

Lipectomia bucal: relato de complicação cirúrgica mediata

Oral lipectomy: mediate surgical complication report

Lipectomía oral: informe de complicación quirúrgica media

Recebido: 30/09/2020 | Revisado: 01/10/2020 | Aceito: 03/10/2020 | Publicado: 05/10/2020

Luiz Carlos Alves Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1905-352X>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: luizcarlosalvesjunior@outlook.com

Bruno Bezerra de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4285-5694>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: brunoodontologia@gmail.com

Victor Luiz Barbosa Zacarias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3305-7949>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: victor.luiz@live.com

Adriano Rocha Germano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1661-8083>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: adrianogermanoufrn@yahoo.com.br

Resumo

O coxim adiposo bucal é descrito como um tecido gorduroso localizado na face e a sua remoção é conhecida como lipectomia bucal ou bichectomia, podendo ser indicada com finalidade estética e funcional. Esse trabalho tem como objetivo relatar um caso de complicação mediata após a lipectomia bucal. Paciente, 33 anos, sexo feminino, buscou tratamento por apresentar morsicatio bilateral. Foi realizada cirurgia de lipectomia bucal e após três horas do fim do procedimento, a paciente relatou edema na face desproporcional e unilateral direito, com presença de dor leve e latejante, havendo evidente formação de hematoma periorbitário e equimose no olho direito. A paciente necessitou de nova intervenção para explorar a ferida, necessitando de drenagem do hematoma, seguida de manobras de compressão e cauterização com bisturi elétrico monopolar. Diante da estabilização do sangramento, a paciente foi

orientada a fazer uso de antibiótico, bem como controlar a dor com analgésicos e crioterapia, sendo monitorada diariamente até que a regressão do edema fosse evidente. O hematoma regrediu com 30 dias, não havendo prejuízo funcional e estético. A cirurgia de lipectomia bucal deve ser realizada por um profissional qualificado com experiência em ambiente ambulatorial e hospitalar, com capacidade de intervir precocemente nas possíveis intercorrências, minimizando a possibilidade de evolução para complicações mais significativas.

Palavras-chave: Hematoma; Lipectomia; Cirurgia bucal.

Abstract

The buccal fat pad described as a fatty tissue located on the face and its removal is known as buccal lipectomy or bichectomy, and may be indicated as aesthetic and functional purpose. A 33-year-old female patient sought treatment because of bilateral morsicatio. Oral lipectomy surgery was performed and after three hours of the procedure, one patient reported disproportionate and unilateral facial edema, with presence of mild and late pain, having shown periorbital hematoma training and right eye bruising. One patient required further intervention to explore a wound requiring hematoma drainage, followed by pressure maneuvers and cauterization with a monopolar electric scalpel. In view of the stabilization of the bleeding, the patient was instructed to use antibiotics, as well as control pain with analgesics and cryotherapy, being monitored daily until the return of edema was evident. The hematoma was recorded at 30 days without functional and aesthetic impairment. Oral lipectomy surgery should be performed by a qualified professional with experience in an outpatient and hospital environment, with the ability to intervene early on possible complications, minimizing the possibility of progression to more significant complications.

Keywords: Hematoma; Lipectomy; Oral surgery.

Resumen

La almohadilla de grasa oral se describe como un tejido graso ubicado en la cara y su extirpación se conoce como lipectomía oral o bichectomía, que puede estar indicada con fines estéticos y funcionales. Este trabajo tiene como objetivo reportar un caso de complicación mediada tras una lipectomía oral. Una paciente de 33 años buscó tratamiento por tener morsicatio bilateral. Se realizó cirugía de lipectomía oral y tres horas después de finalizado el procedimiento, la paciente refirió edema en la cara derecha desproporcionada y unilateral, con presencia de dolor leve y pulsátil, con evidente formación de hematoma periorbitario y hematoma en ojo derecho. El paciente requirió una nueva intervención para explorar la herida, requiriendo drenaje del

hematoma, seguido de maniobras de compresión y cauterización con bisturí eléctrico monopolar. Ante la estabilización del sangrado, se instruyó a la paciente a utilizar antibióticos, así como a controlar el dolor con analgésicos y crioterapia, siendo monitorizada diariamente hasta que se evidencie la regresión del edema. El hematoma retrocedió a los 30 días, sin deterioro funcional ni estético. La cirugía de lipectomía oral debe ser realizada por un profesional cualificado y con experiencia en el ámbito ambulatorio y hospitalario, con capacidad para intervenir precozmente en las posibles complicaciones, minimizando la posibilidad de progresar a complicaciones más importantes.

Palabras clave: Hematoma; Lipectomía; Cirugía bucal.

1. Introdução

O Coxim adiposo bucal (CAB), descrito por Bichat em 1802 refere-se a um tecido gorduroso superficial localizado na face (Yousuf et al, 2009). O CAB é uma massa gordurosa resistente a lipólise que mesmo durante emagrecimento severo persiste no rosto do paciente, inclusive naqueles com baixos índices de gordura corpórea (Kim & Sasidaran, 2017). O CAB é encontrado no espaço bucal ligado medialmente pelo músculo bucinador, antero-lateralmente pelos músculos da mimica facial e posteriormente pela glândula parótida (Cohen, Fireman, Hewett, & Saad, 2017). O CAB atua no movimento intermuscular e na proteção dos feixes neurovasculares, circundando-os, também devolve volume, contorno e harmonia a face sendo bastante utilizado como enxerto autógeno para correção de deformidades faciais (Mannelli, Arcuri, Comini, Valente, & Spinelli, 2019).

Os ramos bucais do nervo facial tem uma íntima relação com o CAB, 73,7% destes ramos cruzam superficialmente a gordura e em 26,3% dois ramos passam pela extensão bucal. O ducto da parótida cruza superficialmente a extensão bucal do CAB em 42,1% dos casos, 26,3% cruzam profundamente à extensão bucal e 31,6% cruzam ao longo da borda superior (Hwang, K., Cho H. J., Battuvshin, D., Chung I. H. & Hwang, S. H. 2005).

A remoção do CAB é conhecida como lipectomia bucal ou bichectomia, é praticamente direta, descrito na literatura como sendo uma incisão na mucosa bucal com divulsão do músculo bucinador (Kruglikov et al., 2016). As técnicas cirúrgicas relacionadas ao CAB são referidas na literatura com uma alta taxa de sucesso, cerca de 96%. O sucesso do procedimento pode estar associado ao excelente suprimento sanguíneo da região, fácil mobilização e morbidade mínima (Mannelli et al. 2019). A taxa de complicação do procedimento é de 8,45%, sendo mais frequentes os edemas, hematomas, infecções e lesão dos vasos faciais (Kluppel, Marcos,

Shimizu, Silva, & Silva, 2018); Moura, Spin, Spin-Neto, & Pereira-Filho, 2018). Esse trabalho tem como objetivo relatar um caso de complicação mediata de lipectomia bucal e discutir prováveis fatores que determinaram esse evento, bem como as condutas adotadas no manejo desta intercorrência.

2. Metodologia

Este trabalho trata-se de um relato de caso, descritivo e qualitativo de uma complicação cirúrgica mediata após a realização de lipectomia bucal ou bichectomia, com finalidade estética e funcional. Desta forma, refere-se a uma descrição de um assunto específico, detalhando-o de forma eficaz de maneira a evidenciar suas nuances e qualificar sua relevância, além de descrever um fenômeno que possui características especiais ou diferenciais que o tira do padrão de normalidade (Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka, 2018). Este estudo de caso foi realizado como parte de uma pesquisa submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Central do Campus da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo aprovado sob número do parecer: 3.305.761. A paciente envolvida recebeu informações por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinou a autorização para utilização de conteúdo fotográfico e para realização do procedimento cirúrgico.

3. Relato de Caso

Uma paciente de 33 anos, sexo feminino, compareceu o Setor de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com queixa estética e funcional, devido a uma face arredondada e referir mordidas frequentes na mucosa jugal, respectivamente. Paciente ASA I, sem alergias a medicamentos, oclusão funcional, com boa higiene bucal e ausência de terceiros molares. No exame físico facial apresentava boa projeção antero-posterior de osso zigomático, braquifacial e face arredondada, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Fotografia frontal e 3/4 direita e esquerda no pré-operatório, demonstrando boa projeção antero-posterior de osso zigomático, braquifacial e face arredondada.



Fonte: Autores, (2020).

Como preparo para a cirurgia foi prescrito uma profilaxia antibiótica com Amoxicilina 1g via oral, Dexametasona 8mg e Paracetamol 500mg para controle de dor e edema, uma hora antes do procedimento.

Realizou-se a anestesia do nervo alveolar superior posterior bilateral com um tubete de mepivacaína 2% com 1:100.000 de epinefrina e infiltrações na mucosa jugal. A técnica realizada foi em “T” como descrita por Alvarez e Siqueira (2018) por incisão intrabucal (Alvarez & Siqueira, 2018). Não ocorreu intercorrências durante o procedimento cirúrgico. As gorduras removidas foram pesadas, obtendo-se 4,27g do lado esquerdo e 3,80 g do lado direito, com volume aproximado de 4 ml bilateralmente. Como protocolo do serviço, foram utilizadas bandagens com *kinesio-taping* durante 48 horas para comprimir o espaço morto e melhorar a drenagem na região. No pós-operatório foi mantido apenas analgésico. No momento do procedimento não foi percebido nenhum sangramento ativo.

Após as recomendações pós-operatórias a paciente recebeu alta, entretanto com 2 horas após a finalização do procedimento cirúrgico, já sem a compressão da gaze, a paciente relatou aumento de volume em evolução do lado direito da face. Com 3 horas de pós-operatório o inchaço já era considerado desproporcional para o procedimento realizado, associado a dor leve e latejante, com presença de equimose periorbitária, como pode ser observado na figura 2.

Figura 2. Fotografias frontal no pós-operatório mediado. A. Fotografia mostrando hematoma leve na hemi-face direita após duas horas do procedimento cirúrgico; B. Fotografia mostrando o avanço do hematoma na hemi-face direita após três horas do procedimento cirúrgico; C. Fotografia mostrando hematoma envolvendo a região bucal com extensão para a região infra-orbitária e zigomática direita quatro horas após procedimento cirúrgico.



Fonte: Autores, (2020).

Diante de um provável hematoma, foi realizada uma exploração da ferida cirúrgica, do hematoma em formação, seguida de compressão e cauterização com bisturi monopolar. A ferida só foi suturada quando não havia mais sangramento ativo, mas não foi colocado dreno, apenas optou-se em fazer o fechamento parcial da ferida, mantendo algum ponto de drenagem. Devido a presença do hematoma, foi optado em manter o antibiótico por 7 dias e intensificar a analgesia associando um AINES e um analgésico. Uma nova bandagem compressiva foi instalada e a crioterapia mantida por 48 horas.

A paciente permaneceu em acompanhamento diário durante os primeiros 7 dias demonstrando sinais claros de regressão. Após 1 semana, verificou-se que o hematoma e a equimose periorbitária ainda estavam presentes, com melhora significativa da sintomatologia dolorosa, tendo sua total involução com 30 dias. Para a equimose foi prescrito Hirudoid®. A evolução da abertura bucal e dor pela Escala Visual Analógica (EVA) estão descritas na Tabela 1. A evolução fotográfica da complicação pode ser observada na Figura 3.

Tabela 1. Evolução de abertura bucal, EVA (Escala visual analógica de dor) e peso corporal, mostrando que a abertura bucal retornou ao parâmetro pré-operatório com 30 dias, além da mensuração máxima de dor com sete dias.

	Pré-op.	7 dias	30 dias	90 dias
Abertura bucal (mm)	54.1	18.1	52.6	56,8
EVA	0	2	0	0

Fonte: Autores, (2020).

Atualmente a paciente apresenta-se com 3 meses pós-operatório, sem sequelas e com função preservada da mímica facial e de sua capacidade mastigatória.

Figura 3. Fotografias frontal e 3/4 direita e esquerda durante o acompanhamento. A. Fotografia mostrando a presença de hematoma e equimose periorbitária direita presente no sétimo dia pós-operatório; B. Fotografia mostrando a regressão completa do hematoma e equimose periorbitária direita com 30 dias pós-operatório. C. Fotografia mostrando o pós-operatório tardio de 90 dias pós-operatório com regressão total do edema e hematoma, além da melhora estética facial.



Fonte: Autores, (2020).

4. Discussão

Complicações decorrentes da lipectomia bucal não são comumente citadas na literatura, provavelmente devido à subnotificação. Sabe-se que as complicações podem assumir proporções significativas, porém elas são incomuns diante de uma técnica cirúrgica precisa. As complicações associadas à lipectomia bucal, mais comumente publicadas são: os edemas, hematomas, lesões do nervo facial e infecções. Inúmeras abordagens podem ser utilizadas para tratamento dessas complicações, variando desde condutas medicamentosas e o uso de laserterapia, a procedimento cirúrgico como a drenagem (Klüppel et al. 2018).

A complicação mais grave associada a uma lipectomia bucal já descrita na literatura até hoje foi uma hemorragia pós-operatória em que o paciente evoluiu para um choque hipovolêmico, sendo necessário realizar internação hospitalar para embolização da artéria maxilar interna e equilíbrio hemodinâmico (Engdahl, Nassiri, Mina, Drury, & Rosen, 2012). Portanto, é muito importante que os inchaços pós-procedimentos sejam monitorados, já que edemas desproporcionais e unilaterais podem sugerir possíveis formações de hematomas. As primeiras 24 horas são críticas para o desenvolvimento desta complicação. Neste caso, foi possível observar em apenas 3 horas que um sangramento ativo poderia estar ocorrendo.

Outro ponto crucial nesse tipo de complicação é diagnosticar se o sangramento ainda está ativo, alimentando o hematoma ou já foi controlado pelo mecanismo intrínseco de coagulação do indivíduo. Se o hematoma se mantém ao longo dos dias sem regressão ou evolui, provavelmente deve existir um sangramento contínuo que necessitará de medidas para controlar. Após cessadas todas as medidas locais para conter o sangramento, a angiografia é a melhor opção para diagnosticar e acompanhar um sangramento na lipectomia bucal, visto que o acesso cirúrgico da área é restrito e dificultado pelas estruturas anatômicas envolvidas no processo (Engdahl et al., 2012). No nosso caso, como o diagnóstico foi precoce e o hematoma não apresentava gravidade com risco para via área ou choque hipovolêmico, decidiu-se por uma abordagem da ferida, visando encontrar algo que justificasse a evolução do hematoma.

Também deve-se considerar que a vasoconstrição pelo uso dos anestésicos com epinefrina ou similares, podem inicialmente mascarar algum dano em pequenos vasos que são comuns na região e com o passar do tempo o efeito rebote pode favorecer o aparecimento do hematoma, bem como é necessário que os níveis de pressão arterial do paciente estejam devidamente controlados, visando minimizar ainda mais a possibilidade dessa complicação (Malamed, 2005).

O CAB apresenta em média 9,3 gramas e um volume de 9,6 ml, sendo que a parte bucal varia entre 4 a 6 gramas, com variação de 1,5 gramas em cada indivíduo (Matarasso, 1992). Tecnicamente as complicações tendem a aumentar quando grandes volumes de gordura são removidos ou quando é necessária uma dissecação maior para mobilizar o corpo adiposo. Portanto é preciso individualizar cada caso, pois cada anatomia tem suas particularidades e não se deve se prender a números. É preciso lembrar que disseções por túnel, diante de uma incisão intrabucal de pequena dimensão, com difícil visualização requer mais cautela, sobretudo em ambiente ambulatorial, sob anestesia local.

A paralisia facial temporária ou permanente é uma complicação grave que pode ocorrer se houver lesão do nervo facial responsável pela motricidade da musculatura da face (Vieira et al, 2019). Presença de edema, hematomas ou excessiva manipulação cirúrgica também têm sido descritas como complicações (Klüppel et al. 2018). O uso de bisturi elétrico nem sempre é uma boa opção nesse tipo de abordagem, seja no momento da remoção do corpo adiposo, ou até mesmo quando da exploração da ferida cirúrgica no caso de hemorragias. O uso indiscriminado do bisturi monopolar, sobretudo na profundidade da ferida, pode provocar lesões nervosas, visto que a corrente elétrica nesses dispositivos percorre o corpo do paciente para encontrar um eletrodo dispersivo, estando restrito a cauterizações superficiais ou coagulação de vasos amplamente visíveis, dando sempre preferências aos bisturis bi-polares (Trindade, Grazziotin & Grazziotin, 1998). Portanto no caso apresentado, a técnica de remoção não se utilizou de bisturi elétrico, tendo um cuidado especial para soltar o pedículo, devendo ser feito de preferência por divulsão romba. Entretanto, no momento da abordagem da complicação, o uso do bisturi foi utilizado com cautela, evitando coagulação excessiva dentro da ferida, o que permitiu controlar o sangramento, sem déficit nervoso.

Entre as complicações associadas a manipulação do CAB, o hematoma é a complicação mais comum com incidência em 6,2%. Em uma série de 178 casos, foram observados 5 casos (2,8%) de grandes hematomas pós-operatório que necessitaram de intervenção cirúrgica, 3 casos (1,7%) de contusões menores (Khiabani et al, 2014). O hematoma pode evoluir para um abscesso e/ou fibrose, pois esse excesso de sangue precisará ser absorvido pelo organismo, sendo necessário o acompanhamento do paciente em médio prazo, além de instituir compressas mornas e úmidas ou fisioterapia após a primeira semana, caso o hematoma tenha uma regressão lenta ou com características de endurecimento (Han, J. H., Kim, J., Yoon, K. C. & Shin, H. W. 2018)

Com 7 dias de operada, a paciente apresentou abertura interincisal de 18 mm, porém esta limitação de abertura foi melhorada voltando aos parâmetros do pré-operatório após 1 mês,

estes valores pós-operatório são considerados normais para o sexo feminino, segundo Fogaça (Fogaça, 1998).

Considerações Finais

A lipectomia bucal deve ser realizada por um profissional habilitado com capacidade de intervir precocemente nas possíveis complicações ambulatoriais e hospitalares, minimizando a possibilidade de evolução para complicações mais significativas. As complicações associadas a lipectomia bucal devem ser estimuladas a serem relatadas na literatura para melhor esclarecimento da comunidade científica.

Referências

- Alvarez, G. S., & Siqueira, E. J. (2018). Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 33(1), 74-81. doi:10.5935/2177-1235.2018RBCP0011.
- Cohen, S. R., Fireman, E., Hewett, S., & Saad A. (2017). Buccal Fat Pad Augmentation for Facial Rejuvenation. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(6), 1273e–1276e. doi:10.1097/PRS.0000000000003384.
- Engdahl, R., Nassiri, N., Mina, B., Drury, J. & Rosen R. (2012). Superselective microcatheter embolization of hemorrhage after buccal lipectomy. *Aesthetic Plastic Surgery*, 36(3), 742-745. doi:10.1007/s00266-012-9878-1.
- Fogaça, C. L. (1998). Abertura máxima de boca: estudo clínico - método direto. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, 2(12), 27-30.
- Han, J. H., Kim, J., Yoon, K. C. & Shin, H. W. (2018). Treatment of post-traumatic hematoma and fibrosis using hyaluronidase injection. *Archives of craniofacial surgery*, 19(3), 218-221. doi:10.7181/acfs.2017.01396.

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. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 16 (4), 658-660. doi:10.1097/01.scs.0000157019.35407.55.

Khiabani, K., Keyhan, S. O., Varedi, P., Hemmat, S., Razmdideh R. & Hoseini E. (2014). Buccal fat pad lifting: an alternative open technique for malar augmentation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72 (2), 403.e1-15. doi:10.1016/j.joms.2013.10.002.

Kim, J. T., & Sasidaran, R. (2017). Buccal Fat Pad: An Effective Option for Facial Reconstruction and Aesthetic Augmentation. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(6), 1362–1374. doi:10.1007/s00266-017-0962-4.

Kluppel, L., Marcos, R. B., Shimizu, I. T., Silva, M. A. D., & Silva R. D. (2018). Complications associated with the bichectomy surgery. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 66(3), 278–284. doi:10.1590/1981-8637201800030000143488.

Kruglikov, I., Trujillo, O., Kristen, Q., Isac, K., Zorko, J., Fam, M., Okonkwo, K., Mian, A., Thanh, H., Koban, K., Sclafani, A. P., Steinke, H., & Cotofana, S. (2016). The Facial Adipose Tissue: A Revision. *Facial Plastic Surgery*, 32(6), 671–682. doi:10.1055/s-0036-1596046.

Malamed, S. F. (2005). *Manual de anestesia local* (6ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Mannelli, G., Arcuri, F., Comini, L.V., Valente, D., & Spinelli, G. (2019). Buccal Fat Pad: Report of 24 Cases and Literature Review of 1,635 Cases of Oral Defect Reconstruction. *Journal for Oto-rhino-laryngology and its Related Specialties*, 81(1), 24-35. doi:10.1159/000494027.

Matarasso, A. (1992). Buccal fat pad excision: aesthetic improvement of the midface. *Annals of Plastic Surgery*, 28(5), 502-503. doi:10.1097/00000637-199105000-00001.

Moura, L. B., Spin, J. R., Spin-Neto, R., & Pereira-Filho, V. A. (2018). Buccal fat pad removal to improve facial aesthetics: an established technique?. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 23(4), 478-e484. doi:10.4317/medoral.22449.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia do trabalho científico. [e-Book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM. Recuperado de https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_MetodologiaPesquisa-Cientifica.pdf.

Trindade, R. M. M., Grazziotin, R. U., & Grazziotin, R. U. (1998). Eletrocirurgia: sistemas mono e bipolar em cirurgia videolaparoscópica. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 13(3). doi:10.1590/S0102-86501998000300010.

Vieira, G. M, Jorge F. D., Franco, E. J., Dias, L . C., Guimarães, M. C. M., & Oliveira L. A. (2019). Lesions of the Parotid Gland and Buccal Artery After Buccal Fat Pad Reduction. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 30(3), 790-792. doi:10.1097/SCS.00000000000004880.

Yousuf S., Tubbs, R. S., Wartmann, C. T., Kapos, T., Cohen-Gadol, A. A., & Loukas, M. (2009). A review of the gross anatomy, functions, pathology, and clinical uses of the buccal fat pad. *Surgical and Radiologic Anatomy*, 32(5), 427–436. doi:10.1007/s00276-009-0596-6.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Luiz Carlos Alves Júnior – 30%

Bruno Bezerra de Souza – 20%

Victor Luiz Barbosa Zacarias – 20%

Adriano Rocha Germano – 30%