

Exérese da bola de bichat em infante: relato de caso

Extraction of bichat ball in infant: case report

Extracción de la bola de bichat en un bebé: reporte de un caso

Recebido: 18/02/2021 | Revisado: 26/02/2021 | Aceito: 01/03/2021 | Publicado: 08/03/2021

Marina Gonçalves de Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5319-8151>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: andrade-mga@hotmail.com

Jeoval Severino de Freitas Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9965-7202>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: jeovalneto@hotmail.com

Priscila Lins Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4519-0835>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: aaguiar.priscila@gmail.com

Tháisa Tamires Fortaleza Spinelli de Freitas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4099-8568>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: thaisa.spinelli@hotmail.com

Lucas Viana Silva Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5818-1575>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: lucaaschin@gmail.com

Luiz Fernando Alves de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5515-3261>
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: luizlimafernando@hotmail.com

Hugo Franklin Lima de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5073-2096>
Centro Universitário CESMAC, Brasil
E-mail: hugobmf@outlook.com

Resumo

Introdução: O corpo adiposo bucal é uma massa especializada composta por tecido adiposo. É uma estrutura profunda ao músculo bucinador, entretanto em crianças esse órgão pode extruir para a cavidade bucal, caracterizando uma entidade clínica chamada de herniação do corpo adiposo bucal. O presente estudo objetiva relatar um caso de paciente pediátrico com prolapso do coxim adiposo bucal após trauma. **Relato de Caso:** Participante do sexo masculino, 06 meses de idade, vítima de queda da própria altura, admitido no serviço de emergência de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de um hospital público, apresentando ferimento em cavidade oral. Não houve síncope e êmese após o trauma, sem patologias de base, uso crônico de medicamentos ou alergias. Não ocorreram sangramentos ou alterações de comportamento. Houve o prolapso do corpo adiposo bucal após 6 horas do trauma contuso. Ao exame físico apresentava contornos ósseos preservados em terço superior e médio de face, ausência de crepitação ou edema em ossos próprios nasais e ausência de ferimentos em face. Ao exame intra-oral, foi notada lesão de coloração amarelo-avermelhada, semelhante a gordura, inserida em mucosa jugal direita, de consistência macia. A terapêutica adotada foi a excisão do coxim adiposo sob anestesia local. **Discussão:** Após 18 meses do procedimento, participante se encontra sem assimetria e a mãe informou que não houve complicações na amamentação durante esse período. **Conclusão:** O presente caso corroborou com a literatura em seus aspectos clínicos, etiológicos e demográficos, sendo tratado através de terapêutica já sedimentada na literatura, demonstrando bom prognóstico.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; Ferimentos e lesões; Tecido adiposo.

Abstract

Introduction: The buccal adipose body is a specialized mass composed of adipose tissue. It is a deep structure to the buccinator muscle, however in children this organ can be extruded into the oral cavity, characterizing a clinical entity called herniation of the buccal adipose body. The present study aims to report a case of prolapse of the oral fat pad after trauma. **Case Report:** Male participant, 6 months old, victim of a fall from his own height, admitted to the emergency service, presenting an injury in the oral cavity. There was no syncope and emesis after the trauma, without underlying pathologies, chronic use of medications or allergies. There were no bleeding or behavior changes. There

was a prolapse of the buccal adipose body after 6 hours of blunt trauma. Physical examination showed preserved bone contours in the upper and middle third of the face, absence of crackling or edema in the nasal bones and absence of facial injuries. On intra-oral examination, a reddish-yellow lesion, similar to fat, was inserted into the right cheek mucosa, with a soft consistency. The adopted therapy was the excision of the fat pad under local anesthesia. Discussion: After 18 months of the procedure, the participant is without asymmetry and the mother reported that there were no complications during breastfeeding during this period. Conclusion: The present case corroborated with the literature in its clinical, etiological and demographic aspects, being treated through therapy already established in the literature, showing a good prognosis.

Keywords: Oral surgery; Wounds and injuries; Adipose tissue.

Resumen

Introducción: El cuerpo adiposo bucal es una masa especializada compuesta por tejido adiposo. Es una estructura profunda del músculo buccinador; sin embargo, en los niños este órgano puede extruirse hacia la cavidad bucal, lo que caracteriza una entidad clínica llamada hernia del cuerpo adiposo bucal. El presente estudio tiene como objetivo reportar un caso de un paciente pediátrico con prolapso de la almohadilla de grasa oral después de un trauma. **Caso clínico:** Participante masculino, 6 meses de edad, víctima de una caída desde su propia altura, ingresado en el servicio de urgencias de un hospital público, presentando una lesión en la cavidad bucal. Hubo un prolapso del cuerpo adiposo bucal después de 6 horas de traumatismo cerrado. El examen físico mostró contornos óseos conservados en el tercio superior y medio de la cara, ausencia de crepitaciones o edemas en los huesos nasales y ausencia de lesiones faciales. En el examen intraoral se insertó una lesión de color amarillo rojizo, similar a la grasa, en la mucosa de la mejilla derecha, de consistencia blanda. La terapia adoptada fue la escisión de la almohadilla de grasa con anestesia local. **Discusión:** Luego de 18 meses del procedimiento, la participante se encuentra sin asimetría y la madre informó que no hubo complicaciones durante la lactancia durante este período. **Conclusión:** El presente caso se corroboró con la literatura en sus aspectos clínicos, etiológicos y demográficos, siendo tratado mediante terapias ya establecidas en la literatura, mostrando un buen pronóstico.

Palabras clave: Cirugía oral; Heridas y lesiones; Tejido adiposo.

1. Introdução

Primeiramente descrito por Heister em 1732, o corpo adiposo bucal (CAB) foi denominado de “glandular molar”, sendo caracterizado posteriormente por Bichat em 1802, o qual denominou essa estrutura como “Bola de Bichat” (Ferreira, Aita, Cerqueira, Daniel & Iwaki Filho, 2011; Magro Filho, Garbin Junior, Ribeiro Junior & Felipetti, 2010; Agrawal, Dahal & Khadka, 2013). O corpo adiposo bucal é uma massa especializada, composta por tecido adiposo que se distingue da gordura subcutânea e pode ser classificada como uma sissarcose (Ferreira, Aita, Cerqueira, Daniel & Iwaki Filho, 2011). Topograficamente encontra-se no espaço mastigatório, lateralmente ao músculo bucinador e o ramo mandibular, separando os músculos mastigadores uns dos outros, bem como do arco zigomático e ramo mandibular. É constituído de um corpo principal e quatro processos, sendo eles: bucal, pterigoideo, pterigopalatino e temporal. Essas estruturas são envolvidas por uma tênue cápsula fibrosa, que nos infantes, previne o prolapso da estrutura durante os movimentos de sucção. Em adultos o corpo adiposo bucal melhora a motilidade intermuscular e possui importante função no contorno facial (Samman, Cheung & Tideman, 1993; Calvet, Castro, Agostinho & Bastos, 2014; Gadipelly, Sudheer, Neshangi, Harsha & Reddy, 2015; Parise & Tassara, 2016).

A anatomia do corpo adiposo é complexa, composto por um corpo principal e quatro processos. O corpo principal localiza-se sob o periósteo que envolve o aspecto posterior da maxila, limitado pela fossa pterigopalatina e pelos músculos bucinador e masseter. Na borda anterior do músculo masseter, o ducto parotídeo se relaciona intimamente com corpo adiposo, adentrando ao músculo bucinador, antes de desembocar na cavidade oral (Calvet, Castro, Agostinho & Bastos, 2014; Tideman, Bosanquet & Scott, 1986; Farias, Cândia & Barros, 1986).

A extensão bucal do corpo adiposo bucal repousa na fásia bucofaríngea, se estende supero-medialmente através da fissura pterigomaxilar em direção a fossa pterigopalatina (Tideman, Bosanquet & Scott, 1986).

Já a extensão temporal, considerada a maior, perpassa superiormente abaixo do arco zigomático e do plano temporal. É dividido em duas porções, uma mais larga e superficial, percorrendo direção supero-posterior entre a fásia do temporal e o

músculo temporal. A extensão temporal é o único processo do corpo adiposo bucal que não pode ser separado facilmente dos outros planos teciduais (Tideman, Bosanquet & Scott, 1986).

Profundamente aos tendões do músculo temporal, a extensão pterigomandibular do corpo adiposo bucal cursa posteriormente delimitada pela superfície medial do ramo mandibular, músculo pterigoideo medial, músculo pterigoideo lateral e finalmente penetrando na porção profunda da glândula parótida. Esse processo cerca o nervo alveolar inferior e lingual e as veias alveolares inferiores (Tideman, Bosanquet & Scott, 1986).

A nutrição do corpo adiposo bucal é dada por três arteriais principais, sendo: ramos bucal e temporal profundo, ramificações da artéria maxilar, artéria transversa da face, ramificação da artéria temporal superficial e artérias menores originadas da artéria facial (Tideman, Bosanquet & Scott, 1986).

Apesar do CAB ser um órgão profundo ao músculo bucinador, em crianças e neonatos essa estrutura pode ser prolapsada para a cavidade bucal, caracterizando uma entidade clínica incomum, chamada de herniação do corpo adiposo bucal. É definida pelo aparecimento abrupto de uma massa pedunculada, macia e de coloração variável após o trauma dentro da cavidade oral. Lesões puntiformes ou contusas através do músculo e da fáscia do bucinador podem levar a uma extrusão acentuada do corpo adiposo bucal, herniando-o para a cavidade oral (Khadilkar, Goyal & Gauba, 2018). Diante disto, o seguinte trabalho relata um caso de paciente pediátrico com prolapso do coxim adiposo bucal após trauma.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso de característica qualitativa e descritiva. De acordo com Pereira et al. (2018), pesquisas desta natureza caracterizam-se por elucidar um determinado assunto e estudá-lo minuciosamente. A investigação consta descrições das análises clínicas, bem como a terapêutica empregada e subsequente prognóstico do paciente acometido pela herniação do coxim adiposo bucal. O presente estudo foi realizado com base nos preceitos e princípios éticos da Declaração de Helsinque (Associação Médica Mundial, 1964) e efetivado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável.

3. Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 06 meses de idade, vítima de queda da própria altura enquanto engatinhava, foi admitido no serviço de emergência de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de um hospital público da cidade do Recife/PE, apresentando ferimento em cavidade oral.

Na anamnese, a genitora informou que não houve síncope e êmese após o trauma, negou patologias de base, uso crônico de medicamentos e alergias. Relatou que o bebê engatinhava quando escorregou e colidiu a face contra o chão. No momento do trauma não houve sangramento ou alterações de comportamento, bem como nenhuma alteração em cavidade oral. Após 6 horas do ocorrido, durante o ato da amamentação a mãe observou a presença de corpo estranho na mucosa jugal. No atendimento inicial o paciente encontrava-se eupneico, normocorado, tônus muscular normal, choro consolável, respondendo ao nome e interagindo adequadamente.

Ao exame físico apresentava contornos ósseos preservados em terço superior e médio de face, ausência de crepitação ou edema em OPN, ausência de ferimentos em face. Já durante o exame intra-oral, foi visto lesão de coloração amarelo-avermelhada, semelhante a gordura, inserida em mucosa jugal direita, de consistência macia (Figura 1) e ausência de sangramento, edema ou equimose em cavidade oral. Pelas características observadas e história clínica, se chegou ao diagnóstico de prolapso do coxim adiposo bucal. Foi adotado o tratamento por a excisão do coxim sob anestesia local.

Figura 1 - Aspecto intraoral da herniação do CAB – Coloração amarelada, lobulada e vascularizada em região de mucosa jugal direita.



Fonte: Autores (2021).

Primeiramente realizada anestesia local com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 infiltrada em mucosa jugal, a excisão do coxim adiposo com auxílio da pinça halsted mosquito e sutura com fio de Poliglactina 910 3.0 (Figura 2). Após o procedimento, foi prescrito analgésico durante 02 dias, e não foi contraindicado amamentar nas horas seguintes.

Figura 2 – Exérese da herniação do CAB - Infiltração com anestésico local, exérese do corpo adiposo e síntese do defeito com Poliglactina 910 3.0.



Fonte: Autores (2021).

Após 18 meses do procedimento, paciente se encontra sem assimetria e a mãe informou que não houve complicações na amamentação durante esse período.

4. Discussão

O fenômeno de herniação do corpo adiposo foi descrito primariamente por Mirecki e colaboradores em 1964, seguido por Clawson e colaboradores em 1968 e Brooke e MacGregor em 1969 (Khadilkar, Goyal & Gauba, 2018). Apesar dos relatos datarem mais de 60 anos, Khadilkar e colaboradores (2018) encontraram somente 59 casos relatados desde a primeira descrição realizada por Mirecki. Sendo assim, uma entidade clínica bastante rara e de frequência incomum (Singhal & Sagar, 2010).

Apesar do corpo adiposo bucal possuir volume variável, sua dimensão tende a ser maior em neonatos e infantes (Samman, Cheung & Tideman, 1993; Zipfel, Street, Gibson & Wood, 1996). O corpo principal e o processo bucal podem corresponder a 50% do seu volume total, que é em média de 10 ml, com espessura média de 6 mm e peso médio de 9,3g (Tideman, Bosanquet & Scott, 1986; Ferreira, Aita, Cerqueira, Daniel & Iwaki Filho, 2011; Calvet, Castro, Agostinho & Bastos, 2014).

Pelo fato da extensão bucal do corpo adiposo ser menos profunda, recoberta apenas pelo músculo e fásia do bucinador, a perfuração através de traumas penetrantes ou corto-contusos podem ser um fator etiológico preponderante para a ocorrência da herniação do corpo adiposo bucal (Khadilkar, Goyal & Gauba, 2018).

A idade do participante corrobora com a literatura, a qual demonstra, demograficamente, que a idade dos pacientes transita em torno de quatro meses a doze anos, sem predileção por sexo. As características clínicas mais comuns da bola de bichat são coloração amarela ou avermelhada, de formato irregular em região de mucosa jugal com ou sem sialorreia associada. De acordo com a literatura, as dimensões da massa adiposa variam entre 1 cm x 0,5 cm até 4 cm x 2cm² (Kim, Alfafara, Kim & Kim, 2017).

A ocorrência quase que exclusivamente dessa injúria em crianças é dada por uma série de razões, sendo as principais: maior volume do corpo adiposo bucal em infantes, bem como maior propensão a experiências de traumas penetrantes com corpos estranhos pela introdução de objetos na boca (Zipfel, Street, Gibson & Wood, 1996; Rathi, Dahake, Thakre & Pawade, 2012). Esse fato converge com as fases de desenvolvimento psico-cognitivas descritas por Freud como a fase oral (Zornig, 2008) e por Piaget como a fase sensório-motora (Proffit, Fields & Sarver, 2007). Além disso, a atividade de sucção em neonatos e infantes promove uma herniação do corpo adiposo bucal através do defeito (Agrawal, Dahal & Khadka, 2013; Iehara, Tomoyasu, Nakajima, Osamura & Hosoi, 2016; Kim, Alfafara, Kim & Kim, 2017).

O que pode justificar a herniação neste caso é o ato de sucção durante a amamentação, já que a progenitora nega alterações na cavidade oral do bebê imediatamente após o trauma. Relatado por Agrawal et al. (2013), a herniação do corpo adiposo bucal usualmente é imediata, entretanto pode ocorrer horas após a injúria. Somado a isso, Matarasso (1997) sugere que um defeito ou fraqueza na fásia parotidomassetérica pode predispor a região a herniações do corpo adiposo.

O diagnóstico é dado pela história atual e pelo exame físico. Na maioria dos casos, há uma história de trauma recente seguida de exposição do corpo adiposo bucal na cavidade oral (Zipfel, Street, Gibson & Wood, 1996; Desai, Vanaki, Puranik & Thanuja, 2005).

Avaliação completa em crianças que sofreram traumas faciais pode ser difícil, principalmente pela não colaboração. Essa dificuldade contribui para uma imprecisa avaliação física e da história progressa. Em adição a isso, médicos emergencistas, especialmente aqueles sem experiência clínica, possuem a tendência de subnotificar traumas intra-orais, aumentando o subdiagnóstico (Kim, Alfafara, Kim & Kim, 2017).

O diagnóstico diferencial da herniação do corpo adiposo bucal inclui: hiperplasia inflamatória, neuroma traumático, lipoma, hemangioma e neoplasias salivares (Zipfel, Street, Gibson & Wood, 1996; Singhal & Sagar, 2010).

Geralmente uma história de trauma prévio, a ausência da massa antes do acidente, local anatômico específico e a aparência semelhante a tecido adiposo são parâmetros que servem como diferencial para o diagnóstico de herniação do corpo adiposo bucal (Desai, Vanaki, Puranik & Thanuja, 2005). Por conta dessas características e evidências notáveis, como a história de trauma prévio na região e aspecto macroscópico semelhante a gordura, o diagnóstico do presente caso foi dado através das informações colhidas pela anamnese e pelo exame clínico, sem necessidade de exame histopatológico.

A terapêutica pode ser realizada por meio do reposicionamento da herniação ou excisão da massa e fechamento primário, além da preservação e observação. Frequentemente a excisão é o método de escolha quando há ocorrência de necrose tecidual. Atenção deve ser dada para a verificação da integridade do ducto parotídeo, o qual está em íntimo contato com a

extensão bucal (Haria, Kidner & Shepherd, 1991; Zipfel, Street, Gibson & Wood, 1996; Rathi, Dahake, Thakre & Pawade, 2012; Kim, Alfafara, Kim & Kim, 2017). O tratamento de escolha foi a excisão cirúrgica com fechamento primária da ferida. Medida terapêutica essa que demonstrou bom prognóstico.

Alguns autores afirmam que a remoção de largas porções do corpo adiposo bucal pode gerar mudanças estéticas faciais, especialmente no contorno das bochechas (Haria, Kidner & Shepherd, 1991). Em contraposição a isso, o caso não desenvolveu nenhuma anomalia estética ou assimetria facial no decorrer dos 18 meses de proervação. Esse fato decorreu da exposição mínima do coxim e excisão conservadora da massa extruída. Além disso, o caso corrobora com o estudo realizado por Bennett e colaboradores (2017) no qual foi avaliado o uso da extensão bucal do corpo adiposo em reconstruções de pacientes fissurados e a ocorrência de deformidades faciais e resultados anti-estéticos. Após 6 anos de acompanhamento não foram notadas perdas volumétricas significativas das bochechas com o uso do corpo adiposo bucal pedunculado. Isso provavelmente se deve ao uso restrito apenas da extensão bucal e corpo principal da bola de bichat, de modo que as demais extensões ainda proporcionam um arcabouço para a projeção da bochecha. Em adição, a literatura relata que a exérese do corpo adiposo (lipectomia) para finalidades estéticas possuem efeitos mínimos ou transitórios sobre a projeção da bochecha (Bennett, Thurston, Vercler, Kasten & Buchman, 2017).

A biopsia excisional relatada em vários artigos demonstra que as peças histológicas são compostas por tecido adiposo (Haria, Kidner & Shepherd, 1991; Zipfel, Street, Gibson & Wood, 1996; Desai, Vanaki, Puranik & Thanuja, 2005; Singhal & Sagar, 2010; Rathi, Dahake, Thakre & Pawade, 2012; Agrawal, Dahal & Khadka, 2013; Gadipelly, Sudheer, Neshangi, Harsha & Reddy, 2015; Kim, Alfafara, Kim & Kim, 2017), sendo histologicamente o corpo adiposo bucal caracterizado como um tecido adiposo maduro, lobulado e circunscrito, envolvido por um estroma de tecido conectivo, sem atipias ou revestimento epitelial, com um espectro de infiltrado inflamatório (Agrawal, Dahal & Khadka, 2013).

5. Conclusão

Após revisão do estado da arte e observação do caso, constata-se que a extrusão do coxim adiposo bucal ocorre principalmente em infantes, por consequência de traumas contusos ou penetrantes com mínimas sequelas quando tratadas de imediato. O presente caso corroborou com estudos prévios em seus aspectos clínicos, etiológicos e demográficos, sendo tratado através de terapêutica já sedimentada na literatura, demonstrando bom prognóstico, sem alterações funcionais ou estéticas após acompanhamento de 18 meses. Estudos futuros são necessários a fim de avaliar, estética e funcionalmente, as repercussões da exérese do corpo adiposo bucal em longo prazo.

Referências

- Agrawal, N. K., Dahal, S. & Khadka, R. (2013). Surgical removal of traumatic herniation of buccal fat pad in young children. *Kathmandu Univ Med J*, 11(3), 247-250.
- Associação Médica Mundial. (1964). Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos. *18ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial*, (p. 6). Helsinque - Finlândia.
- Bennett, K. G., Thurston, T. E., Vercler, C. J., Kasten, S. J. & Buchman, S. R. (2017). Harvesting the buccal fat pad does not result in aesthetic deformity in cleft patients: a retrospective analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 140(2), 362-368.
- Calvet, M. V., Castro, B. R., Agostinho, C. N. & Bastos E. G. (2014). Fechamento De Comunicação Buco-Antral Com Bola Adiposa De Bichat : Revisão De Literatura E Relato De Caso. *Rec Ciênc Saúde*, 16(2), 106-111.
- Desai, R. S., Vanaki, S. S., Puranik, R. S. & Thanuja, R. (2005). Traumatic herniation of buccal fat pad (traumatic pseudolipoma) in a 4-year-old boy: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*, 63, 1033-1034.
- Farias, J. G., Cândia, A. V. & Barros, L. F. (2015). Fechamento de fístula bucosinusal utilizando o corpo adiposo bucal - Técnica convencional x técnica do túnel - Relato de casos clínicos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, 15(3), 25-30.

- Ferreira, G. Z., Aita, T. G., Cerqueira, G. F., Daniel, A. N. & Iwaki Filho, L. (2011). Tratamento da fístula bucosinusal pela técnica do retalho pediculado do corpo adiposo bucal: relato de caso. *Arq Odontol*, 47(3), 162-169.
- Gadipelly, S., Sudheer, M. V., Neshangi, S., Harsha, G. & Reddy, V. (2015). Traumatic herniation of buccal fat pad in 1 year old child: case report and review of literature. *J Maxillofac Oral Surg*, 14, 435-437.
- Haria, S., Kidner, G. & Shepherd, J. P. (1991). Traumatic herniation of the buccal fat pad into the oral cavity. *Int J Paediatr Dent*, 1(1), 159-162.
- Iehara, T., Tomayasu, C., Nakajima, H., Osamura, T. & Hosoi, H. (2016). Traumatic herniation of the buccal fat pad. *Pediatric Int*, 58(7), 613-615.
- Khadilkar, A. S., Goyal, A. & Gauba, K. (2018). The enigma of "Traumatic pseudolipoma/ Traumatic herniation of buccal fat pad": a systematic review and new classification system of post traumatic craniofacial fatty masses. *J Oral Maxillofac Surg*, 76(6), 1267-1278.
- Kim, S. Y., Alfafara, A., Kim, J. W. & Kim, S. J. (2017). Traumatic buccal fat pad herniation in young children: a systemic review and case report. *J Oral Maxillofac Surg*, 76(6), 1926-1931.
- Magro Filho, O., Garbin Junior, E. A., Ribeiro Junior, P. D. & Felipetti, F. A. (2010). Fechamento de fístula buco-sinusal usando tecido adiposo bucal. *Rev Odontol Bras Central*, 19(50), 275-279.
- Matarasso, A. (1997). Pseudoherniation of the buccal fat pad: a new clinical syndrome. *Plast Reconstr Surg.*, 100(3), 723-730.
- Parise, G. K. & Tassara, L. F. (2016). Tratamento Cirúrgico e Medicamentoso das Comunicações Buco-Sinusais: Uma Revisão da Literatura. 40(149), 153-162.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Proffit, W. R., Fields, H. W. & Sarver, D. M. (2007). Conceitos de Crescimento e Desenvolvimento. In W. R. PROFFIT, H. W. FIELDS, & D. M. SARVER, *Ortodontia Contemporânea* (3 ed., p. 63). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Rathi, N. V., Dahake, P. T., Thakre, K. & Pawade, S. S. (2012). Traumatic pseudo-lipoma in 3-year-old child. *Contemp Clin Dent*, 3(4), 487-490.
- Samman, N., Cheung, L. K. & Tideman, H. (1993). The buccal fat pad in oral reconstruction. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 22, 2-6.
- Singhal, M. & Sagar, S. (2010). Post traumatic buccal fat pad injury in a child: a missed entity in ER. *Oman Med J*, 25(3), 1-3.
- Tideman, H., Bosanquet, A. & Scott, J. (1986). Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 44, 435-440.
- Zipfel, T. E., Street, D. F., Gibson, W. S. & Wood, W. E. (1996). Traumatic herniation of the buccal fat pad: a report of two cases and a review of the literature. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 38, 175-179.
- Zornig, S. M. (2008). Considerations on children's current sexual theories. *Psicol Estud*, 13(1), 73-77.