

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Nathalia Gusmão Prado Schnorr

**A REMOÇÃO PARCIAL DA GORDURA BUCAL DURANTE A CIRURGIA
ORTOGNÁTICA**

**OSASCO-SP
2020**

Nathalia Gusmão Prado Schnorr

A REMOÇÃO PARCIAL DA GORDURA BUCAL DURANTE A CIRURGIA
ORTOGNÁTICA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Augusto Cozzolino



Nathalia Gusmão Prado Schnorr

A REMOÇÃO PARCIAL DA GORDURA BUCAL DURANTE A CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

Área de concentração: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Fábio Augusto Cozzolino – ABO OSASCO

Prof. Dr. Alessandro Rocha – ABO OSASCO

Prof. Dr. William Tadeu Ferreira Sanchis – ABO OSASCO

Osasco 16 de setembro 2020

RESUMO

A cirurgia ortognática, tem como objetivo corrigir as discrepâncias esqueléticas e dentárias, e deve se basear na busca pelo melhor resultado estético possível para o paciente. O coxim adiposo bucal é uma estrutura gordurosa encapsulada única entre os músculos faciais, situada no terço médio da face, tornando o rosto mais arredondado. Sua remoção pode realçar as proeminências zigomáticas, criando um perfil facial mais jovem e estético. A cirurgia para remoção parcial do corpo adiposo da bochecha é um procedimento cirúrgico empregado com o objetivo primário de resolver problemas funcionais, porém pode estar associado a procedimentos estéticos. Há escassez de estudos que fundamentem conhecimento acurado sobre o corpo adiposo da bochecha bem como acerca do resultado estético a longo prazo decorrente da sua remoção, associada ou não a cirurgia ortognática. O objetivo deste estudo é apresentar uma revisão de literatura referente ao corpo adiposo bucal, exérese ou transposição da referida gordura durante as cirurgias ortognáticas. Foram consultadas as bases de dados da Licacs, Scielo e Pubmed, utilizando os descritores bochecha, tecido adiposo e cirurgias ortognáticas incluindo publicações nos idiomas português e inglês.

Palavras-chave: Bochecha, Estética, Tecido Adiposo, Cirurgias Ortognáticas.

ABSTRACT

Orthognathic surgery main goal is to correct skeletal and dental discrepancies, on the search for the best possible aesthetic result for the patient. The buccal fat pad is a unique encapsulated fatty structure between facial muscles, on the facial middle third, promoting a fuller/ round aspect of the facial contour. Its removal enhances the zygomatic prominences, creating a more youthful and aesthetic facial profile. Partial removal of the buccal fat pad is a surgical procedure used with the primary objective of solving functional problems, but it can also be associated with aesthetic advantages. There are few studies in the literature that support accurate knowledge about buccal fat and also about the long-term aesthetic result of its removal, associated or not with orthognathic surgery. The aim of these study is to present a literature review on buccal fat pad and it's removal or transposition during ortognathic surgery. The Licacs, Scielo and Pubmed databases were consulted, using the descriptors cheek, buccal fatpad, fat tissue excision and orthognathic surgery, including publications in Portuguese and English.

Keywords: Cheek, Aesthetics, Adipose Tissue, Orthognathic Surgery.

.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - Pinças hemostáticas são intercaladas durante a tração da bola de Bichat.....	20
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVO.....	11
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 Aspectos Anatômicos.....	12
3.2 Fisiologia.....	14
3.3 Cirurgia Ortognática.....	15
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
5. DISCUSSÃO.....	19
6. CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1- INTRODUÇÃO

A aparência física do indivíduo influencia bastante no convívio social e autoestima, sendo um fator decisivo para seu equilíbrio psicológico. Devido a isso, os pacientes buscam o tratamento odontológico no intuito de melhorar seu aspecto facial e minimizar os impactos psicossociais. A percepção de beleza é influenciada pelas experiências culturais, opinião dos familiares e meios de comunicação. Para que os objetivos estéticos sejam alcançados, o dentista deve elaborar um plano de tratamento substanciado pela avaliação completa do paciente.

Por meio do exame clínico da face, em vista frontal e de perfil, pode-se avaliar a harmonia das estruturas que a compõem. Além disso, a percepção do belo é algo variável de acordo com a localidade e o tempo, assim, deve-se considerar a queixa do paciente e as expectativas do resultado diante o tratamento proposto (ALMEIDA et al., 2010).

A preocupação com fatores estéticos e as repercussões psicológicas do perfil facial são reconhecidas há muito tempo como critérios importantes na relação social e estão diretamente relacionadas com a autoestima e a qualidade de vida (BENGTSSON et al., 2018; YI et al., 2019).

O corpo adiposo da bochecha foi mencionado pela primeira vez no século XVIII em 1732 pelo anatomista e cirurgião alemão Lorenz Heister, que a nomeou “glândulas molares” (BERNARDINO JUNIOR et al., 2008). Por muitos anos foi considerada como um incômodo pelo risco de ser atingida durante os procedimentos cirúrgicos e/ou após remoção de lesões em região de maxila (SINGH, 2010). (Kawase-Koga Y, Shibata K, Kimoto A, Watanabe M, Chikazu D).

Em 1802 sua morfologia foi descrita pelo francês Marie François Xavier Bichat, que Após dissecar cerca de 600 cadáveres a descreveu como uma massa de gordura circunscrita localizada no terço médio da face, próximo as bochechas, aparentemente sem importância funcional, atribuindo-lhe a nomenclatura bola gordurosa de Bichat, termo ainda comumente utilizado (LOUKAS et al., 2006). Em 1977 o pesquisador Egyedi escreve o primeiro artigo com a utilização do corpo adiposo da bochecha para o fechamento de fístulas buco sinusais (EGYEDI, 1977).

Foi apenas no século XX que a bola de Bichat foi descrita como parte anatômica do corpo humano por Scammon em 1919 (BERNARDINO JUNIOR et al.,

2008; SILVA e SILVA FILHO 2017), quando começou a despertar um maior interesse nos pesquisadores e os seus estudos foram direcionados principalmente na utilização em fechamento de defeitos intrabucais provocados pela remoção de tumores e traumatismos faciais (BERNARDINO JUNIOR et al., 2008; SINGH, 2010; SILVA e SILVA FILHO 2017). No século XXI sua remoção vem ganhando destaque nas cirurgias cosméticas com o avanço da especialidade odontológica denominada harmonização orofacial (D'ALESSANDRO 2011; STEVÃO, 2015).

A bichectomia é um procedimento de cunho funcional e estético que vem tendo um emprego bastante rotineiro pelos cirurgiões dentistas (STEVÃO 2015), embora haja normas regulamentadoras acerca da indicação racional desse procedimento (resolução CFO 198/2019), No entanto, a literatura é escassa com relação às informações que fundamentam as indicações cirúrgicas e a previsibilidade de resultados em relação a esse procedimento e ao conhecimento anatômico.

As cirurgias ortognáticas podem ser indicadas em indivíduos com deformidades dentofaciais, sendo estes casos tratados por uma equipe multidisciplinar, coordenada por pelo cirurgião bucomaxilofacial, ortodontista e demais especialidades afins. O tratamento, nestes casos, objetiva atender a cinco princípios básicos: 1) harmonia facial; 2) harmonia dentária; 3) oclusão funcional; 4) saúde das estruturas orofaciais e 5) estabilidade do procedimento (COUTINHO et al., 2009).

A atratividade facial é algo subjetivo e com grande impacto social na vida do indivíduo Reis et al. (2011). Existe uma diferença significativa entre os profissionais e leigos ao avaliar subjetivamente a morfologia da região dento facial. Estudos sugeriram que as diferenças observadas provavelmente estavam relacionadas à variação de conhecimento e experiência entre os grupos (TODD et al., 2005). Devido à grande valorização que a beleza vem tendo nos dias de hoje, a cobrança por uma melhor predição e por resultados cirúrgicos mais confiáveis forçou o desenvolvimento de novos instrumentos de refinamento e diagnóstico.

Assim a cirurgia ortognática é realizada para corrigir uma ampla gama de deformidades dento esqueléticas e para fornecer melhorias funcionais na mastigação, fala e respiração. Além das melhorias funcionais, a aparência e a harmonia facial do paciente podem ser melhoradas significativamente como

resultado da cirurgia.Procedimentos diversos foram descritos com a finalidade de otimizar os resultados estéticos cirurgia ortognática.

(NOCINI PF, CHIARINI L, BERTOSSI D)

(O'Ryan F, Lassetter J)

(Olivieri P, Uribe FA, Quereshy FA)

(Hernández-Alfaro F, Valls-Ontañón A, Blasco-Palacio JC, Guijarro-Martínez

R)

(Kawase-Koga Y, Shibata K, Kimoto A, Watanabe M, Chikazu D)

(Rubio-Bueno P, Ardanza B, Piñas L, Murillo N)

2- OBJETIVO

Baseado nos achados da literatura, este trabalho se propõe, apresentar uma revisão de literatura referente ao corpo adiposo bucal e remoção ou transposição parcial da referida gordura durante as cirurgias ortognáticas.

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS ANATÔMICOS

O corpo adiposo bucal, é um tipo de gordura denominada “sissarcose” que tem a função de preencher o espaço mastigatório, auxiliar a mobilidade muscular e colaborar na morfologia facial (ALLAIS et al., 2008). A gordura corporal é histologicamente compatível à massa adiposa bucal, apesar que esta não é consumida em caso de emagrecimento, como acontece em outras regiões do corpo (BERNARDINO JÚNIOR et al., 2008).

A formação da bola de gordura bucal inicia-se aproximadamente aos 3 meses de vida intrauterina. Pode apresentar alguma variação, mas geralmente os lóbulos tendem a se formar ao redor do plexo venoso que conecta as veias orbitais com as veias superficiais da face. Esta área é encapsulada e cresce rapidamente. Por volta do fim do quinto mês intrauterino completa a formação dos lóbulos, e a formação das células estarão completas antes do nascimento da criança (SCHÜTZ, 2006).

Em análise da anatomia do corpo adiposo da bochecha, foi relatado que existe uma porção principal e mais quatro prolongamentos dela, estes prolongamentos são denominados como: bucal, massetérico, temporal superficial e profundo, e não coincidentemente receberam esta nomenclatura, mas sim, por estarem intimamente relacionados com seus respectivos músculos (FARIAS; CÂNCIO; BARROS, 2015). Anatomicamente, sua forma é alongada e serve como almofada para facilitar o movimento de um músculo com o outro, nesse caso, os músculos são o masseter e o bucinador (AMARAL et al., 2014).

A vascularização do corpo adiposo da bochecha é derivada do suprimento sanguíneo derivado dos ramos temporal profundo e bucal da artéria maxilar, pelo ramo facial transversal da artéria temporal superficial e por pequenas ramificações da artéria facial. O corpo adiposo da bochecha encontra-se no espaço mastigatório, seu prolongamento bucal se encontra mais superficial e em íntimo contato com o ducto de Stensen e com ramos zigomáticos e bucais do nervo facial. Seu corpo principal repousa lateralmente ao músculo bucinador e na borda anterior do músculo masseter. O prolongamento temporal passa abaixo do arco zigomático, já a extensão pterigóide encontra-se na região do músculo pterigoideo medial e lateral (FARIAS; CÂNCIO; BARROS, 2015).

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

Ao analisarem 12 cadáveres frescos, STUZIN et al. (1990), concluíram que a porção bucal é responsável por proporcionar o volume das bochechas e que ela é a mais larga, atingindo cerca de 30 a 40% do peso total. Sendo mais desenvolvida em lactentes, conferindo assim um contorno arredondado das bochechas.

Por outro lado, ao estudarem 11 crânios conservados em formol, ZHANG et al. (2002) definiram que o corpo gorduroso poderia ser dividido em 3 lóbulos: anterior, intermediário e posterior. Segundo os autores, cada um destes era encapsulado por uma membrana independente, fixados e nutridos por diferentes ligamentos e artérias. O lobo anterior foi localizado abaixo do zigoma, estendendo para a frente do bucinador, maxila, espaço profundo do músculo elevador do lábio superior e músculo zigomático maior. O lobo intermediário foi localizado na lateral da maxila, entre o lobo posterior e anterior. E o posterior ocupava o espaço mastigatório e estruturas adjacentes seguindo até a fissura infraorbital e o músculo temporal (ZHANG, 2002).

Quanto à relação do corpo adiposo da bochecha com as áreas circunvizinhas, todo o volume gorduroso está intimamente associado a estruturas importantes, como o ducto da parótida também conhecido como ducto de Stensen e os ramos zigomático e bucal do nervo facial (STUZIN et al., 1990).

STUZIN et al. (1990), em estudo de dissecação de cadáveres, encontraram o peso e volume médio de 9,3 g e 9,6 mL, respectivamente. A variação com o lado contralateral foi pequena e o tamanho do “coxim bucal” (corpo adiposo) pouco se relacionava à gordura corpórea dos cadáveres avaliados.

Por meio de tomografia computadorizada e ressonância magnética LOUKAS et al. (2006) analisaram 80 cadáveres humanos, e constataram que o volume médio do corpo

adiposo da bochecha de homens e mulheres foram, respectivamente, de 10,2 e 8,9 mL, enquanto a sua espessura média foi de 6 mm com um peso médio de 9,7 g. Foram examinados 80 cadáveres humanos adultos (160 hemifaces), sendo 35 mulheres e 45 homens com faixa etária 55-86 anos e idade média de 59 anos. Divididos em três grupos de acordo com sua idade: Grupo A, <60 (n = 38); Grupo B, 60–70 (n = 32); Grupo C, > 70 (n = 10). A divisão dos cadáveres em três grupos foi baseado na estreita distribuição etária intra-grupo e não devido a outros critérios. Havendo nitidamente um decréscimo do volume do corpo adiposo da bochecha com o avanço da idade e teve maior redução nos pacientes do sexo feminino.

3.2 FISILOGIA

Dentre as funções atribuídas ao corpo adiposo da bochecha, estão incluídas: prevenção de pressão negativa em recém-nascidos durante a sucção, separação dos músculos mastigadores entre si e das estruturas ósseas adjacentes, realce do movimento intermuscular e proteção dos feixes neurovasculares (STUZIN et al., 1990 SINGH et al., 2010; SINGH et al., 2012).

Ao observar crianças prematuras e mal desenvolvidas, SCAMMON (1919) constatou que a dificuldade na amamentação experimentada por elas se relacionava, em parte, ao desenvolvimento incompleto da almofada de sucção (corpo adiposo da bochecha).

Já CARBONELL et al. (1991), em artigo de relato de seis casos, observaram uma relação de interdependência entre os movimentos de sucção do recém-nascido e o desenvolvimento do corpo adiposo da bochecha; ou seja, segundo os autores, a sucção e, posteriormente, a mastigação, são necessárias para o desenvolvimento da estrutura anatômica supracitada.

Diversos autores sustentam que a função do corpo adiposo da bochecha é auxiliar no movimento muscular e contribuir para a morfologia externa da face (BICHAT 1802). STUZIN et al. (1990) afirmaram que o corpo gorduroso apresenta a função de alinhamento do espaço mastigatório, separando os músculos entre si, entre o arco zigomático e o ramo da mandíbula.

ZHANG et al. (2002), em estudo envolvendo a dissecação de cadáveres, observaram que o corpo adiposo da bochecha é responsável por preencher os espaços faciais e proteger e amortecer o complexo neurovascular profundo da face.

Dentre as funções atribuídas ao corpo adiposo da bochecha, estão incluídas: prevenção de pressão negativa em recém-nascidos durante a sucção, separação dos músculos mastigadores e das estruturas ósseas adjacentes, realce do movimento intermuscular e proteção dos feixes neurovasculares (STUZIN et al., 1990; SINGH et al., 2010; SINGH et al., 2012).

Ao observar crianças prematuras e mal desenvolvidas, SCAMMON (1919) constatou que a dificuldade na amamentação experimentada por elas se relacionava, em parte, ao desenvolvimento incompleto da almofada de sucção (corpo adiposo da bochecha).

Já CARBONELL et al. (1991), em artigo de relato de seis casos, observaram uma relação de interdependência entre os movimentos de sucção do recém-nascido e o desenvolvimento do corpo adiposo da bochecha; ou seja, segundo os autores, a sucção e, posteriormente, a mastigação, são necessárias para o desenvolvimento da estrutura anatômica supracitada.

Diversos autores sustentam que a função do corpo adiposo da bochecha é auxiliar no movimento muscular e contribuir para a morfologia externa da face (BICHAT 1802). STUZIN et al. (1990) afirmaram que o corpo gorduroso apresenta a função de alinhamento do espaço mastigatório, separando os músculos entre si, entre o arco zigomático e o ramo da mandíbula.

ZHANG et al. (2002), em estudo envolvendo a dissecação de cadáveres, observaram que o corpo adiposo da bochecha é responsável por preencher os espaços faciais e proteger e amortecer o complexo neurovascular profundo da face.

3.3 CIRURGIA ORTOGNÁTICA

A cirurgia ortognática constitui-se de técnicas de osteotomias dos ossos maxilares com o objetivo de corrigir as discrepâncias relacionais maxilares e, por conseguinte, estabelecer o equilíbrio entre a face e o crânio, afetando o senso de autoestima e bem-estar do paciente (ARCURI et al., 2013; KHECHOYAN, 2013).

Desordens psicológicas geradas pela deformidade dento-facial podem levar a problemas de natureza social e a não aceitação da própria identidade. (BATISTA et al., 2014).

A melhoria da estética facial é uma das principais queixas dos pacientes que procuram tratamento ortodôntico, nos últimos anos tornou-se ainda mais importante para pacientes e ortodontistas as discussões sobre os anseios estéticos para o plano de tratamento. O diagnóstico é realizado em três dimensões (transversal, anteroposterior e vertical), grande parte da ênfase é colocada na estética do perfil no rosto. A importância da análise do perfil dos tecidos moles no planejamento do tratamento ortodôntico foi demonstrada principalmente na postura labial também definida como um elemento crucial para estética facial geral, estabilidade pós-tratamento e foi sugerido que se faz necessário uma boa relação entre os lábios, queixo e nariz para obter harmonia e estética faciais ideais (ZARIF NAJAFI et al., 2016).

Muitos fatores podem afetar a definição de um perfil facial ideal ou de tecidos moles, como dados demográficos, áreas geográficas, moda atual, status socioeconômico, educação ou mesmo as propriedades morfológicas da face. Portanto, a resultados obtidos em diversos estudos científicos sobre estética da face ou dos tecidos moles são limitados pelas preferências culturais de cada região (IMANI et al., 2018; GHORBANYJAVADPOUR, RAKHASHAN, 2019).

A correção das deformidades dento faciais requer uma combinação de abordagens ortodônticas e cirúrgicas. A avaliação dos resultados baseia-se não apenas na correção da má oclusão, mas também na melhora da face Nadjmi et al. (2013). O tratamento ortodôntico-cirúrgico necessita de um planejamento detalhado a partir dos dados clínicos, exames radiográficos, traçados cefalométricos, assim como, análise de modelos de gesso (ELIAS, 2014).

Com a introdução do planejamento tridimensional (3D) houve uma mudança na filosofia do tratamento, onde foi possível observar além de uma oclusão ideal, um perfil facial mais harmonioso e previsível (MEULSTEE et al., 2015; DUSSELDORP et al., 2017).

Um estudo qualitativo para avaliação do grau de satisfação de pacientes submetidos a cirurgia Ortognática foi desenvolvido no Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Para isso, foram selecionados cinco pacientes que

se submeteram a intervenção orto cirúrgica e realizada entrevista semiestruturada por um único entrevistador, foi tido o cuidado para que todas as entrevistas fossem gravadas e apresentadas posteriormente aos pacientes, assim como, nenhum paciente teve acesso ao conteúdo da entrevista de outro participante. Foram realizadas questões associadas ao motivo da realização da cirurgia e da satisfação do resultado pós-cirúrgico e estas questões foram analisadas de forma qualitativa, a partir da análise de conteúdo, e os aspectos mais relevantes das entrevistas foram destacados. Os autores observaram que a principal razão pela escolha da cirurgia foi a estética da face, a autoestima na maioria dos casos foi acentuada e a expectativa do paciente em relação ao procedimento operatório e ao entendimento da sua queixa principal foi considerado como fundamental para o planejamento e êxito no tratamento. Logo, os autores concluíram que a cirurgia ortognática é uma modalidade de tratamento importante para o desenvolvimento de mudanças relacionadas à qualidade de vida e autoestima do paciente (BATISTA et al., 2014).

O extravasamento do CAB exposto durante o acesso para a osteotomia sagital do ramo, considerado um inconveniente trans-operatório, pode ser solucionado, por meio do aquecimento da estrutura com eletrocautério no modo coagulação por 10 min. Como resultado, o extravasamento do BFP é drasticamente reduzido pelo aquecimento e um melhor campo de visão cirúrgico pode ser obtido. (KAWASE-KOGA Y, SHIBATA K, KIMOTO A, WATANABE M, CHIKAZU D)

O coxim bucal também pode ser utilizado para o aumento malar durante a cirurgia ortognática. A técnica de transposição pediculada do coxim adiposo bucal para a região malar pode evitar as desvantagens das técnicas convencionais e representar uma excelente alternativa para aumento da região em pacientes com indicação de cirurgia ortognática. O coxim adiposo bucal pediculado fornece aumento satisfatório dos tecidos moles, evita o uso de materiais exógenos e tem morbidade mínima, alta satisfação do paciente e estabilidade adequada em 12 meses de seguimento. (HERNÁNDEZ-ALFARO F, VALLS-ONTAÑÓN A, BLASCO-PALACIO JC, GUIJARRO-MARTÍNEZ R)

Também é possível se obter a volumização do terço médio e lábio superior, por meio da transposição da gordura bucal pediculada bilateral, em associação com uma osteotomia Le Fort I para avanço da maxila. Preenchendo pré-maxilar, região paranasal e áreas do lábio superior em pacientes cirúrgicos ortognáticos com lábio superior fino. (RUBIO-BUENO P, ARDANZA B, PIÑAS L, MURILLO N)

4- MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e bibliográfica. Marconi e Lakatos (2010) e Gil (2017), afirmam que o fim principal da pesquisa bibliográfica é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de permitir ao pesquisador o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações. De acordo com Cervo (2005, p.66) “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los” na mesma linha de pensamento completa “procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.”. Foi realizada uma revisão de literatura na base de dados Licacs Publimed e na biblioteca virtual SciELO.

5- DISCUSSÃO

Há algumas décadas a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) vem empregando o corpo adiposo da bochecha para reparar de defeitos na cavidade bucal proveniente de lesões de natureza patológica ou traumática (DUARTE et al., 2015; KHOJASTEH e SADEGHI 2016; KIM et al., 2017).

Egyedi (1977) utilizou o corpo adiposo da bochecha para o fechamento de comunicação bucossinusal em quatro pacientes, com defeitos de 2 a 4 centímetros (cm) de diâmetro, sendo três casos oriundos de carcinoma e um caso de tumor misto. Houve o fechamento primário em todos os casos e não foi observado depressão perceptível na região da bochecha.

Stevão (2015), em relato de dois casos clínicos, defendeu que o procedimento de bichectomia confere ao rosto uma aparência mais jovem, sendo possível obter um contorno facial mais suave e estético, dentro de um equilíbrio harmonioso.

A bichectomia consiste num procedimento cirúrgico seguro que pode ser realizado em ambiente de consultório e/ou ambulatório. (STEVÃO 2015; SILVA e SILVA FILHO 2017). A exérese da estrutura anatômica requer um retalho rápido, simples e de fácil execução, que pode ser realizado com o paciente sob anestesia local e não deixa cicatrizes visíveis (DEAN et al., 2001).

O acesso ao corpo adiposo pode ser feito de três formas distintas: incisão na mucosa jugal um centímetro abaixo da abertura do ducto da parótida (método de Matarasso); incisão atrás da abertura do ducto da parótida (método de Stuzin); e incisão do sulco gengivobucal superior (FAGAN 2014).

O acesso a bola gordurosa de Bichat é feito por uma pequena incisão, com um comprimento não superior a 5mm, na mucosa jugal. O cirurgião deve ter bastante cautela ao incisar esta área, e deve visualizar o orifício do ducto de Stensen para não correr o risco de lesioná-lo. Ao alcançar a bola de Bichat com o auxílio de uma pinça hemostática, a mesma deve ser comprimida e suavemente puxada para fora, com a ajuda de uma outra pinça hemostática, pouco a pouco a massa de gordura é evidenciada, até que o pedículo seja visualizado, e então a gordura é removida. Adicionalmente, pode-se colocar o sugador cirúrgico no espaço

que foi retirada a massa adiposa, para limpar qualquer remanescente de gordura que tenha ficado na região (STEVAO, 2015)



Figura 1 – Pinças hemostáticas são intercaladas durante a tração da bola de Bichat. Fonte: (STEVAO, 2015).

MATARASSO (2006) e STEVÃO (2015) relataram que, após a anestesia local, o acesso ao reparo anatômico deve ser realizado por meio de uma incisão de cinco milímetros de comprimento em tecido mole na parte mais inferior do arco zigomático, visualizando o ducto de Stensen e divulsionando os tecidos com tesoura fina ou pinça hemostática, estendendo até a parte mais anterior da bochecha. Como a fáscia da cápsula é muito fina, o corpo adiposo deve ser pinçado com delicadeza e tracionado aos poucos com ajuda de outra pinça hemostática até a visualização do pedículo que pode ser cortado. Após a limpeza da loja cirúrgica, é realizada a sutura simples.

Apesar da simplicidade da técnica, intercorrências e complicações durante ou após o ato cirúrgico podem ocorrer, sendo as mais frequentes: lesão do nervo facial (STUZIN et al., 1990) e hemorragia no transoperatório; além disso, trismo, edema facial, fibrose, necrose parcial das bordas cirúrgicas, infecção, deiscência e formação de fístula no pós-operatório são relatadas. (FAGAN 2014; HASSANI et al., 2009).

A Bola de Bichat tem sido utilizada não somente para correção estética da face, bem como para reconstruções pós-resssecção de tumores, reabilitação de pacientes fissurados e pós-trauma, tratamento de fibrose submucosa bucal,

recobrimento de enxertos para implantes, enxerto para o fechamento de defeitos intrabucais, como as comunicações buco- sinusais. Confirmando o resultado extremamente satisfatório da intervenção realizada que utilizaram a bola de Bichat como técnica para o tratamento de extensa comunicação buco- sinusal (SCARTEZINI; OLIVEIRA, 2016). Farias, Câncio e Barros (2015) também avaliaram o método de enxerto e afirmam ser simples, rápido e de fácil acesso.

Apesar dos diversos estudos anatômicos envolvendo o corpo adiposo da bochecha, onde já se sabe a sua localização e da sua aplicabilidade em diversas cirurgias corretivas, ainda não observamos estudos longitudinais que analisam o impacto deste procedimento cirúrgico em relação a melhora na estética, seu impacto após o envelhecimento ou alterações funcionais na mastigação, tais com a redução da mordedura das bochechas.

6- CONCLUSÃO

O atocirúrgico é relativamente simples e de fácil realização, pois o cirurgião dentista tem amplo conhecimento da anatomia na região onde se encontra encapsulada a gordura. Ainda assim, persiste controvérsia sobre o melhor acesso a região. O planejamento cirúrgico é de suma importância para um resultado satisfatório, no qual o paciente deve estar ciente quanto ao resultado a ser alcançado.

Com base nos aspectos avaliados na literatura, pode-se concluir que a remoção parcial da gordura de Bichat, promove melhor definição da região malar e da borda anterior do músculo masseter trazendo uma aparência facial mais definida e harmonização no contorno facial. As alterações no contorno facial podem ser constatadas de três a seis meses após a realização do procedimento cirúrgico. A exérese parcial e/ou transposição da gordura bucal durante as cirurgias ortognáticas para refinamento dos resultados estéticos é um assunto escasso na literatura, bem como estudos de longo prazo acerca de eventos adversos no tocante ao envelhecimento precoce e outras limitações decorrentes da remoção da gordura buccal.

É importante salientar, que esta temática, não se esgota aqui, neste sentido, espera-se que o estudo forneça subsídios para outros trabalhos da mesma natureza no campo da cirurgia bucomaxilofacial.

REFERÊNCIAS

- ALLAIS, M.; MAURETTE, P. E.; CORTEZ, A. L. V.; FILHO, J. R. L.; MAZZONETTO, R. Retalhodecorpo adiposobucalparafechamentodecomunicação bucosinusal. **Rev BrasOtorrinolaringol**, v.74, n.5, p.799, 2008.
- AL TAKI A, GUIDOUM A. Facial profile preferences, self-awareness and perception among groups of people in the United Arab Emirates. **J Orthod Sci**. 2014 Apr; 3 vol. (2) p: 55-61. 2014.
- AMARAL, M. F. et al. Oroantral fistulas closure using Bichat's fat pad. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 62, n. 4, p. 437-442, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-8637201400040000132219>>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- ARCURI FM, GIARDA LS, GATTI AM, NICOLOTTI M, BRUCOLI AM, BENECH A, BOFFANO P. **Basic and Advanced Operative Techniques in Orthognathic Surgery, A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery**; 2016. In: Prof. Mohammad Hosein Kalantar Motamedi (Ed.), InTech. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/a-textbook-of-advanced-oral-and-maxillofacial-surgery/basic-and-advanced-operative-techniques-in-orthognathic-surgery>. Acesso em: 11 ago. 2020.
- BATISTA SHB, DIAS-RIBEIRO E, TORRIANI MA, ARANEGA AM. Avaliação da satisfação de pacientes submetidos a cirurgia ortognática: análise qualitativa. **Rev Odontol Araçatuba**. Vol. 35 (2) p: 41-5. 2014.
- BERNARDINO-J NIOR, R.; SOUSA, G. C.; LIZARDO, F. B.; BONTEMPO, D. B.; GUIMARAES, P. P.; MACEDO, J. H. Corpo adiposo da bochecha um caso de variação anatômica. **J. Uberlândia**, Oct.Dec., v.24, n.4, p.108-13, 2008.
- BICHAT F. **Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine**. In: Organisation du système cellulaire. Paris: Brosson Gabon and Cie, p.44–63, 1802.
- BICHAT F. Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine. In: Bisphosphonate- Related Osteonecrosis of the Jaws with the Use of Buccal Fat Pad- Case Report. **Braz Dent J**, v.26, n.3, p.317-320, 2015.
- CARBONELL, A.; SALAVERT, A.; PLANAS, J. Resection of the Buccal Fat Pad in the Treatment of Hypertrophy of the Masseter Muscle. **Aesth. Plast. Surg.**, v.15, p.219- 222, 1991.
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed São Paulo: Prentice Hall, 2007.
- COUTINHO TA, ABATH B, CAMPOS GJL, ANTUNES AA, CARVALHO RWF. Adaptações do sistema estomatognático em indivíduos com desproporções maxilo- mandibulares: revisão da literatura. **Rev. Soc. Bras. fonoaudiol**. 2009;4(2):275-279.

DEAN, A.; ALAMILLOS, F.; GARCIA-LOPEZ, A.; SANCHEZ, J.; PENALBA, M.; DUARTE, L.F.M.; ALONSO, K.; BASSO, E.C.; DIB, L.L. Surgical Treatment of The buccal fat pad flap in oral reconstruction, **Head and Neck**, v.23, p.383-388, 2001.

DUSSELDORP JK, STAMATAKIS HC, REN Y. Soft Tissue coverage on the segmentation accuracy of the 3D surface-rendered model from cone-beam CT. **Clin Oral Investig**. 2017 Apr; vol. 21(3) p: 921-30. 2017.

EGYEDI, P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and oronasal communications. **J Oral Maxillofac. Surg.**, v.54, p.241-244, 1977.

ELIAS FM. Planejamento virtual em cirurgia ortognática: uma mudança de paradigma. In: **Associação Brasileira de Odontologia PRO-ODONTO CIRURGIA** Programa de Atualização em Odontologia Cirúrgica: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed Panamericana. 2014. p.123-59. 2014.

FAGANJ.; Buccal fat pad flap. Open access atlas of otolaryngology, **head&neck operativesurgery**. 2014. Disponível em: <http://www.entdev.uct.ac.za/>. Acesso em 20 ago. 2020.

FARIAS, J. G.; CÂNCIO, A. V.; BARROS, L. F. **Fechamento de com bola de bichat**: relato de caso. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 25, n. 74, p. 143-147, 2016. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/viewFile/1051/883>. Acesso em: 22 ago. 2020

FARIAS, J. G.; CÂNCIO, A. V.; BARROS, L. F. Fechamento de fístula bucossinusal utilizando o corpo adiposo bucal: técnica convencional x técnica do túnel: relato de casos clínicos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 15, n. 3, p 25-30, set. 2015. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2015/3/Artigo4V15n3.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

GHORBANYJAVADPOUR F, RAKHSHAN V. Factors associated with the beauty of soft-tissue profile. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2019 June; vol. 155(6) p:832-43. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6a ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HASSANI, A.; KHOJASTEH, A.; ALIKHASI, M.; VAZIRI, H.; Measurement of volume changes of sinus floor augmentation covered with buccal fat pad. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.107, p.369-374, 2009.

Hernández-Alfaro F, Valls-Ontañón A, Blasco-Palacio JC, Guijarro-Martínez R. Malar Augmentation with Pedicled Buccal Fat Pad in Orthognathic Surgery: Three-Dimensional Evaluation. **Plast Reconstr Surg**. vol.136 (5) p: 1063-1067. 2015

IMANI MM, SANEI E, NIAKI EA, SHAHROUDI AS. Esthetic preferences of orthodontists, oral surgeons, and laypersons for Persian facial profiles. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2018 Sept; vol. 154(3) p: 412-420. 2018.

KAWASE-KOGA Y, SHIBATA K, KIMOTO A, WATANABE M, CHIKAZU D. Simple Technique for Reducing the Buccal Fat Pad During Mandibular Orthognathic Surgery. **J Craniofac Surg**. Vol. 29(4) p: e404-e405. 2018.

KHECHOYAN DY. **Orthognathic Surgery**: General Considerations. Seminars in Plastic Surgery. 2013; vol. 27(3) p: 133-136. 2013.

KHOJASTEH, A. SADEGHI, N. Application of buccal fatpad-derived stemcell sin combination with autogenous iliac bone graftin the treatment of maxilla mandibular atrophy. A preliminary human study. **Int.J.OralMaxillofac.Surg**.,v.45, n.864–871, 2016.

KIM,J.T.; HO, S. Y.M.; HWANG, J.H.; SUNG, K.Y. **Efficacy of the buccal fatpad graftin facial reconstruction and aesthetic augumentation**. PlasticandReconstructive Surgery, v.133, n.1, p.83e-85e, 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade; **Fundamentos de metodologia científica**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOUKAS, M.; KAPO, T.; LOUIS JR, R. G.; WARTMAN, C.; JONES, A.; HALLNER,B. Grossanatomical, CT and MRI analyses of the buccalfatpad with special emphasison volumetric variations. **Surg Radiol Anat.**, v.28, n.254-60, 2006.

MATARASSO, A.Managingthebuccalfatpad.**AestheticSurgJ**.v.26,p.330-336, 2006.

MEULSTEE J, LIEBREGTS J, XI T, Vos F, de Koning M, Bergé S, et al. A new 3D approach to evaluate facial profile changes following BSSO. **J Craniomaxillofac Surg**. 2015 Dec; vol. 43 (10):1994-9. 2015.

NADJMI N, TEHRANCHI A, AZAMI N, SAEDI B, MOLLEMANS W. Comparison of soft-tissue profiles in Le Fort I osteotomy patients with Dolphin and Maxilim softwares. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**. 2013 Nov; vol.144(5) p: 654-62. 2013.

NOCINI PF, CHIARINI L, BERTOSSI D. Cosmetic procedures in orthognathic surgery. **J Oral Maxillofac Surg**. vol. 69(3) p: 716-723. 2011.

O'RYAN F, Lassetter J. Optimizing facial esthetics in the orthognathic surgery patient. **J Oral Maxillofac Surg**. vol. 69(3) p: 702-715. 2011.

OLIVIERI P, URIBE FA, QUERESHY FA. Aesthetic Facial Surgery and Orthodontics: Common Goals. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**. Vol. 32(1) p:153-165. 2020.

REIS SAB, ABRÃO J, CLARO CAA, CAPELOZZA FILHO L. Avaliação dos fatores determinantes da estética do perfil facial. **Dental Press J Orthod**. 2011 jan-fev; vol. 16(1) p: 57-87. 2011.

RESNICK CM, DANG RR, GLICK SJ, PADWA BL. Accuracy of three-dimensional soft tissue prediction for Le Fort I osteotomy using Dolphin 3D software: a pilot study. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 2017 Mar; vol. 46(3) p: 289-95. 2017.

RUBIO-BUENO P, ARDANZA B, PIÑAS L, MURILLO N. Pedicled buccal fat pad flap for upper lip augmentation in orthognathic surgery patients. **J Oral Maxillofac Surg.** Vol. 71(4) p: e178-e184.2013.

SCAMMON,R.E.On the development and finer structure of the corpus adiposum buccae. **Anat Rec.**, v.15, p.267-287, 1919.

SCARTEZINI, G.R.; OLIVEIRA, C.F.P. SCHÜTZ, M. V. **Fechamento de comunicações buccossinusais utilizando enxerto pediculado do corpo adiposo bucal.** 2006. Monografia (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial) - Escola de Aperfeiçoamento Profissional, Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://doczz.com.br/doc/211071/fechamento-de-comunica%C3%A7%C3%B5es-buccossinusais>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SILVA, R.M.A.F.; SILVAFILHO, J.P.; Avaliação dos contornos faciais após remoção da bola de bichat: revisão de literatura, **RFAIPE**, v.7,n.2,p.73-84,jul./dez, 2017.

SINGH, J.; PRASAD, K.; LALITHA, R.M.; RANGANATH, K. Buccal fatpadandits applications in oral and maxillafacial surgery, are view of published literature (February) 2004 to (July) 2009. Oral Surg Oral Med Oral Pathol **OralRadiolEndod.**, v.110, n.6, p.698-705, 2010.

SINGH,V.; BHANGOL, A.; KUMAR, I.; DHINGRA, R. Application of the buccal fat padin oral and maxillafacial reconstruction-Review of 35 cases. **Journal of Oraland Maxillofacial Surgery**, Medicineand Pathology,v.24, p.27–31, 2012.

STEVÃO, E.L.L. Bichecto mor bichatectomy-asmall and simple intraoral surgical procedurewith great facial results. **AdvDent and Oral Health**, v.1, n.1, p.1-4, 2015.

STUZIN, J. M. et al. The anatomy and clinical application of the buccal fat pad. **Plast. Reconstr. Surg.** Vol. 85(1) p: 29-37. 1990.

TIDEMAN, H.; BOSANQUET, A.; SCOTT, J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Philadelphia, v. 44, no. 6, p. 435-440, June 1986.

TODD SA, HAMMOND P, HUTTON T, COCHRANE S, CUNNINGHAM S. Perceptions of facial aesthetics in two and three dimensions. **Eur J Orthod.** 2005 Aug; vol. 27(4) p: 363-9. 2005.

ZARIF NAJAFI H, SABOURI SAA, EBRAHIMI E, TORKAN S. Esthetic evaluation of lip position in silhouette with respect to profile divergence. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** Vol. 149(6) p: 863-70. 2016.

ZHANG, H. M.; YAN, Y. P.; QI, K. M.; WANG, J. Q.; LIU, Z. F. Anatomical structureof the buccal fat pad and itsclinical adaptations. **Plast Reconstr Surg.**, v.109, n.7, p.2509-2518, 2002.

ZHANG, H.M. et al. Anatomical structureof the buccal fat pad and itsclinical adaptations. **Plast Reconstr Surg.** Vol. 109(7) p: 2509–18; discussion 2519–20. 2002