

Bichectomia: uma revisão narrativa da literatura

Bichectomy: a narrative review of the literature

Bichectomía: una revisión narrativa de la literatura

Recebido: 28/06/2023 | Revisado: 06/07/2023 | Aceitado: 07/07/2023 | Publicado: 11/07/2023

Eliane Fernandez Lacava Voltani

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5755-1906>
Faculdades Unidas do Norte Minas, Brasil
E-mail: eli.voltani@gmail.com

Roberto Teruo Suguihara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2302-2427>
Faculdade de Odontologia da APCD, Brasil
E-mail: rtsugui@gmail.com

Daniella Pilon Muknicka

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6791-7719>
Universidade Santo Amaro, Brasil
E-mail: muknicka@icloud.com

Resumo

A bichectomia é um procedimento cirúrgico intraoral que envolve a remoção parcial ou total do corpo adiposo de Bichat, também conhecido como Bola de Bichat, que é uma camada de gordura localizada nas bochechas, entre o músculo bucinador e os músculos superficiais da face. Essa cirurgia tem como objetivo melhorar a estética facial e, em alguns casos, proporcionar benefícios funcionais. Quando realizada por um profissional capacitado, a bichectomia é considerada um procedimento relativamente simples. No entanto, complicações mais graves podem ocorrer, como edema, hematoma, infecções faciais, lesão do ducto da glândula parótida e até mesmo paralisia facial. Os resultados da bichectomia podem ser observados após cerca de seis meses, quando o inchaço do tecido subcutâneo é completamente absorvido. Esse procedimento é procurado tanto por razões estéticas, visando afinar o rosto e melhorar a harmonia facial, quanto por motivos funcionais, quando o excesso de gordura na região das bochechas causa lesões traumáticas devido a mordidas frequentes. Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura existente sobre aspectos importantes da técnica da cirurgia de bichectomia.

Palavras-chave: Face; Rejuvenescimento; Cirurgia bucal.

Abstract

Bichectomy is an intraoral surgical procedure that involves partial or total removal of the Bichat fat pad, also known as Bichat ball, which is a layer of fat located on the cheeks, between the buccinator muscle and the superficial muscles of the face. This surgery aims to improve facial aesthetics and, in some cases, provide functional benefits. When performed by a trained professional, bichectomy is considered a relatively simple procedure. However, more serious complications can occur, such as edema, hematoma, facial infections, parotid gland duct injury and even facial paralysis. The results of the bichectomy can be observed after about six months, when the subcutaneous tissue swelling is completely absorbed. This procedure is sought both for aesthetic reasons, aimed at slimming the face and improving facial harmony, and for functional reasons, when excess fat in the cheek area causes traumatic injuries due to frequent biting. This work aims to review the existing literature on important aspects of the bichectomy surgery technique.

Keywords: Face; Rejuvenation; Surgery, oral.

Resumen

La bichectomía es un procedimiento quirúrgico intraoral que consiste en la extirpación parcial o total de la bolsa de grasa de Bichat, también conocida como bola de Bichat, que es una capa de grasa ubicada en las mejillas, entre el músculo buccinador y los músculos superficiales de la cara. Esta cirugía tiene como objetivo mejorar la estética facial y, en algunos casos, aportar beneficios funcionales. Cuando la realiza un profesional capacitado, la bichectomía se considera un procedimiento relativamente simple. Sin embargo, pueden presentarse complicaciones más graves, como edema, hematoma, infecciones faciales, lesión del conducto de la glándula parótida e incluso parálisis facial. Los resultados de la bichectomía se pueden observar después de unos seis meses, cuando la hinchazón del tejido subcutáneo se absorbe por completo. Este procedimiento se busca tanto por motivos estéticos, encaminados a adelgazar el rostro y mejorar la armonía facial, como por motivos funcionales, cuando el exceso de grasa en la zona de las mejillas provoca lesiones traumáticas por mordeduras frecuentes. Este trabajo tiene como objetivo revisar la literatura existente sobre aspectos importantes de la técnica quirúrgica de la bichectomía.

Palabras clave: Cara; Rejuvenecimiento; Cirugía bucal.

1. Introdução

A bichectomia é um procedimento cirúrgico específico dentro da área de cirurgia bucal que visa a remoção parcial ou total da Bola de Bichat, um corpo adiposo localizado nas bochechas. Esse procedimento está inserido no contexto da harmonização orofacial, que engloba uma série de intervenções estéticas na região da face, incluindo a boca, os dentes e as estruturas faciais adjacentes (Gomes et al., 2022).

A bichectomia, como parte da harmonização orofacial, tem como objetivo promover a estética facial, afinando o rosto e realçando suas características. Através dessa cirurgia, é possível obter um contorno facial mais definido, resultando em uma aparência rejuvenescida e harmoniosa. No campo da cirurgia bucal, a bichectomia tem ganhado destaque devido à sua popularidade e demanda crescente por parte dos pacientes. É fundamental que os profissionais que realizam esse procedimento possuam habilidades técnicas adequadas, conhecimento anatômico preciso e estejam atualizados em relação às melhores práticas e avanços nessa área (Pelissaro et al., 2021).

Ao combinar a cirurgia bucal com a estética facial, a bichectomia se torna uma opção valiosa para aqueles que desejam melhorar sua aparência e autoestima. No entanto, é importante ressaltar que, como qualquer intervenção cirúrgica, a bichectomia apresenta riscos e complicações potenciais, tornando essencial uma avaliação criteriosa do paciente, bem como uma discussão completa sobre os benefícios, os riscos e as expectativas do procedimento (Alvarez & Siqueira, 2018; Rodrigues et al., 2021).

O objetivo deste trabalho é analisar e discutir os resultados e as implicações da bichectomia como parte da harmonização orofacial, focando em seus efeitos estéticos e sua aplicação dentro da cirurgia bucal. Pretendemos investigar a eficácia desse procedimento em promover o afinamento facial e realçar as características do rosto, além de avaliar as complicações potenciais associadas a essa cirurgia. A justificativa para este estudo reside na crescente demanda por procedimentos estéticos na área da odontologia, com a bichectomia ganhando destaque como uma opção viável para aprimorar a estética facial. Entender os benefícios e os riscos dessa intervenção é essencial para proporcionar aos pacientes informações claras e embasadas.

2. Metodologia

Essa pesquisa trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de acordo com as especificações de Rother, 2007. A coleta de dados ocorreu nas bases PubMed, LILACS e Scielo, indicando no campo de pesquisa os seguintes descritores: "Face", "Rejuvenescimento" e "Cirurgia bucal".

Para a pesquisa avançada, correlacionando os termos, os operadores booleanos <and> e <or> foram utilizados. Não houve restrição para o tipo de literatura a ser inserido nas referências. A análise para seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer metodologia de pesquisa.

3. Resultados e Discussão

A bola de gordura de Bichat (BGB) foi inicialmente descrita em 1732 por Heister como uma estrutura glandular chamada de "glândula molar". Posteriormente, em 1802, Marie François Xavier Bichat, médico, anatomista e biólogo, em seu trabalho de anatomia geral, denominaram essa estrutura como tecido adiposo e deu seu sobrenome a ela, tornando-se conhecida como Bola de Gordura de Bichat (Kopeć & Wierzbicka, 2013; Neves, 2019; Nunes, 2015). Em 1977, Egyedi descreveu a técnica de fechamento de comunicações oroantrais utilizando a gordura de Bichat pediculada. Nas últimas três décadas, diversos autores têm utilizado a gordura de Bichat para o fechamento de comunicações oroantrais de diferentes etiologias, sejam elas agudas, crônicas ou recorrentes (Faria et al., 2018).

Vários autores afirmam que a bichectomia é um procedimento cirúrgico que tem como objetivo a ressecção parcial do corpo adiposo de Bichat, ou seja, que corresponde a aproximadamente 40% do volume dessa estrutura adiposa (Stuzin et al., 1990). Esta técnica cirúrgica tem sido amplamente indicada para fins estéticos, tornando-se uma tendência mundial, principalmente entre as mulheres. Segundo dados da ISAPS de 2015, o Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos.

Devido ao fato de o procedimento ter popularizado no país, especialmente após liberação do Conselho Federal de Odontologia para a realização pelos cirurgiões-dentistas (CFO, 2019), torna-se necessário o estudo mais aprofundado do tema. Sangalette et al., 2017, afirmam que há uma polêmica no meio médico-odontológico, a respeito de qual profissional estaria mais capacitado para realizar o procedimento de Bichectomia, pois ambos estão inseridos em uma linha de atuação que, mesmo com várias discussões em âmbito jurídico, ainda assim não foi possível sanar as lacunas acerca da competência de cada um. Tanto a Medicina quanto a Odontologia possuem limites anatômicos de atuação tornando extremamente complicado definir apenas um profissional para a realização deste procedimento. De acordo com os Conselhos Federais de Medicina e Odontologia, o cirurgião-dentista, está dentro de sua delimitação ao realizar tal técnica para fins estético-funcionais e o médico, especialista em cirurgia plástica, para fins somente estéticos.

Segundo Stuzin e colaboradores, 1990, a formação da BGB inicia-se, aproximadamente, aos 3 meses de vida intrauterina. Os lóbulos tendem a se formar ao redor do plexo venoso que conecta as veias orbitais com as veias superficiais da face. Uma vez bem definida, esta área é encapsulada e cresce rapidamente. O crescimento dá-se através do aumento do número de lóbulos, da formação de novas células adiposas e do crescimento de cada célula individualmente. A formação dos lóbulos cessa por volta do fim do quinto mês intrauterino e a formação de células está, normalmente, completa antes do nascimento. Na infância tem como principal função neutralizar a pressão negativa durante a sucção, já na fase adulta melhora a motilidade muscular, separa os músculos da mastigação uns dos outros, protege e amortece os ramos neuro vasculares contendo ainda uma rica rede venosa por meio do plexo pterigóideo.

A anatomia facial, segundo Madeira (2001), é composta por um estudo da arquitetura e forma das estruturas presentes nessa região, sendo a última dependente de fatores gerais de variação, como sexo, idade, biotipo, estado de nutrição, grupo racial e fatores individuais que são específicos de cada indivíduo, como contorno incomum ou tamanho exagerado de um órgão, trajeto incomum de uma artéria ou raiz supranumerária. Os autores relatam que a bola de Bichat é uma massa esférica de gordura, encapsulada por uma fina camada de tecido conjuntivo, situada externamente ao músculo bucinador e a frente da margem anterior do músculo masseter. É uma formação anatômica alongada, semelhante ao cone de sorvete, sendo que a bola na extremidade superficial e o cone a extensão mais profunda.

Marzano, 2005, relatam que o tecido adiposo bucal fica abaixo do ducto parotídeo, anterior ao músculo masseter e profundamente ao músculo bucinador. Ele continua superiormente sob o arco zigomático até o plano temporal próximo à mandíbula. A BGB está relacionada com os músculos da mastigação e posicionada entre a região anterior do músculo masseter e bucinador, onde acomoda um espaço de atrição chamado Sissarcose, fisiologicamente necessário durante o período de amamentação. O BGB também está ligado com o ramo bucal e zigomático do nervo facial, sendo necessário ter muita cautela com o manejo cirúrgico para evitar uma paralisia facial (Sangalette et al., 2017).

O ducto parotídeo é uma estrutura importante, o qual atravessa a superfície lateral da BGB quando este penetra na bochecha. A artéria e veia facial têm origem em um mesmo plano que a BGB e delimitam o prolongamento da gordura da bochecha no paciente. Um pacote de gordura temporal superficial ganha suporte sanguíneo da artéria temporal média e ramo da artéria superficial (Nicolich & Montenegro, 1997; Lima & Souza, 2016)

A BGB é inervada pelos ramos bucal e zigomático do nervo facial, e, internamente, pelo nervo bucal. A irrigação é dada pelas artérias temporais superficiais, ramo bucal da artéria maxilar e artéria e veia faciais. É uma estrutura com excelente aporte sanguíneo, o que minimiza o risco de necrose nesta região (El Sobrinho & Ventura, 2018).

Segundo Borgonovo et al. (2012), a bola de Bichat é composta por 3 zonas: anterior, média e posterior. A porção posterior possui extensão para os espaços bucal, pterigoide, pterigopalatino e temporal adjacentes. A zona central encontra-se no espaço mastigatório, entre o músculo bucinador e a borda anterior do músculo masseter, coberta por uma fina cápsula; encontra-se superior ao ducto da parótida e estende-se em direção ao maxilar superior e posterior e anteriormente ao vestibulo bucal, sendo limitada pelos vasos faciais (Jain et al., 2012).

A extensão bucal da BGB encontra-se superficialmente na bochecha, mais especificamente sobre a fáscia bucofaringiana que delinea a superfície externa do músculo bucinador, contribuindo para a formação do contorno da face. A extensão temporal é estendida sob o arco zigomático no sentido do plano temporal onde se divide em duas partes: um maior e superficial, que se estende superiormente entre a fáscia temporal e a superfície do músculo temporal; e uma porção mais profunda, que é mais fina e passa entre as fibras superficiais e profundas do músculo temporal até o espaço temporal. Dessa forma, a extensão temporal é considerada a única que não é separada facilmente dos seus tecidos adjacentes (Tiderman et al., 1986).

Profundamente sob os tendões do músculo temporal é encontrada a extensão pterigopalatina da bola de Bichat, que se estende em direção à fossa pterigopalatina e fissura orbital inferior. O músculo pterigoide é um prolongamento posterior, que é comumente encontrado no espaço pterigomandibular, sendo vascularizado por feixes neurovasculares e pelo nervo lingual. O tamanho do pterigoide e extensão temporal são inconsistentes, mas são geralmente menores do que a zona central e a extensão bucal. Cabe salientar que cada processo possui a sua própria cápsula e está conectado a estruturas adjacentes por meio de ligamentos (Jain et al., 2012).

Faria e colaboradores, 2018, mostram em suas pesquisas que o coxim adiposo de Bichat tem espessura de 6 mm e peso médio de 9,3 g na maioria dos casos. Normalmente há uma leve diferença de peso (0,51 g em média) entre os lados direito e esquerdo. Quanto ao tamanho da bola de Bichat, esta varia de acordo com o grau de adiposidade do paciente, ou seja, a extensão bucal é o maior segmento com peso de 30 a 40%, o corpo é visivelmente menor com 25% do peso total, a extensão pterigoide é de aproximadamente 20% e os membros temporais superficial e profundo são instáveis, mas geralmente menores que o corpo e a extensão bucal.

Do ponto de vista histológico, a bola de Bichat se diferencia do tecido adiposo subcutâneo, sendo similar à gordura do olho, ou seja, independente do peso e da distribuição de gordura no corpo do indivíduo, o seu tamanho se mantém constante. Além disso, é importante salientar que a bola de Bichat possui seu próprio mecanismo de lipólise, de forma que nem a idade e nem o sexo do paciente possuem interferência nesse tecido (Poeschl et al., 2009).

Nos últimos anos tem crescido cada vez mais a busca pelo padrão de beleza perfeito. Isso se deve, principalmente, pela superexposição da mídia impondo conceitos de beleza. Assim, tem-se buscado uma face com contornos definidos, finos e malar proeminentes, formando a base do triângulo invertido da juventude (Thomas et al., 2012). Shoja et al., 2008, descrevem que o procedimento reduz em um terço o volume médio da face, o que pode melhorar a condição funcional dos pacientes operados, além de promover estética facial. Stevão, 2015, indica que esse procedimento cirúrgico somente pode ser realizado após os dezoito anos, em pessoas aptos fisicamente e conscientes dos reais objetivos e resultados da técnica da Bichectomia. Nunes et al. (2018), indicaram que a bichectomia só poderá ser realizado após o crescimento completo da face, sendo que a idade recomendada é entre 20 e 45 anos, tanto por motivo funcional e/ou estético.

Para Matarasso (1991), a Bichectomia vem sendo indicada esteticamente às pessoas que estão insatisfeitas com o volume aumentado das bochechas e com objetivo q de melhorar a harmonia facial. Stevão (2015), afirma que a bichectomia

pode ser indicada com finalidade estética e funcional. Nos casos funcionais os pacientes apresentam um volume aumentado de gordura causando lesões traumáticas devido a mordidas frequentes na mucosa jugal da boca. Nos casos estéticos os pacientes apresentam o terço médio da face mais proeminente do que o osso zigomático, conferindo-lhes uma face redonda e aparência infantilizada. Dessa forma, a excisão da bola de Bichat pode realçar o contorno facial, afinar o rosto do paciente e definir os contornos faciais. Além do rosto arredondado, o autor considera como indicação estética destes procedimentos os casos de assimetria da face em tecido mole, zigoma proeminente, melhora da autoestima.

Lima e Souza (2016), indicam a cirurgia de bichectomia para as pessoas que estão insatisfeitas com o volume aumentado das bochechas, além disso, é indicado para pessoas que têm o hábito de morder internamente as bochechas gerando constantes hiperplasias, aftas e sangramento causando desconforto ao paciente. Nesse sentido, a Bichectomia é uma técnica que visa à remoção do corpo adiposo da bochecha, podendo ser realizada tanto para fins estéticos quanto funcionais.

Segundo Thomas et al. (2012), o profissional que irá executar o procedimento deve estar ciente que o tratamento da harmonização facial através da remoção da bola de Bichat é limitado, sendo que os melhores resultados são em casos de zigomas projetados. Nunes (2015), indicou que como consequência deste procedimento cirúrgico, o terço inferior da face torna-se mais delgado, deixando o rosto harmônico e atraente, ou seja, pré maxila e malar mais proeminentes, e parte inferior da face mais fina. Em virtude desta alteração estética facial, muitos pacientes procuram esta intervenção justamente por conta deste efeito estético. Nos homens, os efeitos observados são o delineamento mandibular caracterizando um rosto mais masculinizado, já em mulheres o efeito blush tende a tornar o rosto mais sensual.

Sangalette e colaboradores (2017), relata que o enfoque estético da Bichectomia entrou rapidamente no campo da cirurgia plástica, pelo fato da melhora da harmonia facial. Além dessa indicação, essa técnica cirúrgica também tem objetivo de reduzir os traumatismos crônicos mastigatórios nas mucosas jugais decorrentes de volume da bochecha, que podem induzir a formação de lesões patológicas inclusive neoplasias. Desse modo, tal indicação cirúrgica não se estende única e exclusivamente a razões estéticas, sendo considerado um procedimento estético-funcional do aparelho mastigatório.

Neves (2019), indica a bichectomia para pessoas que têm hábitos orais como morder a bochecha voluntária ou involuntariamente, para fechamento de fístula buco sinusal e para casos de fins estéticos. De acordo com Stuzin e colaboradores (1990), o corpo adiposo maxilar pode ser utilizado para na reconstrução de defeitos causados por tumores, no fechamento de fístulas na cavidade oral e ainda e casos pode para cobrir o enxerto ósseo no aumento da crista alveolar, melhorando assim, a região com defeito para implantes dentais. Para Monteiro e colaboradores, 2018, o coxim adiposo de Bichat também é uma opção para o tratamento de diversos defeitos intraorais, apresentando altas taxas de sucesso em diversas aplicações clínicas tais como: o fechamento da fístula oroantral, ruptura da membrana Schneideriana, manejo dos tecidos moles e duros, tratamento da periimplantite, com repercussões funcionais e estéticas.

Segundo Stevão (2015), o cirurgião-dentista responsável por realizar a cirurgia deve avaliar o formato do rosto do paciente para saber se o procedimento é ou não uma indicação. Normalmente, faces alongadas naturalmente não necessitam de cirurgia. Além disso, as condições ou fatores impedem a realização da bichectomia, são as mesmas de qualquer cirurgia eletiva tais como pacientes que fazem radioterapia e quimioterapia, infecções locais, pacientes cardiopatas severos, imunossupressão, coagulopatia, pacientes com problemas hepáticos e renais graves, mulheres grávidas, pacientes acima do peso. Para os pacientes com sobrepeso, a bichectomia não é indicada porque dificilmente o resultado será satisfatório. O ideal é emagrecer e, após esta etapa, se o rosto continuar naturalmente mais volumoso, realizar o procedimento cirúrgico.

Segundo Matarasso (2006), é necessário a avaliação da face mensurando da distância entre os ângulos da mandíbula. Se a distância entre os malaras for maior que a dos ângulos da mandíbula a bichectomia isoladamente não atenderá as expectativas dos pacientes. A hipertrofia do músculo masseter também pode causar desarmonia no volume posterior da

bochecha e assim a bichectomia também não trará resultados satisfatório uma vez que a cirurgia irá realçar ainda mais o ângulo da mandíbula.

A remoção de parte da bola de Bichat vem se popularizando como procedimento estético para alcance de um rosto bem delineado, conforme salientado no estudo de Matarasso (2006), onde relata que o objetivo da excisão da gordura da BGB é atingir uma estética facial melhorada com contornos que destacam a angularidade das características esqueléticas faciais.

Porém, alguns autores relatam que a remoção da bola de Bichat realizada isoladamente pode produzir um efeito muito sutil na estética facial, podendo-se obter melhores resultados estéticos quando em associação com outros tratamentos, como a utilização de preenchimentos na região zigomática (Jackson, 2003). A bichectomia é um procedimento cirúrgico estético-funcional realizado por um médico ou cirurgião-dentista e pode ser feita no próprio consultório sob anestesia local. A finalidade dessa cirurgia é para reduzir o volume das bochechas, através da remoção bolas de Bichat.

É importante ressaltar que a escolha da técnica a ser utilizada depende do caso específico e da avaliação do cirurgião, levando em consideração fatores como anatomia do paciente, suas expectativas e as habilidades do profissional. Há poucos estudos na literatura descrevendo a técnica de Bichectomia intraoral, sendo o principal deles o estudo publicado por Matarasso, 2006 (Alvarez & Siqueira, 2018). Essa técnica apresenta riscos, devido à proximidade ao nervo facial, e sendo mais traumática e invasiva devido o extenso acesso. Segundo a literatura, o método mais seguro é realizar uma incisão intra-oral.

Segundo estudo realizado por Fagan (2012), a técnica de incisão para acesso à bola de Bichat pode ser realizada de três métodos: incisão no fundo de sulco superior; o método de Matarasso, onde a incisão é sobre a membrana 9 da mucosa bucal 1 cm abaixo do ducto da Glândula Parótida e o método de Stuzin, onde a incisão é realizada posteriormente ao ducto parotídeo. A maioria dos autores acreditam que o método de Stuzin permite um rápido acesso à BGB.

Lima e Souza, 2016, descrevem a técnica de Stuzin onde o acesso à BGB é feito por uma pequena incisão após o ducto parotídeo, com um comprimento não superior a 2 mm no tecido mole mais inferiormente e posteriormente do pilar do zigomático, com cuidado de visualizar o orifício do ducto de Stenon. Em seguida é feita uma dissecação sem corte com uma tesoura romba ou pinça hemostática na bola de gordura que está localizada sob o arco zigomático, estendendo-se até a região mais anterior da bochecha. A pinça hemostática longa e fina é inserida profundamente na área e a gordura é comprimida e puxada suavemente. Pouco a pouco, toda a almofada de gordura é puxada para fora com a ajuda de outra pinça hemostática até o pedículo ser visualizado. Neste ponto, o pedículo pode ser cortado e a almofada de gordura fica livre. Além disso, um pequeno aspirador pode ser inserido na área para limpar qualquer parte da gordura deixada para trás. Quando a fásia da bola não é rompida, é possível remover toda a estrutura em apenas uma peça. Na maioria das vezes, um ponto simples é realizado para fechar a incisão e a cirurgia é completada.

No método de Matarasso (2006), a incisão é feita no fundo do sulco superior sobre a membrana da mucosa bucal, um centímetro abaixo do ducto da glândula parótida. A incisão é feita na mucosa e músculo, aplicando pressão externa sobre a pele na região do coxim adiposo bucal.

Uma pinça é usada para segurar a gordura, enquanto o cirurgião continua a colocar pressão externa na bochecha, manipulando o coxim adiposo na ferida. Sem excesso de tração, parte da gordura que se projeta é pressa e suavemente é retirada até a sua base e então removida. Usa-se eletro cautério e após a incisão é colocada uma gaze embebida em lidocaína e epinefrina na ferida enquanto o lado oposto é operado, o acesso é fechado com uma sutura absorvível e concluindo a cirurgia

Segundo Cordero e colaboradores (2016), para realizar a remoção cirúrgica da bola de Bichat, é feita uma incisão na mucosa vestibular superior. A incisão deve ter horizontalmente 2 cm ser realizada sobre o perióstio e cobertura fascial, prolongando-se numa direção para trás ao longo do segundo molares superiores. A dissecação deve ser realizada através do bucinador e sua fásia envolvente, de forma a remover a primeira camada de tecido adiposo, que é visto com pequenos lóbulos. Mais profundamente a essa primeira cama adiposa, encontra-se a bola de Bichat, cuja cor é mais clara e se projeta para a boca.

A zona central e a extensão bucal são mobilizadas através de dissecação cuidadosa com o objetivo de preservar a cápsula e o plexo vascular. Após remoção da bola de Bichat a ferida operatória terá seu fechamento em primeira intenção que pode ser realizado com a utilização de fio de poliglactina.

Segundo Cordero e colaboradores (2016), após a cirurgia indica-se o uso de antibiótico, anti-inflamatório, analgésicos, além de do uso da clorexidina. O paciente tem que utilizar uma faixa compressora depois do procedimento e continuar usando pelo menos de 15 a 30 dias. Além disso, durante a recuperação é importante ter outros cuidados como aplicar compressas geladas no rosto 3 a 4 vezes por dia por 1 semana, dormir com a cabeceira da cama levantada, fazer uma dieta pastosa durante os primeiros 10 dias, evitar exposição ao sol e esforços físicos. A remoção da BGB por meio de abordagem extraoral, consiste em técnica de acesso externo e é realizada durante o procedimento de lifting facial, que pode ser feita com incisão horizontalmente na borda anterior do masseter a um centímetro abaixo do canto da boca (Kopeć & Wierzbicka, 2013).

Alvarez e Siqueira, (2018), relatam que esse procedimento cirúrgico deve ser indicado de forma correta, e que o conhecimento cirúrgico e anatômico é fundamental para evitar ao máximo complicações que possam ocorrer. Stevão (2015), considera que este procedimento cirúrgico é relativamente simples, de curta duração com anestesia local em ambiente ambulatorial. Porém, podem ocorrer complicações comumente relacionadas como edema e hematomas, além de complicações de maior complexidade, entre elas: hemorragias, infecções faciais, lesão do ducto da glândula parótida e lesão do nervo facial podendo ocasionar paralisia facial temporária ou definitiva. Cabe, ainda, ao cirurgião responsável informar ao paciente que será submetido a este procedimento os riscos potenciais, as possíveis complicações, além da irreversibilidade da técnica.

Faria et al. (2018), citam que entre as complicações mais frequentes relacionadas ao procedimento destaca-se lesão do ducto de Stenon e do ramo bucal do nervo facial, que provocam, respectivamente, sialocele/fístulas salivares e paralisia bucal temporária ou definitiva. Pode ainda ocorrer hematoma, assimetria facial e infecções pós-operatórias. Os resultados podem ser efetivamente vistos depois de quatro a seis meses quando o edema de partes moles é definitivamente reabsorvido.

Porto, Nazer e Piazza (2020), mencionaram ser importante relatar os riscos e complicações associados a Bichectomia devido a complexa relação com algumas estruturas faciais. A cirurgia pode causar hematomas, trismo, abscesso por contaminação, além de lesionar facilmente órgãos importantes, como o ducto parotídeo que se encontra lateralmente ao tecido adiposo e ramos terminais do nervo facial. O nervo facial (VII par craniano) é muito importante e suas fibras motoras inervam os músculos da face responsáveis pela mímica facial. Assim, o cirurgião ao realizar o procedimento de Bichectomia, deve-se precaver para não causar injúrias aos ramos terminais do nervo (zigomático e bucal), pois se lesionados, pode causar uma paralisia temporária ou permanente.

Para Nicolich e Montenegro (1997), as complicações mais comuns que podem ocorrer seriam: hematoma por vaso não coagulado ou falta de compressão no pós-operatório; abscesso, que pode surgir no segundo ou terceiro dia, em decorrência de contaminação da cavidade oral, podendo ser tratado com antibioticoprofilaxia, parestesia transitória ou definitiva temporário devido à tração dos ramos bucal e zigomático do nervo facial e trismo temporário devido à abertura excessiva da mandíbula (Nicolich & Montenegro, 1997).

Sangalette et al. (2017), relatam que apesar do procedimento cirúrgico aparentar relativa facilidade de execução, há muitas possibilidades de ocorrerem acidentes trans operatórios e complicações pós-operatórias de graves consequências e de difícil resolução por parte de profissionais sem o devido preparo, ou até mesmo por profissionais devidamente capacitados de reconhecida experiência e formação técnica no assunto.

4. Considerações Finais

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se concluir que a bichectomia é um procedimento que desperta interesse tanto na comunidade acadêmica e científica quanto na mídia, devido aos resultados estéticos satisfatórios que podem

ser alcançados. No entanto, é importante ressaltar que, apesar de ser considerada uma cirurgia de execução relativamente fácil, ela não está isenta de riscos e complicações. É crucial que os profissionais que realizam a bichectomia possuam habilidades adequadas na técnica escolhida e ajam em conformidade com as exigências legais.

Além disso, é essencial que discutam de forma clara e completa com os pacientes os riscos envolvidos no procedimento, tanto os acidentes transoperatórios como as complicações pós-operatórias. Ao levar em consideração esses aspectos, os resultados da bichectomia podem contribuir significativamente para melhorar a qualidade de vida das pessoas, proporcionando melhorias estéticas e, em alguns casos, benefícios funcionais. No entanto, é importante que os pacientes estejam bem-informados e conscientes dos riscos e benefícios antes de decidirem pela realização desse procedimento.

Para futuros trabalhos na área, sugere-se a realização de estudos que aprofundem os aspectos técnicos da bichectomia, investigando diferentes técnicas cirúrgicas e comparando seus resultados em termos de eficácia, segurança e recuperação pós-operatória. Além disso, seria interessante analisar os impactos psicológicos e emocionais da bichectomia nos pacientes, avaliando sua satisfação e qualidade de vida após o procedimento. Estudos de acompanhamento a longo prazo também poderiam ser conduzidos para verificar a estabilidade dos resultados e possíveis complicações tardias.

Adicionalmente, seria relevante explorar abordagens multidisciplinares, envolvendo profissionais de diferentes áreas, como cirurgiões plásticos, dentistas e psicólogos, a fim de obter uma visão abrangente e integrada sobre os aspectos relacionados à bichectomia. Essas investigações contribuiriam para o avanço do conhecimento nessa área e proporcionariam informações mais completas para profissionais de saúde e pacientes, auxiliando-os na tomada de decisão sobre a realização desse procedimento.

Referências

- Alvarez, S. G., & Siqueira, E. J. (2018). Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 33(1), 74-81.
- Borgonovo, A., et al. (2012). Surgical options in oroantral fistula treatment. *Open Dental Journal*, 6, 91-98.
- Conselho Federal Odontologia. (2019). *Resolução 198/2019: reconhece a harmonização orofacial como especialidade odontológica, e dá outras providências*. Brasília: Conselho Federal de Odontologia.
- Cordero, G. B., et al. (2016). Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: literature review. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 67(2), 107-113.
- El Sobrinho, J. M., & Ventura, M. L. S. (2018). *Bichectomia estético-funcional*. In T. P. Barros & J. P. Ferrão Jr. (Orgs.), *Atualidade em Harmonização Orofacial*. Ribeirão Preto: Livraria e Editora Tota.
- Fagan, J. (2012). Buccal fat pad flap. *Open access atlas of otolaryngology, head & Neck operative surgery*.
- Faria, C. A. D. C., Dias, R. C. S., Campos, A. C., Daher, J. C., Costa, R. S. C., & Barcelos, L. D. P. (2018). Bichectomy and its contribution to facial harmony. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 33(4), 446-452.
- Gomes, S. S., Gomes, A. V. S. F., Pereira, R. do N., Alencar, R. D. de, Rodrigues, T. A., Alves, L. M. R., Ericeira, F. T., Silva, V. G. S., Araújo, A. C. B., & Ferreira, G. L. C. (2022). Trans and postoperative complications associated with bichectomy surgery in clinical practice. *Research, Society and Development*, 11(16), e485111638475.
- Jackson, I. T. (2003). Buccal fat pad removal. *Aesthetic Surgery Journal*, 23(6), 484-485.
- Jain, C., et al. (2012). Pedicled buccal fat pad in the management of oroantral fistula: a clinical study of 15 cases. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 1025-1029.
- Kopeć, T., & Wierzbicka, M. (2013). Lesões do ducto de Szyfyer W Stensen: o papel de sialendoscopia e botulina adjuvante. *Wideochirurgia i inne techniki maloinwazyjne*, 8(2), 112-116.
- Lima, A. M., & Souza, R. D. (2016). *Bichectomia: relato de série de casos*. Tiradentes: Universidade Tiradentes.
- Madeira, M. (2001). *Anatomia da Face: bases anatomofuncionais para prática odontológica* (4a ed.).
- Marzano, U. G. (2005). Lorenz Heister's "molar gland". *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(5), 1389-1393.
- 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 Surgery Journal*, 26(3), 330-336.
- Monteiro, 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. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 19(7), 888-894.
- Neves, N. A. (2019). Bichectomia: indicações e contraindicações. Monografia de Conclusão de Curso em Odontologia. Universidade de Taubaté.
- Nicolich, F., & Montenegro, C. (1997). Extracción de La bola de Bichat: Uma operação simples com surpreendentes resultados. *Folia Dermatológica Peruana*, 8(1), 1-5.
- Nunes, E. L. (2015). *Atualidades em Harmonização Orofacial*. Aula Faculdade São Leopoldo Mandic. Material de apoio ao curso de especialização em HOF. Santa Catarina: Marília.
- Nunes, E. L., Sobrinho, J. M., & Ventura, M. L. S. (2018). *Bichectomia estético-funcional*. In Barros, T. P., & Ferrão, J. R. J. P. (Orgs.), *Atualidade em Harmonização Orofacial* (pp. 246-293). Ribeirão Preto: Livraria e Editora Tota.
- Pelissaro, G. S., Silva, T. F. R. G. da, Herculano, A. B. de S., Santos, M. E. S. dos, Oliveira, B. C., Silva, J. C. L. da, Marion, J. J. de C., Faverani, L. P., Sandim, G. B., Souza, A. S. de, & Jardim, E. C. G. (2021). Kinesio tape for edema control after bichectomy: A randomized trial study. *Research, Society and Development*, 10(5), e33610514983.
- Poeschl, P. W., et al. (2009). Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 67(7), 1460-1666.
- Porto, L. B., Nazer, M. B., & Piazza, J. L. (2020). Relação Anatômica da Bola de Bichat com Ramos Terminais do Nervo Facial. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 20(4), 12-15.
- Rodrigues, L. G., Souza, J. B. de, Goulart, D. R., Franco, A., Dias, P. E. M., & Silva, R. F. (2021). Orofacial harmonization: analysis of Dentists' knowledge about clinical risks and legal and ethical aspects in the practice of rhinomodeling and bichectomy. *Research, Society and Development*, 10(2), e0610212246.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm*, 20(2).
- Sangalette, B. S., Toledo, G. L., Toledo, F. L., Vieira, L. V., & Graziela. (2017). *Bichectomia: uma visão crítica*. In 17º Congresso de Iniciação Científica (pp. 146-148). Marília: Santa Catarina.
- Shoja, M. M., et al. (2008). Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. *Annals of Anatomy*, 190(5), 413-420.
- Stevão, E. L. L. (2015). Bichectomy or Bichatectomy - A small and simple intraoral surgical procedure with great facial results. *Advances in Dentistry & Oral Health*, 1(1), 001-004.
- Stuzin, M. J., et al. (1990). The anatomy and clinical applications of the Buccal Fat Pad. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 85, 23-37.
- Thomas, M. K., D'Silva, J. A., & Borole, A. J. (2012). Facial sculpting: Comprehensive approach for aesthetic correction of round face. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 45(1), 122-127.
- Tiderman, H., Bosanquet, A., & Scott, J. (1986). Use the buccal fat pad as a pedicled graft. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 44(6), 435-440.