ligeiramente abaixo da abertura do ducto da parótida (técnica Matarasso);
7. Divulsão dos tecidos moles e exposição do CAB;
8. Tracionamento da estrutura anatômica (Figura 2);
9. Exérese do CAB;
10. Registo do peso corpóreo (Figura 3);
11. Sutura com fio de nylon 4-0 aproximando os rebordos;
12. Medicação e recomendações após a cirurgia de forma oral e por escrito;
13. Proservação.

Durante o ato cirúrgico, são removidos aproximadamente 30% do CAB, sem o comprometimento de futuros procedimentos dentários que possam ser necessários, visto que não há nenhuma terapia funcional que necessite, de forma exclusiva, do tecido como única solução (Grobe et al., 2011).

No entanto, é relevante que o médico dentista esteja ciente da anatomia da face, de maneira detalhada, visto que, ainda que simples, a cirurgia para a remoção do CAB, pode ser passível de intercorrências e complicações.

A execução da cirurgia inicia-se com incisão, cujo acesso ao CAB é feito em três locais diferentes da boca. Após sua realização, faz-se a divulsão e dissecação, de forma que chegando à gordura, seja possível removê-la sem tirar sua cápsula fibrosa (Moreira et al., 2018). Com o acesso ao nível do plano oclusal, na altura do segundo molar, próximo à papila parotídea, fazem-se movimentos circulares para remoção da gordura, a qual não pode ser eliminada em sua totalidade, limitando-se à retirada de 2/3 do CAB (Klüppel et al., 2018).

Durante a incisão, é necessário atentar-se para a proximidade do ducto de Stenon, que contorna a borda do masséter e desemboca no ducto parotídeo. Uma vez lesado, pode resultar em parestesia (Matarasso, 2006).

A duração do procedimento é de aproximadamente 30 a 60 minutos, sendo realizado com anestesia local, cujas assimetrias de ambos os lados devem ser considerados. Após o término, é necessário realizar a sutura, a qual pode ser feita com o bisturi elétrico, através de cauterização, ou com pontos simples no local da incisão (Stevao, 2015).

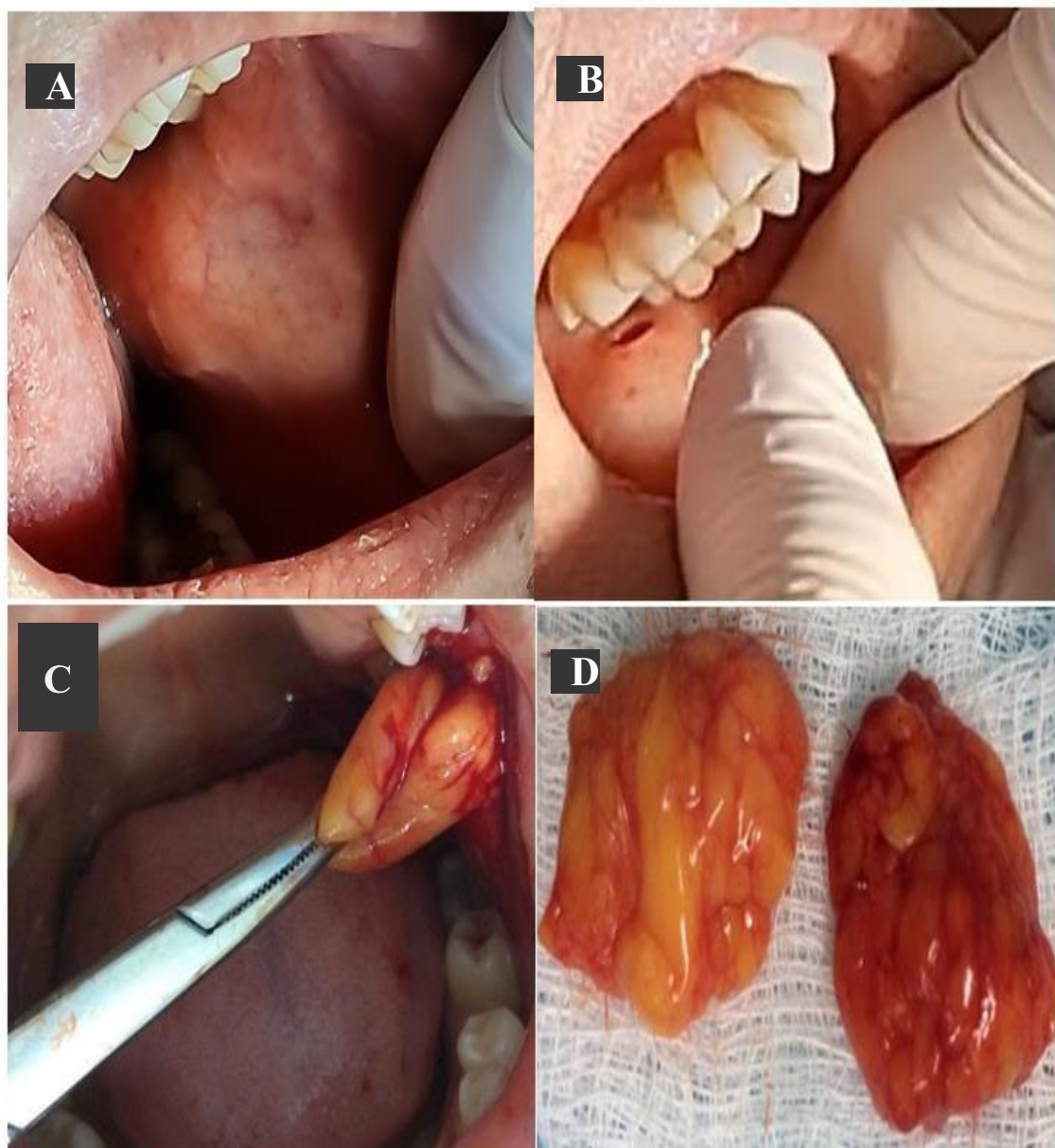


Figura 5 - (A) Localização da glândula salivar. (B) Imagem após a incisão intraoral de 1cm. (C) Deslocamento do CAB. (D) CAB, após a remoção (Imagens retiradas de arquivo pessoal).

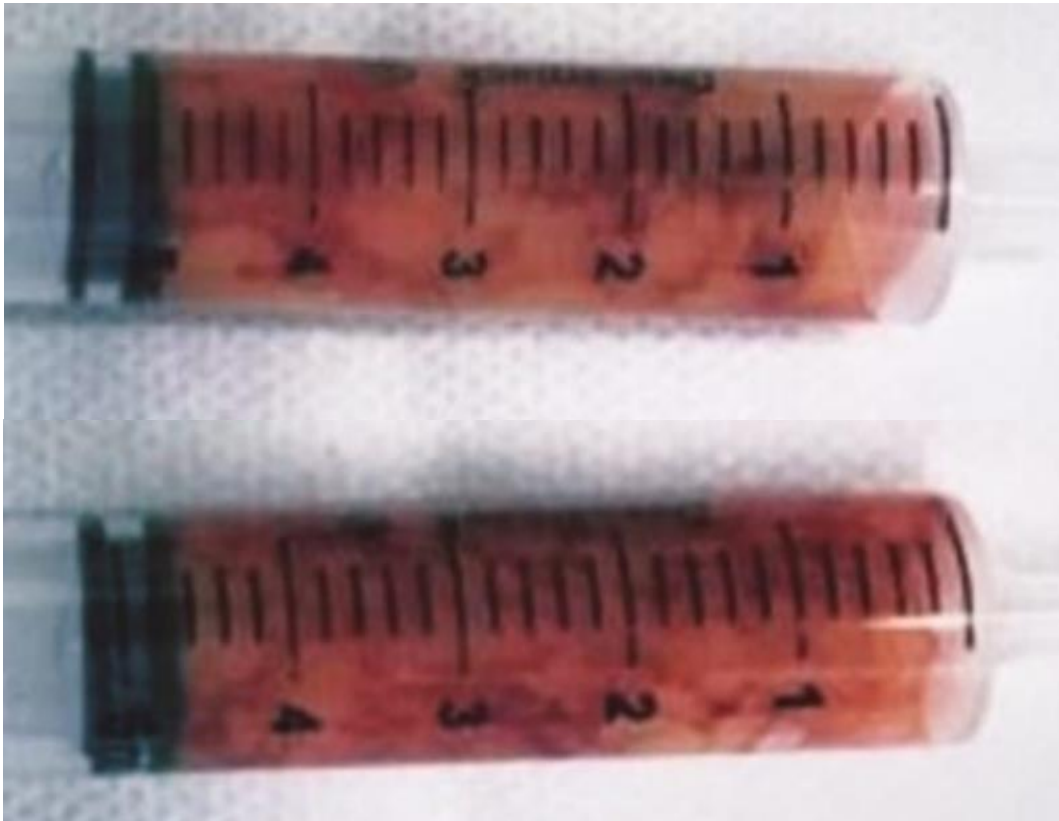


Figura 6 - Fotografias demonstrando o volume da gordura armazenada após a cirurgia para avaliar a proporção removida de cada lado (Imagens retiradas de arquivo pessoal).

2. INDICAÇÕES CIRÚRGICAS PARA A REMOÇÃO DO CORPO ADIPOSEO DA BOCHECHA

2.1. Fins estéticos

Dentre os objetivos da remoção do CAB, cita-se como principal, a melhora das características faciais. Há perfis que apresentam algumas áreas mais acentuadas, contribuindo para um desequilíbrio estético, realçando uma desarmonia entre os terços da face. No terço médio, duas estruturas anatômicas definem a silhueta facial: o contorno malar, com seu suporte ósseo e estruturas faciais e o corpo adiposo de Bichat, localizado ao nível da bochecha, em íntimo contato com o sistema mastigatório e o nervo facial (Tapia et al., 2006).

De acordo com os autores supracitados, o retalho superficial do sistema muscular aponeurótico e a ressecção do corpo adiposo de Bichat, contribuem para uma estética favorável, uma vez que proporciona contornos mais harmoniosos durante a ritidectomia.

A cirurgia para remoção do corpo adiposo de Bichat é indicada para pacientes que desejam reduzir o volume da face ou para aqueles cujo diagnóstico demonstra um deslocamento do mesmo (pseudo-radiação), sendo considerado como tratamento para lipodistrofia, com remoção de gordura intraoral, associada ou não à lipoplastia do pescoço (Loukas et al, 2006).

Pode-se afirmar que a harmonia facial está relacionada com critérios que distinguem o bordo anterior da parótida e a bochecha, bem como o bordo posterior da prega nasolabial, proeminência na região malar, concavidade nos tecidos moles inferior à projeção malar e uma mandíbula bem definida (Matarasso, 1991).

O corpo adiposo de Bichat é uma estrutura anatômica essencial para compor a estética facial. O mesmo pode apresentar-se hipertrofiado, estando realçado na bochecha, ou atrófico, evidenciando uma aparência afundada. Diante desse cenário, o CAB pode contribuir para um desequilíbrio e assimetria da face, cuja correção é feita com redução ou aumento do mesmo (Conley & Angel, 1988).

Em indivíduos candidatos potenciais para a remoção do corpo adiposo de Bichat, pode haver mudanças significativas na aparência facial, ao ser reduzida a bochecha e conseqüentemente evidenciadas as eminências malares (Stuzin et al., 1990).

Alguns critérios definem uma face com contornos harmônicos, dentre eles, citam-se: diferenciação entre o bordo anterior da glândula parótida e a bochecha; a visibilidade do bordo posterior da prega nasolabial, tecidos moles da bochecha não excedendo o plano perpendicular do zigoma à mandíbula (sutil depressão submalar); eminências zigomáticas proeminentes e uma mandíbula bem definida, mais precisamente seu ângulo (Matarasso, 1991).

Os padrões estéticos estabelecidos e o fácil acesso aos meios de comunicação impulsionaram a procura por uma face com proporções mais harmônicas, evidenciando a região malar, através da formação do triângulo invertido da juventude, aumentando o

desejo por um rosto cada vez mais fino e delineado (Thomas, D'Silva, Borole, 2012; Toshiro et al., 2013).

As estruturas ósseas e os tecidos moles, caracterizados por um sistema complexo de gordura subcutânea, músculos, ligamentos e o CAB, conferem o volume ao rosto humano e constituem uma significativa parte do terço médio da face, fato este que merece atenção especial na área da medicina dentária (Guryanova, R.A.; Guryanova, A. S., 2015).

Para restabelecer os padrões ditos ideias, a procura pela cirurgia de bichectomia tem aumentado consideravelmente. De acordo com Pawlenko (2013), a técnica é indicada para pessoas que possuem muito volume na face e deve ser realizada quando este provém do tecido adiposo bucal, e não do tecido subcutâneo (Figura 7). Enfatiza-se que, para realização do procedimento, é necessário o conhecimento, por parte do médico dentista, da cavidade bucal e das estruturas anatómicas anexas.

No entanto, nem todos que almejam uma face com proporções harmonicamente distribuídas, são candidatos ao procedimento, haja vista que para submeter-se a tal são necessários idade superior a 18 anos, condições físicas satisfatórias e estar ciente das limitações dos resultados, inclusive que estes são variáveis de acordo com o perfil de cada um (Moreira et al., 2018).

A bichectomia, segundo Jacomett et al. (2017), caracteriza-se por um procedimento cirúrgico que visa à harmonia da face, através da remoção do CAB, proporcionando um rosto mais delgado devido à redução do volume das bochechas. No entanto, assim como qualquer outra intervenção cirúrgica, está propensa a complicações como dor, edemas, infecções e hemorragias, embora tais contratemplos sejam raros.

De acordo com Matarasso (2006), durante a avaliação do paciente, é necessário que as assimetrias por ele apresentadas sejam consideradas e avaliadas pelo médico dentista previamente ao ato cirúrgico. Seguindo este paradigma, inicia-se a análise do tipo de rosto e suas respectivas proporções, traçando-se uma linha imaginária que vai desde a raiz do cabelo, passando de forma linear pelo centro da glabella, nariz, lábios e mento. Um outro ponto de referência merece destaque e determina o alcance das expectativas do candidato à bichectomia, quanto ao resultado: a distância dos ângulos direito e esquerdo

da mandíbula (em linha reta) necessita ser menor que àquela verificada quando se é medida a distância (intrabucal) entre os molares, distância esta verificada na oclusão do último molar inferior esquerdo ou último direito. Averiguadas as medições e estando estas diferentes das mencionadas, é necessário explicitar para o paciente que a bichectomia por si só, não será capaz de oferecer contornos faciais mais harmônicos, devendo ser associada a outro procedimento estético.

Ainda segundo o autor mencionado no parágrafo anterior, é importante que seja avaliada a possibilidade de hipertrofia do músculo masséter, pois, uma vez presente, a bichectomia acentuará o volume pronunciado na parte posterior do ângulo da mandíbula levando a uma desarmonia.

É relevante pontuar que, para pacientes que possuem rostos muito magros, a remoção do CAB, contribui para uma desarmonização facial, contrapondo-se ao propósito do procedimento (Valadão, 2016).



Figura 7 - (A) Fotografia inicial enfatizando o volume na face (B) Acompanhamento clínico 1 mês após a cirurgia de bichectomia (Imagens retiradas de arquivo pessoal).

2.2. Fins funcionais

Dentre as proposições funcionais da bichectomia citam-se a redução das mordidas internas na bochecha, que ocasionam aftas recorrentes e doloridas, além de hiperplasia e sangramentos (Marcos, 2017; Almeida, Alvary, 2018).

Além dos fins acima mencionados, a remoção do CAB, também é realizada com o intuito de corrigir defeitos bucais, devido à sua alta vascularização. Dentre as correções possíveis citam-se a comunicação oroantral (COA), ressecção de carcinomas, fendas palatinas, leucoplasia (LO), adenoma pleomórfico, osteonecrose, fibrose submucosa oral (FSO), rebordo alveolar, dentre outros (Kim et al., 2017).

3. LESÕES E ANOMALIAS

3.1. Comunicação oroantral

Segundo Parvini et al., (2019), o fato de os pré-molares e molares terem uma proximidade anatômica entre os ápices radiculares com o seio maxilar, durante a exodontia dos mesmos pode haver a formação de um trajeto direto entre a cavidade oral e o seio maxilar após o rompimento da membrana sinusal, ocasionando a COA.

Contendo ar em seu interior, os seios maxilares são definidos como cavidades que variam quanto ao tamanho, presentes nos dois lados da face, revestidos por epitélio colunar, ciliado, pseudoestratificado e que secretam muco. Encontram-se situados no interior do osso maxilar e cujas paredes são formadas pela associação do assoalho da órbita, parede lateral do nariz e o osso maxilar propriamente dito (Bither et al., 2013; Farias et al., 2015).

Conforme mencionado acima, o fato da estreita ligação dos ápices radiculares dos pré-molares e molares com o seio maxilar contribuir para a formação das comunicações oroantrais durante procedimentos de exodontias destes, é válido ressaltar que fatores como patologias e traumas físicos, remoção de cistos e tumores após infecções dentárias, osteomielite e radioterapia também desencadeiam a referida patologia, explicitaram os autores citados no parágrafo anterior.

A identificação de uma COA é realizada através de minuciosa anamnese, associada a exames complementares, como imagens radiográficas e tomográficas (Araujo-Junior et al., 2018) (Figura 8). Durante a realização do exame clínico, aspetos que diferem da normalidade devem ser cuidadosamente avaliados, tais como fonação respiração dificultada como se houvesse falta de ar, extravasamento de líquidos ou sólidos pelo nariz, infecções, dores e tosse constante acompanhada de odor fétido, resultante da falta de irrigação sanguínea dos tecidos adjacentes (Daif, 2016).

Por meio da Manobra de Valsalva, que consiste na respiração nasal forçada e simultânea obstrução das narinas, somada a exames radiográficos que fornecem informações adicionais, é possível chegar ao diagnóstico da COA. Na imagem abaixo nota-se a integridade do seio maxilar, acompanhado por uma radiolucidez, delimitação, na totalidade de sua área periférica por osso cortical e uma área radiopaca, somados à descontinuidade da radiopacidade apresentada pela linha, bem como o velamento do seio maxilar, características estas que indicam uma COA (Kapustecki et al., 2016).

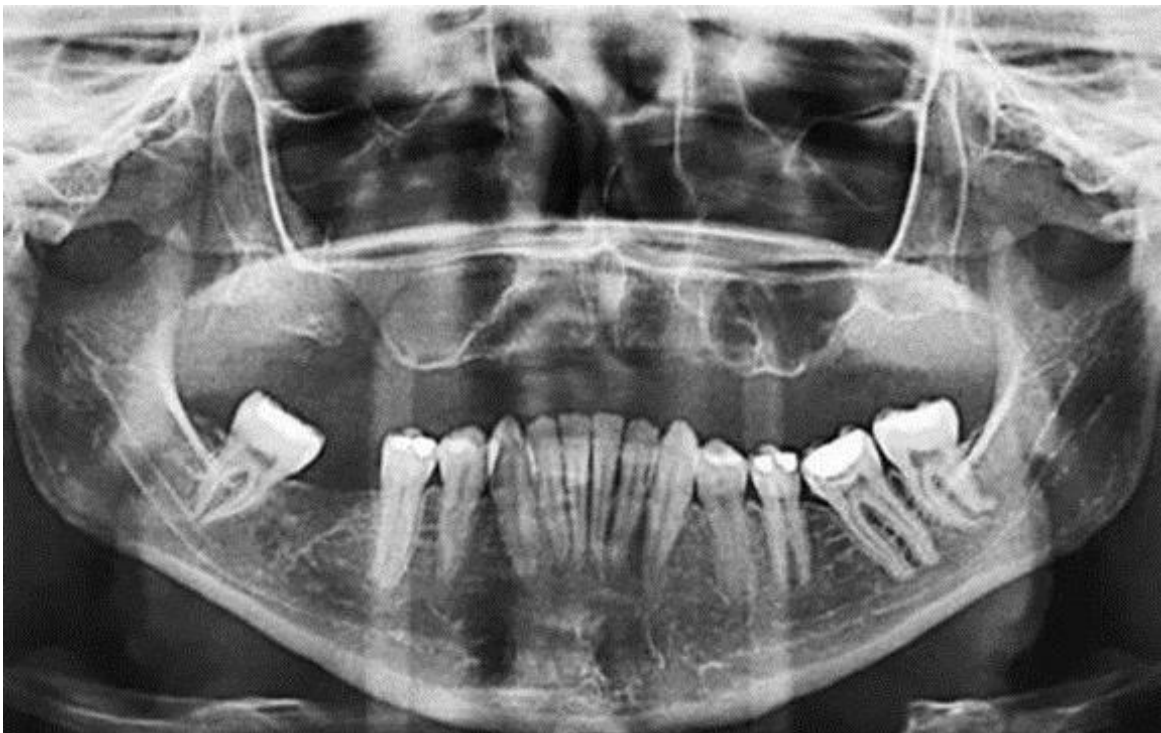


Figura 8 - Radiografia panorâmica evidenciando o velamento do seio maxilar direito e descontinuação do osso do maxilar correspondente ao elemento dentário 16. (Imagem retirada de: Tratamento de uma COA, com utilização de retalho e o CAB: Relato de caso clínico. Arch Healt. Araujo-Junior et al., 2018).

Devido ao acesso ao seio maxilar através da cavidade oral, permitido pela COA, há uma alteração da flora bacteriana. Além disso, os pacientes acometidos por essa

complicação, demonstram sintomas que vão desde o escape de alimentos e líquidos da cavidade oral para o seio maxilar; dor na face, cefaleia frontal, corrimento nasal, inflamação, infecção da mucosa à sinusite maxilar aguda ou crônica, distúrbios respiratórios e epistaxe, ocasionada pela contaminação do seio maxilar pela microbiota dada a impossibilidade de fechamento da comunicação devido à tal fenômeno (Parise & Tassara, 2016).

Segundo Kim et al., (2017), uma das formas de se fechar a COA, que pode ser causada imediatamente após extrações dentárias ou durante cirurgia para implante, é através do retalho do CAB. Essa manobra requer a confecção de um retalho vestibular ou retalho palatino rotacional, conforme pode ser observado na imagem mais abaixo (Figura 9).

No tocante ao tratamento da COA, há um leque de abordagens possíveis para esta complicação. Dentre os tratamentos, a literatura menciona a utilização do CAB, como enxerto pediculado para o fechamento da COA, procedimento realizado em 1977, por Egyedi, no qual foi evidenciado o reparo dos 4 pacientes submetidos a essa técnica (Egyedi, 1977).

Porém, para realizar o fechamento das comunicações oroantrais, alguns pontos relevantes devem ser observados previamente à cirurgia, tais como o tamanho da comunicação, durabilidade do defeito e existência de processos infecciosos (Manuel et al., 2015).

De acordo com Manuel et al., (2015), o alto índice de sucesso de vascularização do leito recetor deve-se ao suprimento sanguíneo da COA, proporcionado pela rica quantidade de vasos derivados do ramo temporal profundo e bucal da artéria maxilar, ramo facial transversal do temporal e pequenos ramos da artéria facial, que contribuem para a diminuição de necrose.

Apesar da utilização do CAB proporcionar resultados satisfatórios na cura, estética, fonética e mastigação, o profissional precisa observar o tamanho da comunicação, que deve ser até 5mm, para que o sucesso seja alcançado (Melville et al., 2016; Galletti et al., 2016).

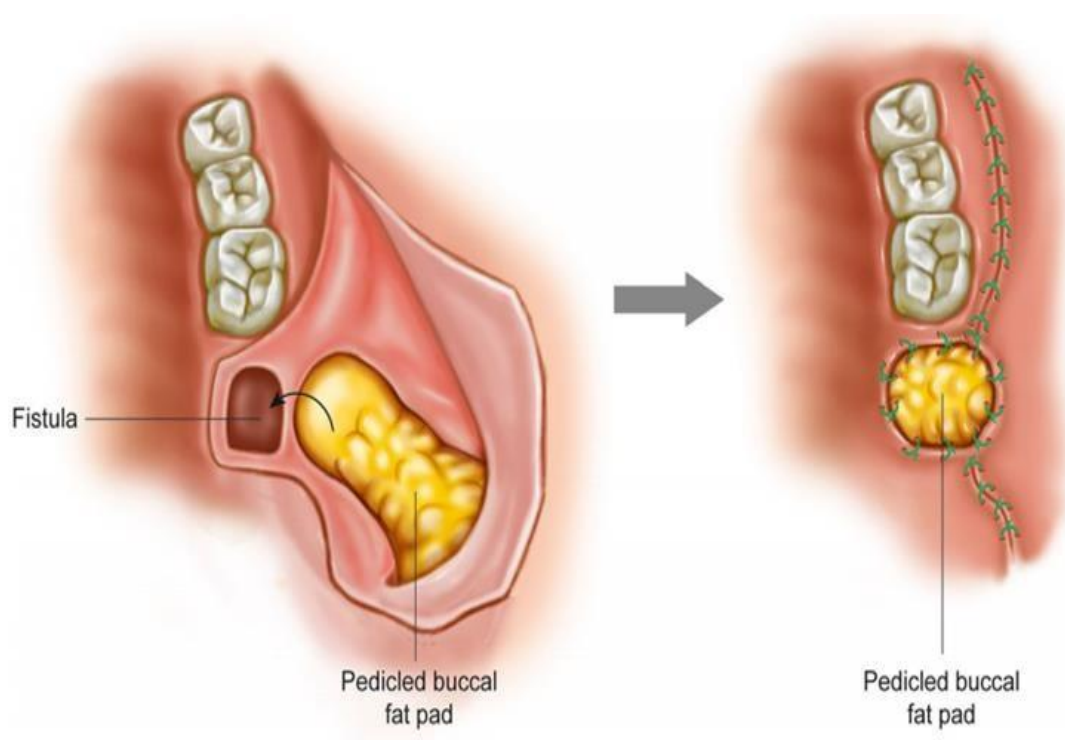


Figura 9 - Fechamento da fistula oroantral pelo retalho do coxim adiposo bucal (Retirado de: *The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. Kim et al., 2017*).

3.2. Carcinoma epidermoide

O câncer, patologia que tem como característica a capacidade de desestruturar o equilíbrio entre a proliferação e os mecanismos habituais da morte das células, resultando na aptidão para copiá-las e invadir de forma destrutiva os tecidos que as rodeiam, inclusive em locais distintos, caracterizando a metástase, tem fatores etiológicos diversos, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos (Miranda et al., 2010).

O câncer bucal está entre os 10 tipos de câncer mais comuns, correspondendo a aproximadamente 30% dos tumores que acometem a região da cabeça e pescoço, dos quais 90% são carcinoma epidermoide (CE), afirmam Campana et al., (2013). Tal patologia, de acordo com Neville et al., (2016), acomete mais o gênero masculino (entre 40 e 60 anos), cuja causa é multifatorial, podendo ainda ser agravada devido a hábitos como o consumo de bebida alcoólica, uso de cigarro e exposição à luz solar.

É relevante pontuar que a idade é um fator que contribui para um bom prognóstico, sendo possível afirmar que a sobrevida é mais observada em paciente com faixa etária inferior a 45 anos, situação oposta encontradas naqueles com idade superior a 70 anos (Aziz, 2010; Jiménez, Coca, 2013).

O CE, é o tipo de câncer mais comum que acomete a cavidade oral, tendo sua origem proveniente de um epitélio escamoso, afirmaram Miranda et al., (2010).

As áreas mais afetadas pelo CE são a língua e palato, para as quais são utilizadas a radioterapia associada à cirurgia, como tratamento. Dessa forma, é imprescindível que a área que sofreu ressecção, em casos que a região acometida é o palato, seja restabelecida, dada a funcionalidade do palato mole (fonação e deglutição) (Reyt et al., 2013).

No entanto, para que o paciente seja submetido à cirurgia, alguns aspetos devem ser avaliados, tais como a necessidade ou não remoção de osso e a distorção ou perda do véu palatino. Assim, pode-se afirmar que para a reconstrução de defeitos extensos, usa-se, prioritariamente, retalhos microcirúrgicos, levando-se em consideração o local, o tipo de tecido a ser utilizado de acordo com a necessidade, dentre os quais citam-se pele, osso ou músculo (Arribas et al., 2012).

O tratamento através de enxertos deve ser cuidadosamente avaliado quanto à sua eficácia, haja vista que o volume e o comprimento do retalho precisam ser considerados. Caso os defeitos remanescentes se estendam até a linha média da maxila, ainda poderão ser fechados com uma aba unilateral do tecido (Ye et al., 2014).

Devido ao desenvolvimento de técnicas, a realização de reconstruções intraorais pós tratamentos oncológicos extensos, tornou-se possível. A utilização do CAB para tais reparações deve ser feita nos maxilares, devido à sua proximidade anatômica (Alkan et al., 2003).

O uso do CAB tem exibido resultados satisfatório como método adotado para a reconstrução de defeitos de tecidos moles pós tumorais no palato após a perda do tecido (Palencia et al., 2017).

No entanto, o CAB na maioria das vezes, não está envolvido no CE, sendo considerada segura a sua utilização, de acordo com Sagayaraj et al., (2017). Dessa forma, pode ser também utilizado em outras situações, tais como reabilitações após sequela cirúrgicas ocasionadas por tumores, defeitos congênitos de fissuras dos maxilares, recobrimento de enxertos ósseos no aumento da crista alveolar e tratamento das disfunções da ATM (Baumann, Ewers, 2000; Rocha et al., 2015).

Dentre as vantagens do uso do CAB, estão sua ampla aplicabilidade na maior parte dos casos, baixo índice de falha, realização do procedimento sob anestesia local, com cicatrizes mínimas (Armin et al., 2006).

De acordo com Kablan et al., (2016), estudos elucidaram que sua utilização para reconstrução de defeitos médios e pequenos é justificada pela duração do período de epitelização (4 a 6 semanas), sendo coberto por epitélio escamoso estratificado, a partir da 5ª semana.

3.3. Leucoplasia

A leucoplasia oral (LO) é caracterizada pela presença de placas brancas aderidas à mucosa ou lesões brancas espessas intraorais que não permitem ser removidas através de raspagem (Tomassi et al., 2013), sendo consideradas potencialmente malignas (Starzynska et al., 2015).

Em relação os fatores que contribuem para o aparecimento da referida patologia, estão irritação contínua na cavidade oral, resultando em inflamação e desenvolvimento das manchas. Somadas a eles, citam-se exposição excessiva dos lábios à luz solar, bem como o hábito de morder a parte interna da boca e bochechas (Parlatescu et al., 2014, Van & Bunn, 2012).

Dentre as leucoplasias existentes, merece destaque a leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), caracterizada por uma lesão de desenvolvimento lento e progressivo da mucosa oral, cuja presença de lesões de aparência inócua e branca, com aspeto verrucoso, resistente a formas terapêuticas e recorrência frequente, determinam suas

principais características (Ge et al., 2011). Somadas a estas, é válido ressaltar sua alta taxa de transformação em carcinoma verrucoso da cavidade oral (Ferrise et al., 2013).

Quanto ao tratamento para a mencionada patologia, pode-se utilizar os procedimentos cirúrgico ou não cirúrgico, sendo a escolha entre a remoção total ou parcial, dependente do tamanho e número de lesões (Ferrise et al., 2013).

A utilização do CAB para a reconstrução de defeitos (de tamanhos médio e pequeno) oriundos de LO, foi realizada em 4 pacientes, portadores da patologia na mandíbula, localizadas na região retromandibular, sendo o CAB colocado exposto à cavidade oral, para posterior epitelização. O mesmo foi diariamente avaliado, sendo enfatizada a proibição de enxague bucal nos 4/5 primeiros dias. Após uma semana procedeu-se à fisioterapia oral, sendo as avaliações posteriores realizadas dentro de 2 semanas, um mês e a cada 3 meses, por um período de dois anos (Mohan, Kankariya, Harjani, 2012).

Diante do exposto, nota-se que o tratamento para LO e LOV, utilizando-se o CAB, mostrou-se satisfatório diante da reconstrução de defeitos proveniente de cistos e tumores. No entanto, é necessário que as dimensões destes sejam inferiores a 4cm x 4cm x 3cm para seu efetivo sucesso, além da necessidade de uma abordagem multidisciplinar (Kim et al., 2017).

3.4. Adenoma Pleomórfico

A característica de malignidade associada a tumores das glândulas salivares menores é quase sempre uma constante. No entanto, o adenoma pleomórfico situa-se dentre os exemplares de lesões benignas, que acometem mulheres entre 36 e 45 anos, cuja predominância de ocorrência está no palato, lábio, mucosa bucal, assoalho da boca, língua, tonsilas, faringe, região retromolar e cavidade nasal, quando associado às glândulas salivares menores (Varghese et al., 2003; Oliveira et al., 2009).

Como características clínicas, evidencia-se que o adenoma pleomórfico possui superfície única constituída por nódulos, não desenvolve sintomas, possui crescimento lento, é indolor e não se infiltra nos tecidos adjacentes. Porém, quando ele alcança as

glândulas salivares menores, possui uma variação em sua forma, de acordo com a localização: na cavidade oral como massas não ulceradas e não dolorosas, geralmente no palato (Cardoso et al., 2013).

Em casos nos quais o tratamento para lesões menores é feito através de enucleação conservadora, podem ser observados resultados excelentes e baixas taxas de recidiva e malignidade, desde que seja feito o quanto antes (Erdem et al., 2011; Maia et al., 2019).

A terapia para a correção de defeitos intraorais através da utilização do CAB, está associada à remoção de cistos e dissecação de tumores benignos, sendo necessária a complementação com radioterapia pós-operatória quando eles possuem potencial de malignidade (Mohan et al., 2012).

Uma outra alternativa que emprega o CAB é a reconstrução direta para defeitos que meçam até 5cm de diâmetro, sem que sejam alteradas a anatomia do paciente e sua função. No entanto, uma vez evidenciadas as limitações do tecido, estas devem ser levadas em consideração para que seja alcançado um resultado positivo (Galletti et al., 2016; Alkan et al., 2003).

Pelo fato do CAB ser um tecido de fácil acesso, seu fornecimento vascular classifica-o como um dos métodos mais seguros para reconstrução de pequenos e médios defeitos. Além disso, por estar localizado no mesmo campo que o defeito cirúrgico a ser coberto, contribui para a diminuição do risco de infecção, sendo ainda possível sua utilização em leitos que foram submetidos previamente à radiação, na reconstrução de defeitos originados da remoção de tumores (Fagan, 2014; Kim et al., 2017; Kablan et al., 2016).

3.5. Osteonecrose

A osteonecrose é definida como uma exposição óssea de origem espontânea, cuja durabilidade excede 8 semanas após terapia com radiação ou medicação, resultando em dor, edema, mobilidade dentária e presença de exsudato. Acomete tanto o maxilar quanto a mandíbula, devido à diminuição do suprimento sanguíneo (Ruggiero et al., 2014). A

princípio, a mencionada patologia foi referida como resultado da radiação para tratamento de tumores malignos, sendo mais à frente elucidada como consequência do uso prolongado de bisfosfonatos, chegando a ser citada atualmente como causa da utilização de medicamentos que atuam na remodelação óssea e angiogênese, afirmaram Ruggiero e colaboradores (2014).

O tratamento para a osteonecrose tem como alvo a eliminação da dor, controle da infecção e minimização da sua progressão, os quais podem ser invasivos ou conservadores, sendo estes últimos realizados através de analgésicos, antibioticoterapia, melhora da higiene oral e utilização de hidrogênio hiperbárico, que contribui para a amenização dos sintomas (Chouinard et al., 2016; Riveiro et al., 2017).

Em situações mais agressivas, o CAB pode ser utilizado como opção de tratamento quando está presente a COA, evitando a ocorrência de consequências mais graves como a falta de cicatrização óssea, casos em que a cirurgia é associada à técnica de regeneração óssea. Em seguida à sequestromia, é utilizado o CAB para fechamento e reconstrução do local afetado (Ruggiero et al., 2014; Khan et al., 2015; Duarte et al., 2015; Kim et al., 2017).

3.6. Fibrose submucosa oral

A fibrose submucosa oral (FSO) é definida como uma alteração crônica e progressiva na ação metabólica do colagênio, acometendo qualquer região da cavidade oral (Rai, 2014).

Uma vez que ocasiona a rigidez da região orofaríngea e mucosa oral, ocasiona trismo em níveis diferentes, além de possibilitar a observação de linhas verticais na mucosa bucal, área retromolar, palato mole e rafe pterigomaxilar, como sinais clínicos da doença (Sharma et al., 2012; Lambade et al., 2016), podendo ainda, levar a acometimentos na saúde, além de interferência na ingestão de nutrientes e higiene dental (Kothari et al., 2012).

Como o prognóstico é limitado, pode-se afirmar que tratamentos conservadores e intervenções cirúrgicas não obtêm êxito na cura, levando apenas a um alívio dos sintomas e melhora na qualidade de vida dos pacientes acometidos (Kerr et al., 2011).

A utilização de medicamentos apenas tem eficácia na fase inicial da doença, sendo necessária cirurgia para restabelecer a abertura bucal de pacientes em estágios mais avançados (Kothari et al., 2012).

Abordagens cirúrgicas como o corte de bandas fibrosas e o uso de diferentes tipos de retalhos para enxertia do defeito (Lai et al., 1995; Mokal et al., 2017; Patil et al., 2017), foram descritos na literatura, sendo a utilização do CAB uma opção que acarreta resultados positivos, devido ao seu potencial de vascularização (Patil et al., 2017).

Torna-se relevante enfatizar que tratamentos conservadores e intervenções cirúrgicas nem sempre cumprem o propósito de erradicação da doença, contribuindo apenas para uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Uma vez que o prognóstico também possui limitações, é imperativo que a patologia seja tratada o quanto antes, visto que acarreta na progressão para outras áreas, além de morbidade devido à limitação da abertura bucal e movimentação da língua, conseqüente rigidez do lábio, língua e/ou palato e associação a outras enfermidades como líquen plano e LO (Kerr et al., 2011).

4. COMPLICAÇÕES

Embora o procedimento de retirada do CAB seja caracterizado por facilidade na execução, é passível de intercorrências e complicações trans e pós-operatórias de relevante consequência e difícil solução, exigindo do profissional o reconhecimento da real necessidade de o paciente ser submetido à cirurgia. É preciso conhecer bem a anatomia e as técnicas cirúrgicas, além de ter muito cuidado para não lesar estruturas. Um acidente, nessa região, pode levar a sequelas desastrosas para o paciente (Hasibul et al., 2016; Jaeger et al., 2016; Silva, Silva Filho, 2017).

A elevada busca pela cirurgia estética, principalmente de pacientes que buscam a redução da camada adiposa oral, levou a um aumento correspondente das lesões deste

procedimento cirúrgico. Ainda se questiona muito se a remoção do CAB deve ou não ser realizada somente para fins estéticos, contudo, quando o paciente se encontra em uma situação estético funcional a cirurgia se torna fundamental. Segundo a OMS (organização mundial de saúde) a saúde não pode ser definida como ausência de doença e sim como “o completo bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo” (Hasibul et al., 2016; Jaeger et al., 2016; Silva, Silva Filho, 2017).

De acordo com Jacometti et al., (2017) as complicações vão desde as mais simples, como dor e edemas, a outras com maior gravidade como infecções e hemorragias, sendo necessário conhecimento anatômico do médico que realizará a cirurgia, para proporcionar um semblante mais próximo ao natural possível.

Das complicações imediatas, os autores citam aquelas que podem causar hematomas, em decorrência de algum vaso não coagulado. Essas lesões podem ser resolvidas através de cirurgia exploratória em seguida de drenagem e compressão (Vieira et al., 2019). Nos casos onde a cirurgia exploratória é falha no controle dessa hemorragia, pode haver necessidade de hospitalização para o controle do problema (Jaeger et al., 2016; Silva, Silva Filho, 2017).

A retirada do CAB não acarreta na intensificação do processo e envelhecimento, visto que ela não possui função estrutural ou de sustentação, como a gordura que compõe os outros compartimentos do rosto, o que não faz, portanto, falta significativa (Silva, Silva Filho, 2017).

De acordo com a literatura, complicações como a lesão do ramo bucal do nervo facial, estão entre as mais frequentes, acarretando na parestesia temporária ou permanente do rosto. Em contrapartida, alguns autores afirmam que no caso de lesão da referida estrutura anatômica, haverá o suprimento por outros ramos nervosos presentes na cavidade bucal (Kopec T et al., 2013; Hasibul et al., 2016; Silva, Silva Filho, 2017).

Somadas à complicação acima, são possíveis a lesão do ducto salivar, o qual, uma vez cortado e cicatrizado, pode fechar de forma irreversível e contribuir para o excessivo acúmulo de saliva na boca; bem como assimetria facial, resultante da retirada de quantidades diferentes entre os lados (Vieira et al., 2019).

Ademais, paresias transitórias ou trismo temporário podem acontecer devido à tração dos ramos bucal e zigomático do nervo facial, ou abertura em excessiva da mandíbula no ato da remoção do CAB. A seqüela mais complicada pode ocorrer devido a uma paralisia do nervo facial ou dos seus ramos bucal e zigomático (Hasibul et al., 2016; Jaeger et al., 2016; Vieira et al., 2019).

É de suma importância que o caso seja muito bem estudado antes de realizado, e que o procedimento em si seja feito com cuidado para não causar danos irreversíveis a face do paciente. Além disso, a cirurgia deve ser realizada por profissionais com conhecimentos anatómicos da região e que façam o uso de uma técnica segura.

III. CONCLUSÃO

A cirurgia de Bichectomia pode ser considerada uma técnica relativamente simples, segura e que contribui para a melhoria do padrão estético-funcional, com poucos riscos e mínimas contraindicações. Entretanto, deve ser realizada por profissionais com conhecimentos anatómicos da região e que façam uso de uma técnica segura. Além disso, o procedimento de remoção parcial das bolas de Bichat deve ser indicada após correta análise facial do paciente.

O CAB é uma alternativa útil e segura, de fácil execução e poucas complicações para o fechamento da COA.

Faz-se necessário, também, abordar que o resultado não será imediato e que é imprevisível, podendo ser precisos procedimentos complementares para a aquisição dos contornos faciais desejados.

O CAB é um método confiável para reconstrução de defeitos bucais e com pós-operatório confortável para o paciente, quando comparado a outras técnicas.

São necessários mais estudos que possam avaliar a cirurgia de remoção do CAB a longo prazo.

IV. BIBLIOGRAFIA

Ahari, U.Z., Eeslami H., Falsafi P., Bahramian A., Maleki S. (2016). The buccal fat pad: Importance and function. *J Dent Med Sci*, 15(6), 79-81.

Alkan, A., Dolanmaz. D., Uzun, E., Erdem, E. (2003). The reconstruction of oral defects with buccal fat pad. *Journal Oral and Maxillofacial Surgery*, 133(34), 465-470.

Almeida AV, Alvary PHG. (2018). A bichectomia como procedimento cirúrgico estético/funcional: um estudo crítico. *J Business Techn.*, 7(1), 3-14.

Araujo-Junior J.L., Araujo A.M., Olegarior R.B., Magalhaes M.C.F., Paiva M.A.F., Cariri T.F.A. (2019). Tratamento de comunicação bucoantral com utilização de retalho e bola de Bichat: Relato de caso clínico. *Arch Healt Invest*, 8(8), 430-33.

Arribas García I, Gómez Oliveira G, Álvarez Florez M, GregoireFerriol J, Serrano Álvarez A, Martínez Pérez F. (2012) Colgajo sural medial: un nuevo colgajo de perforantes para la reconstrucción del territorio maxilofacial. *Rev.Esp.Cir.Oral.Maxilofac.* 34(4), 151–155.

Aziz, S. R. (2010). Coming to America: betel nut and oral submucous fibrosis. *The Journal of the American Dental Association*, 141(4), 423-428.

Baumann, A., Ewers, R. (2000). Application of the buccal fat pad in oral reconstruction. *Journal of Oral and Maxillo Facial Surgery*, 58 (1)2, 389-392.

Baumann A, Russmueller G, Poeschl E, Klug C, Ewers R. (2009). Closure of Oroantral Communication with Bichat's Buccal Fat Pad. *J Oral Maxillofac Surg*; 67(1), 1460-1466.

Bernardino-Júnior, R., Sousa, G.C., Lizardo, F.B., Bontempo, D.B., Guimarães, P.P., Macedo, J.H. (2008). Corpo adiposo da bochecha: Um caso de variação anatômica. *Revista Biosci. J.*, 24(4), 108-113.

Bichat, F. M. X., Stuzin, J.M., Wagstrom, L., Kawamoto, H.K., Baker, T.J., Wolfe, A. (1801). *Anatomic generale: appliquee á la physiologie et la Médecine.* Cited in the anatomy and clinical applications of the biccal fat pad. *Plast Reconstr Surg* 85(1), 29-37.

Bither, S. et al. (2013). Buccal fat pad in intraoral defect reconstruction. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 12(4), 451-455.

Conley, J., & Angel, M. F. (1988). Surgery on the buccal fat pad in masseter transfer. *Archives of Otolaryngology--Head & Neck Surgery*, 114(3), 287–290.

Dubin, B., Jackson, I. T., Halin, A., & Triplett, W. w. (1989). Anatomy of the Buccal Fat Pad and Its Clinical Significance. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 83(2),

Fagan, J. (2014). Open access atlas of otolaryngology. Head e neck operative surgery. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/profile/Amitkeshri2/publication/296689149-Bening-Parapharyngeal-Tumours-Surgical-Intricacies-by-Transcervical-Approach/links/572c26f108ae057b0a095be7.pdf>>.

Farias, J.G., Cândia, A.V., Barros, L.F. (2015). Fechamento de fístula bucossinusal utilizando o corpo adiposo bucal: técnica convencional x técnica do túnel – relatos de casos clínicos. *Revista Cirúrgica de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 15(3), 25- 30.

Ferrise, T. M., Massucato, E. M. S., Andrade, C. R., Bufalino, A. (2013) Diagnóstico e conduta para leucoplasia verrucosa proliferativa: relato de caso clínico. *Revista Odontol UNESP*, 42(1), 1-5.

Galletti, C., Cammaroto, G., Galletti, F., Camps-font, O., Gay-Escoda, C.; Bara-Casauss, J.J. (2016). Dental implants after the use of bichat's buccal fat pad for the sealing of oro-antral communications, A case report and literature review. *Journal Clin Exp Dent*, 8(5), e645-e649.

Ge L, Wu Y, Wu LY, Zhang L, Xie B, Zeng X. (2011). Case report of rapidly progressive proliferative verrucous leukoplakia and a proposal for aetiology in mainland China. *World J Surg Oncol.*, 9(26), 26, 2-4.

Guryanova, R. A., Guryanova, A. S. (2015). CT Anatomy of buccal fat pad and its role in volumetric alterations of face. *The International Archives of the Photogrammetry, Remote Sensing and Spatial Information Sciences*, XL-5/W6, 25–27.

- Hasibul, K., Nakai, F., Nakai, Y., Jinzenji, A., Iwasaki, A. T., (2016). Intra oral reconstruction with buccal fat pad: Recent applications of autologous tissue transplantation as a local flap. *Open Dent J*, 10(1), 33-39.
- Hwang, K., Cho, H. J., Battuvshin, D., Chung, I. H., & Hwang, S. H. (2005). Interrelated buccal fat pad with facial buccal branches and parotid duct. *Journal of Craniofacial Surgery*, 16(4), 658–660.
- Jackson, I. T. (2003). Buccal fat pad removal. *Aesthetic. Surg. J*, 23(6), 484-485.
- Jackson, I. T. (1999). Anatomy of the Buccal Fat Pad and Its Clinical Significance. *Plast Reconstr Surg*, 103(3), 2059–2060.
- Jacometti, V., Coltri, M.V., Santos, T. D. S., Silva, R.H.A.D (2017). Procedimento de bichectomia: uma discussão sobre os aspectos éticos e legais em Odontologia. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 32(4), 616-623.
- Jaeger F, Castro CHBC, Pinheiro GM, Souza ACRA, Mazzoni Junior GT, Mesquita RA. (2016). A novel preoperative ultrasonography protocol for prediction of bichectomy procedure. *Arq Bras Odontol.*, 12(2), 7-12.
- Jiménez Rodríguez Y, Coca Granado RM. (2013) Factores pronósticos en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello. Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. *Acta Médica del Centro*, 7(4), 1-9
- Júnior, R. B., Sousa, C., Lizardo, F. B., Bontempo, D. B., Prado, P., & Macedo, J. H. (2008). Cheek Adiposo Corpuscle: A Case of Anatomic Variation. *Bioscience Journal*, 24(4), 108–113
- Kablan, F. (2016) The use of buccal fat pad free graft in closure of soft-tissue defects and dehiscence in the hard palate. *Ann Maxillofacial Surgery*. 6(2), 241-245.
- Kapustecki, M. et al. (2016). Alternative method to treat oroantral communication and fistula with autogenous bone graft and platelet rich fibrin. *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal*, 21(5), 608-613.

Kerr, A. R., Warnakulasuriya, S., Mighell, A. J., Dietrich, T., Nasser, M., Rimal, J., Jalil, A. S. A (2011). Systematic review of medical interventions for oral submucous fibrosis and future research opportunities. *Oral Diseases*, 17(1), 42-57.

Khan, A.A., Morrison, A., Hanley, D.A., Felsenberg, D., McCauley, L.K., O’Ryan F et al. (2015). International Task Force on Osteonecrosis of the Jaw. Diagnosis management of osteonecrosis of the jaw: a systematic review and international consensus. *J Bone Miner Res*, 30(1), 3-23.

Kim, J.T., Sasidaran, R. (2017). Buccal fat pad an effective option for facial reconstruction an aesthetic entation. *Aesth plast surg*, 6(1), 1362 – 1374.

Kim, M.K., Han, W., Kim, S.G. (2017). The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. *Maxillofacial Plastic Reconstruction Surgery*, 39 (1), 5.

Kluppel, L., Marcos R.B., Shimizu I.A., Silva M.A.D., Silva R.D. (2018). Complications associated with the bichectomy surgery. *RGO*, 66(3), 278-284.

Kopeć T, Wierzbicka M, Szyfter W. (2013). Stensen’s duct injuries: the role of sialendoscopy and adjuvant botulinum. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 8(2), 112-6.

Kothari M.C.; Hallur N.; Sikkerimath B.; Gudi S.; Kothari C.R. (2012). Coronoideotomy, masticatory myotomy and buccal fat pad graft in management of advanced oral submucous fibrosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 41(1), 1416–1421.

Lambate P.; Dawane P.; Thorat A. (2016). Efficacy of buccal fat pad in the surgical management of oral submucous fibrosis: a prospective study. *Oral Maxillofac Surg* 20(1), 167–170.

Loukas, M., Kapos, T., Louis Jr, R. G., Wartman, C., Jones, A., & Hallner, B. (2006). Gross anatomical, CT and MRI analyses of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. *Surgical and Radiologic Anatomy*, 28(3), 254–260.

Madeira, M.C. (2001). *Anatomia da Face: bases anatomo funcionais para prática odontológica* (4th ed). São Paulo: Savier.

Maia, F.P.A., Oliveira, P.R.K., Santos, J.V.Q.M., Costa, D.F.N, Andrade, E.S.S (2019). Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico. *Rev Cir Traumatol Bucomaxilofac*, 19(3), 21-24.

Manuel, S., Surej, K., Nair, PR. (2015). The versatility in the use of buccal fat pad in the closure of oro-antral fistulas. *J Maxillofac Oral Surg*, 14(2), 374-377.

Marcos, R.B. (2017). *Corpo adiposo bucal: anatomia aplicada a técnica cirúrgica, aplicações clínicas e complicações*. (Tese de Doutorado em Implantodontia, Faculdade ILAPEO).

Markey, J., Benet, A., & El-Sayed, I. H. (2015). The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects. *The Laryngoscope*, 125(10), 2247–2252.

Matarasso, A. (1991). Buccal Fat Pad Excision: Aesthetic Improvement of the Midface. *Annals of Plastic Surgery*, 26(5), 413–418.

Matarasso, A. (2006). Managing the buccal fat pad. *Aesthetic Surg J.*, 26(3), 330-336.

Matarasso, A. (2019). Commentary on: The excision of the buccal fat pad for cheek refinement: Volumetric considerations. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(6), 593–594.

Melville, J.C., Tursun, R., Shum, J.W., Young, S., Hanna, I.A., Marx, R.E. (2016). A technique for the treatment of oral-antral fistulas resulting from medication-related osteonecrosis of the maxilla. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 122(3), 287-291.

Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. (2010) Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. *Cubana.Estomatol*, 47(4), 1.

Mohan, S., Kankariya, H., Harjani, B. (2012). The use of the Bucal Fat Pad for Reconstruction of Oral Defects: Review of Literature and Report of Cases. *J Maxillofac Oral Surg*, 11(2), 128-131.

Mokal, N.J., Raje, R.S., Ranade, S.V., Prasad, J.S.R., Thatte, R.L. (2017). Release of oral submucous fibrosis and reconstruction using super- ficial temporal fascia flap and split skin graft: a new technique. *Br J Plast Surg*, 58(1), 1055–1060.

Montero, J. F., de Souza, H. C., Martins, M. S., Oliveira, M. N., Benfatti, C. A., & de Souza Magini, R. (2018). Versatility and Importance of Bichat’s Fat Pad in Dentistry: Case Reports of Its Use in Occlusal Trauma. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 19(7), 888–894.

Moreira-Junior, R., Peralta, F.S., Moreira, R., Gonticho, G., Máximo, P.M., Scherma, A.P. (2018). Bichectomia: aspectos relevantes e relato de caso clínico. *ClipeOdonto*. 9 (1), 37-43.

Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., Bouquot, J.E. (2016). *Patologia Oral & Maxilofacial*. (3rd ed). Rio de Janeiro: Elsevier

Oliveira, J.G.P., Barros, R.M.G., Barros, E.G., Monteiro, J.C.C., Martinez, C.R. (2009), Adenoma pleomórfico em paciente infantil. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac*. 9(3), 35-42.

Palencia, G.A., Porte, C.J.P., Martínez, T.J.A. (2017). Guerra Leal Da.Eficácia do uso do saco de gordura Bichat para a reconstrução de defeitos no palato. Relato de um caso. *Revista ADM*, 74(3), 159-162.

Pari, G. D. Q, Leclere, C. L. (2014). Cirugía estética de mejillas. *Revista de Actualización Clínica*, 48(1), 2538-2541.

Parise, G.K, Tassara, L.F.R. (2016). Tratamento Cirúrgico e Medicamentoso das Comunicações BucoSinusais: Uma Revisão da Literatura. *Perspectiva*, 40 (149), 153–162.

Parlatescu I.; Gheorghe C.; Coculescu E.; Tovar S. (2014). Oral Leukoplakia – An Update. *Maedica (Buchar)*, 9(1), 88-93.

Parvini, P., Obreja, K., Begic, A., Schwarz, F., Becker, J., Sader, R. (2019). Decision-making in closure of oroantral communication and fistula. *International Journal of Implant Dentistry*, 5(1), 13.

Patil, S.B., Durairaj, D., Kumar, G.S., Karthikeyan, D., Pradeep, D. (2017). Comparison of extended nasolabial flap versus buccal fat pad graft in the surgical management of oral submucous fibrosis: a prospective pilot study. *J Maxillofac Oral Surg* 16(3), 312– 332.

Pessa, J. E. (2016). SMAS Fusion Zones Determine the Subfascial and Subcutaneous Anatomy of the Human Face: Fascial Spaces, Fat Compartments, and Models of Facial Aging. *Aesthetic Surgery Journal*, 36(5), 515–526.

Rácz, L., Maros, T.N., Seres-Sturm, L. (1989) Structural characteristics and functional significance of the buccal fat pad (corpus adiposum buccae). *Morphol Embryol*, 35, 73–77.

Rai, A., Datakar, A., Rai, M. (2011). Is buccal fat pad a better option than nasolabial flap for reconstruction of intraoral defects after surgical release of fibrous bands in patients with oral submucous fibrosis? A pilot study: a protocol for the management of oral submucous fibrosis. *J Cranio-Maxillofacial Surg*, 42(1), 111-116.

Reyt, E., Righini, C., Bettega, G., Beneyton, V. (2013). Tumores malignos do véu do palato. *EMC Otolaryngology*, 42(1), 1-17.

Rivero JA, Shamji O, Kolokythas A. (2017). Osteoradionecrosis: a review of pathophysiology, prevention and pharmacologic management using pentoxifylline, α -tocopherol, and clodronate. *Oral Surg Oral Med Oral Oral Radiol*. 124(1), 464 - 471.

Rocha, J.F., Souza, A.L., Sanchez, M.P.R., Ribeiro, E.D., Hochuli-Vieira, E. (2015) Cierre de fistula buco-sinusal con injerto pediculado de la bola adiposa de Bichat: Protocol propuesto. *Braz J Oral Maxillofac Surg*. 15(1), 27-32.

Ruggiero, S.L., Dodson, T.B., Fantasia, J., Goodday, R., Aghaloo, T., Mehrotra, B., (2014). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw, *J Oral Maxillofac Surg*. 72(10), 1938- 1956.

Sagayaraj, A., Jyothi, N., Mohiyuddin, S.M.A. (2017). Papel de Almofada Bucal de Gordura na Reconstrução dos Defeitos Bucal Mucosa. *Indiano J Otolaryngol Head Neck Surg* 69(1), 20-23.

Sharma, R., Thapliyal G.K., Sinha R., Menon P.S. (2012). Use of buccal fat pad for treatment of oral submucous fibrosis. *J Oral Maxillofac Surg* 70(1), 228–232.

Shoja, M.M., Tubbs, R.S., Loukas, M., Shokouhi, G., Aardalan, M.R. (2008) Marie François Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. *Ann Anat*, 190(5) 413-420.

Silva, R.M.A.F., Filho, S., (2017). Avaliação dos contornos faciais após remoção da Bola de Bichat: revisão de literatura. *Revista Faipe*. 7(2) 73-84.

Starzynska, A., Pawlowska, A., Renkielska, D., Michajlowski, I., Sobjanek, M., Blazewicz, I., et al. (2015). Estimation of oral Leukoplakia treatment records in the research of the department of maxillofacial and oral surgery, *Postepy dermatologii I alergologii*, 32(2), 114 – 22.

Stevao, E.B. (2015). Bichectomy or Bichatectomy: A Small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Adv Dent & Oral Health*, 1(1), 1-4.

Surek, C. C., Kochuba, A. L., Said, S. A.-D., Cho, K.-H., Swanson, M., Duraes, E., McBride, J., Drake, R. L., & Zins, J. E. (2020). External Approach to Buccal Fat Excision in Facelift: Anatomy and Technique. *Aesthetic Surgery Journal*. 41(5), 527-534.

Stuzin, J. M., Wagstrom, L., Kawamoto, H. K., Baker, T. J., & Wolfe, A. (1990). The Anatomy and Clinical Applications of the Oral Fat Pad James M. Stuzin. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 85(1), 29–37.

Tapia, A., Ruiz-de-Erenchun, R., & Rengifo, M. (2006). Combined approach for facial contour restoration: treatment of malar and cheeks areas during rhytidectomy. *Plast. Reconst. Surg.*, 1218(2), 491–501.

Tart, R.P., Kotzur, I.M., Mancuso A.A., Glantz M.S.; Mukherji S.K. (1995). CT and MR imaging of the buccal space and buccal space masses. *Radiographics*. 15(3), 531-550.

Thomas, M.K., D’Silva, J.A., Borole, A.J. (2012). Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian J. Plast. Surg*, 45(1), 122-127.

- Tostevin, P. M. J., & Ellis, H. (1995). The buccal pad of fat: A review. *Clinical Anatomy*, 8(6), 403–406.
- Van Zyla, A.W., Bunn, B. K. (2012). Clinical features of oral cancer. *SADJ*. 67(10), 566-569.
- Varghese, B.T., Sebastian, P., Abraham, E, K, Mathews, A. (2003). Pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space. *World J SurgOncol*. 1(2), 1-3
- Vieira, G. M., Jorge, F. D., Franco, E. J., Dias, L. D. C.; Guimarães, M. D. C. M., Oliveira, L. A. (2019). Lesions of the Parotid Gland and Buccal Artery After Buccal Fat Pad Reduction. *J Craniofacial Surgery*, 30(3), 790-792.
- Ye, W., Song, Y., Hu, J., Zhanq, C., Zhanq, Z. (2014). Use of the buccal fat pad in the immediate reconstruction of palatal defects related to cancer surgery with postoperative radiation therapy. *Journal Oral and Maxillofacial Surgery*. 72(12), 2613-2620.
- Yousuf, S., Tubbs, R.S., Wartmann, C.T., Kapos, T., Cohen-Gadol, A.A., Loukas, M. A (2010), Review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surg Radiol Anat*, 32(5), 427-436.
- Thomas, M.K., D’Silva, J.A., Borole, A.J. (2012). Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of ro face. *Indian J. Plast. Surg*, 45(1), 122-127
- Toshiro Y, Nariai Y, Takamura Y, et al. (2013). Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction. *Int. J. Oral Maxillofac Surg*. 42(5), 604-610
- Tomassi, M.H. (2013). Diagnóstico em patologia bucal. Rio de Janeiro: Elsevier
- Van Zyla, A.W., Bunn, B. K. (2012). Clinical features of oral cancer. *SADJ*. 67(10), 566-569.
- Varghese, B.T., Sebastian, P., Abraham, E, K, Mathews, A. (2003). Pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space. *World J SurgOncol*. 1(2), 1-3

Vieira, G. M., Jorge, F. D., Franco, E. J., Dias, L. D. C.; Guimarães, M. D. C. M., Oliveira, L. A. (2019). Lesions of the Parotid Gland and Buccal Artery After Buccal Fat Pad Reduction. *J Craniofacial Surgery*, 30(3), 790-792.

Ye, W., Song, Y., Hu, J., Zhanq, C., Zhanq, Z. (2014). Use of the buccal fat pad in the immediate reconstruction of palatal defects related to cancer surgery with postoperative radiation therapy. *Journal Oral and Maxillofacial Surgery*. 72(12), 2613-2620.

Yousuf, S., Tubbs, R.S., Wartmann, C.T., Kapos, T., Cohen-Gadol, A.A., Loukas, M. A (2010), Review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surg Radiol Anat*, 32(5), 427-436.

Zhang HM, Yan YP, Qi KM, Wang JQ, Liu ZF. (2002). Anatomical structure of the buccal fat pad and its clinical adaptations. *Plast ReconstrSurg*. 109(7), 2509-2518.

Zhang, M. et al. (2015). Application of buccal fat pads in pack palate relaxing incisions on maxillary growth: a clinical study. *International Journal Clinical Experimental Medicine*, 8(2), 2689-2692.

V. ANEXOS

Anexo I

Autorização para o uso das imagens retiradas do artigo “The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction” Kim et al., 2017.



Seong-Gon Kim

para Eu

23 de jun. 00:12



Dear Dr. Rayza

Thank you for your kind asking. You can use our illustration if you indicate its origin in your article.

Best regards

Seong-Gon Kim, DDS, PhD, Professor, Editor-in-Chief

Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery

Department of Oral and Maxillofacial Surgery

Gangneung-Wonju National University

Gangneung, Korea

Anexo II

Autorização para o uso das imagens retiradas do artigo “The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects”

← **Re: Assunto: The endonasal endoscopic harvest and anatomy of the buccal fat pad flap for closure of skull base defects**

Eu 3/8/21

Enviado do Yahoo Mail no
Android



Visualizar mensagem



El-Sayed, Ivan

para Eu

3 de ago. 02:44



hello

sorry I meant to get back to you. I am fine with that, but you may need to request for permission directly from the journal. If you go to their website, it looks like they will give you a quick quote. Since this is a thesis, it looks like it is free for the laryngoscope and World neurosurgery articles. I have attached the pdf articles for you.

Sincerely,
Ivan (see below)

Anexo III

Autorização para o uso das imagens fotográficas da cirurgia de bichectomia cedidas pelo paciente.

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGENS

Declaro, para os devidos efeitos legais, que autorizo a utilização das fotografias e imagens captadas durante a cirurgia de Bichectomia.

Mais declaro expressamente, que as referidas imagens e fotografias poderão ser utilizadas no âmbito da tese de mestrado da aluna Rayza Anne Oliveira de Queiroz renunciando desde já a quaisquer direitos ou compensação que desta utilização possa eventualmente resultar.

As fotografias poderão ser reproduzidas parcialmente, em qualquer suporte (papel, digital, magnético, tecido, plástico, etc.) e integradas em qualquer outro material (fotografia, desenho, ilustração, pintura, vídeo, animação, etc.) conhecido ou que venha a existir.

As imagens captadas em vídeo poderão, de igual modo, ser utilizadas para qualquer fim publicitário, decorrente da ação da Instituição.

Por ser verdade, e por nada haver a obstar, esta declaração vai ser assinada por mim, -

Local _____ e data: Porto, 16 de
Agosto de 2021 Assinatura:
_____ Cidriane da Silva

BI/CC nº: FS 198600 (panaparte)

Anexo IV

Autorização para o uso das imagens fotográficas da cirurgia de bichectomia cedidas pelo paciente.

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGENS

Declaro, para os devidos efeitos legais, que autorizo a utilização das fotografias e imagens captadas durante a cirurgia de bichectomia.

Mais declaro expressamente, que as referidas imagens e fotografias poderão ser utilizadas no âmbito da tese de mestrado da aluna renunciando desde já a quaisquer direitos ou compensação que desta utilização possa eventualmente resultar.

As fotografias poderão ser reproduzidas parcialmente, em qualquer suporte (papel, digital, magnético, tecido, plástico, etc.) e integradas em qualquer outro material (fotografia, desenho, ilustração, pintura, vídeo, animação, etc.) conhecido ou que venha a existir.

Por ser verdade, e por nada haver a obstar, esta declaração vai ser assinada por mim, -

Local e data: Porto, 21 de junho de 2021

Assinatura: Marco Paulo Diniz de Moura

RG nº: 5660263

Anexo V

Autorização para o uso das imagens fotográficas da cirurgia de bichectomia cedidas pelo paciente.

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGENS

Declaro, para os devidos efeitos legais, que autorizo a utilização das fotografias e imagens captadas durante a cirurgia de bichectomia.

Mais declaro expressamente, que as referidas imagens e fotografias poderão ser utilizadas no âmbito da tese de mestrado da aluna renunciando desde já a quaisquer direitos ou compensação que desta utilização possa eventualmente resultar.

As fotografias poderão ser reproduzidas parcialmente, em qualquer suporte (papel, digital, magnético, tecido, plástico, etc.) e integradas em qualquer outro material (fotografia, desenho, ilustração, pintura, vídeo, animação, etc.) conhecido ou que venha a existir.

Por ser verdade, e por nada haver a obstar, esta declaração vai ser assinada por mim, -

Local e data: Porto, 06 de Abril de 2021

Assinatura: [assinatura]

RG/nº: 32.162.945 0 244.
CC

